

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

VANIA ROSELI CORREA DE MELLO

**EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO NA SAÚDE: OBJETO DIRETO DE UMA POLÍTICA
DE FORMAÇÃO**

Niterói

2016

VANIA ROSELI CORREA DE MELLO

**EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO NA SAÚDE: OBJETO DIRETO DE UMA POLÍTICA
DE FORMAÇÃO**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

Niterói

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

M527 Mello, Vania Roseli Correa de.

Experiências de cuidado na saúde: objeto direto de uma política de formação / Vania Roseli Correa de Mello. – 2016.
110 f.

Orientador: Eduardo Passos.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, 2016.

Bibliografia: f. 95-104.

1. Cuidado. 2. Experiência. 3. Formação profissional. 4. Gestão.
I. Passos, Eduardo. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

VANIA ROSELI CORREA DE MELLO

**EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO NA SAÚDE: OBJETO DIRETO DE UMA POLÍTICA
DE FORMAÇÃO**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de doutora em Psicologia.

Aprovada em de de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Eduardo Passos – Orientador - UFF

Prof^a. Dr^a. Claudia Elizabeth Abbes Baeta Neves - UFF

Prof^a Dr^a Kátia Faria de Aguiar - UFF

Profª Drª. Liliانا da Escóssia - UFS

Profª. Drª. Maria Elizabeth Barros de Barros - UFES

SUPLENTEs

Profº. Dr. Luis Antonio Baptista – UFF

Profª. Drª. Francini Lube Guizardi - FIOCRUZ

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Vitor e Henrique. Sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao Eduardo Passos, pelo privilégio de tê-lo como meu orientador. Pelo vigor encarnado com que interfere no mundo. Contigo aprendi de verdade o que é apostar no outro!

A todos que nestes quatro últimos anos passaram pela roda de orientação e comigo compartilharam um pouco da vida. As vozes e sotaques de vocês seguem comigo: Flávia Fernando, Márcia Cabral, Joana Camelier, Iacã Macerata, Tarso Trindade, Vitor Régis, Lorena Guerini, José Guilherme Soares, Rafael Dias, Sandro Rodrigues, Letícia Renault, Jorge Melo, Williana Louzada, André Coutinho, Alexander Motta, Mariana Borges, Marcio Loiola de Araújo, Ruth Torralba, Pablo Gonzalez, Étore Mazini e Bianca Bayão.

À Lucia Mess por cuidar de mim quando eu já não achava lugar para existir.

Aos meus pais, Manoel (*in memoriam*) e Teodora, por tudo o que foi e segue sendo possível.

Ao Claudio pela parceria nesses 23 anos de vida em comum, por cuidar de mim, de nós, de nossa casa e de nossos filhos enquanto “fui ali” fazer o doutorado.

À Beth Barros, Claudia Abbês e Liliana da Escóssia pela generosidade de suas contribuições na qualificação desta tese. Com elas, segui me agarrando para chegar até aqui.

À Katia Aguiar pela disponibilidade curiosa de me ler e conhecer.

À Claudia Osório que, na Coordenação do PPGPSI/UFF, prontamente acolheu a necessidade de uma pausa para poder continuar.

À Rita pelo apoio luxuoso para caminhar por entre as exigências acadêmicas.

À Magali Menti pelo *help* com o inglês na reta final.

À Lara Mizoguchi pela paciência com as intermináveis revisões.

À música por tornar os momentos difíceis mais leves e potentes.

Aos passarinhos da pitangueira defronte à janela de meu quarto. Com seu canto adormeci nas madrugadas a fora.

A todos os trabalhadores do SUS deste país que lutam por uma política pública que afirme a vida que insiste.

À Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) por seguir teimando, em meio a todas as suas dificuldades e contradições, por uma educação de qualidade.

A todos os alunos com os quais intensifico meu desejo de ensinar e aprender “com”.

A todos os amigos que mesmo quando estive longe souberam se fazer presentes.

À morena por me convidar para brincar.

EXPERIENCIA

De tudo que pensei
Sobrou o que senti
Pois tudo o que bem sei
Não é sabedoria
É pura Alegoria
Daquilo que vivi.

Douglas Silviotti Alcantara (Poemas no ônibus)

RESUMO

Esta tese decorre dos desassossegos produzidos por um percurso andante de três décadas de trabalho marcadas pela *res* pública, especialmente no campo da saúde. Busca compor um território de encontros em que as dimensões do gerir e do cuidar aparecem entrelaçadas, em experiências de vida e trabalho, para pensar a formação de trabalhadores na/da/para/em saúde implicados com a produção de práticas de cuidado mais próximas ao campo discursivo do Sistema Único de Saúde (SUS). A perspectiva da *collage* afetiva aqui proposta aproxima-se da estratégia cartográfica para colocar em cena outros sentidos possíveis para as experiências de cuidado que pedem passagem. Ao afirmar o SUS como política pública, problematizamos suas relações tensoras com o dentro/fora do Estado e apostamos em uma formação amparada nos cenários concretos onde a saúde acontece como caminho para o encontro com os outros e consigo mesmo. Neste contexto, a formação baseada na experiência se dá num processo de produção de saúde e subjetividade que se inscreve numa perspectiva estética, ética e política.

Palavras-chave: Cuidado. Experiência. Formação. Gestão.

ABSTRACT

This thesis stems from the restlessness produced by a three-decade-long journey marked by public work, especially in the field of health. It seeks to compose a territory of encounters where the dimensions of managing and caring appear intertwined in life and work experiences, to ponder about the training of health workers involved with the production of care practices closer to the discourse of SUS - the Unified Health System of Brazil. The perspective of affective collage proposed here resembles the cartographic strategy to put forth other possible senses for the experiences of care. By affirming the SUS as a public policy, we problematize its tensions with the inside / outside of the State and bet on training supported by the concrete scenarios where health happens as a way to meet with others and with oneself. In this context, experience-based training takes place in a process of production of health and subjectivity that is inscribed in an aesthetic, ethical and political perspective.

Keywords: Careful. Experience. Formation. Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial da Infância
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CRP/RS – Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul
DAS – Departamento de Ações em Saúde
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PT – Partido dos Trabalhadores
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNH – Política Nacional de Humanização
PSB – Partido Socialista Brasileiro
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RIS – Residência Integrada em Saúde
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SM – Saúde Mental
SMA – Secretaria Municipal de Administração
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UERGS – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 DAS PROCEDÊNCIAS	14
2 AS INDICAÇÕES DE UM CAMINHO	19
2.1 Para fazer falar a experiência.....	20
2.2 Por um caminhar entre collage e cartografia	34
3 ESTADO E SAÚDE: ENTRE MAQUINARIAS E MAQUINAÇÕES	42
3.1 Máquina de Estado, máquina de moer	42
3.2 Maquinações de poder	54
3.3 O Sistema Único de Saúde e sua dimensão máquina de guerra	58
4 CAMINHOS DO CUIDADO	62
4.1 Mais de uma maneira de cuidar	64
4.2 Todos se ocupam com a produção do cuidado em saúde: a inseparabilidade entre atenção e gestão	69
5 TRANSVERSALIDADE NAS EXPERIÊNCIAS DE CUIDAR, APRENDER E ENSINAR EM SAÚDE	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS.....	96
ANEXO.....	106

1 DAS PROCEDÊNCIAS

O mergulho na elaboração da escrita desta tese exerceu inicialmente a função de esconjurar os efeitos sentidos “na carne” de um conjunto de experiências vividas em minha trajetória de 30 anos de trabalho nas políticas públicas e que, ao mesmo tempo em que dava passagem ao que insistia em tornar-se outra coisa, volta e meia, ameaçava afogar-me. De tal modo

Passei, então, a ouvir as inquietações que meu mergulho fazia soar e, por algum tempo, me movi silenciosamente por cantos invisíveis, que apenas de longe me sinalizavam por onde ir. A sensação, por vezes, era a de que estava parada, como se qualquer movimento mais brusco pudesse afugentar aquilo com que entrara em contato, mas que ainda era informe (BARROS, 2007, p. 27-28).

Foi necessária alguma distância para consentir que isto que em muitos momentos se mostrava como sensações que nem sempre podiam ser nomeadas, dado o grau de precariedade com que se apresentavam, pudesse comparecer enquanto texto. Impelida a escrever com as experiências, esta tese decorre, portanto, dos desassossegos produzidos pelas marcas que sustentaram (e seguem sustentando!) um desejo de estar em/com outros, sejam pessoas, lugares, dinâmicas ou processos com os quais possa ir além de onde estou. Certamente não é sem algum medo, risco ou sofrimento que esta disposição é experimentada. De toda sorte, tem sido possível tomá-la mais como possibilidade de seguir do que motivo para não continuar, pois com Rolnik afirmamos que

[...] neste tipo de trabalho com o pensamento o que vem primeiro é a capacidade de se deixar violentar pelas marcas, o que nada tem a ver com subjetivo ou individual, pois ao contrário, as marcas são os estados vividos em nosso corpo no encontro com outros corpos, a diferença que nos arranca de nós mesmos e nos torna outro (ROLNIK, 1993, p. 246).

Ter participado durante três anos da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) foi uma oportunidade de produzir outros sentidos para a minha formação profissional e constituiu-se como uma chave para o lugar

que o aprender-fazendo encontra em minha trajetória. A RIS é uma modalidade de educação profissional pós-graduada multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço e mediante trabalho sob supervisão que visa preparar profissionais para a atuação no SUS, desenvolvendo ações de ensino, pesquisa e assistência junto à comunidade. Minhas atividades como residente incluíam a territorialização, acolhimento, visitas domiciliares, participação no Conselho de Saúde, campanhas de vacinação, atendimento clínico individual e em grupo, estudo teórico, entre outras.

O processo de trabalho organizado em equipe multiprofissional implicava a construção de laços de confiança, nem sempre fáceis de serem sustentados e perturbava as fronteiras disciplinares. Tratava-se de estranhar o outro e a nós mesmos em plena experimentação dos modos como conseguíamos afirmar um cuidado produzido no limite entre os diversos saberes, na intersecção das disciplinas, das verdades absolutas ou modelos ideais que muitos de nós trazíamos em nossa bagagem formativa.

Este segue sendo o desafio que encontro no exercício da docência da saúde coletiva no curso de graduação em Administração com foco nos Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). O curso é criado pensando na formação de um profissional administrador na/em/para/da saúde e capacitado para realizar e coordenar ações essenciais para a implementação do novo modelo assistencial pretendido pelo SUS. Em 2005, com a mudança de orientação político-educacional da Universidade, o curso foi redirecionado para a área da Administração o que, em nosso ponto de vista, concorreu significativamente para o enfraquecimento de sua vertente ligada à Saúde Coletiva.

Desde sua criação há quinze anos, a UERGS tem passado por um conjunto significativo de dificuldades tais como a alta rotatividade de professores e funcionários, carência de investimentos e um orçamento muito aquém de suas necessidades. Somente no período de 2010-2014, durante o segundo mandato de um partido de esquerda no governo do Estado, é que foram retomados alguns investimentos que apontaram na direção de seu fortalecimento, entre os quais se destaca a conquista do Campus Central, do Plano de Cargos e Salários, a realização de concurso público e a recuperação orçamentária.

Tais fatores contribuíram para a permanência de seu quadro de professores e o aumento do ingresso discente. Em 2014, os cursos de Administração da UERGS

foram os mais procurados do Estado, no Processo de Seleção Unificada (Sisu), sendo que o curso de Administração – Serviços e Sistemas de Saúde foi o segundo mais procurado, com 4.401 candidatos inscritos. Tais avanços, no entanto, não tiveram continuidade diante da mudança do governo do Estado ocorrido em 2015 que, entre outras medidas, reduziu significativamente o orçamento da universidade, repercutindo diretamente na dificuldade de recomposição salarial de seu quadro funcional e na redução das bolsas-auxílio de incentivo à permanência discente e de pesquisa, ensino e extensão.

Embora a realização de concurso público tenha viabilizado a contratação das primeiras docentes da área de conhecimento da saúde coletiva, indicando naquele momento o que se poderia tomar como um importante marcador das intenções da Universidade para o fortalecimento do campo da saúde no curso, diversos têm sido os desafios para a sustentação de seu lugar. Uma situação ocorrida recentemente elucida o que estamos falando. Durante a divulgação do material da campanha de divulgação para o ingresso do próximo ano letivo, o setor de comunicação da Universidade publicou o nome do curso somente como Administração, sendo omitida a complementação “Sistemas e Serviços de Saúde”.

Não tenho dúvidas de que existem argumentos tecnicamente razoáveis para explicar tal situação. Talvez, por se tratar de uma “ênfase” (que, afinal, não consta sequer no diploma de conclusão do curso uma vez que o título concedido por orientação do respectivo Conselho Profissional é o de bacharel em Administração), não haja mesmo, do ponto de vista jurídico-administrativo, obrigatoriedade para fazê-lo. No entanto, dar ou não visibilidade àquilo que justamente é capaz de diferenciá-lo dos demais cursos de formação de administradores é uma escolha política. Não sinalizar o que deveria justamente apontar para a singularidade de sua proposta não me parece uma questão menor e é emblemática de uma dissociação entre política e a gestão, que acaba muitas vezes por reforçar a circunscrição de suas atividades a um caráter instrumental.

Com relação a isso, certa vez em uma reunião de professores foi comentado a respeito da expectativa de alguns alunos de que, ao ingressarem no curso, iriam aprender a “mandar nas pessoas”. Tal observação revela o imaginário social em torno do que sejam as atribuições do administrador e sua competência na aplicação do conhecimento adquirido “sobre as pessoas”, como meros recursos a serem geridos e coloca em evidência a responsabilidade do processo de formação com as

relações de violência e interdição entre os sujeitos que ele pode vir ou não a reforçar.

O próprio projeto político pedagógico do curso, ao apontar que um de seus propósitos é “formar profissionais qualificados para administrar ações, pessoas e orçamentos, na busca da equidade, integralidade e universalidade, princípios fundamentais do SUS” (UERGS, 2005, p. 5-6), acaba dando destaque a um núcleo de competências técnicas que instrumentaliza para o “que fazer”. Este direcionamento acaba se refletindo em práticas pedagógicas por vezes bastante frágeis com relação a sua capacidade de articular-se de modo mais orgânico com a perspectiva ético-política na qual se assentam as diretrizes do SUS e seu compromisso com o bem comum.

Esta é uma questão importante a considerar quando pensamos a formação de gestores sensíveis às necessidades e contextos em que a vida e a morte acontecem e implicados com os encontros produtores de cuidado em saúde. Tal desafio tem exigido um exercício docente muito mais “encarnado” do que uma tarefa a ser cumprida e levantam alguns questionamentos com os quais tenho me ocupado: é possível ensinar e aprender a fazer gestão? Como se ensina e como se aprende a ser gestor na saúde?

Deste modo, as questões que animam esta tese apostam no vigor de experiências marcadas por um percurso ‘andante’ na dimensão da *res pública*, especialmente no campo da saúde, no qual as experiências do gerir e do cuidar aparecem entrelaçadas em território de encontros, “um caldo híbrido de gestão, cuidado e formação borbulhando, transbordando e querendo falar, querendo se fazer pesquisa”¹. Desdobrá-las em outros possíveis agenciamentos que sustentem os movimentos da vida, do trabalho e da saúde é a aposta.

Para isso, o primeiro capítulo desta tese situa a perspectiva de experiência e de *collage* cartográfica enquanto estratégias que, ao se deixarem afetar pelo encontro com outros corpos, vão dando passagem aos movimentos do devir e sinalizam a disposição de criar outros sentidos para as coisas do mundo. No segundo capítulo, tomamos como interlocutores autores como Althusser, Clastres, Bobbio, Foucault, Deleuze e Guattari, entre outros, para problematizar a ideia de Estado em sua dinâmica com as diferentes formas de governo e as relações de

¹ Expressão empregada pela Prof^a Liliana da Escóssia, por ocasião do seu parecer na banca de qualificação desta tese.

poder nas quais operam. Trata-se de afirmar o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública em suas relações tensoras com o dentro/fora do Estado.

O terceiro capítulo destaca a integralidade na produção do cuidado em saúde considerando a inseparabilidade dos processos de atenção e gestão em uma perspectiva de construção de redes. A ampliação do conceito de saúde e a reorientação dos modelos technoassistenciais são fundamentais para aproximar o SUS de suas bases discursivas e produzir práticas efetivamente cuidadoras.

De que maneira na inseparabilidade entre atenção e gestão a dimensão de cuidado permanece como eixo para pensar a formação de profissionais da saúde é o que buscamos no quarto capítulo. Os cenários concretos onde as pessoas vivem e trabalham se apresenta como caminho para a desconstrução de verdades *a priori* e de abertura para uma escuta sensível ao encontro com os outros e consigo mesmo. Neste contexto, a formação baseada na experiência se dá num processo de produção de saúde e subjetividade que se inscreve numa perspectiva estética, ética e política.

2 AS INDICAÇÕES DE UM CAMINHO

Não preciso do fim para chegar.
Do lugar de onde estou já fui embora.

Livro sobre nada, de Manoel de Barros

Ainda que desejada e convidativa, pelo menos para alguns, a inscrição acadêmica requer, como em outras dimensões da vida, uma boa dose de desprendimento, considerando que nem tudo poderá ser escrito, apresentado, analisado ou defendido. A inércia e o medo precisam ser enfrentados para que a escrita vá aos poucos se fazendo. É necessário escolher as ferramentas e convocar os interlocutores com os quais vislumbramos ser possível percorrer este caminho, conectando-nos a outros fluxos que, na composição daquilo que ainda não somos, fazem tremer nossos contornos. Nos arranjos oriundos do encontro com o que difere de nós somos impelidos a instaurar outros modos de ser e existir, um jeito outro que forjado pelas marcas, “estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo” (ROLNIK, 1993, p. 242).

As inquietações decorrentes de uma trajetória de 30 anos de vida e trabalho marcados pela *res pública* permitiram-me transitar por entre diferentes espaços no campo da saúde. O sentido andante de meu percurso ao longo deste tempo se constitui de um traçado em ziguezague que aposta na sustentação de um não-lugar como possibilidade para os encontros que se agenciam no plano do comum e que compõem os argumentos que esta tese busca apresentar. É, portanto, por meio das marcas produzidas pelos desafios das experiências no campo da saúde que almejamos abrir espaços para um diálogo profícuo com pensadores e pensamentos que permitam intercambiar perspectivas e análises em relação ao nosso campo problemático. A escolha de uma perspectiva a partir da experiência e da collage cartográfica, enquanto estratégias que se deixam afetar pelo encontro com outros corpos, correspondem à aposta de que “todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas” (ROLNIK, 2006, p. 65) e sinalizam a disposição de criar outros sentidos para as coisas do mundo, abrindo passagem ao que ainda está porvir.

2.1 Para fazer falar a experiência

O pedagogo espanhol Larrosa Bondia, ao se debruçar sobre a etimologia da palavra experiência, aponta que

A experiência é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova. O radical é *periri*, que se encontra também em *periculum*, perigo. A raiz indo-europeia é *per*, com a qual se relaciona antes de tudo a ideia de travessia, e secundariamente a ideia de prova. Em grego há numerosos derivados dessa raiz que marcam a travessia, o percorrido, a passagem: *peirô*, atravessar; *pera*, mais além; *peraô*, passar através, *perainô*, ir até o fim; *peras*, limite. Em nossas línguas há uma bela palavra que tem esse *per* grego de travessia: a palavra *peiratês*, pirata. O sujeito da experiência tem algo desse ser fascinante que se expõe atravessando um espaço indeterminado e perigoso, pondo-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade, sua ocasião. A palavra experiência tem o *ex* de exterior, de estrangeiro, de exílio, de estranho e também o *ex* de existência. A experiência é a passagem da existência, a passagem de um ser que não tem essência ou razão ou fundamento, mas que simplesmente “*ex-iste*” de uma forma sempre singular, finita, imanente, contingente. Em alemão, experiência é *Erfahrung*, que contém o *fahren* de viajar. E do antigo alto-alemão *fara* também deriva *Gefahr*, perigo, e *gefährden*, pôr em perigo. Tanto nas línguas germânicas como nas latinas, a palavra experiência contém inseparavelmente a dimensão de travessia e perigo (LAROSSA BONDIA, 2002, p. 25).

Tomando o nosso fazer em seus mais diferentes âmbitos como experiências dotadas de sentido, o autor concebe que a experiência é “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (Ibid., p. 21). Nesta perspectiva, o sujeito da experiência seja como território de passagem, lugar de chegada ou espaço do acontecer se define antes de qualquer coisa, por sua abertura para com o que ainda lhe é desconhecido. É nesta disposição de afetar e de se deixar afetar, que reside um elemento fundamental da experiência: sua capacidade de transformação, uma vez que, ao nos deixarmos “atravessar” genuinamente pela experiência, é que podemos ser formados ou transformados por ela.

Assim, as aquisições oriundas do “no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece” correspondem ao que Larossa Bondia vai tratar como o saber da experiência. Deste modo, se a experiência é o que nos acontece, o saber da experiência não pode ser separado do sujeito concreto que a encarna, “é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal” (Ibid., p. 27).

O conceito de experiência também está presente na obra de Walter Benjamin, em que dois termos, *Erfahrung* (experiência) e *Erlebnis* (vivência ou experiência vivida), estão ligados a ela. Ainda que ao longo de toda sua obra a *Erfahrung* (experiência) tenha passado por inúmeras retificações, a consistência do conceito decorre de sua verdade (se é ou não uma experiência verdadeira) e de sua qualidade de ser passada de uma geração à outra.

[...] sua verdade estará na transmissão de um saber tradicional, que pode ser, sem dúvida, em uma comunidade fechada e pequena, numa tribo, em um clã, mas também pode representar a tradição dos saberes de uma certa cultura específica, como o saber da teoria literária, da teoria da pintura ou até mesmo o saber transmitido de uma religião. A transmissão realizada ao longo do tempo por imersão em uma tradição, possibilitando aquele que foi imerso a retransmitir o que lhe chegou utilizando o mesmo método transmissivo: eis o traço distintivo de uma experiência (SILVA, 2015, p. 104).

Nesta medida, o caráter eminentemente impessoal e coletivo da experiência guarda em si a dimensão daquilo que se “partilha com”, se compartilha. Reflete o conhecimento acumulado e transmitido naturalmente, de geração em geração, ligando-se à tradição e à constituição histórica de uma dada sociedade. De modo distinto, a vivência (*Erlebnis*) se forma “com dados isolados, fixados na memória com o rigor proporcionado pela consciência” (BENJAMIN, 1987, p. 105) e, ainda que possa se referir a um grupo, “os eventos formadores das vivências não se coligam senão por um esforço do indivíduo em dar sentido a eles ou conectá-los” (SILVA, 2015, p. 105). A vivência é então característica do indivíduo isolado e que não ultrapassa o tempo de sua própria existência.

Em *Experiência e Pobreza*, ensaio de 1933, Benjamin aponta os efeitos subjetivos da modernidade nas mudanças qualitativas sobre a experiência, cuja dinâmica transmissiva é sistematicamente enfraquecida. O homem perdeu a capacidade de transmitir um passado comum, não estando mais apto em comunicá-lo ou invocar o peso contido no saber da tradição (LIMA; BAPTISTA, 2013). As razões para tal são vistas por Benjamin como estando relacionadas à exploração do trabalho pelo capitalismo industrial e à Primeira Guerra Mundial, sendo este segundo fator o responsável pelo golpe derradeiro na experiência “transmissível de boca em boca” (1987, p. 115). O silêncio traumático dos combatentes, ao voltarem do serviço militar, deixava expostos os efeitos devastadores de uma guerra de trincheiras que

os tornava incapazes de transmitir saberes aprendidos antes da guerra, assim como o que lá se passou.

No final da guerra, observou-se que os combatentes voltavam mudos do campo de batalhas, não mais ricos, mas sim mais pobres em experiência comunicável. E o que se difundiu dez anos depois, na enxurrada de livros sobre a guerra, nada tinha em comum com uma experiência transmitida de boca em boca (BENJAMIN, 1987, p. 198).

O aparecimento do higienismo, a partir da segunda metade do século XIX, também contribuiu para o declínio da transmissão da experiência por meio das gerações. Com a retirada gradativa da morte do espaço público, reservando-a agora aos hospitais e asilos, vai reduzindo a concepção de eternidade, antes presente no campo narrativo por meio da imagem daquele que ao morrer profere suas últimas palavras às gerações vindouras (SILVA, 2015). O empobrecimento de uma experiência embasada na tradição vai sendo substituída gradativamente por outras maneiras de experienciar o mundo, próprias da rapidez e volatilidade do mundo moderno e do que Benjamin designou de vivência (*Erlebnis*).

A incerteza e a inconstância características da época atual em que vivemos têm alterado significativamente diversos aspectos da vida humana e é objeto das análises do sociólogo polonês Zygmunt Bauman, a partir do que chamou de “modernidade líquida”. O emprego da metáfora da fluidez utilizada por ele para captar o espírito presente na modernidade, decorre da extraordinária agilidade com que os líquidos e uma variedade de fluidos se movimentam, escorrem, vazam, inundam. Assim, a fluidez ou liquidez são características de “uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir” (BAUMAN, 2007, p. 7). Aprender com a experiência ou métodos empregados com sucesso no passado é pouco aconselhável frente à precariedade e às incertezas de uma vida pautada pela velocidade arrebatadora da circulação, do consumo e do descarte. Como o “agora” é a palavra de ordem, a comunidade, os laços humanos e as parcerias, mais do que degenerarem, “tendem a ser vistos e tratados como coisas destinadas a serem consumidas, e não produzidas” (BAUMAN, 2001, p. 187).

Vivemos (tempos) de excessos. Excesso de violência, de informação, de querer, de fazeres, de estímulos, de consumo e de solidão. Excessos de 'eu' e falta de 'nós' como efeitos de uma cultura que enfraquece a dimensão coletiva da experiência, enquanto possibilidade que algo em 'nós' aconteça. Larrossa Bondia afirma que "nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara" (2002, p. 21) e levanta algumas questões cada vez mais atuais e que contribuem para esta situação.

O excesso de informação, característico da nossa sociedade contemporânea, não deixa lugar para a experiência, pois em sua obstinação por manter-se cada vez mais informado, o sujeito, ao passar tanto tempo correndo atrás das informações, consegue que nada lhe aconteça ou toque. Isso porque o saber da experiência não é equivalente ao saber das coisas. Ainda que possamos ter clareza do que aprendemos e dos novos conhecimentos adquiridos, ao mesmo tempo é possível que, apesar de tudo, nada nos tenha tocado ou acontecido.

Da mesma forma, o excesso de opinião também anula nossas possibilidades de experiência, em especial, quando os mecanismos perversos da aliança entre informação e opinião, operados pelos meios de comunicação de massa de forma cada vez mais invasiva, ocupam todo o espaço do acontecer. Nestas condições, o sujeito não é outra coisa senão um suporte produzido e manipulado por estes aparatos, incapaz de experiência. Esta associação informação/opinião perpassa a ideia de "aprendizagem significativa", dispositivo educacional que demanda inicialmente o domínio das informações seguido da exposição de uma opinião pessoal e crítica a respeito de determinado assunto ou conteúdo. Com isso, nos tornamos competentes para responder às perguntas que, "cada vez mais, se assemelham a comprovações de informações e a pesquisas de opinião, [...] o que torna impossível a experiência" (BONDIA, 2002, p. 23).

A falta de tempo e a velocidade dos acontecimentos aliadas à compulsão pela novidade acabam por dificultar a conexão significativa entre os fatos, uma vez que, na mesma velocidade em que ocorrem, os acontecimentos são logo substituídos por outros, dificultando seu registro e conseqüentemente a possibilidade de atribuir-lhes um significado. Deste modo, monta-se um circuito produtor de consumidores cada vez mais vorazes e eternamente insatisfeitos, no qual tudo os excita, estimula e agita, mas nada lhes acontece. A velocidade e o que dela decorre, a falta de silêncio e de memória são também inimigas da experiência.

Por fim, o excesso de trabalho é apontado pelo autor como um dos responsáveis pelo empobrecimento da experiência, uma vez que o sujeito moderno está permanentemente mobilizado para fazer, mudar, regular ou produzir algo. E por estar sempre querendo o que não é, por estar sempre em atividade, não pode parar. E por não poder parar, nada lhe sucede e nada lhe acontece.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDIA, 2002, p. 24).

Ainda que a possibilidade de dar-se tempo e espaço não se apresente como algo simples nestes tempos que (es)correm, é necessário forçar nosso pensamento na direção de enfrentar o desafio que se encontra colocado. Como transgredir os parâmetros habituais de um viver restrito entre o que não produz sentido e o que adota sentidos já prontos para o consumo? De que modo enfrentar o que nos atropela na rotina entediante de um dia a dia que se repete e em que nada 'nos' acontece? Como se deixar afetar pelas forças inventivas da vida? Perguntas que só podem ser respondidas a partir da singularidade de cada caminho percorrido.

Ao colocar em funcionamento os recursos que minha memória (ainda!) permite, resgato o fato de que o início de minha trajetória profissional se deu logo após a finalização do Ensino Médio, concomitantemente ao ingresso na universidade. Essa dupla inserção de estudante e trabalhadora permanece de algum modo até os dias de hoje, conferindo algumas peculiaridades a um percurso construído no "entre" diferentes experiências no campo da política pública de saúde e que foi contraindo novos sentidos.

É assim que aos 18 anos de idade sou aprovada em um concurso público para ocupar um cargo administrativo na Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Naquela ocasião, o significado de ser funcionária pública não fazia o mesmo sentido que hoje faz para mim. Muitas das coisas que ouvia a respeito da nova função que em breve viria a desempenhar circulavam pela segurança conferida

por um vínculo de trabalho no qual, a não ser que fizesse algo de muito grave, dificilmente correria algum risco de perder. Estabilidade era a palavra que traduzia esta ideia. Tal estabilidade, além de não ter me seduzido desde o início de minha carreira, foi, ao contrário, se mostrando cada vez menos compatível com aquilo que vivia na experiência concreta.

Nosso regime político possibilita que a cada quatro anos tenhamos uma alternância entre os diferentes governos que se revezam no comando das políticas de Estado, e na vida não é muito diferente. Ainda que o vínculo de trabalho estável, garantido no estatuto jurídico do servidor público, possibilite nossa permanência no mesmo trabalho durante longos anos, a vida em sua plenitude quer muito mais de nós do que o conforto de um trabalho ‘para sempre’ pode prometer. “O pra sempre, sempre acaba²”, e a vida insiste em mudar. Mudam as estações, os afetos, a saúde, os dias e as noites. A vida não combina com estabilidade.

No ano seguinte ao meu ingresso na Prefeitura, inaugurava-se na capital do estado um período de quatro gestões consecutivas do Partido dos Trabalhadores (PT). Por dezesseis anos, a gestão municipal de um partido de esquerda viria a marcar a história da cidade. No início do primeiro governo petista, comandado por Olívio Dutra, tive a oportunidade de participar durante dois anos de um projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Administração (SMA) que, partindo de um amplo processo envolvendo diferentes segmentos do conjunto de trabalhadores, buscava “construir uma política de recursos humanos coerente com as premissas filosóficas e os princípios políticos da Frente Popular³” (PESSIN; PAULON, 1994, p. 104).

Colocando em discussão o sentido do bem público, o papel do Estado, o lugar da técnica e o próprio significado do ser servidor público, este projeto voltava-se para os processos de desinstitucionalização dos entraves burocráticos da máquina pública e da negociação de saberes entre os atores institucionais, entendendo o papel fundamental dos servidores nesse processo. Como “agente de recursos humanos⁴”, fui provocada desde o início a conviver com uma estranha combinação de medo e coragem. Isso porque ser/estar “agente” implicava, entre outras tantas

² Trecho da música *Por enquanto*, da Legião Urbana.

³ Aliança de partidos de esquerda para a eleição municipal de Porto Alegre, em 1988: PT, PCB e PSB.

⁴ Nome do projeto e denominação dada aos servidores que se engajaram nele.

atividades, o agenciamento de espaços de reflexão junto aos trabalhadores das diversas secretarias sobre seu fazer cotidiano, de modo a impulsionar processos de autonomia e corresponsabilização nas questões da gestão pública que, ao mesmo tempo, produziam seus efeitos em mim. Assim, para habitar este lugar inventado pelo desejo da mudança foi preciso me reinventar.

Esta possibilidade de reinventar a si mesmo dialoga com a discussão da experiência clínica tal como afirmada por Passos e Barros (2001). Os autores destacam os sentidos da dupla raiz etimológica do termo “clínica”. Em sua acepção médica tradicional, que significa o inclinar-se sobre o leito do doente e que deriva do grego *klinikos* (de *Kline*, leito, repouso e de *klino*, inclinar, dobrar) remete à atitude de acolhimento à demanda de cuidado. Já a clínica entendida como *clinamen*, tomada a partir da filosofia atomista de Epicuro, seria o encontro fortuito que permite aos átomos, ao caírem no vazio, chocarem-se uns com os outros e articula-se com a perspectiva de composição e criação de acontecimentos.

Assim, a experiência clínica enquanto *clinamen* corresponde a liberdade dos movimentos produtores de desvio que se conectam na abertura e na invenção de outros territórios existenciais marcados pela instabilidade do viver. É justamente na afirmação da clínica como experiência de desvio que se dá “neste entre-dois, neste interstício da relação, nesse ponto ilocalizável ou nesse não lugar (um *u-topus*) que a experiência clínica se situa” (PASSOS, 2013, p. 219).

Ao defenderem a dimensão política da experiência clínica, Passos e Barros (2001) apostam na sua força de intervenção sobre a realidade, em sua capacidade de produção de bifurcações e desvios responsáveis pela desnaturalização do já dado como verdade instituída. Ao habitar o espaço-tempo marcado pelas instabilidades do contemporâneo, a clínica se vê em constante embate com as forças de assujeitamento e comprometida com as experiências de produção de subjetividade. Neste duplo movimento, o sujeito é levado a fazer um uso de si, de seu corpo e sua história, em uma *dramática do uso de si* por meio da qual se reinventa a si próprio.

É por isso que não sabemos bem *quem* faz experiência. Tenho uma expressão para designar esse enigma, *corpo-si* ou a *pessoa-si*. Nisto que faz experiência, há história de nossos fracassos, nossos sofrimentos, nossos sucessos, nossos engajamentos com uns e outros, atravessados pelas nossas relações com os valores; e nosso corpo carrega essa história

sem que nós a saibamos muito bem. É tudo isso que *faz experiência* (SCHWARTZ, 2010, p. 43).

Ao indagar sobre a função formadora da experiência, Yves Schwartz propõe que a mesma não deva ser tomada como uma questão genérica, mas recolocada à luz de “situações de percursos sempre em parte singulares” (2010, p. 41). Para o autor, a retomada da importância do conceito de experiência, enfraquecida ao longo do tempo, é fundamental para examinarmos sua articulação tanto com os processos de formação quanto com os saberes formais. Nesta perspectiva, em todas as atividades nas quais nos envolvemos e, em especial, nas atividades de trabalho, estamos em meio à aplicação de protocolos que nos permitem lidar com as situações possíveis de serem previstas e a experiências que são postas em ação para dar conta dos acontecimentos impossíveis de serem totalmente antecipados. A esta dimensão do imprevisível presente na realização do trabalho, Schwartz chamou de “experiência ou encontros de encontros” (Ibid., p. 42).

Gerir o aspecto do encontro de encontros é gerir aquilo que os outros não geriram antes de nós, e se você faz escolhas, forçosamente tem critérios a partir dos quais você faz essas escolhas. Trabalhar sobre essas escolhas é trabalhar sobre você mesmo. Não é em quaisquer circunstâncias que falamos de nós mesmos de maneira mais profunda. Toda atividade é sempre dramática do uso de si, uso de si por si e uso de si pelos outros. Essa dramática está longe de ser plenamente consciente, trata-se, então, de um trabalho sobre si mesmo: nós nos descobrimos aqui nos dois sentidos do termo, descobrimos a nós mesmos e nos descobrimos vis-a-vis dos outros (Ibid., p. 45).

Um destes ‘encontros de encontros’ se deu em decorrência da proximidade de trabalho com a dupla de psicólogas que supervisionavam o projeto “Agente de Recursos Humanos”, da SMA/PMPA, referido anteriormente, e que produziu uma mudança significativa em minha trajetória de formação profissional. É a partir da bifurcação produzida neste encontro que ingresso na Faculdade de Psicologia muito inspirada pela possibilidade de outras práticas “psis”.

Lembro-me com clareza do primeiro dia de aula quando foi perguntado para uma turma de quase cinquenta alunos, quem de nós pretendia (ainda que não tivéssemos clareza do que se tratava exatamente) trabalhar na área da Psicologia clínica. Apenas dois ou três alunos não responderam afirmativamente à pergunta, sendo que eu era um deles. Assim, ao longo da graduação, meus interesses foram

se direcionando para as questões trazidas pelas disciplinas ditas “menores” em relação à tão idealizada clínica psicológica individual, que ainda hoje povoa o imaginário de grande parte dos jovens estudantes que ingressam na faculdade de Psicologia. Esta ideia, diga-se de passagem, ainda é muito forte não apenas dentro da Psicologia como no conjunto da sociedade de modo geral, visto que, passados mais de vinte anos deste episódio, é comum que as pessoas, ao saberem de minha trajetória profissional, indaguem se nunca trabalhei com a clínica. Tal questionamento deixa transparecer o quanto a prática clínica permanece atrelada a uma perspectiva preponderantemente restrita ao consultório particular.

A este respeito em Psicologia das massas e análise do eu, o pai da psicanálise já nos aponta para a importância do laço social na constituição do sujeito: “Na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e, portanto a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social” (FREUD, 1921, p. 14). Nesta direção, o diálogo proveitoso entre o mundo acadêmico e as experiências cotidianas como trabalhadora de uma política pública de saúde que se quer coletiva, tem se configurando por meio de um exercício clínico que busca se deslocar de uma perspectiva individual e desinteressada do que acontece no mundo e se afirmar como importante compromisso ético-político de minha profissão.

Figueiredo (2010, p. 12-13) chama nossa atenção para o que denominou de três tempos da clínica e que corresponderiam aos “novos desafios clínicos, teóricos, políticos e, mesmo profissionais” decorrentes dos redirecionamentos advindos no campo da política de saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira. Estes tempos, no entanto, não seguem uma ordem cronológica, podendo coexistir simultânea ou sucessivamente e podem ser correlacionados à “feridas narcísicas” a serem elaboradas pelos profissionais ‘psis’ frente ao desafio de “tornar mais público seu trabalho e dar maior visibilidade ao que faz” e que “impõe ao profissional e ao exercício de sua prática uma determinada perda de poder ou de saber.”

O dispositivo da consulta corresponde ao primeiro tempo da clínica enquanto exercício privilegiado de uma prática que, por excelência, altera a modo de trabalhar, pois “trata de desprivatizar o consultório, tornar a clínica mais partilhável” (FIGUEIREDO, 2010, p. 13); o segundo tempo se dá na ‘construção do caso’ “a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo produzem um saber sobre o sujeito”

(Ibid., p. 15), e implica a premissa de um trabalho compartilhado em equipe; o terceiro tempo acontece com a circulação do 'caso' a partir da abertura para o cuidado na tessitura de uma rede com outros setores como a educação, a cultura, o trabalho, entre outros.

Já cursando a faculdade de Psicologia, com a mudança de governo e com a reorientação do projeto de "Agentes de Recursos Humanos", fui transferida para o recém-inaugurado Centro de Saúde Bom Jesus (CSBJ), integrante da rede da Secretaria Municipal da Saúde e localizado na Zona Leste da cidade conhecida como um dos bolsões de miséria de Porto Alegre. A experiência de trabalho no CSBJ marcou de maneira significativa minha "entrada" no campo da Saúde. A relação cotidiana e direta com a realidade da comunidade da vila Bom Jesus, da vila Pinto e adjacências propiciou um aprendizado "em ato" de uma realidade social vulnerável que desafiava a invenção de outros modos de cuidado, mais alargados e abrangentes, capazes de acolher uma realidade social singular e extremamente difícil. Posso afirmar que muito do que sei e sou como profissional da saúde se deve às experiências lá vividas durante nove anos.

Composto por um serviço de Pronto Atendimento (P.A) 24 horas, ambulatório de especialidades e Unidade Básica de Saúde (UBS), o Bom Jesus, como é mais conhecido, resulta de uma intensa mobilização da comunidade na luta pela melhoria das condições de saúde da região. Ainda que formalmente lotada no Pronto Atendimento 24 horas, meu trabalho também incluía atividades desenvolvidas no ambulatório e na UBS. Recordo-me que o fato de atuar em diferentes frentes de trabalho, ora no Pronto Atendimento, ora no ambulatório e na UBS, muitas vezes era motivo de dúvida ou confusão por parte de alguns colegas que não conseguiam entender "de onde mesmo eu era". Aprendi que transitar por entre as malhas da instituição é um modo de habitá-la e, em algumas situações, até mesmo sobreviver a ela.

Caminhar pelos becos e vielas do bairro, compreender os modos de vida daqueles que atendíamos diariamente, conhecer suas condições de vida e ser reconhecida pela população como "a do posto", era sem dúvida, muito gratificante. Com um grupo de trabalhadores extremamente implicados, aprendi muito sobre saúde, acolhimento, militância e trabalho em equipe no desafio de fazer a melhor saúde possível naquele contexto. De maneira especial, uma enfermeira "Alegre" e

uma auxiliar de enfermagem “com nome de estrela”, ao apostarem na minha curiosidade, guiaram meus primeiros passos no trabalho em saúde.

No ano de 2002 tem início o projeto de Qualificação do Acolhimento na Atenção à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde e sou convidada a compor, com um grupo de mais quatro colegas da Gerência Distrital⁵ Leste Nordeste, o grupo de consultores internos em acolhimento⁶. Foi montado um grupo de consultores em cada uma das oito Gerências e nos Hospitais Municipais (Pronto Socorro e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas) com o objetivo de articular estratégias para a implantação da diretriz do acolhimento em todos os serviços da rede municipal. Além disso, eram responsáveis pelo acompanhamento e desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) para a sensibilização das equipes, promovendo a troca de experiências entre trabalhadores, conselhos de saúde e comunidade usuária em geral (ORTIZ *et al*, 2004). Tal experiência permitiu uma inserção maior junto à rede, pois além do contato com outros colegas e serviços, o trabalho dos consultores envolvia o planejamento das ações e a assessoria às equipes em suas dúvidas, dificuldades e receios na implantação de um dispositivo de cuidado que ao mesmo tempo tencionava a necessidade de mudança em seus próprios processos de trabalho.

Na sequência, sou novamente convidada a enfrentar outro desafio: a coordenação da transição de uma equipe de saúde mental da Gerência Distrital que à luz dos movimentos instituintes de um novo modelo de atenção em saúde mental, deveria vir a se tornar o primeiro Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi) daquela região da cidade. Este trabalho significou assumir a coordenação de uma equipe de psicólogos, psiquiatras e monitores que atendiam à clientela de crianças e adolescentes em diferentes unidades de saúde e que naquele momento estavam se constituindo enquanto equipe de referência para o atendimento de crianças e adolescentes. Vale lembrar que 2002 foi o ano em que o Ministério da Saúde publicou a Portaria 336/2002 de criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, em seu capítulo referente aos CAPS infanto-juvenis (CAPSi), colocava de maneira mais afirmativa na agenda do campo saúde mental as questões relacionadas ao segmento infanto-juvenil. O desafio consistia,

⁵ Estruturas administrativas e gestoras da saúde distribuídas em oito regiões sanitárias da cidade.

⁶ Grupo de trabalho descentralizado em cada Gerência Distrital de Saúde, responsável pela dinâmica necessária à implantação do acolhimento naquele território.

deste modo, em construir com a própria equipe um trabalho afinado às diretrizes da clínica psicossocial e de um cuidado em rede construído na relação com a família, a escola, o conselho tutelar, a cultura e os demais dispositivos da rede intersetorial.

Embora as experiências como consultora do acolhimento e na coordenação do CAPSi tratem de percursos singulares, elas nos levam a colocar em questão se não há sempre na vivência de um trabalhador de saúde um plano pessoal e coletivo de sentido e que a narrativa desta tese quer expressar. Esse plano coletivo se dá sempre em uma dupla dimensão: como forças anômalas e de resistência⁷, que minhas experiências podem apontar, e como formas de organização do processo de trabalho em saúde, expressas nos diferentes modelos de atenção.

Ainda que o conceito de anômalo tenha caído em desuso ao longo dos tempos (DELEUZE E GUATTARI, 1997; CANGUILHEM, 2006), não é difícil observar a confusão existente quando de seu emprego é associado ao conceito de anormal. “Anomalia vem do grego *anomalía*, que etimologicamente significa, o que é desigual, rugoso, irregular”, ao passo que anormal é um adjetivo sem substantivo e que designa o que não tem ou contraria a regra (CANGUILHEM, 2006, p. 91).

Para Deleuze e Guattari (1997, p. 21-22), “o anormal só pode definir-se em função das características, específicas ou genéricas; mas o anômalo é uma posição ou um conjunto de posições em relação a uma multiplicidade”, pois

[...] não é nem indivíduo nem espécie, ele abriga apenas afectos, não comporta nem sentimentos familiares ou subjetivados, nem características específicas ou significativas. Tanto as ternuras quanto as classificações humanas lhe são estrangeiras. Lovecraft chama de *Outsider* essa coisa ou entidade, a Coisa, que chega e transborda, linear e no entanto múltipla, “inquieta, fervilhante, marulhosa, espumante, estendendo-se como uma doença infecciosa, esse horror sem nome” (Deleuze & Guattari (1997, p. 21-22).

Silva (2014, p. 109) nos ajuda na compreensão do anômalo enquanto um fenômeno de borda no qual “no bando, na matilha, a posição anômala seria uma posição periférica”, uma experiência fronteira. “Uma fronteira é classicamente uma

⁷ Na obra de Michel Foucault, o termo “resistência se dá, necessariamente, onde há poder, porque ela é inseparável das relações de poder; assim, tanto a resistência funda as relações de poder, quanto ela é, às vezes, o resultado dessas relações; na medida em que as relações de poder estão em todo lugar, a resistência é a possibilidade de criar espaços de luta e de agenciar possibilidades de transformação em toda parte” (REVEL, 2005, p. 74).

zona de trocas, de tráfico, de perigo, de transbordamentos” e “aproximar-se dessa fronteira, demanda um deslocar-se, um produzir afinidade”.

Assim, o acesso a este plano coletivo, nesta tese, procura se fazer por meio de um modo de narrar experiências que se dão na zonas de fronteira entre a inseparabilidade da dimensão de cuidado que se engendra nas práticas de atenção e de gestão da saúde. Tais experiências não se dão em um percurso de retidão, estabilidade ou solidez, mas se referem às tentativas de lidar com as variações próprias da vida que colocam à prova nossa capacidade de reinvenção daquilo que somos.

Canguilhem em *O normal e o patológico* (2006, p. 53), fruto de sua tese de Doutorado em Medicina, sustenta não ser possível afirmar “que a vida é sempre idêntica a si mesma na saúde e na doença”. Para tal, procede a uma análise dos sentidos dos referidos termos demonstrando o quanto “normal” pode ser utilizado ao mesmo tempo para designar tanto um fato, como o valor atribuído a esse fato por parte daquele que o profere, levando a uma ambiguidade em seu uso ao permitir a possibilidade de que um “caráter comum adquira um valor de tipo ideal” (Ibid., p. 85).

Destaca que “o normal é viver em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (Ibid., p. 136), para introduzir assim o conceito de normatividade, como a capacidade do sujeito, individual ou coletivo, de instituir novas normas que permitam fazer frente “à totalidade das vicissitudes da vida e da variedade de suas manifestações” (Ibid., p. 53). Para Canguilhem, literalmente,

[...] a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa. Em filosofia, entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que nos propomos a falar sobre uma normatividade biológica (Ibid., p. 86).

Deste modo, o doente é alguém incapaz de ser normativo, ou seja, de instituir novas normas para lidar com as variabilidades do viver e que em uma situação determinada ou eventual, experimenta o “sentimento direto e concreto de sofrimento e impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2006, p. 96). Ao questionar o caráter prescritivo e rígido dos diagnósticos, aponta para a imprecisão entre o que é considerado normal ou patológico uma vez que é apenas em relação a

si mesmo e não em relação a uma média ou padrão social que alguém se torna doente. Somente o próprio sujeito que vive a experiência de uma vida diferente da “normal”, é que pode determiná-la, dado que se sente doente não apenas em relação aos demais, mas em relação a si mesmo.

[...] a vida de qualquer ser vivo, mesmo que seja uma ameba, não reconhece as categorias de saúde e doença a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula (Ibid., p. 149).

A problematização de Canguilhem é fundamental na discussão do que é considerado saúde e doença, não como elementos antagônicos entre si, mas enquanto processo dinâmico que busca dar conta das modulações das forças vivas da existência. A concepção de saúde daí decorrente é de “um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite” (Ibid., p. 152). Neste sentido, tanto a saúde como a doença são processos individuais e, ao mesmo tempo, construídos socialmente. Demandam estratégias de cuidado capazes de articular, de maneira inseparável, uma prática clínica e de produção de subjetividade comprometida com a ampliação do coeficiente de autonomia dos sujeitos, com diferentes formas de organização do processo de trabalho que contemplem as inquietudes próprias da vida. É neste duplo desafio que um modelo de atenção afinado com o desafio de construir um SUS mais humanizado se sustenta.

As reflexões e experiências desenvolvidas desde os anos 2000 sobre cuidado em saúde, acolhimento e humanização procuram fortalecer os modos de trabalho necessários para as mudanças em nosso sistema de saúde, com tantas dificuldades para sua consolidação ainda que passada mais de meia década de sua criação. Um desses modos de compreender o trabalho em saúde e que se relaciona diretamente com o que é tratado nesta tese diz respeito à inseparabilidade entre as dimensões do cuidar e do gerir.

Esta é uma sensível e radical diferença, um importante deslocamento para o enfrentamento das contradições do SUS, pois ali onde se anunciava o problema (os modos de gerir e cuidar), onde se localizavam as dificuldades mais radicais (ação autônoma dos sujeitos) e a impossibilidade da construção de planos de ação comum (relação entre sujeitos com

interesses e necessidades não coincidentes) é que se vai buscar a força e a possibilidade da produção da mudança (PASCHE, 2008, p. 6).

Nesta perspectiva é que defendemos que gestão não pode ser tomada como uma dimensão afastada do cuidado que se produz em saúde, tampouco confundida com um lugar ou espaço, mas antes, como “um conector, gestão como elemento de passagem entre fluxos de trabalho/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder” (BARROS E BARROS, 2007, p. 64). Assim, a experiência que nos importa aqui afirmar é entendida como condição do que possibilita travessias, passagem de “algo que não se constrói individualmente, mas que deriva das formulações históricas de uma coletividade” (ROCHA, 2015, p. 64) e que se atualiza de geração em geração, imprimindo nos sujeitos não apenas novos conhecimentos a respeito do mundo, mas outros modos de experimentar o mundo. É experiência o que se dá no plano das relações, da multiplicidade e da produção de comum. Comum como produção de espaços em nós e nos outros para o estar junto, naquilo que nossas diferenças nos interpelam e nos forçam no limite entre o que somos e o que ainda podemos nos tornar.

2.2 Por um caminhar entre collage e cartografia

Encarar a página em branco e começar a escrever um texto que será lido e avaliado pelos demais é sempre “gerador de grande angústia uma vez que impõem ao sujeito o desconhecido: não se sabe bem o que se sabe, não se conhece o resultado final da escrita, não se domina a opinião alheia sobre o texto” (NUNES; MEIRA, 2006, p. 179). O exercício da escrita está diretamente relacionado ao processo de aprendizagem como um todo e que acaba por influenciar não apenas nossa escrita, mas também nosso pensar, ler e pesquisar. Um modelo de aprendizagem pouco desafiador vai conformando sujeitos acomodados ao cumprimento apenas do que é pedido, numa postura que se limita apenas a repetições e cópias, não incitando uma postura mais autônoma e autoral. É preciso empreender um esforço importante para inventar outros caminhos e liberar a escrita naquilo que ela pode compor com outras vozes, autores e pensamentos ao mesmo

tempo em que enfrentamos o desafio de nos tornarmos autores de nós mesmos (NUNES; MEIRA, 2006).

Ainda que Fernando Pessoa no início do século passado tenha indicado que “navegar é preciso, viver não é preciso”, seguimos temerosos do que não conhecemos e arriscar-se, neste sentido, remete a um dos sentidos etimológicos da palavra experiência apontada por Larrosa Bondia enquanto disposição para lançar-se a uma travessia arriscada e incerta. Esta ideia é também compartilhada por Benjamin com relação ao que pode ser a melhor maneira para conhecer uma cidade.

Saber orientar-se numa cidade não significa muito. No entanto, perder-se numa cidade, como alguém se perde numa floresta, requer instrução. Nesse caso, o nome das ruas deve soar para aquele que se perde como o estalar do graveto seco ao ser pisado, e as vielas do centro da cidade devem refletir as horas do dia tão nitidamente quanto um desfiladeiro (BENJAMIN, 1995, p. 73).

As ideias recolhidas desses autores apontam para a possibilidade de um reposicionamento em relação aos paradigmas científicos que defendem que para conhecer é necessário ter garantidos de antemão, não apenas o ponto que se pretende chegar, mas também o detalhamento do modo como iremos percorrer o caminho do conhecimento.

Para fazer falar as experiências tal como proposto nesta tese foi necessário habitar um território existencial singular (ALVAREZ; PASSOS, 2009), percorrendo um caminho atravessado de incertezas e guiada pelo desejo de algo que inúmeras vezes não era possível sequer suspeitar.

Esta afecção pouco esclarecida não pode ser vista como um salto no escuro da ignorância. O ignorante é passivo e, portanto, afeito às mudanças da moda e às forças hegemônicas, enquanto o receptivo é curioso. Há uma distinção entre quem se deixa levar por passividade e obediência a determinadas regras e aquele que, por curiosidade e estranhamento, se lança a perder tempo com o cultivo da experiência (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p. 138).

Como exercício inicial de abertura para as experiências que aqui procuro cultivar fui selecionando imagens, fatos e memórias de casos, de experiências com as quais me sinto implicada politicamente e com as quais procuro compor certa

“collage” afetiva. De acordo com Fonseca (2009), a collage é uma linguagem criada por Max Ernest⁸ muito presente nas artes em geral e que independe do uso da tesoura, do papel ou mesmo da cola. Resulta da relação estabelecida com um elemento, desde sua escolha, passando pelo distanciamento que se estabelece entre o mesmo e seu cenário original e pelo ato de uni-lo a outros elementos. Valendo-se de seu significado anterior, sentidos distintos lhe são conferidos na nova composição.

A distinção entre collage e colagem é feita por Fuão (2010, p. 294) ao assinalar que, enquanto a primeira trabalha por meio de deslocamentos, substituições, encontros fortuitos ou acasos procurando uma alteração de sentido para as coisas do mundo, a segunda remete ao “sentido mundano de colar e/ou juntar coisas”. O fundamento da collage reside então no encontro das figuras que desfilam, anseiam e buscam abrigo nas demais.

A riqueza da collage está na possibilidade infinita das escolhas, dos encontros possíveis. A figura da espera é o argumento narrativo, pequena mola propulsora do grande drama da collage, território, campo, pano de fundo quase nunca neutro, onde as figuras errantes desfilam em busca de uma conjugação poética, de um casamento, com ela ou com outras (FUÃO, 2011, p. 65).

A perspectiva da collage aproxima-se com o que, no campo das ciências humanas e sociais, temos chamado de cartografia. O fazer cartográfico, enquanto estratégia metodológica, tem sido trabalhado contemporaneamente por diversos autores (DELEUZE E GUATTARI, 1995; GUATTARI E ROLNIK, 1996; PASSOS, KASTRUP E ESCÓSSIA, 2009; PASSOS, KASTRUP E TEDESCO, 2014) no intuito de acompanhar processos mais do que representá-los, resgatando a dimensão subjetiva da produção de conhecimento que inventa outros sentidos para as coisas da vida. Deste modo, cartografia e collage compartilham entre si uma abertura ansiosa por novos encontros, outros afetos e sentidos capazes de enunciar outros devires.

A cartografia compromete-se com uma “reversão metodológica” que, segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2009, p.10) “consiste numa aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e

⁸ Importante escultor e pintor surrealista alemão (nacionalizado francês) do século XX, que utilizou diversas técnicas, materiais e estilos durante sua carreira como artista plástico, abordando muito o mundo dos sonhos e da imaginação.

assumido como atitude”. Em sua disponibilidade sensível ao plano das forças em jogo, a cartografia vai se (re)compondo permanentemente nas conexões com o intempestivo da vida e nos parece estratégica para o trabalho no campo da saúde, de modo geral, tão repleto de teorias e práticas endurecidas.

[...] os estudos em saúde coletiva inserem-se numa dimensão mais ampla dos estudos sobre os homens em sociedade, implicados numa permanente co-produção de sentidos, simbologias, valores e normas que transcendem as respostas unívocas de alguns setores do conhecimento científico, ultrapassando, portanto, os limites impostos pela compreensão muitas vezes meramente biomédica de alguns estudos em saúde (SILVEIRA, 2003, p. 69).

Em que pese sua estreita relação com a ideia de mapa, a cartografia contrapõe-se à perspectiva topológica de um todo estático, tomando-o como um mapa aberto, móvel e reversível que acompanha atentamente os movimentos de transformação presentes na paisagem existencial. Contrapõem-se ao método tradicional e racionalista de pesquisa ao operar uma redefinição das noções de sujeito e objeto, que em sua concepção, se encontram inevitavelmente implicados na complexidade dos afetos, do pensamento e das práticas que os vinculam, colocando em funcionamento outras estratégias de produção de conhecimento, de sujeitos e de mundo.

Valendo-me das pistas fornecidas pela associação entre collage e cartografia e impelida a escrever com a experiência, mais do que descrevê-las, me interessam os efeitos por ela operados. Busco compor um território de encontros entrelaçados em experiências de vida e trabalho marcadas pela *respública*, em especial no campo da saúde, para acompanhar os processos que se passam nos espaços de gestão, colocando em evidência a perspectiva do cuidado presente em seu exercício e os seus efeitos na produção de saúde. Tal posição, de estar ao lado e com a experiência, não é reconhecida pelas pesquisas tradicionais, que zelam pela neutralidade e separação hierárquica entre sujeito e objeto como condição para a verdade científica.

Entretanto, na aposta metodológica da cartografia, o conhecimento se produz nas experiências que se faz com, nas práticas de inclusão dos diferentes sujeitos implicados na produção de conhecimento, na lateralização que amplia o coeficiente de comunicação e de comum (ALVAREZ; PASSOS, 2009). O conhecimento que se

dá com a experiência é salientado por Kastrup (2013) ao analisar a formação de profissionais da saúde por meio de um conjunto de atividades que chamou de mergulho na experiência. Neste mergulho, os estudantes são colocados em contato direto – ou ficam expostos, de acordo com um dos sentidos da experiência apresentado por Larossa Bondia (2007) – com a realidade cotidiana dos serviços, das equipes e das comunidades que atendem. Como em todo mergulho, se molham e se encharcam de outros mundos, de outros territórios existenciais que ao mesmo tempo em que afetam suas práticas, desdobram-se em “ressonâncias e reverberações de experiências, que os afetam e acionam transformações em cada subjetividade” (KASTRUP, 2013, p. 152). Neste cenário, a formação não se dá pelo acúmulo de informações, mas um processo de produção de subjetividades (DELEUZE, 1992; GUATTARI, 1993; KASTRUP, 2005).

Nesse contexto, subjetividade e objetividade não são entidades preexistentes, mas efeitos de agenciamentos coletivos. Os processos de subjetivação e de objetivação se fazem num plano aquém das formas, plano de forças moventes que, por seu agenciamento, vêm a configurar formas sempre precárias e passíveis de transformação. As formas se distinguem, mas não se separam do plano de forças de onde elas emergem, permanecendo nele imersas através de uma zona de adjacência (KASTRUP, 2013, p. 155).

Enquanto a formação baseada na transmissão de informações limita-se à resolução dos problemas, a formação pela experiência é complexa e trabalhosa, pois envolve um corpo a corpo com o campo e mobiliza uma série de elementos que colocam em cena problemas até então não formulados, configurando um território de incertezas e dificuldades inerentes a quem nele se aventura. A formação pela experiência requer, portanto, uma abertura frente aos problemas mais do que respostas a eles. É nesse experimentar que conhecemos e produzimos um saber "encamado" que se configura "uma forma singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo)"(LAROSSA BONDIA, 2002, p. 27).

Assim, a prática do cartógrafo é construída a partir de um exercício de sensibilidade na qual se permite afetar e ser afetado pelas forças vivas das intensidades que se produzem no encontro com o outro e que Rolnik (2006) chamou de “corpo vibrátil”. Para isso, é necessário que mergulhe na experiência intensiva

que faz surgir sujeito e mundo. “Deixa seu corpo vibrar todas as frequências possíveis e fica inventando posições a partir das quais essas vibrações encontrem sons, canais de passagem, carona para a *existencialização*” (ROLNIK, 2006, p. 66 [grifos da autora]). Para a autora, ao acessar o plano intensivo que decorre da interação entre representações e fluxos, o corpo vibrátil do cartógrafo demanda um olhar híbrido que nasce do movimento oscilante entre as linhas moleculares, nômades e desestabilizadoras e as linhas molares, finitas, sedentárias e territorializantes, produzindo um embaralhamento no modo de olhar a si e o mundo.

[...] para melhor ver, precisamos lutar com nossa própria visão, perfurar nossos olhos para fazê-los ir além dos contornos, dos regulamentos, das normas. Precisamos desaprender o que temos sido, aproximarmo-nos da névoa que rodeia cada ente, para entendê-la como o écran que, ao mesmo tempo em que nos impede de ver, prolonga a nossa alma no interior das coisas (FONSECA et al, 2006, p. 659).

Na escrita desta tese, convivi com consideráveis dificuldades para me desenrolar de alguns sentidos prévios. O propósito de construir uma collage afetiva com minhas experiências de trabalhadora da saúde, por diversas vezes me confrontaram com o medo do que e como este processo poderia se transformar ou ganhar status de pesquisa e reflexão acadêmica. Os efeitos produzidos com o exercício da collage fizeram com que me perdesse, muitas vezes, por entre os sentidos que foram se acoplando às experiências que pretendia compartilhar, como se fossem ganhando vida própria, debochando de mim quando eu insistia em colocar cada coisa no seu devido lugar. Os lugares e sentidos brincaram de esconde-esconde comigo. Liberar outros sentidos para minhas experiências a partir da escrita impôs apostar que escrever e se mostrar pode não ser tão assustador assim, apesar de todo o medo. A música *Miedo*, de Lenine, ajuda a traduzi-lo.

Tienen miedo del amor y no saber amar
Tienen miedo de la sombra y miedo de la luz
Tienen miedo de pedir y miedo de callar
Miedo que da miedo del miedo que da

Tienen miedo de subir y miedo de bajar
Tienen miedo de la noche y miedo del azul
Tienen miedo de escupir y miedo de aguantar
Miedo que da miedo del miedo que da

El miedo es una sombra que el temor no esquiva
El miedo es una trampa que atrapó al amor

El miedo es la palanca que apagó la vida
 El miedo es una grieta que agrandó el dolor

Tenho medo de gente e de solidão
 Tenho medo da vida e medo de morrer
 Tenho medo de ficar e medo de escapulir
 Medo que dá medo do medo que dá

Tenho medo de acender e medo de apagar
 Tenho medo de esperar e medo de partir
 Tenho medo de correr e medo de cair
 Medo que dá medo do medo que dá

O medo é uma linha que separa o mundo
 O medo é uma casa aonde ninguém vai
 O medo é como um laço que se aperta em nós
 O medo é uma força que não me deixa andar

Tienen miedo de reir y miedo de llorar
 Tienen miedo de encontrarse y miedo de no ser
 Tienen miedo de decir y miedo de escuchar
 Miedo que da miedo del miedo que da

Tenho medo de parar e medo de avançar
 Tenho medo de amarrar e medo de quebrar
 Tenho medo de exigir e medo de deixar
 Medo que dá medo do medo que dá

O medo é uma sombra que o temor não desvia
 O medo é uma armadilha que pegou o amor
 O medo é uma chave, que apagou a vida
 O medo é uma brecha que fez crescer a dor

El miedo es una raya que separa el mundo
 El miedo es una casa donde nadie va
 El miedo es como un lazo que se apierta en nudo
 El miedo es una fuerza que me impide andar

Medo de olhar no fundo
 Medo de dobrar a esquina
 Medo de ficar no escuro
 De passar em branco, de cruzar a linha
 Medo de se achar sozinho
 De perder a rédea, a pose e o prumo
 Medo de pedir arrego, medo de vagar sem rumo

Medo estampado na cara ou escondido no porão
 O medo circulando nas veias
 Ou em rota de colisão
 O medo é do Deus ou do demo
 É ordem ou é confusão
 O medo é medonho, o medo domina
 O medo é a medida da indecisão

Medo de fechar a cara
 Medo de encarar
 Medo de calar a boca
 Medo de escutar
 Medo de passar a perna
 Medo de cair
 Medo de fazer de conta

Medo de dormir
Medo de se arrepender
Medo de deixar por fazer
Medo de se amargurar pelo que não se fez
Medo de perder a vez

Medo de fugir da raia na hora H
Medo de morrer na praia depois de beber o mar
Medo... que dá medo do medo que dá
Medo... que dá medo do medo que dá⁹

⁹ LENINE. **Acústico MTV**. São Paulo: 2006

3 ESTADO E SAÚDE: ENTRE MAQUINARIAS E MAQUINAÇÕES

Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos. (...) É ao nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo.

Controle e Devir, de Gilles Deleuze¹⁰

3.1 Máquina de Estado, máquina de moer

Máquina de moer carne. Não são poucas às vezes em que essa expressão tem sido utilizada para expressar uma relação bem específica que a máquina do Estado entretém com aqueles que a habitam. Moedor é aquele ou aquilo que mói, tritura ou pisa. Aparelho de moer ou triturar. O verbo moer, por sua vez, tem como definição reduzir a pó, esmagar. Outros sentidos também lhe são atribuídos, como fazer passar por uma prensa a fim de extrair o suco, apertar muito, magoar.

Para qualquer um que tenha vivenciado esta relação, de dentro da máquina do Estado, a definição é produtora de sentido. É como se a carne fosse literalmente moída. A sensação é de um aperto frente à dinâmica concentradora da máquina do Estado. Há, no entanto, uma reciprocidade nesta relação, pois, se a máquina mói a carne, também ela, ao ser moída, se transforma e se produz outra. Assim, usar de uma metáfora para pensar a máquina do Estado como máquina de moer indica seus efeitos danosos e doloríficos que se coadunam a uma demanda de cuidado.

O moedor, para o exercício de sua função (triturar, reduzir a pó, esmagar), pode apresentar-se sob formatos variados. Um de seus contornos possíveis conheci bem de perto a partir de minha inserção enquanto sanitaria na Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), localizada no Centro Administrativo, prédio imponente de vinte andares que se destaca na paisagem da cidade de Porto Alegre e concentra a grande parte das secretarias e órgãos da administração pública estadual. Ainda que o Centro Administrativo centralize um conjunto significativo da

¹⁰ Trecho de *Controle e Devir*. In: *Conversações*. Trad. de Peter Pál Pelbart. SP: Editora 34, 1992, p. 218.

estrutura do Estado, o “Palácio do Governo”, que reúne a cúpula decisória, acha-se localizada em outro ponto da cidade e nos permite observar então a configuração de um centro que não centraliza.

Tomo então a figura do Centro Administrativo para refletir a respeito de um paradoxo à máquina do Estado. Nesse sentido, é importante entender a diferença entre paradoxo e contradição. No paradoxo, noções mutuamente excludentes são postas em relação, como é o caso de uma placa com os dizeres “Não leia esta placa”, dado que não se pode conhecer o que está escrito sem ler a placa e, ao se fazê-lo, já se deixou de obedecer a instrução. O enunciado paradoxal constrói, portanto, a falência da própria escolha.

Na contradição, por sua vez, é possível e necessário que se faça uma escolha, como na poesia de Cecília Meirelles que diz: “Quem sobe nos ares não fica no chão, quem fica no chão não sobe nos ares” (2012, p. 36). Uma vez colocada a distinção entre os termos, o paradoxo que se coloca é aquele entre a pretensão centralizadora do Estado e a fragmentação do seu campo de atuação política.

Além disso, um paradoxo está evidenciado na própria estrutura arquitetônica do prédio onde está situado o centro administrativo estadual. Seu estilo modernista em forma de pirâmide e cujas laterais formam um ângulo capaz de despertar a imaginação de jovens e crianças que projetam ali uma pista de skate gigante, o prédio abriga, ao mesmo tempo, na curvatura de sua forma, uma dinâmica de funcionamento marcada pela dureza e inflexibilidade da máquina estatal. Se em alguns momentos, frente à rigidez imponente da máquina, o corpo se curva remetendo à sensação dolorida de ter a carne esmagada pela máquina, em outros, aponta que é no dentro/fora da máquina que se pode maquinar.

Na SES/RS fui designada para o Departamento de Ações em Saúde¹¹ (DAS), responsável pela coordenação das políticas de saúde no âmbito do Estado, na qual atuei junto à equipe de Coordenação de Saúde Mental, responsável pelo assessoramento e acompanhamento aos 497 municípios do Rio Grande do Sul para a implementação da rede de atenção psicossocial. Vinda de alguns anos de contato direto com a população usuária do SUS, acompanhando suas histórias e modos de

¹¹ O Departamento de Ações em Saúde da SES/RS é responsável pela coordenação da Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por meio dos seguintes eixos: Gestão, Atenção Primária, Ciclos Vitais e Diversidades e Transversalidades. Atua no assessoramento, planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas nestes eixos de organização estrutural nos quais estão distribuídas as Políticas Públicas de Saúde que são operacionalizadas em todos os níveis de atenção à saúde.

viver em um território literalmente vivo, os primeiros tempos na gestão foram de grande estranhamento.

A procura de um sentido para o meu fazer foi uma tônica constante principalmente nos primeiros tempos, quando fui orientada a permanecer quase que exclusivamente consultando uma enormidade de leis, portarias e legislações para me familiarizar com as “coisas” da gestão. No entanto, na medida em que o trabalho ia se dando, a leitura foi saindo dos papéis e se voltando para os modos de funcionamento deste território tão complexo, operando um deslocamento no curso do próprio trabalho. Tomo de minhas memórias a experiência de implantação do Fórum Estadual de Coordenadores Regionais de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, iniciativa desencadeada em 2009 a partir do interesse em qualificar as referências regionais em Saúde Mental.

Administrativamente, o Estado do RS é dividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que se constituem como instâncias regionais de pactuação, planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações de saúde nas diferentes regiões do Estado. Em cada uma das CRS existe a figura da coordenação regional de saúde mental, profissional de referência na temática e responsável pelas ações de assessoramento aos municípios, serviços e profissionais da região. A partir do reconhecimento da importância das instâncias regionais no fortalecimento e avanço da política de saúde mental se procurou incidir sobre estes espaços coletivos de gestão.

Os encontros entre a equipe do “nível central” (expressão utilizada pelos servidores dos municípios do interior para se referir à coordenação estadual da política) e coordenações regionais eram, até então, fortemente marcados pelo repasse de informações e de fluxos administrativos. Era evidente a dificuldade das coordenações regionais se autorizarem em relação a sua própria experiência de trabalho.

Mudanças significativas na sistemática e concepção destes espaços passaram pela inclusão dos interesses e necessidades das diferentes regiões do Estado na elaboração da pauta e na dinâmica de funcionamento destes encontros. O compartilhamento das dificuldades e estratégias usadas para fazer frente aos desafios presentes na implementação dos dispositivos da reforma psiquiátrica, a corresponsabilização em relação aos desdobramentos e encaminhamentos propostos, entre outros, permitiam um suporte maior das fragilidades da rede.

Do mesmo modo, a discussão a respeito das diferentes concepções de cuidado em saúde mental em disputa contribuiu no fortalecimento dos processos de gestão do cuidado em saúde mental mais próximos a uma perspectiva de garantia de direitos dos usuários. Espaço potente “de dentro” da máquina do Estado, a constituição deste fórum foi capaz de produzir cuidado entre os próprios trabalhadores da saúde, reafirmando uma perspectiva que entende como inseparáveis as dimensões da clínica e da política, da gestão e da atenção.

Ao habitar o território da gestão estadual da saúde foi possível ampliar o sentido inicialmente buscado, como algo *a priori*, em direção a modos de trabalhar cujo sentido se produzia com as próprias situações ali vividas. Em outras palavras, “conhecer, agir e habitar um território existencial não são mais experiências distantes umas das outras” (ALVAREZ E PASSOS, 2009, p. 149). Trabalhar na gestão estadual foi fundamental para a afirmação de um modo de intervir que, enquanto acolhimento das demandas dos coletivos de trabalho e produção de desvios em relação às práticas asilares de cuidado em saúde mental, afirmam a clínica em sua inseparabilidade dos modos como fazemos gestão e política.

Nesse sentido, a experiência “com” o conhecimento, a pesquisa ou trabalho requer mais do que a aplicação de conhecimentos técnicos, mas exige uma postura de engajamento na qual

O aprendiz-cartógrafo, inicialmente inseguro por não conhecer o campo que encontra (afinal, mais encontramos do que buscamos algo), vai descobrindo aos poucos que as regras prévias são valores móveis que não existem de modo rígido e universal, como nada garantem. Vai sendo provocado e contagiado pelas experiências de habitação, abandonando as formas rígidas, as regras fixas e experimentando a abertura de uma atenção flutuante, numa espreita de avaliar e tomar decisões encarnadas na experiência concreta. Vai desenvolvendo uma mudança da atenção focada e reduzida para uma atenção desfocada que pode apreender os movimentos do território (ALVAREZ e PASSOS, 2009, p. 147).

Como integrante da equipe de coordenação da política de saúde mental da SES e, em especial, como referência técnica para a temática dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma das questões com as quais me ocupava era a análise e a avaliação de todas as solicitações encaminhadas pelos municípios que se propunham a criação deste dispositivo em sua rede de saúde. Pelo fluxo pactuado entre os três entes federados, cabia à gestão estadual a conferência da

documentação exigida e, principalmente, o acompanhamento e assessoramento para a realização das adequações necessárias antes de encaminhar o projeto para análise da coordenação nacional.

A apreciação dos projetos encaminhados pelos municípios envolvia a conferência da documentação, a análise técnica do projeto terapêutico institucional, o parecer da vigilância sanitária, a planta arquitetônica do imóvel, os fluxos a serem estabelecidos com a rede intra e intermunicipal, a constituição da equipe profissional, entre outros. Durante muito tempo fiquei nesta atividade de conferência dos itens que compunham os processos recebidos dos municípios.

Aos poucos, porém, fui percebendo que neste meu trabalho havia também outras coisas. Mesmo não sendo arquiteta nem engenheira, um olhar atento aos projetos arquitetônicos permitia compreender o modo como o serviço, ao dispor do espaço físico, se organiza para a produção do cuidado ao usuário. Assim, se um serviço que se pretende substitutivo ao manicômio não prevê a possibilidade de pelo menos uma sala de grupo, que possibilidades de encontros serão propiciadas? Se não há proposta de reuniões de equipe e o que se vê são apenas consultórios para atendimentos individuais, que projeto de interdisciplinaridade e compartilhamento de saberes se vislumbra? Um município que propõe a construção de um CAPS a partir de um “puxadinho” ao lado do hospital da cidade, reforça qual lógica em relação ao louco e à loucura? Em que medida uma equipe formada majoritariamente por profissionais da área médica reforça ou não a lógica da medicalização, tão cara ao movimento da reforma psiquiátrica?

A análise dos projetos encaminhados pelos municípios permitia acompanhar situações reveladoras dos desafios ao processo de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil. Situações como, por exemplo, a inspeção diária dos pertences trazidos pelos usuários ao serviço, a orientação para que trouxessem de casa “pantufas” para não sujar o chão com o barro de seus calçados em dias de chuva e a proibição de carregarem seus celulares nas tomadas dos serviços não eram incomuns nos projetos encaminhados pelos municípios. Mais do que bizarros, constituíam-se em verdadeiro código de condutas voltado à disciplinarização do usuário e muito distantes do cuidado em liberdade preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Nesta medida, novas práticas de cuidado demandam novas formas de organização do trabalho: o cuidado se produz em rede. Para isso, a rede que

queremos tecer precisa ser cuidadosamente sustentada em meio ao contexto de vida e necessidades dos usuários e o modo de funcionamento dos serviços, considerando o que precisa ser feito ou alterado.

Tais questões apontavam para a necessidade de propiciar espaços de encontro e conversa com as equipes de trabalho. Como gestora estadual deslocava-me até os municípios para dialogar com as equipes e gestores sobre a política de saúde mental que se pretendia implementar, desde a discussão do projeto terapêutico institucional até o projeto terapêutico de cuidado ao usuário.

Em certo momento compreendi (ou intuí) que meu trabalho transbordava a mera conferência de documentos e a análise de processos do ponto de vista técnico-administrativo. Passei então a identificar alguns “nós” que já estavam ali presentes, operando redes e restituindo a inseparabilidade entre gestão e atenção. Para tecer redes de saúde é necessário colocar o corpo em cena dispondo-se a ousar outras posições. Uma clínica e um cuidado mesmo e apesar da dureza da máquina e sua dinâmica concentracionária.

A intensidade da máquina de moer nos impulsiona a uma curvatura ou inflexão que busca fazer resistência ao centripetismo do Estado e nos remete ao conceito deleuziano de dobra. “A dobra expressa tanto um território subjetivo quanto o processo de produção deste território, ou seja, ela exprime o próprio caráter coextensivo do dentro e do fora” (SILVA, 2014, p. 56) e é desde sempre um começo, um universo de encontros imprevisíveis, segundo os quais são sempre possíveis novas relações com o corpo, novos modos de relações consigo, novos saberes, novas práticas e novos modos de relação com o Fora.

Dobrar-se ou inclinar-se em direção ao fora é um dos exercícios possíveis e necessários para sobreviver à força trituradora da máquina do Estado. Mais do que resistir a ela, torna-se imperativo ‘rachá-la’ para que possamos continuar respirando por entre suas brechas. Uma dessas possibilidades de diálogos com o fora ocorreu logo após meu início na coordenação de saúde mental do Estado quando a equipe de coordenação foi convidada a participar de uma reunião da comissão de políticas públicas do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS), para uma conversa sobre a política de saúde mental estadual em curso naquele momento.

Ainda que recém-chegada na gestão da política estadual, respondi ao convite para o encontro muito mais com a ideia de conversar e conhecer pessoas com

interesse no assunto do que propriamente dar respostas a questionamentos que talvez não tivesse ainda conhecimento suficiente ainda. Não me arrependo um segundo das perguntas que não soube responder, pois foi com elas que senti e aprendi que era possível inventar outros modos de fazer política, parceria e militância em relações de parceria que sustento até os dias de hoje.

A implementação de uma política de saúde mental afinada com os princípios da reforma psiquiátrica e o cuidado em liberdade era alvo de uma disputa interna dentro da própria secretaria. O fortalecimento de uma rede efetivamente pública de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico era constantemente solapada pelo governo do Estado ao optar pelo apoio às comunidades terapêuticas através do repasse de incentivos financeiros. Tal situação encontrava forte oposição da equipe técnica à época, exigindo uma delicada relação não apenas com áreas internas à SES/RS como também impulsionava as alianças e o diálogo com outras instituições, conselhos profissionais e movimentos sociais como estratégias de resistência às investidas constantes desta lógica manicomial presente no Estado.

Do ponto de vista da filosofia política, inúmeras perspectivas compõem a discussão sobre o Estado, sua dinâmica e modos de funcionamento. Para Bobbio (1987), o problema do Estado tem sido tratado, sobretudo, a partir de uma relação de contraposição entre dois sujeitos, na qual um teria o direito de governar e outro o dever de obedecer. A este respeito, grande parte do que se tem produzido dá maior destaque ao ponto de vista dos governantes, das questões referentes à arte de bem governar, das virtudes ou habilidades requeridas para um bom governante, das diversas formas de governo e funções do Estado.

O fato da ênfase da filosofia política ter recaído mais fortemente sobre os modos de governo do Estado não significa que a perspectiva da sociedade política, vista pela necessidade ou interesse dos destinatários de suas ações, tenha estado completamente ausente, mas antes, indica o sentido e a direção predominantes no discurso político no século passado que conferiu aos governantes o status de verdadeiro sujeito ativo da relação. Somente no início da idade moderna com o surgimento dos direitos naturais individuais é que o Estado começa a ser apreendido como “um produto voluntário dos indivíduos, que com um acordo recíproco decidem viver em sociedade e instituir um governo” (BOBBIO, 1987, p. 64).

Ainda que as razões para as diversas modificações do termo “Estado” não estejam claras, o autor toma por certo que seu legado decorre da repercussão do

livro *O Príncipe*, de Maquiavel, publicado em 1532, e que teve papel fundamental na construção do conceito de Estado tal como o conhecemos hoje.

Daí a fortuna do termo "Estado", que através de modificações ainda não bem esclarecidas, passou de um significado genérico de situação para um significado específico de condição de posse permanente e exclusiva de um território e de comando sobre os seus respectivos habitantes, como aparece no próprio trecho de Maquiavel, no qual o termo "Estado", apenas introduzido, é imediatamente assimilado ao termo "domínio" (BOBBIO, 1987, p. 67).

Há um ponto na história do pensamento político representado pela questão de saber se o Estado sempre existiu ou se é um fenômeno histórico que surge em certo momento da evolução da humanidade. Uma tese recorrente, segundo Bobbio, é de que o Estado, enquanto ordenamento político de um dado grupo surge “da dissolução da comunidade primitiva fundada sobre os laços de parentesco” (Ibid., 73), dando lugar paulatinamente a grupos que se reúnem a partir das necessidades de sustento e defesa.

Para historiadores contemporâneos, o nascimento do Estado assinala o início da era moderna e “representa o ponto de passagem da idade primitiva, gradativamente diferenciada em selvagem e bárbara, à idade civil, onde ‘civil’ está ao mesmo tempo para ‘cidadão’ e ‘civilizado’” (BOBBIO, 1987, p. 73). Uma variante desta tese seria a interpretação, exclusivamente econômica, realizada por Engels sobre a formação do Estado, ao considerar o surgimento da sociedade civil a partir do ato de alguém que, antes dos demais, teria cercado seus terrenos e dito "isto é meu", instituindo assim a propriedade privada.

Pierre Clastres, em *Sociedades contra o Estado*, de 1979, apresenta outros elementos para problematizarmos a questão do surgimento do Estado. Pergunta até que ponto a dinâmica das sociedades primitivas organizadas a partir de códigos de convivência próprios nos permitem considerá-las como Estado ou se seriam, justamente por isso e tal como argumentado por ele, sociedades contra o Estado.

Em seu estudo antropológico acerca do funcionamento das sociedades primitivas, o autor aponta para a dificuldade da sociedade atual, assentada na crença de que o Estado é o destino de toda sociedade, ao imaginar que elas possam ter existido conjurando a própria figura do Estado. Para ele, é justamente uma perspectiva etnocêntrica que nos leva a considerá-las enquanto sociedades

incompletas politicamente com relação aos atributos dos quais nossa existência não abre mão.

Este aspecto confere quase sempre às sociedades primitivas uma negatividade justificada pelo critério da falta: sociedades sem história, sem escrita, sem mercado e sem Estado que estariam, em função disso, condenadas a evoluírem de uma barbárie primitiva para a glória civilizatória. Ao indagar sobre as condições ou os critérios que sustentaram a existência dessas ditas sociedades primitivas, o autor assinala que por fundamentarem-se numa economia de subsistência, seu modo de produção estava demarcado pelas necessidades a serem satisfeitas, o que alcançavam apesar da considerável limitação de tempo dispensado às atividades produtivas.

Isto equivale a dizer que, uma vez assegurada a satisfação global das necessidades energéticas, nada poderia estimular a sociedade primitiva a desejar produzir mais, isto é alienar o seu tempo num trabalho sem finalidade, enquanto esse tempo é disponível para a ociosidade, a guerra ou a festa (CLASTRES, 1979, p. 191).

Se as sociedades primitivas recusavam a economia do excedente, quais foram então as condições que tornaram possível o surgimento do Estado? É na medida em que alguns condicionantes da relação entre o homem primitivo e atividade de produção se modificam que podemos vislumbrar a emergência do Estado: a economia perde seu caráter autônomo e a atividade produtiva se transforma em trabalho alienado.

Tudo se desarruma, por conseguinte, quando a atividade de produção se afasta do seu objetivo inicial quando em vez de produzir apenas para si mesmo, o homem primitivo produz também para os outros, sem troca e sem reciprocidade (Ibid., p. 191).

Se “é sempre pela força que o homem trabalha para além de suas necessidades” tal como indica Clastres (Ibid., p. 189), a atividade de produção vira uma imposição daqueles que irão tirar proveito do trabalho dos outros, forçando uma lacuna, um abismo entre senhores e súditos, dominantes e dominados. Com isso, a sociedade primitiva deixa de conjurar aquilo mesmo que pode exterminá-la: o poder e o respeito ao poder. No entanto, a principal divisão apontada pelo autor se dá entre aqueles que estão na base e no topo da sociedade, revelando que “antes de

ser econômica, a alienação é política, o poder antecede o trabalho, o econômico é uma derivação do político, a emergência do Estado determina o aparecimento das classes” (CLASTRES, 1979, p. 192).

Para Clastres (1979), não foi a mudança econômica e sim a ruptura de ordem política o fator decisivo para o surgimento irreversível e mortal para as sociedades primitivas daquilo que conhecemos sob o nome de Estado. Deste modo, do ponto de vista político haveria somente duas possibilidades: de um lado sociedades primitivas ou sociedades contra o Estado; e de outro as sociedades com Estado.

Esta distinção decorre do fato de que nas sociedades primitivas não há a figura do rei, do déspota, daquele que manda ou de qualquer outro personagem que encarne a representação do poder do Estado. Nas sociedades primitivas, o chefe não é o chefe de Estado e sua palavra não representa a lei. Antes, o chefe é alguém que por sua competência técnica na arte da caça e da guerra, da persuasão e eloquência, está a serviço da sociedade e não o seu contrário. É da sociedade que emana o verdadeiro poder e como tal, exerce sua autoridade sobre a figura do chefe. Nas sociedades primitivas, o Estado é impossível de existir, pois “nela não há lugar, não há vazio que o Estado possa preencher” (Ibid., p. 204).

As sociedades com Estado têm essência unificadora – o Estado sou eu – independente do regime socioeconômico vigente. Ao rebater a ideia do Estado como etapa evolutiva das sociedades humanas, Clastres (1979) defende o surgimento do Estado a partir de uma violência externa exercida sobre as sociedades como instrumento que permite a consolidação de relações de dominação, hierarquia e violência, responsáveis por uma significativa degradação das relações sociais e que se desdobram em dominantes e dominados.

O problema do Estado encontra relevante contribuição a partir do trabalho do filósofo marxista francês Louis Althusser. A corrente althusseriana faz uma releitura significativa da teoria marxista a partir da desconstrução de uma perspectiva estreitamente economicista realizada pela ideologia burguesa em sua tentativa de evitar a todo custo a superação do capitalismo.

Ao definir a luta de classes como o motor da história, a teoria marxista atribui ao Estado um papel central na manutenção da ordem por meio da coação física. Para Marx e Engels, o Estado pode ser definido como um “aparelho” ou “máquina” repressiva utilizada pelas mais diversas parcelas da classe dominante (MOTTA, 2014).

A centralidade do conflito de classes na teoria marxista introduz o inovador conceito de ditadura do proletariado, “o qual não se confunde com uma nova forma de governo ou de Estado”, e que enquanto um “não Estado” consiste, nas palavras de Rosa Luxemburgo, filósofa e economista marxista de origem alemã, em “uma forma de democracia para as classes trabalhadoras e exploradas” (MOTTA, 2014, p. 114). Deste modo:

[...] a ditadura é de uma classe, não de um partido ou de uma clique; ela se exerce no mais amplo espaço público, com a participação, sem entraves, a mais ativa possível, das massas populares, numa democracia sem limites (MOTTA, 2014, p. 121).

Ao desvencilhar a teoria marxista das camadas ideológicas que a recobriam e enfatizar a natureza revolucionária da teoria marxista, Althusser defende firmemente o conceito de ditadura do proletariado não como “um conceito isolado que poderia ser ‘abandonado’ ao seu destino solitário, pois está relacionado ao conjunto de conceitos forjados por Marx a partir de 1845” (MOTTA, 2014, p. 127).

De mais a mais, a teoria marxista tem na radicalização igualitária e na quebra das “instituições” a via de transição do socialismo para o comunismo. A “quebra” dos aparatos estatais ocupa lugar de destaque no marxismo althusseriano ao considerar que:

[...] destruir o Estado burguês, para substituir pelo Estado da classe operária e dos seus aliados, não é juntar o adjetivo ‘democrático’ a todos os aparelhos de Estado existentes; é mais do que uma operação formal e potencialmente reformista, é revolucionar na sua estrutura, na sua prática e ideologia os aparelhos de Estado existentes, suprimir alguns, criar outros; é transformar as formas de divisão do trabalho entre os aparelhos repressivos, políticos e ideológicos; é revolucionar seus modos de trabalho e a ideologia burguesa que domina as suas práticas; é assegurar-lhe novas relações com as massas a partir das iniciativas das massas, na base de uma nova ideologia proletária, a fim de preparar o “enfraquecimento do Estado”, isto é, a sua substituição pelas organizações de massas (ALTHUSSER 1978, *apud* MOTTA, 2014, p. 127).

Althusser sublinha que o conceito de Estado na obra de Marx foi modificando-se ao longo de sua produção e que é somente a partir do *18 Brumário*, que passa a significar, de fato, um aparelho, uma máquina. Como instrumento de dominação e perpetuação da classe dominante, é separado da vida cotidiana dos homens, o que

torna estratégico o fato da classe operária ter de conquistá-lo. Como observa Althusser:

[...] não que o Estado seja universal em ato ou no todo, não que o Estado seja 'determinante em última instância', mas porque é o instrumento, a 'máquina', ou o 'aparelho', do qual tudo depende quando se trata de mudar as relações de produção (MOTTA, 2014, p. 128).

Afirmar o Estado como separado não é o mesmo que dizer que ele seja autônomo. Ainda que tenhamos uma pluralidade de aparelhos (ideológicos, repressivos e políticos) todos eles se mantêm firmes no propósito de preservar o poder da classe dominante. A ideia do Estado como separado passa a ter então um novo sentido para Althusser enquanto “uma máquina produtora de um tipo de energia específica, que é a do poder legal, uma máquina que produz força (violência) calcada na lei” (MOTTA, 2014, p. 128). Talvez por isso a expressão “máquina de moer” seja tão significativa nos tempos que correm.

A colocação do filósofo francês Balibar (1977 *apud* MOTTA, 2014, p. 132-133) a este respeito é ilustrativa:

Não se trata de dizer que o Estado só age pela violência, mas dizer que o Estado se assenta numa relação de forças entre as classes, e não no interesse público e na vontade geral. Esta relação é inteiramente 'violenta' no sentido de que não é efetivamente limitada por nenhuma lei e uma legislação, uma legalidade, que, longe de pôr em causa essa relação violenta, não faz mais do que sancioná-la.

Ainda que a conjuntura política tenha se alterado substancialmente ao longo das últimas décadas, a violência de Estado permanece atual. A atualidade do pensamento marxista, em especial, nas propostas apontadas pela vertente althusseriana está na desconstrução do imaginário democrático do capitalismo, no rompimento com uma “perspectiva centrada no indivíduo e no estabelecimento do comum como eixo central na constituição das relações sociais” (MOTTA, 2014, p. 143).

3.2 Maquinações de poder

As pesquisas de Michel Foucault a respeito de temas como loucura, discursos, disciplina, sexualidade e poder permitem ampliar a discussão acerca da centralidade do Estado e suas relações de poder. Seus estudos assinalam que o conhecimento não se dá por um acúmulo, como que um fio que atravessa a história de maneira contínua, mas antes, se engendra a partir de fragmentos e descontinuidades, pois para ele

toda teoria é provisória, acidental, dependente de um estado de desenvolvimento da pesquisa que aceita seus limites, seu inacabado, sua parcialidade, formulando conceitos que clarificam os dados – organizando-os, explicitando suas interrelações, desenvolvendo implicações – mas que, em seguida, são revistos, reformulados, substituídos a partir de novo material trabalhado (MACHADO, 1979, p. XI).

Em seu curso no Collège de France de 1978, Foucault analisa a mudança ocorrida a partir do século XVI até o final do século XVII e que demarca uma ruptura, uma modulação na arte de governar. Se até a idade Média a arte de governar se apresentava como conselhos direcionados aos príncipes e soberanos sobre a melhor maneira de se comportar, de governar e ser governado, neste período, se estrutura sob uma nova matriz de racionalidade, uma “razão de Estado” a que chamou de governamentalidade. É a passagem de uma sociedade tradicional definida pelo poder soberano para a sociedade moderna ditada pelo poder da disciplina.

Foucault também recorre aos elementos de *O Príncipe*, de Maquiavel, com o intuito de demonstrar que o conceito de governamentalidade, em nada se aproxima do modelo maquiavélico. *O Príncipe* é determinado por uma relação de exterioridade com o principado, território recebido por herança ou aquisição, mas do qual não faz parte. Do mesmo modo, os laços que o unem aos súditos não são efetivamente consistentes, pois decorrem de vínculos de violência.

Em se tratando de uma relação de exterioridade, encontra-se sempre sob dupla ameaça: externamente, pela possibilidade de sofrer um ataque de seus inimigos que buscam (re)tomar o principado e, internamente, em decorrência do fato

de não haver justificativa, *a priori*, para que os súditos aceitem o governo deste príncipe. Na avaliação de Foucault, a obra de Maquiavel se constitui em um tratado de habilidade do príncipe em conservar seu principado. Diz o filósofo francês: “Ser hábil em conservar seu principado não é de modo algum possuir a arte de governar” (FOUCAULT, 1978, *apud* MACHADO, 1979, p. 280).

Para destacar a dimensão do governo relativa ao Estado, enquanto dimensão política do governo, Foucault se utiliza do conceito de governamentalidade (e não de Estado), pois considera que apesar de sua racionalidade própria, “o Estado não é um universal, o Estado não é em si uma fonte autônoma de poder”, mas o efeito móvel de um regime de múltiplas governamentalidades (Foucault, 2008, p. 106).

Benevides e Passos (2005, p. 564) apontam que o conceito foucaultiano de governamentalidade “subverte a série tradicional que coloca o Estado como o *locus* central de emanção do poder¹²”, produzindo uma importante inflexão na ideia defendida pela ciência política de que o Estado seria o grande centro do qual emana todo o poder. Referem-se às observações dos poderes periféricos e moleculares que não se deixam interditar pelo Estado, com os quais o filósofo francês introduz a tese de que o Estado produz um sistema de poderes que não se encontra exclusivamente nele localizado, contrariando assim a ideia de que todo o poder estaria concentrado no Estado.

Foi muitas vezes fora dele que se instituíram as relações de poder, essenciais para situar a genealogia dos saberes modernos, que, com tecnologias próprias e relativamente autônomas, foram investidas, anexadas, utilizadas, transformadas por formas mais gerais de dominação concentradas no aparelho do Estado (FOUCAULT, 1992, p. XIV).

Neste sentido, não existe, para ele, uma teoria geral ou algo unitário e global chamado poder, senão uma rede de dispositivos ou mecanismos do qual ninguém nem nada escapa. Configurações díspares, heterogêneas e em constante variação. O poder não existe enquanto coisa ou objeto que uns possuem e outros não, mas se constitui em relação e não somente no exercício de coerção de um sobre outro. O que existe são práticas ou relações de poder que se exercem e “funcionam como

¹² Em se tratando do tema do poder na perspectiva foucaultiana, os autores indicam que é menos apropriado falar em campo do que em um plano do poder, apontando a distinção entre os conceitos no que cada um deles se refere, seja ao domínio das formas da realidade constituída (campo), seja em relação ao plano das forças de constituição dessa realidade (plano).

maquinaria, como uma máquina social que não está situada em nenhum lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social” (MACHADO, 1979, p. XIV).

Revel destaca que a governamentalidade moderna coloca pela primeira vez a questão da ‘população’ enquanto objeto forjado “pela gestão política global da vida dos indivíduos”. Isso significa que o interesse do Estado não está mais no controle sobre os sujeitos de um determinado território, “mas um controle das estratégias que os indivíduos, na sua liberdade, podem ter em relação a eles mesmos e uns em relação aos outros” (2005, p. 55).

É assim que a noção de biopolítica – por meio dos biopoderes locais – na virada do século XVIII para o século XIX, passa a se ocupar com a gestão da saúde, da sexualidade e da higiene entre outros aspectos da vida da população. Desse modo, o próprio viver em suas múltiplas dimensões passa a fazer parte das preocupações políticas do Estado. No campo da saúde, diversas ações e práticas podem ser pensadas como dispositivos de controle, com o intuito de educar, introduzir novas subjetividades ou reorganizar a sociedade. O controle da natalidade, a educação alimentar, as visitas domiciliares, entre outras atividades, priorizam o monitoramento da população, criam determinados estereótipos e estigmatizam certos grupos.

Deleuze (1988) assinala que a problemática do poder, na obra de Foucault, encontra-se assentada em três pontos fundamentais: não é substancialmente coercitivo, visto que também subjetiva, incita, suscita e produz, se apresenta como algo que se exerce antes de se possuir e que transita por entre dominantes e dominados. Nesta medida, o exercício do poder é intrínseco à constituição de um campo de saberes, “que se encontra dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder. O saber funciona na sociedade dotado de poder. E enquanto é saber que tem poder” (MACHADO, 1979, p. XXII).

As relações entre saber e poder são imprecisas, pois, embora estabeleçam relações de pressuposição e captura recíproca, diferem quanto a sua natureza, com prioridade das relações de poder sobre as relações de saber. Nesta medida, Deleuze pontua a importância de compreendermos a diferença existente “entre as relações de forças que constituem o poder e as relações de formas que constituem o saber” (1988, p. 81).

O saber é diferente de conhecimento, processo de racionalização, identificação e classificação dos objetos e implica um processo de relação com o conhecimento, no qual tanto o “objeto” a ser conhecido como o próprio sujeito do conhecimento se modificam. Dotado de uma segmentaridade relativamente rígida, o saber se estrutura em categorias e funções formalizadas e localizáveis sob as condições do que é visível e enunciável (educar, tratar, punir...).

As relações de poder, por sua vez, não passam pelas formas nem emanam de um ponto central, mas mobilizam um conjunto de matérias e funções difusas, sempre locais e instáveis. O diagrama das relações de poder passa por “pontos singulares que marcam, a cada vez, a aplicação de uma força, a ação ou reação de uma força em relação às outras” que sinalizam as inflexões, retrocessos, giros e resistências do processo (DELEUZE, 1988, p. 81).

É em função destas relações diferenciais de poder que ele ocupa um lugar de destaque em relação ao saber. É a partir de suas diferenças que as técnicas do saber e as estratégias do poder se articulam para produzir uma multiplicidade de relações de forças até então impensáveis e em infindo devir.

De modo que o diagrama, enquanto expõe um conjunto de relações de forças, não é um lugar, mas um “não-lugar”; é lugar apenas para as mutações. De repente, as coisas não são mais percebidas, as proposições não são mais enunciadas da mesma maneira... (DELEUZE, 1988, p. 92).

Assim, a força centralizadora do poder do Estado não está na sua forma, mas nas forças que ele faz operar dentro/fora da máquina. O poder não encontra limites às formas, ele excede, transborda por todos os lados. Sua força é para fora, mesmo quando o fora está dentro. Neste ponto, a oportunidade de apresentar a experiência do Fórum de coordenadores regionais de saúde mental à discussão pública em um congresso da Rede Unida em Porto Alegre foi como fazer girar o diagrama das relações de poder da máquina do Estado. Na medida em que sua lógica centrípeta é tensionada por práticas de socialização e de publicização que revelam por um lado sua dinâmica centralizadora e por outro uma fragmentação do campo da política. Ou seja, há muitas posições, muitas formas de governo. A despeito da pretensão unificadora do Estado, não há um único lugar de governo, de poder. E são justamente os efeitos deste centripetismo que geram, para quem está ali dentro da máquina, um efeito mortificador, de ser literalmente moído.

3.3 O Sistema Único de Saúde e sua dimensão máquina de guerra

Em seu *Tratado de Nomadologia: a máquina de guerra*, Deleuze e Guattari (2012) apontam que uma concepção de soberania política tomada a partir de opostos tais como claro ou escuro, forte ou fraco, verdadeiro ou falso é apenas relativa. Sustentam que este modo de funcionamento, de fato, se dá em uma dupla articulação das forças políticas e militares presentes no interior do aparelho de Estado tal como ocorre em um jogo ou dança, na qual a existência de um exige a presença do outro.

A despeito do caráter unificador, constitutivo do aparelho Estado, destacam que é justamente no espaço existente no “entre” desta dupla articulação de forças que se vislumbra o surgimento de uma função “máquina de guerra”, exterior e irreduzível ao próprio Estado. Ainda que suas origens e naturezas sejam completamente distintas, muitas vezes, sua potência extrínseca de guerra tende a se confundir com a linhagem violenta e dominadora do Estado. Nesta perspectiva, o Estado sempre existiu em uma relação muito específica com o fora, com aquilo que ainda não se apossou, dominou ou anexou.

A relação do Estado com o fora sempre esteve em duas direções simultâneas: a das grandes máquinas mundiais com vasta autonomia em relação ao Estado e a dos agenciamentos locais efetuados nos bandos, nas margens e nas minorias. “É por isso que os bandos em geral, mesmo de bandidagem, ou de mundidade, são metamorfoses da máquina de guerra” e, não menos que as organizações mundiais, “continuam a afirmar os direitos das sociedades segmentárias contra os órgãos de poder de Estado” (DELEUZE E GUATTARI, 2012, p. 22-24).

A máquina de guerra existe apenas em suas metamorfoses, em todos os fluxos e correntes que não se deixam dominar pelo Estado. Enquanto o aparelho de Estado se caracteriza pela existência de estruturas do tipo arborescente de concentração de poder, cujo interesse primordial é o de conservar o *status quo*, a máquina de guerra trabalha de maneira rizomática procurando inibir a instauração dos poderes estáveis.

Neste sentido, máquina de guerra e máquina de Estado são como quinas diferentes de um mesmo discurso. São derivas distintas de um mesmo curso de

dominação que ganha dimensões diferentes. Em uma versão imperial, a dominação como criação de formas assujeitadas, territórios controlados e dominados. Em uma versão máquina de guerra, como criação de um domínio de si, um novo domínio da realidade.

A multiplicação desse domínio, próprio à máquina de guerra, não faz uma coisa completamente diferente do que a máquina de Estado. A diferença é que a máquina de Estado reproduz um centro, e a máquina de guerra convoca a produção de múltiplas redes.

A política pública de saúde brasileira é decorrente de uma intensa mobilização da sociedade pelo direito à saúde e tem na descentralização da gestão e das políticas uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS). O sentido da descentralização que aqui queremos enfatizar não se limita à pactuação entre os entes federados na busca por maior eficiência e qualidade na saúde, mas afirma a dimensão rizomática do SUS presente nas bases do ideário reformista.

O conceito de rizoma proposto por Deleuze e Guattari (1995) nos auxilia a pensar a complexidade movente do território da saúde. O pensamento rizomático é trabalhado por estes autores em contraposição ao modelo arborescente, tão enraizado na cultura ocidental e que equivale a um pensamento do tipo binário, dicotômico e hierárquico que busca uma centralidade como chave explicativa de todos os processos existenciais. O rizoma, ao contrário, não possui um princípio centralizador ou um ponto de partida, pois é sempre nos interstícios que cresce e transborda. O rizoma é pura produção de multiplicidade.

Neste contexto, o SUS ergue-se como resposta da sociedade brasileira, no campo da saúde, ao autoritarismo despótico, de exceção e golpista do período da ditadura militar. Ainda que do ponto de vista formal o SUS tenha surgido somente no período da redemocratização, ele é resultado de um amplo movimento da sociedade brasileira, chamado de Movimento da Reforma Sanitária. O processo desencadeado pelo movimento sanitário se constituiu então como uma forma de insurgência contra o autoritarismo de Estado e, neste sentido, o SUS, em seu início, surge como máquina de guerra, mesmo que atualmente possamos questionar os modos de funcionamento que ele tem operado na prática.

Assim, o SUS é efeito deste processo histórico iniciado na década de 70 e que podemos chamar de movimento susista e que se mantém na resistência e

enfrentamento a todas as formas de autoritarismo e de golpe¹³. Vem se afirmando na aposta de democratização das práticas de saúde a partir da concepção de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A dimensão rizomática presente no SUS busca sua realização como política pública, em uma relação paradoxal com a máquina de Estado.

O paradoxo é o do funcionamento de uma máquina dita republicana que, no entanto, experimenta uma relação de tensão ou mesmo de repulsão diante da coisa pública. Eis a questão da qual não podemos nos furtar: o funcionamento de uma máquina Estatal em que a *res pública* está nela e contra ela. Entendendo este fora do Estado como o plano do coletivo em que a saúde se apresenta como uma questão pública (uma *res publica*), apostar na humanização das práticas de saúde impõe, portanto, que repensemos a relação entre Estado e política pública (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 570).

Considerando que há um conjunto extremamente amplo de definições para o que vem a ser uma política pública, Souza (2006) afirma que não existe ‘a’ melhor ou ‘uma única’ definição possível. Em uma revisão conceitual sobre o tema, a autora apresenta diferentes abordagens empregadas neste campo, com o objetivo de sintetizar o conceito de política pública como campo do conhecimento que procura ‘colocar o governo em ação’ ao mesmo tempo em que propõe a correção nos rumos destas ações, quando necessário.

Bobbio, Matteucci e Pasquino (2010) vão definir políticas públicas como um conjunto articulado de arranjos, medidas e procedimentos que expressam a orientação política do Estado e regulam as atividades de governo que se referem às demandas de interesse público. Embora seja verdade que toda política pública decorre de uma intervenção estatal, o conceito de políticas públicas tem se ampliado bastante no sentido de incorporar a perspectiva de que ela é sempre resultado de uma interação muito complexa entre o Estado e a sociedade. Configuram-se não como as ações de um governo composto por equipes instáveis, mas como políticas

¹³ A semântica da palavra golpista é extremamente atual. Em agosto de 2016, o Senado brasileiro aprovou por maioria expressiva a denúncia de impeachment da presidenta eleita, com mais de 54 milhões de votos, Dilma Rousseff. O processo de impeachment acusou a gestão da presidência da república de uso de “pedaladas fiscais”, atrasos no repasse do Tesouro a bancos públicos encarregados da operação financeira de alguns programas sociais. Pode-se argumentar que é uma maneira de cumprir artificialmente o orçamento, mas não é crime de responsabilidade. Portanto, ainda que seja condição para a caracterização do impeachment, nenhum crime pesou sobre a presidenta Dilma. O processo de impeachment, como foi colocado, pode ser considerado com um verdadeiro golpe contra a democracia.

do Estado, estáveis, legais e formais, voltadas para o atendimento das demandas e necessidades da população.

A política pública deixa de ser uma simples intervenção do Estado e passa a ser uma nova forma de exercício do poder em uma sociedade democrática. As políticas públicas são fruto da democratização da sociedade moderna, na qual os cidadãos, instituições, organizações sociais, movimentos sociais e organizações não-governamentais participam mais (DI GIOVANNI, 2010, p. 4).

Passos e Barros (2009) retomam o sentido etimológico da palavra *politikós*, como tudo o que se refere à cidade (*pólis*), ampliando-a para além do domínio das práticas relativas ao Estado e subordinada a um centro de poder. Uma perspectiva que desloca a política em relação à dimensão concentracionária/centrípetas do aparelho de Estado permite pensá-la como exercício que se faz apoiado em concentrados de saber-poder. Concentrados que se produzem em uma multiplicidade de arranjos, sempre estratégicos, locais e provisórios que designam a dimensão micropolítica das relações de poder (FOUCAULT, 1977).

Desse modo, a configuração centralizadora do Estado carrega ao mesmo tempo o mandato de uma relação com o seu fora, “plano do coletivo em que a saúde se apresenta como uma questão pública” (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 270). O SUS é, portanto, uma política de Estado que queremos afirmar enquanto política pública forjada no limite entre o dentro/fora da máquina, na zona fronteira das forças que perturbam a pretensão unificadora do Estado. Assegurá-lo em sua dimensão “andante” requer a sustentação deste “não lugar” (*u-topos*) como estratégia que “se dá num tempo intempestivo, extemporâneo, impulsionado pelo que rompe as cadeias do hábito para constituição de novas formas de existência” (PASSOS e BARROS, 2001, p. 4).

Apostar na produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde só é possível através da incorporação de nossas experiências concretas em torno da humanidade que partilhamos em comum. É em conexão com este sentido que esta tese procura expressar-se. Enquanto um problema que é ao mesmo tempo teórico e político.

4 CAMINHOS DO CUIDADO

O olho vê.
A lembrança revê e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.

Livro sobre nada, de Manoel de Barros

A espécie humana é uma das mais vulneráveis a habitar o planeta Terra. Diferentemente de tantas outras, se não formos acompanhados desde nosso início, seremos totalmente incapazes de sobreviver. Nossa natureza clama a presença do outro. Sucumbimos se ninguém se ocupar conosco quando chegamos a este mundo. O cuidado é, desse modo, uma dimensão elementar da própria existência. Do latim *cogitare*, significa atenção, precaução, desvelo e zelo e todos nós, ainda que em diferentes intensidades, já vivenciamos experiências de cuidado.

Merhy (2006) salienta que o cuidado não é um ato a ser operacionalmente executado, mas se configura como um “acontecimento” que se produz no encontro entre diferentes sujeitos em relação. Para ele, o cuidado em saúde requer a utilização de uma caixa de ferramentas constituída por importantes valises, “saberes e seus desdobramentos, materiais ou não, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforma as finalidades que o mesmo almeja” (MERHY, 2006, p. 72).

No encontro com o usuário do serviço de saúde, o trabalhador se utiliza de diferentes tipos de valises: tecnologias duras¹⁴, tecnologias leve-duras¹⁵ e, por último, as tecnologias leves¹⁶. A utilização destas valises tecnológicas na produção do trabalho em saúde se dá na tensão permanente entre os espaços de captura do trabalho vivo e as forças de resistência. A articulação que elas assumem entre si adquire uma importância estratégica na mudança dos modos de cuidar e ser cuidado.

No entanto, são as forças que compõem estes encontros que marcam a singularidade do cuidado. Não existe cuidado fora da relação entre os sujeitos, senão em meio à experiência com o outro, no coletivo, nos encontros que propiciam

¹⁴ Equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais

¹⁵ Saberes como a clínica, a Epidemiologia ou a Pedagogia

¹⁶ Espaço relacional entre trabalhador e usuário implicados na produção de saúde e subjetividade.

a reinvenção do novo em si mesmo. O cuidado com o outro e o cuidado de si¹⁷ nos atravessam.

Em tais encontros, há também a produção de um espaço intercessor, espaço comum e de afecções que abalam os contornos de cada um a partir do estranhamento oferecido pelo outro. Merhy vai se referir a estes encontros como “autopoiéticos” para falar da capacidade dos seres vivos de produzirem a si próprios e que “tem a força de representar o movimento da vida que produz vida” (MERHY, 2006, p. 77).

A produção do cuidado é, portanto, uma noção muito cara ao processo de trabalho em saúde, pois encarna a “alma” dos serviços de saúde (YASUI, 2006; MERHY, 2007) em seu compromisso de apoiar as experiências de se viver outras vidas. Esta ideia se associa a uma perspectiva de cuidado que não se ocupa somente com a cura, com a eliminação da doença ou do agente causador da patologia, mas volta-se para o cuidado com um sujeito cujas condições, momentâneas ou duradouras, resultam em um sentimento de vida contrariada (CANGUILHEM, 2006).

Teixeira (2004, p. 5) se vale de uma leitura spinoziana para falar sobre a “terapêutica” dos encontros de cuidado no trabalho em saúde. Diz ele que “reconhece-se o sucesso do encontro em seus resultados afetivos, sempre que os corpos em presença experimentarem afetos aumentativos de alegria e potência”. Para fazer que nossos encontros sejam produtores desta potência de afetar e ser afetado, inúmeras possibilidades são possíveis. Medicamentos, exames, consultas, conversas, presença ou um simples olhar são apenas algumas maneiras de se “estar com”. Embora existam muitas maneiras de produzir cuidado em saúde, nos importam aquelas que, em dissonância com a preservação de relações de dependência e autoritarismo, se voltam para o fortalecimento da capacidade de andar na vida com mais autonomia e protagonismo.

¹⁷ Na obra de Foucault, o tema do cuidado de si indica “o conjunto das experiências e das técnicas que o sujeito elabora e que o ajuda a transformar-se a si mesmo” (REVEL, 2005, p. 33). Refere-se a um exercício de dobrar-se sobre si e, igualmente, uma arte de governar. Não se contradiz ao cuidado com os outros, pois é necessário saber cuidar/governar a si mesmo bem cuidar/governar os outros.

4.1 Mais de uma maneira de cuidar

A construção do SUS é fruto do Movimento da Reforma Sanitária, estratégia de mobilização da sociedade brasileira em torno de propostas de mudança nos modelos de organização dos serviços e das práticas de saúde vigentes. Sua grande bandeira de luta estava assentada na ideia de que a saúde deveria ser direito de todos, independentemente da condição financeira ou social de cada um. Suas propostas não se restringiram a alterações na estruturação administrativa ou legal do sistema, mas considerava a necessidade de mudanças no próprio funcionamento da sociedade por meio de uma política pública de saúde mais justa e solidária.

Uma das grandes conquistas da reforma sanitária foi a inserção do capítulo da saúde no texto constitucional enquanto direito de todos e dever do Estado. De lá para cá, um extenso arcabouço jurídico foi traduzido em portarias, decretos e normativas que buscam dar consistência aos princípios e diretrizes do SUS. Considerando que a garantia legal, mesmo que imprescindível, não é o suficiente para a transformação do plano das experiências, o desafio que se coloca é o de aproximar o SUS de suas exigências discursivas a partir das práticas concretas.

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde (BENEVIDES E PASSOS, 2005a, p. 392).

Para avançar nos ideais da reforma é necessário manter vivas as forças, os movimentos que constituíram o SUS e que podem mantê-lo pulsante, em permanente tensão entre o que se quer e o que foi possível construir. Desafio importante frente às disputas por formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir os recursos, entre outros.

Ao destacar a implicação direta dos conceitos nas práticas de saúde, Batistella (2007) retoma a colocação de Caponi para afirmar que

[...] o âmbito dos enunciados, o âmbito dos discursos, está em permanente cruzamento com o âmbito do não-discursivo, do institucional. É por isso que a aceitação de determinado conceito implica muito mais que um enunciado, implica o direcionamento de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos, implica a redefinição desse espaço de onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos (CAPONI, 1997, p. 291 *apud* BATISTELLA, 2007).

Inúmeros esforços têm sido desencadeados para a reorientação do modelo de atenção, tomando como norte a ampliação do conceito de saúde. A mera ausência de doença ou ainda um estado de completo bem estar físico, mental e social¹⁸, não são suficientes para dar conta da dinâmica do viver que, nesta medida, precisa ser considerada a partir de sua historicidade e complexidade.

Canguilhem (2002, p. 148) argumenta por uma concepção de saúde que não se limita apenas à ausência de doenças, mas na recriação permanente de normas para o viver. Para ele, “o doente é doente por só admitir uma norma. O doente não é anormal por ausência de norma, e sim por uma incapacidade de ser normativo”. Também Foucault (2004, p. 234), ao romper com uma perspectiva de subjetividade, condição estável e intransferível, para falar em processos de subjetivação como “série infinita e múltipla de subjetividades diferentes, as quais nunca terão fim e nunca nos colocarão diante de algo que seria o homem”, permite relacionarmos saúde aos recursos subjetivos que são acionados para dar conta da variabilidade do viver.

Uma série de críticas ao modelo da história natural da doença tem início a partir da década 60. Entre as inúmeras abordagens que surgem no sentido de ampliar as relações entre saúde e sociedade, “a construção de um novo marco explicativo que supere a concepção biologicista linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença” (BATISTELLA, 2007, p. 47). O entendimento sobre saúde passa então a incorporar as variações decorrentes do modo como cada sociedade se organiza e põe em prática determinados contextos de saúde e adoecimento.

A discussão sobre os diferentes modelos assistenciais tem acompanhado a trajetória da reforma sanitária brasileira desde o seu início, entre as tensões e disputas constitutivas do campo da saúde. Os diferentes modelos assistenciais se

¹⁸ Conceito de saúde divulgado na carta de princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 7 de abril de 1948, desde então o Dia Mundial da Saúde.

estruturam com base nas concepções de saúde e de doença, nos recursos tecnológicos disponíveis para intervir no processo saúde-doença e nas escolhas políticas e éticas da política pública de saúde vigente.

Em decorrência disso, autores dão preferência pela denominação de modelos tecnoassistências.

Entendendo que os modelos tecnoassistências estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos como tecnoassistências, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõe como projeto político (MERHY, CECÍLIO E NOGUEIRA, 1992, p. 91-92).

Paim (2008) considera possível identificar os modelos tecnoassistências em dois grandes blocos: modelos predominantes ou hegemônicos e propostas alternativas, que se organizam de acordo com a lógica da demanda ou das necessidades de saúde da população, conforme quadro abaixo.

Quadro I - Prestação da atenção, modelos hegemônicos e propostas alternativas

PRESTAÇÃO ATENÇÃO	DA	MODELOS HEGEMÔNICOS	PROPOSTAS ALTERNATIVAS
Demanda		Modelo médico hegemônico	<input type="checkbox"/> Oferta organizada
		<input type="checkbox"/> Modelo médico-assistencial privatista	<input type="checkbox"/> Acolhimento
		<input type="checkbox"/> Modelo de atenção gerenciada	
Necessidades		Modelo Sanitarista	<input type="checkbox"/> Ações programáticas em saúde
		<input type="checkbox"/> Campanhas sanitárias	
		<input type="checkbox"/> Programas especiais	<input type="checkbox"/> Vigilância da saúde
		<input type="checkbox"/> Vigilância sanitária	<input type="checkbox"/> Estratégia Saúde da Família
		<input type="checkbox"/> Vigilância epidemiológica <input type="checkbox"/> Pacs/PSF	<input type="checkbox"/> Promoção da saúde

Fonte: PAIM, Jairnilson. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008.

Guardadas as devidas especificidades, tanto o modelo médico hegemônico como o modelo sanitarista estão centrados no atendimento da doença ou do doente por meio de práticas médicas individuais e curativas essencialmente, biologicistas e hospitalocêntricas. Ainda que bastante prestigiado pela categoria médica, pela mídia e por outros setores da sociedade, suas propostas não têm conseguido responder ao conjunto dos problemas de saúde da população brasileira.

Para autores como Merhy (2002), Campos (1994; 1997; 2007) e Yasui (2006), as mudanças no modelo de atenção estão relacionadas mais diretamente às alterações nos espaços micropolíticos das organizações e dos processos de trabalho presentes no cotidiano da produção da saúde do que em normas gerais de regulação.

É no cenário dos serviços de saúde, com seus diferentes atores, (usuários, trabalhadores, gestores), cada qual com seus interesses, projetos e desejos, ora conflitantes, ora coincidentes, que acontecem os encontros, tensões são geradas, se reproduz ou se transforma a realidade, se produzem as relações sociais (YASUI, 2006, p. 127).

A insatisfação com os modelos hegemônicos vem sendo apontada, no âmbito mundial, desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 na Rússia, com a célebre Declaração de Alma-Ata, na qual se lançam as bases para a atenção primária e da Carta de Ottawa que em 1986 enfatizava a importância dos determinantes sociais da saúde.

No Brasil, este debate tem se acentuado em função da crise decorrente da elevação dos custos, das mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população, da insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho e salário, além da insatisfação da população com as dificuldades de acesso, a baixa qualidade e a (des)humanização do atendimento entre outros fatores (PAIM, 2008; SILVA JUNIOR E ALMEIDA, 2007; TEIXEIRA E SOLLA, 2006). As alternativas em curso têm considerado projetos que possam conciliar as demandas e necessidades do usuário na perspectiva da integralidade da atenção.

A integralidade está nas bases da proposição do Sistema Único de Saúde e se afirma como um de seus princípios constitucionais. A integralidade, porém, é mais que um princípio, uma diretriz constitucional, um conceito ou reflexão. Seu caráter

polissêmico é “preenche de sentidos” conforme proposto por Mattos (2009) em sua discussão sobre alguns dos sentidos da integralidade. Sem pretender esgotá-los, o autor esclarece que suas reflexões não partem de alguma definição primeira, mas, antes, “de alguns dos vários sentidos da integralidade nos contextos de seu uso concreto na luta pela construção de um sistema de saúde mais justo para nosso povo (MATTOS, 2006, p. 121).

Três grandes conjuntos de sentido são apresentados: o primeiro emerge como princípio orientador das práticas profissionais; o segundo diz respeito ao modo de organização dos serviços de saúde; o terceiro está relacionado à capacidade das políticas de saúde, sobretudo das políticas específicas (LGBTs, negros, indígenas e portadores de sofrimento psíquico, por exemplo), de atender aos problemas de saúde específicos dessa população (MATTOS, 2009).

O autor destaca também alguns modos como a expressão integralidade tem sido empregada. Além da referência direta ao princípio do SUS, a integralidade aparece como uma imagem-objeto, algo pelo qual lutamos, mas que ainda não possui inscrição na realidade. Outro modo como a integralidade tem sido usada e que nos interessa em especial, se refere ao que é próprio das experiências concretas. “Trata-se de exemplificar a integralidade a partir de experiências concretas, nas quais, de algum modo, aquilo que de outra forma pareceria uma utopia tornou-se realidade” (MATTOS, 2006, p. 122).

Para a sustentabilidade do SUS enquanto política pública que expressa os anseios da sociedade, é preciso avançar para além de seus princípios e diretrizes, incidindo na possibilidade de mudanças concretas no modo como ele tem operado na realidade. Nesta medida, a noção de integralidade se apresenta como uma pista importante e desafiadora para a criação de linhas de fuga à fragmentação do cuidado em saúde, fortalecendo as possibilidades de se reinventar outros modos de trabalhar, de produzir saúde e sujeitos. Nesta zona mestiça de múltiplos saberes, desejos e práticas, a intensidade dos jogos de forças constitutivos do campo da saúde força os limites disciplinares e institucionais.

4.2 Todos se ocupam com a produção do cuidado em saúde: a inseparabilidade entre atenção e gestão

Ao mesmo tempo em que o cuidado é a mola-mestra dos serviços de saúde, constitui-se em um de seus maiores desafios. Como assegurar que o discurso legal do SUS seja traduzido em práticas efetivamente cuidadoras? Ainda que para isso não existam receitas prontas a serem seguidas, temos experimentado diferentes arranjos que buscam colocar em prática experiências de cuidado comprometidas com a potência afirmativa da vida. Um desses arranjos organizativos está presente na ideia de que o cuidado se dá em redes.

Em que pese a organização de redes regionalizadas de serviços esteja presente desde as discussões de base da reforma do sistema brasileiro, somente em 2006, com o Pacto pela Saúde¹⁹, é que a instituição das redes volta a ocupar o centro do debate (KUSCHNIR E CHORNY, 2010). Compreendendo que novas práticas de cuidado em saúde exigem novas formas de organização do trabalho e, portanto, a criação de novos modelos de gestão, o Ministério da Saúde, em dezembro de 2010, lançou a Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A RAS caracteriza-se pela formação de relações mais horizontais entre os pontos de atenção, tomando como referências a Atenção Primária à Saúde (APS), as necessidades da população, a responsabilização com uma atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010). Com a proposta da RAS, busca-se superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e qualificar a produção do cuidado apostando no protagonismo dos sujeitos.

Diferentes propostas têm sido problematizadas no campo da saúde coletiva no enfrentamento da fragmentação da assistência. Muito embora possam assumir diferentes configurações, círculos, pirâmides, linhas de cuidado, redes ou tantas

¹⁹ Acordo firmado entre os gestores do SUS que ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade.

outras que ainda possam vir a ser desenhadas (FRANCO, MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; CECÍLIO, 1997), todas elas revelam as concepções de saúde e de doença do contexto sócio-histórico em que emergem assim como os vários processos de produção de subjetividade que colocam em cena. Assim, a perspectiva rizomática, apresentada anteriormente, retorna na discussão das redes de produção de saúde agregando a ideia de flexibilidade, de acentrismo e de abertura aos movimentos da vida.

Outra contribuição importante à noção de rede é apresentada por Teixeira (2007) a partir de uma perspectiva micropolítica e que considera os processos comunicacionais como constitutivo fundamental das redes. Tal concepção argumenta que o trabalho em saúde pode ser entendido como grandes redes de conversações que colocam em evidência seu caráter marcadamente afetivo, pois o essencial que se produz nelas é a criação de zonas de produção de comum, de produção de subjetividade e sociabilidade. Embora diferentes, os modos de organização do trabalho e de produção do cuidado são inseparáveis entre si e encontram na própria ideia das redes um modo de expressão, visto que a depender da disposição e articulação entre os serviços é que se constroem as distintas possibilidades de cuidado.

Desse modo, que efeitos podem ser produzidos na aproximação entre os processos de atenção e gestão na produção do cuidado em saúde, tendo como perspectiva a constituição de Redes?

Na direção de um cuidado que se faz em redes de atenção integral à saúde, a clínica precisa avançar para além de um olhar centralizado na doença, no diagnóstico e na prescrição. É uma clínica que se amplia na medida em que se compromete com o cuidado na singularidade do contexto em que o sujeito vive, trabalha, ama e sofre e se conecta aos modos como fazemos a gestão da política.

A gestão em saúde remonta aos primórdios da saúde pública, quando se constituiu como um campo de conhecimentos denominado 'administração sanitária e de práticas em saúde', procurando compatibilizar conhecimentos sobre administração pública e procedimentos sanitários considerados eficazes no combate a epidemias. Da arte da guerra importou conceitos e modos de operar que consideram a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como inimigos a erradicar, controlar e vigiar. Do mesmo modo, introduziram-se os conceitos de erradicação e de controle, de risco e de vigilância. É, portanto, um

desdobramento contemporâneo dessa tradição, em que no lugar da guerra ingressaram conceitos oriundos da Ciência Política, da Sociologia e da Teoria Geral da Administração (CAMPOS; CAMPOS, 2008). Em diversos dicionários, inclusive, os termos gestão e administração aparecem como sinônimos, designando o ato de governar, sejam pessoas, organizações e instituições. Em ambas, o exercício da dimensão política da vida se faz presente, aspecto que é ressaltado por Campos e Campos (2008, p. 231) uma vez que “a constituição da administração e da gestão, como um campo estruturado e sistemático de conhecimento, pretendeu, exatamente, produzir uma ruptura ou uma descontinuidade entre a política e gestão”.

Em *Um método para análise e cogestão de coletivos*, Campos (2007) toma como referência o livro *Princípios de Administração Científica*, publicado por Taylor em 1911, considerado marco zero e obra clássica do pensamento administrativo, para tecer críticas contundentes à Racionalidade Gerencial Hegemônica. O método de gestão taylorista se caracteriza pela lógica dominante de sistemas de gestão assentados em métodos disciplinares e de controle, em detrimento da capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos, reduzindo-os à condição de coisa, de instrumentos dóceis e úteis aos objetivos das instituições. Mais de um século depois de Taylor, seu método científico continua influenciando as diferentes maneiras de fazer gestão.

Uma vez que a gestão clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir como ação sobre a ação dos outros e fortemente atrelada ao exercício do poder, acaba, na grande maioria das vezes, por reduzir-se a uma dimensão instrumental, pautada no caráter fundamentalmente técnico, administrativo e burocrático do trabalho. Reduz os sujeitos à condição de recursos humanos que, tais como objetos que se dispõem de acordo com interesses e conveniências de ocasião, são desconsiderados em sua capacidade de assumir compromissos, responsabilidades e construção de alternativas frente à complexidade do trabalho, como que perdêssemos de vista a dimensão subjetiva e política próprias dos modos de trabalhar em saúde. Neste modelo, há um duplo mecanismo de redução: redução da dimensão subjetiva à noção de recursos humanos e da dimensão política ao caráter técnico-administrativo-burocrático.

Gaulejac (2007) chama a atenção para o fato de que atualmente o termo gestão “remete a um certo tipo de relação com o mundo, com os outros e consigo

mesmo” (p. 33), produzindo efeitos trágicos sobre as bases daquilo que funda uma sociedade preocupada com o comum. Destaca ainda que, embora seu surgimento esteja mais ligado à esfera privada, tem se espalhado não apenas pelos setores públicos, alcançando diversos registros da vida cotidiana.

Hoje, tudo se gere – as cidades, as administrações, as instituições, mas também a família, as relações amorosas, a sexualidade, até os sentimentos e emoções. Todos os registros da vida social são atingidos. Cada indivíduo é convidado a se tornar empreendedor de sua própria vida. O humano se torna um capital que convém tornar produtivo (GAULEJAC, 2007, p. 28).

A trajetória histórica da gestão clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir como ação que se exerce sobre a ação dos outros e fortemente amarrada ao exercício do poder. Onocko nos convida a vislumbrar a dimensão geratriz que se atualiza na gestão, enquanto espaço de intervenção e análise que formula, constrói e reinventa novas relações, sujeitos e processos de trabalho.

A gestão seria plano de produção de um trânsito ou passagem [...] Assim, podemos pensar a gestão como permanente produtora de processos de institucionalização. Trabalhando sempre numa tensa transversal, entre o instituído e o instituinte, entre a ordem que sustenta a operatória de outros processos produtivos, e a desordem dos processos criativos e de mudança. Entre as dores das quebras e rupturas, e as alegres dores do parir. Talvez a metáfora do parto nos devolva a dimensão geratriz: dores de parto ninguém esquece, contudo, ninguém passa a vida sofrendo por elas. Pois, ao final, o que importa é que essas dores anunciam o teimoso e persistente recriar da vida (ONOCKO, 2007, p. 147).

O desafio da passagem entre o gerir e o gerar implica o aumento do grau de autonomia e protagonismo dos trabalhadores e sua abertura aos processos de criação “porque administrar uma política é criar as condições para o exercício público, é criar grupalidade, é abrir mão da voz solista para fazer ecoar a polifonia do coletivo”(informação verbal)²⁰.

A ideia de que a gestão, ao mesmo tempo em que se distingue não se separa de cuidado, configura sua perspectiva paradoxal, sustentando a um só tempo algum grau de verticalidade e de hierarquia sem perder de vista uma aposta na participação. Considerando que existem diferentes modos de fazer gestão,

²⁰ Frase de Eduardo Passos na Conferência de abertura do 2ª Seminário Nacional de Humanização, 2009. Brasília.

interessa-nos aqueles capazes de desencadear mudanças nos processos de produção de saúde e de subjetividade, enquanto indissociáveis.

Trata-se da afirmação de modos de gestão permeáveis aos movimentos instituintes da vida, às diferentes formas de sentir, viver e acolher as composições desejanças entendidas como “todas as formas de vontade de existir, vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção de mundo, outros sistemas de valores” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 215). A gestão é, então, inerente às práticas cotidianas no trabalho, não se restringindo a um lugar ou espaço exclusivo de atuação de administradores, médicos ou especialistas, distanciando-se de uma função centralizada na figura do gestor (detentor do cargo de gestão) e nos departamentos administrativos, colocando em funcionamento sistemas de gestão participativa e de cogestão.

A cogestão é uma diretriz de trabalho que desponta no cenário da política de saúde como um modo de administrar que compreende o pensar e o fazer coletivo e, por isso, exige que se alterem os processos de definição dos encargos assumidos pelos trabalhadores (BRASIL, 2010). O exercício da cogestão implica a construção de estratégias de apoio entre os diferentes sujeitos, usuários, trabalhadores e gestores na reorganização de suas práticas de trabalho tomando como matéria-prima os problemas, as soluções e as tensões cotidianas da saúde.

Este modo de fazer com – cogestão, portanto – compartilha na dimensão coletiva dos processos de trabalho, a corresponsabilização e autoria pelos processos de mudança forçando os limites de dentro e fora da máquina do Estado. Barros e Pimentel chamam a atenção para um aspecto importante do processo de cogestão das políticas de saúde: uma vez que elas se integram à máquina do Estado “há o risco de uma captura política que pode se desdobrar num aspecto rígido, inflexível” (BARROS; PIMENTEL, 2012, p. 11). Desafio sempre presente e a forçar um olhar atento e crítico às experiências que temos sido capazes de por em prática.

Meu primeiro contato com a função apoio se deu no curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, desenvolvido numa parceria entre o Ministério da Saúde (MS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e Escola de Saúde Pública (ESP/RS). Como apoiadora pedagógica, desenvolvia atividades de suporte ao processo de ensino-aprendizagem durante o percurso de

formação-intervenção de apoiadores e tutores, participando também da equipe de coordenação.

Concebida como um “modo de fazer”, a humanização tem na metodologia do apoio institucional sua principal estratégia de mobilização de gestores, trabalhadores e usuários e corresponde “a uma tríplice tarefa de ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das Políticas de Saúde” (BRASIL, 2012, p. 9). A experiência de apoiadora neste processo de formação de trabalhadores, além de marcar meus primeiros encontros com o ideário da Política Nacional de Humanização (PNH), foi fundamental no exercício da gestão estadual da PNH que viria a assumir posteriormente.

Em meio ao cenário de implantação da RAS, em 2011, o Departamento de Ações em Saúde (DAS/SES) dá início a um conjunto de processos voltados para a implantação de mudanças nos processos de trabalho por meio da realização dos ‘Encontros de Redes de Gestão e Atenção Integral’ ou ‘encontros de imersão’ como também eram chamados. Nestes espaços, os trabalhadores das diversas políticas procuravam identificar nós, críticos, técnicos e políticos, elaborar diretrizes e propostas e delinear possíveis desenhos organizacionais para responder à complexidade das ações a serem desenvolvidas.

Buscando agenciar configurações de trabalho menos fragmentadas foram organizados coletivos de trabalho georreferenciados por macrorregiões de saúde, compostos por integrantes das diferentes políticas que passaram a compartilhar a responsabilidade pelo planejamento, assessoramento e apoio institucional às regiões e municípios do Estado. Este processo visava a inclusão das regionais de saúde e dos diferentes municípios na gestão coletiva do cuidado em saúde a partir das necessidades dos territórios, demandando um exercício imprescindível de articulação a partir das necessidades de cada território.

É nesta conjuntura que a PNH estadual se reorganiza passando a constituir-se em um Núcleo Articulador de suas ações, composto por três servidoras e contando, eventualmente, com a participação de consultores ligados ao Ministério da Saúde (MS). Nesse novo arranjo organizacional, a Política de Humanização passava a integrar o bloco das políticas de apoio direto à Gestão²¹.

²¹ Bloco de gestão: Direção do Departamento, Política de Humanização, Grupo do monitoramento e avaliação e Unidade de Gerenciamento de Projetos (UGP); Bloco da Atenção Primária em Saúde:

A concepção de um núcleo articulador da PNH inserido na dinâmica dos grupos por macrorregiões na lógica de apoio institucional se deu concomitante ao momento em que o Ministério da Saúde lançava algumas propostas de institucionalização das práticas de apoio no SUS²². Do mesmo modo, as mudanças político-institucionais em curso na política de Humanização, com sua crescente institucionalização junto às instâncias municipais e estaduais de saúde, não passaram despercebidas e seus efeitos puderam ser sentidos em seu funcionamento na SES/RS.

Para além de sua própria base discursiva, a política de humanização desde seu início se propôs a ocupar um lugar de não inscrição na institucionalidade do SUS, buscando operar por infiltração nas demais políticas de saúde. Desse modo, a conformação do núcleo articulador da humanização a um “bloco” de políticas departamentais acabava demandando modos de operar muito distantes da transversalidade que lhe é peculiar. Aqui faço minhas as palavras de uma companheira do núcleo articulador com a qual dancei a esperança na corda bamba do Estado naquele momento.

Era frequente o estranhamento manifestado pelos colegas e, ao mesmo tempo, a nossa sensação de impotência para a sustentação daquele trabalho. Nossa rotina consistia em participar de reuniões em diferentes espaços, na tentativa de produzir encontros e apoiar pequenos movimentos de transformação das práticas de gestão em um ambiente tradicionalmente organizado em inúmeras “caixinhas”: diferentes políticas operando com diferentes equipes, às vezes “exércitos de um homem só”, mas com modos de funcionar que se repetiam. Todas com seus indicadores, suas planilhas, seus orçamentos, suas agendas, suas propostas de formação-“capacitação”, seus encontros periódicos. E nós estávamos naquele espaço com a prerrogativa de apoiar. Logo, nos momentos em que éramos tidas como referência para o apoio, conforme convinha, éramos acionadas para responder a qualquer demanda nessa linha, sem muita entrada para a construção de uma intervenção compartilhada com colegas de outras áreas. Em outros momentos, nosso trabalho era desqualificado, entendido como não trabalho, como *política específica do DAS que não pega junto, que poderia estar mais integrada com todas as outras*. Possivelmente esse seja um dos efeitos desse arranjo específico em que a PNH inseriu-se como política que se queria transversal, mas que efetivamente não criou condições para transversalizar e misturar-se às demais áreas temáticas – diferente disso, operamos como mais uma área temática, com uma equipe

ESF, PIM, PAN, RS mais Igual, RS na Paz; Bloco das diversidades e transversalidades: saúde da população negra, saúde indígena, saúde LGBT, saúde prisional, saúde bucal, saúde mental, DST/AIDS; Bloco ciclos vitais: saúde da criança, saúde do adulto, saúde do idoso.

²² Apoio Integrado e PMAQ, por exemplo.

reduzida e com seu *métier* específico, que nesse caso era o apoio (EIDELWEIN, 2014, p. 66-67).

Considerando que os contornos das políticas e das instituições são efeitos da composição de um plano das formas e das forças em sua dimensão instituinte, inúmeras questões nos ocorrem. Como romper com os arranjos que modificam as coisas para que tudo continue igual? Como produzir outras realidades ali mesmo onde o modo de trabalhar busca reproduzir uma lógica fragmentar e empobrecedora do que faz a vida pulsar? Que outras saídas, bifurcações e caminhos somos capazes de inventar que fortaleçam a descontinuidade das práticas dicotômicas que insistem na manutenção dos lugares entre fortes e fracos, formuladores e executores, teoria e prática, clínica e política, atenção e gestão?

Entre as tantas questões que nos interpelavam nesta experiência com o núcleo articulador da humanização, igualmente várias eram as direções que poderiam ser abraçadas. A passagem entre os diferentes modos de fazer não se apresentava como algo fácil uma vez que implicava sair de uma posição defensiva, não tomando a realidade como já dada para criar uma terceira, ou mesmo, quarta, quinta margem. Tantas margens quantas forem necessárias para seguirmos sustentando outros modos de ser, trabalhar e produzir cuidado.

Uma alternativa potente de dentro da máquina do Estado tem sido a identificação de arranjos capazes de forjar linhas de fuga, engajamentos coletivos organizados em torno da alegria do encontro, da coautoria do processo, da sensação de pertencimento e de inclusão, da possibilidade de inventar e de exercitar o protagonismo como mola propulsora da dimensão inventiva do trabalho em saúde. Tais parcerias e encontros têm se constituído em espaços preciosos e peculiares, que revelam sua importância na medida em que se constituem como um contraponto significativo à rigidez e dureza experimentadas no modo majoritário ou totalitário do funcionamento estatal.

Um desses encontros começou a ganhar consistência nas discussões do colegiado gestor do DAS, que reunia representantes de todas as políticas, e em que começam a aparecer questionamentos e dúvidas sobre a inserção do núcleo articulador e seu modo de trabalhar. Uma das propostas inicialmente apresentadas considerava importante a realização de um encontro formal para a apresentação da PNH para o coletivo de servidores do departamento, já que, naquele espaço, alguns

alegavam desconhecer o que fazia a Humanização no SUS e como ela poderia contribuir para a resolução dos problemas enfrentados.

Frente a uma demanda muito próxima a uma aula sobre a PNH e seu modo de trabalho, nos pareceu interessante não atendê-la exatamente nos termos em que se colocava. Assim, entendeu-se que esse pedido poderia ser agregado à proposta de educação permanente que vinha sendo solicitada pelos trabalhadores naquele momento de mudanças vivido pelo DAS. O pedido do colegiado de gestão é então compartilhado com a Coordenação de Educação e Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública (CESC/ESP) que se agrega ao núcleo articulador na construção do desenho metodológico e na operacionalização da atividade.

Desse modo, têm início os Encontros de Educação Permanente do DAS, espaço voltado para o apoio aos servidores em seu trabalho como apoiadores institucionais, visando a qualificação das redes de gestão e atenção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Nosso objetivo era a abertura de espaços efetivos para a troca de experiências, reflexão e produção de conhecimentos a partir da problematização dos desafios vividos na prática do apoio realizado pelos grupos georreferenciados.

Em meio a uma agenda disputada por outras tantas reuniões e atividades, uma média de 40 trabalhadores se reunia mensalmente para experimentar “em ato” alguns dos princípios metodológicos da Política de Humanização e da Educação Permanente em Saúde. Acolhimento, redes de produção de saúde, diferentes perspectivas de apoio, clínica ampliada e cogestão foram alguns dos constructos teórico-conceituais que compuseram o repertório dos encontros. Em rodas de conversa, estudos de caso, relato de experiências e outras metodologias ativas, o eixo norteador dos encontros voltava-se para a perspectiva do “como fazer”, mais do que conceitos ou modelos a serem aprendidos.

A organização dos Encontros de Educação Permanente do DAS ficava a cargo, entre um encontro e outro, de pequenos grupos ou “microequipes” formadas a partir do interesse e disponibilidade dos participantes. Para além da sistematização do que fora produzido, construção de uma metodologia de trabalho e das condições para a realização do encontro do mês seguinte, o trabalho em microequipes induzia um movimento de coautoria e corresponsabilização com o fazer-acontecer, na interface entre atenção, gestão e educação.

Neste contexto, os Encontros de Educação Permanente foram fazendo companhia aos processos de trabalho descentralizados, regionalizados e georreferenciados que vinham sendo desencadeados na SES. Em algum momento, esta atividade passou, por contágio, a fomentar interessantes disposições. Alguns dos que estavam querendo participar, estar dentro. Outros que estavam dentro, participando, começavam a transpor para outros espaços, no exercício da função apoio, um pouco do que ali era possível, juntos, experimentarmos. Experimentações em ato de uma disposição limítrofe entre o dentro/fora da máquina do Estado, das quais selecionamos dois momentos para compartilhar.

O acolhimento e o apoio institucional foram os conceitos operadores com os quais trabalhamos em nosso primeiro encontro. Para isso, os participantes foram desafiados a construir um barco munidos apenas de canudinhos plásticos coloridos. Distribuídos em pequenos grupos, começaram a trabalhar. Decorrido algum tempo, cada grupo apresentava aos demais seu processo de trabalho: as técnicas empregadas, as dificuldades e impasses para realizar a tarefa com os instrumentos de que dispunham (somente canudos!!), as alternativas pensadas, entre outras questões que julgassem relevantes.

Diferentes barcos ou embarcações foram confeccionados. Um grupo construiu uma balsa mais simples, cuja fragilidade requeria amarrações mais fortes, nós apertados o suficiente para garantir a sobrevivência em alto mar. Outro criou um verdadeiro “transatlântico”, gigante e requintado. Um terceiro grupo não construiu o barco, mas dramatizou a viagem, o movimento na água, seus embalos na dança das ondas. Houve ainda outro grupo que, além de construir o barco, se ocupou de seu entorno, do lugar onde iria aportar, da areia, do modo como seus tripulantes fariam para desembarcar.

Cada grupo, ao narrar seu “como-fazer”, compartilhava saberes e práticas. Não se tratava somente de um exercício lúdico, mas de que ‘com’ ele foi possível colocar em questão diferentes modos de trabalhar, apoiar, ensinar e aprender.

Em outro encontro trabalhamos com um estudo de caso construído a muitas mãos e baseado em situações concretas vividas pelos diferentes grupos de apoiadores do DAS (anexo). O “Caso da 20ª CRS” resultou de um mosaico coletivo no qual os trabalhadores se valeram da implantação de uma linha de cuidado em uma Coordenadoria Regional de Saúde inventada, a “20ª CRS”, para a discussão de algumas das questões com as quais lidavam cotidianamente em seu trabalho.

O descompasso entre os tempos das equipes, a sobrecarga de atividades, a dificuldade para o diálogo, a carência de pessoal, os obstáculos para o planejamento coletivo e o risco de descontinuidade dos processos estão ressaltados no caso como que denúncia e, ao mesmo tempo, desejo de se tornarem outra coisa. É interessante observar também que a demanda de apoio para quem faz apoio parece afirmar a pertinência dos próprios Encontros de Educação Permanente do DAS.

Para além das 19 CRS's que efetivamente fazem parte da estrutura político-administrativa da SES/RS, a invenção do "caso da 20ª CRS" permitiu não apenas fazer interferência no "mapa" do Estado, como falar do que fragiliza e potencializa as formas instituídas, abrindo passagem aos processos instituintes de um cuidado que se produz na tensão entre gestão e atenção. A CRS construída por nós, trabalhadores, certamente não é o lugar dos sonhos tampouco de nossos pesadelos, mas o território vivo, encarnado nas experiências concretas com que temos sido capazes de sustentar o SUS que afirmamos.

A fecunda parceria entre o núcleo articulador da Política de Humanização e a Política de Educação Permanente correspondeu ao desafio de articular o "entre" político necessário para o fortalecimento do processo de constituição de "nós" em redes que se fazem na indissociabilidade entre os modos de gerir e de cuidar.

5 TRANSVERSALIDADE NAS EXPERIÊNCIAS DE CUIDAR, APRENDER E ENSINAR EM SAÚDE

Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do voo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser. Pássaros engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros. Porque a essência dos pássaros é o voo. Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em voo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas não podem fazer, porque o voo já nasce dentro dos pássaros. O voo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.

Gaiolas e asas, de Rubem Alves

A natureza do trabalho em saúde tensiona nossa reflexão sobre o processo de formação. Mesmo quando a materialidade do processo envolve questões de cunho mais técnico, o trabalho em saúde é eminentemente conversacional (TEIXEIRA, 2007). Como formar para esta dimensão relacional do trabalho em saúde? Como a formação tem se dedicado a instrumentalizar para a conversa e para a escuta? Embora as práticas dominantes no contexto universitário se mostrem ainda muito comprometidas com um paradigma transmissionista, com a transmissão da (in)formação e parecendo abdicar de sua função formadora a que Chauí (2014) chamou de universidade operacional, meu exercício na docência em saúde tem sido interpelado por tais indagações.

Assim sendo, tenho apostado em dispositivos que viabilizem o encontro e as trocas de experiências entre a universidade, usuários, trabalhadores e gestores no intuito de fazer circular os diferentes saberes e práticas presentes no cotidiano da saúde. Com este intuito, após uma discussão inicial sobre o que são, no que consistem e como se estruturam as políticas públicas em saúde, os estudantes elegem algumas delas para serem aprofundadas no decorrer do semestre. De modo geral, as políticas de saúde mental, da população negra e de participação social têm despertado bastante interesse e contribuído para uma percepção mais clara dos impasses para fazer acontecer os princípios e diretrizes do SUS, a implementação das políticas, bem como, produzido inquietações nos próprios estudantes acerca de seu papel como futuros gestores da saúde.

Os conceitos e as ideias apresentados em sala de aula ganham outros sentidos quando experimentados na realidade concreta, pois, conhecer de perto seu modo de funcionamento, seus limites e possibilidades, revigora o compromisso da formação com o fortalecimento da política de saúde e com a inseparabilidade entre as dimensões do cuidar e do gerir em saúde. Movida por tais inquietações e no intuito de promover tais oportunidades de encontro, tenho acompanhado os alunos em atividades realizadas pela Gerência Distrital Partenon - Lomba do Pinheiro, território da saúde onde o Campus Central da UERGS está situado e em outras tantas promovidas pela rede de saúde do município. Uma dessas atividades foi a feira da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) promovida pela política de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre.

Alusiva ao Dia da Luta Antimanicomial, a feira da RAPS foi precedida de uma grande caminhada partindo do Centro da cidade até uma praça ao lado da Secretaria Municipal e se estendeu até o começo da noite. Em plena praça pública, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental do município estiveram envolvidos com a exposição e comercialização dos produtos da economia solidária²³, esquetes teatrais, apresentações musicais, desfiles de moda e rodas de conversa.

Como atividade preparatória à participação da UERGS, na feira foi realizada uma oficina sobre o histórico do movimento da reforma psiquiátrica na qual, ao final, tendo como referência as discussões que se produziram, os estudantes customizaram um grande banner com o logotipo da universidade. Palavras como respeito, liberdade, cuidado, participação e “loucos pela vida”, tão caras à militância da saúde mental, se embaralharam ao símbolo da universidade. O banner permaneceu exposto durante toda a feira em um estande cedido pela organização do evento, funcionando como ponto de referência para os encontros. A rede de saúde, suas linhas e nós operando ali, em ato. Também “nós”, estudantes, professores e universidade, enlaçamo-nos à rede. “Nós” fazendo nós, tecendo redes, na rede.

²³ Economia Solidária é uma estratégia política de inclusão social pelo trabalho por meio de iniciativas de geração de trabalho e renda, desenvolvidas nos âmbitos municipais e estaduais, que visam, no campo da Saúde Mental, à inclusão social de pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O cuidado em liberdade, pressuposto fundamental da perspectiva da reforma psiquiátrica, aposta nos espaços da cidade como possibilidades democráticas e terapêuticas em substituição a lógica manicomial e de segregação. “Cuidar si, excluir não” é um lema que desafia constantemente a desconstrução dos manicômios mentais que insistem em nos habitar.

- Professora, onde estão os pacientes? - a pergunta, feita por uma das alunas ao não conseguir identificá-los em meio aos demais, na rua, ocupando a praça, é reveladora do quanto ainda precisamos conversar sobre o tema da loucura, da desinstitucionalização e do cuidado que se faz em liberdade. Nosso encontro com a rede de saúde mental, com a instituição loucura e a rua produziu estranhamentos. A singularidade característica da política de saúde mental experimentada neste dia reverberou para além do que podíamos imaginar.

Considerando que a participação na atividade teve grande repercussão junto aos estudantes, encaminhamos ao setor de comunicação uma pequena notícia juntamente com algumas fotografias, solicitando sua publicação no site da universidade. Uma das imagens encaminhadas era justamente a do banner em que o logo da universidade aparecia modificado. Para minha surpresa, o retorno do setor de comunicação fazia um “alerta”, que reproduzo abaixo por entender que ele é, em si, extremamente ilustrativo para o que queremos destacar.

Bom dia, professora Vânia.

Primeiramente, preciso alertá-la de que as fotos que contém o banner verde no fundo não serão publicadas. A colagem que foi feita no material descaracteriza a identidade visual da Universidade e não tem a aprovação desta Assessoria. O banner pertence à Assessoria de Comunicação, faz parte de um conjunto de 4 banners, e pode ser utilizado para qualquer evento desde que não tenha sua forma original modificada.

A matéria e as fotos que não têm o banner de fundo serão publicadas. Reiteramos que é de extrema importância não distorcer o logotipo da Uergs, que é sua principal identidade visual, pois isso só enfraquece a marca. Todo material gráfico produzido deve ser encaminhado à Assessoria de Comunicação para aprovação (conforme Resolução do Consun 013/2005 em anexo).

A descrição da intervenção realizada com o banner ter sido caracterizada como resultado de uma colagem nos remete à diferenciação apresentada por Fuão (2010) entre os termos colagem e *collage*. Portanto, o que se produziu não foi apenas resultado do ato de colar ou juntar coisas ao redor de uma superfície física

onde se encontrava o logo da instituição, mas, antes, um exercício de deslocamento, fruto de uma disposição das forças que insistem na produção das diferenças com as quais nos reinventamos em nossa singularidade.

Ao contrário do que nos foi “alertado”, entendemos que a possibilidade de efetuar uma torção da instituição universidade a partir da (dis)torção de seu logotipo, “principal identidade da universidade”, não somente não a enfraquece como é um dos requisitos fundamentais para que ela siga cada vez mais presente e revigorada em seu compromisso com uma produção de conhecimento que toma por referência os problemas derivados da práxis.

Além disso, a inserção mais orgânica da universidade, na realidade concreta em que a saúde acontece, viabiliza a construção de vínculos de cooperação e legitimidade para o enfrentamento dos desafios que o SUS e a própria universidade experimentam. Sujeito e objeto de conhecimento, pesquisador e profissionais de saúde não mais podem ser tomados como polos separados no processo de produção do conhecimento quando a aposta é na criação de protagonismo, de relações de reciprocidade e na coemergência de sujeitos (MELLO; BOTTEGA, 2009).

Ao considerarmos o cuidado como um acontecimento que se produz na relação entre os sujeitos, o encontro com os ditos “loucos” em sua circulação nos espaços da rua podem produzir outros sentidos para o cuidado que dificilmente o espaço da sala de aula consegue transver. Ao fazer vibrar as fronteiras entre loucura e normalidade, usuário e trabalhador, a participação dos alunos na feira da RAPS contribuiu na afirmação do cuidado em liberdade.

Outra oportunidade para o diálogo entre a universidade e o SUS tem sido a feira de saúde da população negra, que busca desenvolver mecanismos de reconhecimento e desconstrução do racismo com ações de educação e saúde voltadas para a temática, além de contribuir para a qualificação do atendimento prestado pelos serviços de saúde. Priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais à população negra, a feira tem se constituído em um espaço de inserção dos alunos nos cenários reais e, por vezes contraditórios do SUS, valendo-se deles para a formulação de novas perguntas, assim como, para o questionamento de seu papel com relação às situações com as quais se deparam. Como atividade preparatória à participação na feira, propus aos alunos a seguinte questão: Qual é a tua cor?

Partindo dessa pergunta disparadora, a Política Nacional da Saúde da População Negra foi ganhando um contorno, acentuando a necessidade de pensá-la não somente da perspectiva de quem experimenta o preconceito na própria pele, mas como um chamamento para “vestir uma outra pele”²⁴. Ou seja, a partir da fala de cada um, fazer falar o que é de todos. O relato de situações de maus-tratos, desrespeito, dificuldades de acesso, entre outros, permitiam o encontro consigo mesmos. Na tentativa de responder à questão que lhes foi colocada, encontravam-se com suas próprias histórias mais do que aprendiam sobre algo fora de si ou de sua realidade. Contribuiu também para dar relevância ao quesito raça/cor, introduzido nos sistemas de informação do SUS, para qualificar o atendimento e a proposição de políticas públicas voltadas para as necessidades específicas desta população.

A narrativa de cada um sobre o modo como vivencia sua cor e sua raça sustentou a discussão da promoção da igualdade racial a partir do reconhecimento das desigualdades e das ações para superá-las. Permitiu pensar o compromisso de todos, usuários, trabalhadores e o seu próprio, enquanto futuros gestores, no desafio de fazer valer a equidade nas práticas de atenção e gestão do cuidado em saúde.

Durante a participação na feira, o preconceito tratado em sala de aula ganhou voz no esquete teatral realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e a forte presença da cultura africana na formação da sociedade brasileira esteve ressaltada na exposição de chás e ervas, nas comidas típicas, nas oficinas de turbantes, de tranças africanas e na confecção de bonecas Abayomi²⁵. Acompanhar o modo como a rede de saúde vem trabalhando com a temática tem auxiliado na reflexão sobre a defesa dos direitos de cidadania do povo negro e o enfrentamento da discriminação nas instituições e serviços de saúde.

Procurando contextualizar a temática, realizamos uma visita ao quilombo do Areal, comunidade que se reconhece como legatária do Areal da Baronesa, antigo território negro de Porto Alegre e famoso por sua trajetória histórica ligada ao início

²⁴ Alusão ao documentário “Vista minha pele”, de Joel Zito Araújo (2003).

²⁵ Para acalantar seus filhos durante as viagens a bordo dos tumbeiros – navio de pequeno porte que realizava o transporte de escravos entre África e Brasil –, as mães africanas rasgavam retalhos de suas saias para criar a partir deles pequenas bonecas, feitas de tranças ou nós, que serviam como amuleto de proteção. As bonecas, símbolo de resistência, ficaram conhecidas como Abayomi, termo que significa ‘Encontro precioso’, em Iorubá, uma das maiores etnias do continente africano cuja população habita parte da Nigéria, Benin, Togo e Costa do Marfim. Sem costura alguma (apenas nós ou tranças), as bonecas não possuem demarcação de olho, nariz nem boca, para favorecer o reconhecimento das múltiplas etnias africanas.

da cidade²⁶. Ali moram aproximadamente 80 famílias em casas com fachadas antigas e preservadas por seu caráter histórico. O processo de reconhecimento da área do quilombo durou mais de dez anos e é resultado de sua organização e da luta contra o preconceito e a especulação imobiliária. Por meio da participação política, lideranças da comunidade obtiveram, no Orçamento Participativo da cidade, a liberação para a construção de 12 novas casas no local e, com a titulação, as famílias passaram a ter acesso a políticas públicas como o programa Minha Casa, Minha Vida, entre outras ações voltadas à infraestrutura e qualidade de vida, inclusão produtiva, garantia de direitos e cidadania.

Entre as décadas de 1930 e 1940, o Areal da Baronesa foi um dos pilares do carnaval de rua de Porto Alegre, característica que se mantém viva até os dias de hoje com o projeto que desenvolvem, o Areal do Futuro, bloco carnavalesco formado por cerca de 70 jovens da comunidade, divididos em ritmistas e dançarinos²⁷. A participação no bloco é bastante concorrida e quem dele faz parte tem presente a responsabilidade e o orgulho de levar adiante a cultura e as raízes de um povo que usa a alegria de sua dança como arma para resistir.

Fomos recebidos pela coordenadora da associação cultural e comunitária do quilombo e descendente da quarta geração dos escravizados do Areal, que nos conduziu até a sede da associação. Em uma pequena sala, um grupo de anciãs nos aguardava com café, lanche e alguns objetos artesanalmente elaborados por elas. Acomodamo-nos lado a lado, nos poucos bancos e cadeiras ali dispostos em círculo, onde elas começaram a nos contar a história do surgimento do quilombo e como a comunidade foi se organizando desde então até alcançarem o reconhecimento da área.

Cada lembrança, cada memória evocava a presença de outras tantas que pediam passagem para serem contadas. Compartilhar a história vivida por seus antepassados era também falar de si e de como isso as tocava. A trajetória de resistência e organização, ao serem passadas de boca em boca, confere às

²⁶ Prefeitura de Porto Alegre. **Areal da Baronesa**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/gpn/default.php?p_secao=74>. Acesso em 09 nov. 2016.

²⁷ ALBINO, Airan. **Quilombo do Areal da Baronesa e a Festa do Preto Velho**. Disponível em: <<http://www.nonada.com.br/2015/05/quilombo-do-areal-da-baronesa-e-a-festa-do-preto-velho/>>. Acesso em 09 nov. 2016.

experiências vividas a força necessária para mantê-las vivas entre os moradores da comunidade do Areal.

Nossa visita ao quilombo mostrou como o campo vai se tornando um lugar de construção de conceitos importantes para pensarmos a formação de gestores que se debruçam sobre a questão do cuidado. As noções de cogestão e controle social, por exemplo, puderam ganhar outra tonalidade ao serem atravessadas pelo compartilhamento das experiências, anseios e necessidades de uma comunidade que toma nas mãos a responsabilidade pelo direito à moradia, saúde, trabalho e participação dignos de serem vividos.

O conhecimento, as informações e os afetos mobiliados nas estratégias de resistência colocadas em prática pela comunidade do quilombo do Areal se associam à ideia de trabalho imaterial, tomada de empréstimo de Antonio Negri por Teixeira (2007), para falar dessa dimensão incontornável do trabalho em saúde que são as conversas, as relações que são produzidas nos encontros entre usuários e trabalhadores. O trabalho imaterial reconfigura nossa relação com tempo na medida em que o trabalho na saúde é muito mais do que a medida do tempo gasto com a anamnese, o diagnóstico, a prescrição e a remissão dos sintomas. A substância do trabalho em saúde são as conversas construídas nos encontros nos quais a vida é coproduzida a partir do engajamento subjetivo e criativo dos sujeitos para lidar com o que lhes acontece. O trabalho em saúde é um trabalho com a vida. A discussão proposta por Teixeira (2007), entendendo que o trabalho em saúde deve ser pensado a partir do trabalho imaterial, coloca questões que num outro domínio de debate, autores como Merhy vão situar como sendo do campo das tecnologias leves.

Para Merhy (2006), no encontro com o usuário do serviço de saúde, o trabalhador se utiliza de valises – tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, a que chamou de tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias leves se referem à produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança. Possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico e do trabalhador. Os encontros produzidos no espaço das tecnologias leves se realizam em ato e nas intercessões entre profissionais e usuários.

Heckert (2007) propõe um debate acerca da formação e da escuta problematizando como estes se articulam na produção de um cuidado em saúde que não pode ser circunscrito a uma dimensão técnica e de transmissão de conhecimentos ou informações. Exigem a capacidade de mobilizar os saberes em situações cotidianas para lidar com os acontecimentos da vida em sua intensidade e imprevisibilidade. Dizem respeito não somente a capacidade de saber o que fazer, mas saber como fazer. Assim, interroga “se é possível ensinar a escuta como cuidado ou se trata de interrogar o que se passa na escuta, o que se passa nos processos de formação?” (HECKERT, 2007, p. 2). Para isso, toma a formação a partir de duas perspectivas distintas, mas que se entrelaçam: como uma escuta surda e escuta como experimentação.

A escuta surda seriam as práticas de formação que ouvem sem escutar, deixando-se guiar pelas evidências ao invés de indagá-las. Ao não se contaminar pelos “sussurros e cheiros do mundo em que vivemos” (Ibid., p. 5) acabam por tutelar os sujeitos contribuindo para a repetição dos saberes instituídos. Como adverte Baptista (1999, apud HECKERT, 2007, p. 8), a escuta surda “não se lembra do rosto e dos nomes dos usuários e dos profissionais, da cor dos olhos e da pele, dos cheiros, das rugas e cicatrizes (marcas do vivido), dos saberes e histórias.” Não se trataria então de ensinar a escutar, mas de ativar uma escuta sensível aos movimentos singulares da vida, de entrar em contato com o plano do coletivo que faz estranhar os modos como temos vivido. Nesta direção, a formação pode ser pensada como processo de produção de subjetividade que se faz nos embates permanentes de saber-poder (FOUCAULT, 1979). Afirmar a escuta como experimentação implica abrir espaços para afetar e ser afetado.

[...] significa indicar 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, p. 10).

A experiência da RIS, referência importante em minha trajetória profissional, de algum modo, pôde ser retomada quando assumi a preceptoria da Residência Integrada em Saúde da ESP/RS e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) durante o período em que estive na gestão da saúde mental na SES/RS. Ter habitado este

lugar transitório e passageiro do residente na própria pele permitiu acolher o inconformismo de quem, apesar da breve duração de sua passagem pelos serviços, indaga a dinâmica instituída com a força necessária para desestabilizar o que ali temos sido capazes de criar ou reproduzir. O cotidiano do trabalho na residência foi fortalecendo a importância da presença do outro, de seu ponto de vista e suas diferentes abordagens naquilo que se oferece para a revisão e ampliação de meu próprio repertório de trabalho em saúde. A formação em serviço coloca à prova as possibilidades de criar espaços potentes para a invenção de modos de trabalhar, aprender e ensinar sensíveis a produção de outros sentidos para o SUS em sua dimensão máquina de guerra.

A formação em saúde é um tema complexo e abrange questões técnicas e políticas de modificação de processos de trabalho, das relações entre sujeitos, de articulação de ações dentro e fora das instituições na perspectiva da qualificação de um cuidado que se produz na inseparabilidade entre as práticas de atenção e gestão. Considerando a necessidade de seguir problematizando minha trajetória docente é que me motiva a participar da Especialização em Docência na Saúde destinado a professores e preceptores de cursos de graduação universitária na área.

Decorrente da articulação entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) e o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EducaSaúde/UFRGS), a proposta da especialização envolveu uma ampla rede colaborativa de docentes e Universidades²⁸ com o objetivo de

contribuir para a superação de modelos prescritivos de práticas docentes, estimulando a abertura de possibilidades de articular pensamento e invenção na tradução de outras e novas práticas de ensino e de aprendizagem em saúde. Este curso tem como objetivo geral desenvolver *processos pedagógicos e formativos* que respondam às *necessidades sociais* e de *desenvolvimento e melhoria* da qualidade do sistema de saúde naquilo que diz respeito à formação universitária de profissionais da área da saúde. O curso decorre do reconhecimento da importância de se ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica na educação dos profissionais de saúde, tanto com vistas à maior articulação com o Sistema Único de Saúde como relativos à necessidade de produzir, difundir e dinamizar processos de

²⁸ Universidades participantes: Universidade Federal de Brasília, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal do Mato Grosso, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal de São Paulo, além da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita.

mudança no ensino da saúde mais consentâneos com o atual conhecimento sobre os modos de ensinar e aprender (PPC, docência, 2014).

A proposta do curso assume, como referência, a educação permanente em saúde para pensar as relações entre o fazer docente, a formação profissional, a integralidade do cuidado, o funcionamento em redes e exploração do SUS como espaço de ensino, aprendizagem e produção de conhecimento em saúde. Desse modo, o exercício do protagonismo docente diante dos compromissos da formação para o SUS exige um método a ser assumido como atitude genuína e não apenas como técnica a ser aplicada. O protagonismo enquanto método pode ser compreendido como um certo jeito de viver a docência, forçando os limites de uma experiência encarnada nas práticas concretas.

Minha participação na Especialização serviu para revisitar um conjunto de referenciais teóricos que acompanham minha trajetória de trabalho na saúde ao longo deste tempo. Alguns deles puderam inclusive ser ampliados e desalojados de seus lugares anteriores. A experiência docente que tenho buscado sustentar em um curso de formação de administradores da, na e para a saúde, tem implicado operar com os conceitos naquilo em que são capazes de afetar, de desestabilizar. O desafio tem sido abrir espaço e tempo como convite ao mergulho nas experiências de um SUS com o qual possam se sentir comprometidos ética e politicamente, em um esforço contínuo para aproximá-los da escuta, do convívio com os usuários e equipes de saúde, da abertura para o encontro e acolhimento das diferenças.

A oportunidade de estar sustentada por uma rede comprometida com processos de formação transformadores das práticas de saúde e produtores de subjetividade instigou a invenção de outros itinerários formativos que pressupõe a integração da gestão e da atenção nas práticas de cuidado em saúde e dos quais as experiências compartilhadas nesta escrita advêm. No entanto, tal como afirma Kastrup (2013, p. 153)

Uma formação pautada na experiência não é coisa simples. Ela é complexa e laboriosa, além ser de sujeita a abalos, perturbações, estranhamentos, sustos e surpresas. Essa experiência intensa, que envolve o corpo a corpo com o campo, é ousada, mobiliza e dá trabalho. Ela requer a formação de uma rede de agenciamentos entre professores e alunos que auxilia na sustentação e na continuidade de um processo, que parece muito mais incerto que a formação tradicional, baseada na informação veiculada numa bibliografia predefinida, num saber transmitido de modo vertical e

hierárquico e medido num sistema de avaliação por provas e notas. Logo, não podemos nos iludir, a formação baseada na experiência enfrenta dificuldades, incertezas e não é raro que, ao meio do caminho, a sensação de muitos seja de estarem perdidos.

Barros, Passos e Eirado (2014, p. 151) afirmam que “o trabalho se realiza como contínua aprendizagem que só se efetiva por meio da experiência do labor”. Para eles, a análise do processo de trabalho somente é possível ao levarmos em consideração o modo singular como cada trabalhador atualiza a atividade, em uma experiência concreta de trabalho.

A experiência do labor coloca em cena a maior ou menor capacidade de gestão do trabalho frente às adversidades da vida, e se distingue por um plano de criação encarnado nas experiências concretas de trabalho que não se pauta pelo caráter restritivo e determinante da regra prescrita, mas ao contrário, opera com o que a excede, enquanto dispositivo inventivo que vai do plano comum do coletivo em direção à dimensão singularizadora de um estilo que produz efeitos recíprocos de produção de trabalho e produção de subjetividade.

A ideia de corpo-si apresentada por SCHWARTZ (2010) aproxima-se da noção de experiência de si empregada por Foucault (1995) e descreve o processo por meio do qual o sujeito, ao pensar a si mesmo como produto de uma cultura, põe em análise o estado atual das coisas, abrindo possibilidades para pensar-se de forma diferente e transformar-se. O sujeito da experiência é, então, concebido a partir da constituição histórica das experiências que vivencia, as quais nunca se dão de forma estanque, mas deslocam-se de modo contínuo ao longo de sua trajetória.

Assim, as relações entre os conceitos e o modo como são vividos importam justamente para indagá-los, desconstituir seus sentidos prescritos e atribuir-lhes outros. Como dar ao pente função que não é do pente? (BARROS, 2001). Expressões como: “se pra fazer este trabalho aqui em grupo já foi difícil, imagina fazer isso no SUS”, “fazia tempo que eu não fazia isso (pintar)” ou ainda “nem parece que estamos em sala de aula” colocavam o desafio incessante da leitura ou escuta dos sinais que vão aos poucos se abrindo para a criação de novas questões.

Experiências significativas ao mesmo tempo em que dão pistas para uma análise contextualizada do processo de trabalho em saúde demandam ir com mais calma. Abrir espaços para falar sobre o que nos acontece, sobre o que nos mobilizou. A opção por uma formação com maior flexibilidade e centrado na

experiência não significa, contudo, a ausência de uma organização ou de um rigor metodológico, muito menos uma secundarização do conhecimento, visto que os conteúdos, ao adquirirem significado, despertam interesse e relações implicadas com as demandas concretas de seu exercício profissional.

Em que pese as mudanças requeridas a partir da criação do SUS e considerem a importância da atuação profissional pautado na integralidade do cuidado e em seus princípios e diretrizes, a formação em saúde continua ainda muito distante da realidade e das necessidades de saúde da sociedade brasileira. A Constituição de 1988 definiu que é de competência da gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, assim como o incremento na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988), mas foi somente em 2004 que a Educação Permanente em Saúde adquire o status de Política Pública.

A Política Nacional de Educação em Saúde Permanente (PNEPS) entende que a educação se faz no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho e tem por finalidade a qualificação das práticas de formação e das práticas de saúde (BRASIL, 2009). Ceccim (2005, p. 162) destaca que o primordial à Educação Permanente em Saúde é

[...] sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

Como diretriz do SUS, a Educação Permanente em Saúde se configura como estratégica para a produção de mudanças nas práticas de atenção e gestão pela via de uma formação amparada nos cenários concretos onde a saúde acontece. Aproxima-se da ideia de ergoformação, segundo a qual a formação se dá por meio do trabalho, pelo trabalho. Na perspectiva teórica da Clínica da Atividade, toda experiência comporta duas formas de saberes que se complementam: os saberes investidos e os saberes constituídos. Os saberes investidos remetem às experiências singulares de cada trabalhador que “é investida nessa situação única e histórica” (TRINQUET, 2010, p. 101). Ela não se encontra registrada em nenhum

lugar que não seja no próprio corpo e/ou intelecto do trabalhador, ou como diria Yves Schwartz, no “corpo-si”, no corpo e na alma ao mesmo tempo. Os saberes constituídos, por sua vez, são os saberes acadêmicos, formalizados e generalizáveis. São desinvestidos na medida em que podem ser religados e aplicados a outros independente da particularidade das situações.

A ergoformação atribui um lugar especial aos saberes investidos no processo formativo uma vez que a questão que se coloca é “como fazer, em uma formação profissional, para se servir do saber dos assalariados que se devem formar?” (TRINQUET, 2010, p. 153). Para isso, a ergologia aporta seus conceitos e princípios, entre eles a necessidade de compreender que o trabalho não é a aplicação de uma sequência de gestos a serem praticados, mas dar conta das variabilidades do viver; a criação de condições e estrutura para a produção de novos saberes sobre o trabalho e a importância de ir à campo, ir aonde o trabalho acontece (BORGES; ZAMBRONI DE SOUZA, 2010).

Kastrup (2013, p. 151) denomina de mergulho na experiência as atividades de formação que possibilitam

encontros com pacientes no contexto social e econômico em que vivem, com os diferentes membros de uma equipe transdisciplinar e seus olhares e saberes específicos, com os serviços de saúde em sua dinâmica cotidiana e envolve, enfim, a experiência de um encontro consigo mesmo.

Neste contexto, a formação baseada na experiência não se dá pela mera transmissão de informações ou aquisição de conhecimentos, mas num processo de produção de subjetividade que se inscreve numa perspectiva estética, ética e política. A autora se associa a John Dewey (1980) para tratar da dimensão estética enquanto uma “experiência especial, que faz com que a vida não se apresente como uma corrente homogênea e uniforme de fatos banais” (KASTRUP, 2013, p. 158) que não está ligada apenas à arte, podendo ser uma viagem, uma comida, um olhar, uma palavra.

A experiência estética marca nossa vida de modo a dificilmente dela nos esquecermos. Suas partes estão reunidas em uma unidade “sem emendas ou vazios” (Ibid., p. 158) e cujas “dimensões emocional, prática e intelectual somente a *posteriori* podem ser separadas” (Ibid., p. 158). Além disso, surge como a culminância de um processo que confere a ela o caráter de conclusão de um

movimento, a sensação de que algo foi finalizado. É acompanhada de sensações vividas intensamente, sejam elas de prazer ou sofrimento em que “algo passa com uma chamada, um apelo, um signo” (KASTRUP, 2013, p. 159) pelo qual somos atraídos e ao mesmo tempo, impulsionados a ir mais longe. “A experiência estética provoca esse apelo e essa abertura em direção ao mais além e é nesse sentido que ela tem a potência de desencadear um processo de aprendizagem (KASTRUP, 2013, p. 160).

Uma formação baseada na experiência não se resume a uma escolha metodológica ou teórica, mas indica a construção de uma política cognitiva, um modo de conhecer. Na formação e no trabalho em saúde aqui defendidos, assinala uma aposta de que o modo como nos ocupamos da gestão da política de saúde e de nosso próprio trabalho, interfere na atenção e no cuidado que somos capazes de produzir. Assim, a clínica e a política, ainda que distintas entre si, funcionam em uma dupla articulação, na qual a existência de uma exige a presença da outra. Esta dimensão política remete a uma certa maneira de estar no mundo e de se posicionar em relação ao conhecimento. “O que o conceito de política cognitiva busca evidenciar é que o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, uma atitude, um *ethos*” (KASTRUP, 2013, p. 161).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mande notícias do mundo de lá
 Diz quem fica
 Me dê um abraço, venha me apertar
 Tô chegando
 Coisa que gosto é poder partir
 Sem ter planos
 Melhor ainda é poder voltar
 Quando quero

Todos os dias é um vai e vem
 A vida se repete na estação
 Tem gente que chega pra ficar
 Tem gente que vai pra nunca mais
 Tem gente que vem e quer voltar
 Tem gente que vai e quer ficar
 Tem gente que veio só olhar
 Tem gente a sorrir e a chorar

E assim chegar e partir
 São só dois lados
 Da mesma viagem
 O trem que chega
 É o mesmo trem da partida
 A hora do encontro
 É também despedida
 A plataforma dessa estação
 É a vida desse meu lugar
 É a vida desse meu lugar
 É a vida...

Encontro e Despedidas, de Milton Nascimento²⁹

Delimitar uma possibilidade para finalizar, ainda que provisoriamente, o percurso desta tese, exigiu retomar o que me levou até ela. Para fazer este doutorado foi preciso ir muito longe. Inúmeros foram os deslocamentos durante os quatro últimos anos. Na verdade, penso que eles começaram antes mesmo disso, quando por algum tempo oscilei entre a esperança de fazê-lo e a dúvida de que seria possível sustentá-lo. Assim, ao compartilhar meus anseios com um amigo que também considerava esta possibilidade, combinamos de realizar esta empreitada juntos. Por algum motivo que agora não vem ao caso, ele acabou não participando do processo seletivo e, quando me dei por conta, já estava na primeira roda de orientação coletiva. Ao André Sales, devo este “empurrãozinho”.

Os deslocamentos entre dois rios, o Rio Grande do Sul e o Rio de Janeiro, foram um convite ao estranhamento. Entre o calor e a malemolência carioca e o

²⁹ Milton Nascimento. *Encontros e Despedidas*. Rio de Janeiro: 1985.

conservadorismo do povo gaúcho, por vezes, não foi possível me perceber em nenhum deles. Considerando que o trajeto realizado entre Porto Alegre - Rio de Janeiro - Porto Alegre na grande maioria das vezes acontecia num período de 12 horas, entre ida e volta, os efeitos deste deslocamento eram sentidos rapidamente. Em outros momentos, para fazer o circuito Porto Alegre - Rio de Janeiro - Niterói - Rio de Janeiro - Porto Alegre, foi preciso utilizar todos os meios de transporte disponíveis (avião, ônibus, metrô, barca, táxi) num único dia, o que não foi impeditivo para perder alguns voos de volta para casa, tornando a experiência ainda mais “excitante”.

Embora hoje possam ser tomados com a leveza que merecem, estes não foram os deslocamentos mais marcantes do percurso. Experimentar outros territórios implicou me perder nos mapas da cidade. Cruzar a Avenida Brasil no trajeto até o aeroporto fez com que eu me deparasse, ainda que pela janela do ônibus, com uma parte da cidade onde nem tudo é maravilhoso. Os cheiros das ruas, os contrastes sociais da cidade, produziam deslocamentos subjetivos, cujos efeitos desterritorializantes colocavam em questão as referências anteriores, e intimidavam o processo de produção da tese. Não foi à toa que uma de minhas dificuldades com o processo de escrita decorreu do impulso de tentar colocar numa ordem ou sequência cronológica o que só era possível se desmontado fosse.

Assim, apostar na *collage* cartográfica como estratégia metodológica viabilizou um modo de experimentar outros sentidos que, se acoplando neste plano coletivo de produção de conhecimento, foram compondo a forma e a força dessa escrita. Neste processo, assumir uma posição foi fazer escolhas. Ao entender que aquilo que ficou de fora nos move a seguir, não o tomamos como dívida ou coisa que o valha, mas como caminho até aqui possível de ser trilhado, considerando que a trajetória não se esgota seja qual for a direção que se tome.

Autorizar-me a escrever com as experiências foi (ar) riscá-las ao plano de multiplicidades que compõem o território dos encontros de cuidado urdidos nos processos de gestão, atenção e formação do trabalho em saúde. É necessário um deslocamento/engajamento subjetivo para fazer-acontecer a abertura para o encontro, para a conversa e escuta. Que sigamos alimentando o desejo de encontros que afirmem a vida em toda a sua potência.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.
- BARROS, Regina Benevides de; BARROS, Maria Elizabeth Barros. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim. B; BARROS, Maria Elizabeth Barros (Orgs). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.
- BARROS, Regina Benevides de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007. Coleção Cartografias.
- BARROS, M.E.B.; PASSOS, E.; EIRADO, A. Psicologia e trabalho docente: intercessões com a clínica da atividade. In: _____. **Psicologia & Sociedade**, 26 (n. spe.), 2014. p. 150-160.
- BARROS, M. E. B; PIMENTEL, Ellen H. C. **Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI**. v. 2. n. 2. Pólis e Psique, 2012.
- BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica, Ferreira; CORBO, Ana Maria, D'Andrea (Orgs). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=504&ext=.pdf&titulo=Cap%EDtulo%201>. Acesso em: 06 out. 2016.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- _____. **Vida Líquida**. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.10, n.3, 2005. p. 561-571.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n.17. p. 389-406, mar/ago 2005a.

BENJAMIN, Walter. Experiência e Pobreza. **Magia e técnica, arte e política:** ensaios sobre literatura e história da cultura. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 114-119.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade:** por uma teoria geral da política. 14. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. (Coleção Pensamento Crítico, 69)

BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política** (2 volumes). 13. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

BORGES, Maria Elisa Siqueira; ZAMBRONI de SOUZA, Paulo César. Entrevista: Pierre Trinquet e o ponto de vista da atividade em formação profissional e segurança no trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 1, pp. 149-157, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS. Brasília (DF): MS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 06 out. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13. Brasília: CONASS, 2011. 534 p.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 29-87.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CAMPOS, G; CAMPOS, R. Gestão em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 231-235.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CECCIM, Ricardo. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 4., 2005. p. 975-986.

CECCIM, Ricardo; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 14, n. 1, 2004. p 41-65.

CAPOZZOLO, Angela; CASETTO, Sidnei; HENZ, Alexandre (Orgs). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. 309 p. (Coleção Saúde em Debate, 230).

CECÍLIO, L.C.O. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, ed. 3, p. 469-478, jul/set 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2016.

CHAUÍ, Marilena. **Contra a universidade operacional**. A greve de 2014. Disponível em: <http://www.adusp.org.br/files/database/2014/tex_chauí.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

CLASTRES, Pierre. **A sociedade contra o Estado: investigações de antropologia política**. Porto: Editora Francisco Alves, 1979.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia** 2. v. 5. São Paulo: Editora 34, 2012.

_____. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**. v. 4. São Paulo: Editora 34, 1997.

_____. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**. v. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

DELEUZE, Gilles. Controle e Devir. In: **Conversações**. Trad. de Peter Pál Pelbart. SP: Editora 34, 1992, p. 218.

EIDELWEIN, Carolina. **Das tensões e intenções de tornar-se apoiador na máquina de estado**. 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, UFRGS. Porto Alegre, 2014.

FIGUEIREDO, A.C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. GUERRA, A.M.C.; MOREIRA, J.O. (Orgs.) **A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010.

FONSECA, Aline Karen. Collage: a colagem surrealista. **Revista Educação - UnG**. v. 4, n. 1, 2009.

FONSECA, T. *et al.* Pesquisa e acontecimento: o toque do impensado. **Psicologia e Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 655-660, set./dez. 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. A governamentalidade. In: MACHADO, Roberto (org.). **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC, 2004, 2. ed. São Paulo, SP. Disponível em: <http://www.ufpe.br/medicina/images/formularios/texto_isc_i_linha_de_cuidado_obrigatorio.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2016.

FUÃO, Fernando Freitas. A collage surrealista no Brasil. Anais do Seminário Nacional vanguardas, surrealismo e modernidade: Europa e Américas. **Revista Contingentia**, v. 5, n. 2, nov. 2010.

_____. **A collage como trajetória amorosa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. Desejo e história. In: GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 197-273.

HECKERT, Ana Lucia C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. v. 1, 1. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, p. 199-212.

KASTRUP, Virgínia. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: CAPOZZOLO, Angela; CASETTO, Sidnei; HENZ, ALEXANDRE (Orgs.). **Clínica comum itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 151-162.

LARROSA BONDIA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002.

LENINE. **Acústico MTV**. São Paulo: 2006

LIMA, J. G.; BAPTISTA, L. A. (2013). Itinerário do conceito de experiência na obra de Walter Benjamin. **Princípios Revista de Filosofia**, Natal, v. 20, n. 33, p. 449-484, jan/jun 2013.

MACHADO, Roberto (org.). **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

MATTOS, RUBEN. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006, p. 119-132.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2009, p. 39-64.

MEIRELLES, Cecília. **Ou isto ou aquilo**. Ilustrações Odilon Moraes. São Paulo: Global Editora Global, 2014.

MELLO, V. R. C; PASSOS, E. Clínica, transdisciplinaridade e política. **Entrelinhas**, Porto Alegre, p. 10-11, 01 out. 2012.

MELLO, V.C.; BOTTEGA, C.G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface** – comunicação, saúde, educação. Unesp, v. 13, supl.1, p. 739-745, 2009.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e Democratizando o Conhecimento**. v. 1. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/9conferencia/9conf_nac_vol_1.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

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

_____. O cuidado é um acontecimento, não um ato. In: Conselho Federal de Psicologia. **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**. Brasília. 2006. p. 68-78.

Milton Nascimento. **Encontros e Despedidas**. Rio de Janeiro: 1985.

MOTTA, Luiz Eduardo. **A favor de Althusser: revolução e ruptura na teoria marxista**. Rio de Janeiro: Gramma: FAPERJ, 2014.

NUNES, Maria L. T; MEIRA, Ana C. S. Tornar-se autor de si mesmo: a inserção do próprio autor na produção científica. **Revista Educação**, Porto Alegre – RS, ano XXIX, n. 1 (58), p. 173-182, jan./abr. 2006.

ONOCKO, Rosana. A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 122-149.

ORTIZ, J. N et al. **Acolhimento em Porto Alegre – um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004.

PAIM, Jairnilson. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. IN GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

PASCHE, Dário. Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde. In: **SEMINÁRIO: A Humanização do SUS em debate**. Vitória, Espírito Santo, 25 e 26 de junho de 2008.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)**, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 150-171.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo. A construção da clínica comum e a formação de as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, Angela; CASETTO, Sidnei; HENZ, ALEXANDRE (Orgs.). **Clínica comum itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013, p. 213-228.

PESSIN, Liane; PAULON, Simone. Relações de trabalho e a política de recursos humanos: desconstituindo a lógica da centralização. In: HORN, Carlos Henrique. **Porto Alegre: o desafio da mudança**. As políticas financeira, administrativa e de recursos humanos do Governo Olívio Dutra (1989-1992). Porto Alegre: Ortiz, 1994. 122 p.

RAMMINGER, T. **Entre a normatividade e a normalidade**: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. *Mnemosine*, v.4, n.2, 2008. p. 68-97.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROCHA, Cháris. **Potências Crítico-Clínicas na Experiência do Teletrabalho no TRF4**. 109 f. Qualificação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2015.

ROLNIK, Suely. Pensamento Corpo e Devir: uma perspectiva Ético/Estético/Política no Trabalho Acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, set./fev. 1993.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2006.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da Literatura. **Sociologias**, POA, ano 8, n. 16, jul/dez2006, p.20-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em 10 ago. 2015.

SILVA, Flávia Fernando Lima. **O que não cabe nas ruas de uma cidade?: entre narrativas maiores e resistências brincantes**. 2014.142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2014.

SILVA, João Gabriel Lima da. **O castelo da experiência**: Walter Benjamin e a literatura. 1. ed. Curitiba: Appris, 2015.

SILVA, João Gabriel. **O castelo da experiência**: Walter Benjamin e a literatura medieval. 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.

SILVA JÚNIOR, Aluísio G.; ALMEIDA, Carla A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27- 41. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsrisc/rismaterialdidatico63.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

SILVA, Rosane Neves da. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. **Revista do Departamento de Psicologia** (UFF), Niterói, v. 16, n. 1. 2004, p. 55-75. Disponível em <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/fractal_acervo.php>. Acesso em: 17 set. 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 43, n. 4, 2009. pp. 721-725. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SCHWARTZ, Yves. Qual sujeito para qual experiência?. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 55-67, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/pt/927>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. A experiência é formadora? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, 2010. p. 35-48.

TEIXEIRA, Ricardo. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: **Research Conference on Rethinking " the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America**. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University of California; 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2007. p. 91-113.

TEIXEIRA, Carmen; SOLLA, Jorge. **Modelo de atenção à saúde**: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, n. 3, 2006. 237 p. Série Saladeaula. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6217/1/modelo_de_atencao_a_saude.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, p. 93-113, ago.2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto pedagógico do curso de Administração**: Sistemas e Serviços de Saúde. Porto Alegre, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). **Curso de Especialização em Docência na Saúde**: Bases introdutórias Docência na Saúde. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

VIANA, Ana Luiza; BAPTISTA, Tatiana W. Análise de Políticas de Saúde. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenara, *et al.* (Orgs). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO

Caso da 20ª CRS – Implantando a Linha de Cuidado

Em janeiro de 2012, durante uma das reuniões do grupo georreferenciado da Macrorregião Campos, um grupo de trabalhadores das políticas da Secretaria de Ações Integradas em Saúde (SAIS), ligada à Secretaria Estadual da Saúde (SES), iniciou o planejamento para a implantação da Linha de Cuidado Integral X para a 20ª Regional de Saúde.

A discussão a respeito de Linhas de Cuidado, Redes de Atenção Integral a Saúde, Modelos de Atenção, Apoio Institucional, qualificação da atenção com ênfase na atenção básica, realidades regionais, processo de trabalho em saúde, entre outros temas, iniciou-se no ano anterior, com a realização de vários encontros. Participaram destes encontros trabalhadores das regionais de saúde, de municípios, de diferentes setores da SAIS e da SES, contando ainda com a participação de mediadores, facilitadores e pesquisadores externos à Secretaria. Este é um movimento iniciado a partir de duas iniciativas que se complementam: a implantação de Redes de Atenção Integral desencadeadas pela gestão federal na saúde e o desejo da gestão estadual em rever e produzir mudanças significativas no cuidado prestado às pessoas e populações.

A organização por equipes de georreferência, ou seja, grupos que se organizam a partir das necessidades e realidades regionais, é um dos desdobramentos destes debates. Fazem parte do grupo de referência para a Macrorregião Campos, trabalhadores da SAIS ligados às políticas A, B, C, D, Y, K, X, Z, T, W, além de alguns representantes ligados à educação em saúde.

O Planejamento iniciado em janeiro desdobra-se em várias reuniões (mesmo porque o grupo de georreferência encontra-se a cada quinze dias...).

Trabalhador X: - Como a gente já vem discutindo, agora a gente precisa fechar a agenda pra ida à regional... E a programação também ainda tá com alguns pontos que a gente precisa pactuar. O que vimos com a regional é que no dia 29 seria a melhor opção pra eles.

Trabalhador A: - Pois é. Nunca vem ninguém da regional aqui pra gente pactuar as coisas em conjunto.

Trabalhador W: - Mas a gente sabe como é difícil pra eles virem sempre pra cá. Todo mundo tem muitas ocupações e muitas vezes é a mesma pessoa que se ocupa de várias políticas, então, fica difícil, né?!

Trabalhador X: - Se formos considerar a data que a regional nos indicou, que é depois de amanhã, quem de nós pode participar?

Trabalhador B: - Neste dia, nem pensar! Já estamos com uma agenda supercarregada pra semana inteira. Só se fosse na semana seguinte.

Trabalhador C: - Nós também não podemos ir nesta data. Já temos agenda na 23ª regional pra discutir a política C com eles.

Trabalhador Z: - A gente poderia, mas só no turno da tarde, então não sei se vale a pena...

Trabalhador T: - Tenho uma sugestão: a ideia de fazermos um apoio por territórios, por regiões. Acho que não é o caso de ir “em bando” pra regional, que pode até ter um efeito mais “assustador”: um ônibus de gente daqui chegando lá... A ideia é de combinarmos coisas em comum, ver onde as temáticas se cruzam e compõem pra daí ir um grupinho menor.

Trabalhador A: - É que temos que ver como as temáticas vão ser discutidas lá na regional... Como é que combina território e temático mesmo?! O que não dá, é pra não ter ninguém da Política X lá...

Trabalhador X1: - Acho que a proposta do Trabalhador T pode ser um jeito de nos organizarmos pra este momento. O que vocês acham?

Chega-se a um consenso, em virtude das agendas e disponibilidades: irão cinco trabalhadores: dois da política X, dois da política Y e um da política T.

Trabalhador C2: - Como ficou a programação?

Trabalhador X2: - Olha, a gente até que queria ter pactuado a programação mais com o pessoal da regional, mas precisamos fechar a programação hoje pra mandarmos pra eles hoje ainda... A proposta é que seja uma reunião com o pessoal da regional de tarde e no dia seguinte com a regional e os municípios, já pra ver a implantação da Linha de Cuidado. O que a gente viu foi que queremos trabalhar com as principais fragilidades e facilidades dos municípios com relação à Linha. Num segundo momento, pensamos em trabalhar com estudos de casos, pra finalizar com a pactuação do desenho das Linhas de Cuidado.

Chegado o dia da viagem, foram 5 trabalhadores que representavam 3 das 10 Políticas que fazem parte do grupo da Macro, com as demandas de fazer uma reunião com os trabalhadores da CRS para o planejamento da Linha de Cuidado Integral, cuja implantação com os municípios se daria no dia seguinte.

O grupo chega à Regional e depara que haviam poucos profissionais da mesma para a reunião. Os que estão ali justificam que este não era um dia propício para encontro na sede, pois a maioria estava em atividade fora da coordenadoria, além dos trabalhadores que estão em férias ou de licença.

Regional 1: - Aqui na regional, temos realizado reuniões mensais pra pensar em Apoiaadores Institucionais para cada município, mas tem sido difícil de acontecer na prática. Todos nós temos muitas demandas de trabalho e cada um está responsável por mais de uma política ou ação.

Regional 2: Estou com a política A, Y e X, mas estamos tentando montar o apoio institucional.

Regional 3: - Temos uma boa relação com a educação em saúde. Os municípios têm muitas demandas de educação permanente e solicitam ações em conjunto com a gente.

Regional 4: - É que a gente precisa ver como se dá a continuidade das políticas. Cada gestão muda tudo: mudam as pessoas, as propostas e até as políticas.

Regional 2: Este é um problema. As ações que a gente faz não têm continuidade: começa uma coisa, muda a “linha”, mudam as pessoas e não segue o que tinha começado.

Regional 3: É. E a gente ainda sente que as coisas vêm muito de “cima”; não são construídas e pactuadas junto...

Quando os trabalhadores da SAIS começam a falar sobre a implantação da Linha de Cuidado Integral, um dos trabalhadores da Regional passa a falar sobre o mapeamento realizado na região:

Regional 2: - Nós fizemos um levantamento na regional sobre a situação da Linha X. Hoje nós temos “tantas” Equipes de Saúde da Família, mas nem todas atendem os casos. Tem um “Centro de Referência” no município sede e “tantos” leitos inclusive em UTI. O que a gente tem hoje não é falta de recursos e de dinheiro, mas de conhecimentos, de poder utilizar melhor os recursos que já temos. Por exemplo, não sabemos nada a respeito da saúde do trabalhador; não ouvi falar em mais nenhuma ação, e a saúde do trabalhador é importante.

Regional 5: - Isso que o colega falou é fundamental: temos muitos colegas adoecendo nas regionais e já temos pouca gente nas equipes.

Regional 1: - A saúde do trabalhador está enfraquecida. Os dispositivos que cuidam da saúde dos trabalhadores estão enfraquecidos.

A partir desse momento, vários trabalhadores passaram a falar sobre o enfraquecimento dos dispositivos dos CEREST e dos processos de adoecimento nas equipes das coordenadorias, deixando pouco espaço para retomar a proposta da SAIS de trabalhar com o planejamento da Linha de Cuidado.

No outro dia, compareceram 17 dos 31 municípios para a implantação da Linha. A manhã iniciou com uma roda de conversa, na qual os municípios puderam falar de suas fragilidades, principalmente com relação à educação permanente e assessoria para dar continuidade às ações. Ainda pela manhã, foi apresentada a proposta da Linha de Cuidado Integral X.

À tarde, os municípios foram divididos em vários grupos com o propósito de discutir casos e, após, fazer os desenhos das Linhas de Cuidado e Linhas de Formação (plano de educação permanente) possíveis a partir de um Plano Terapêutico Singular. Somente um dos grupos conseguiu fazer o desenho da Linha de Formação.

Ao final do dia, o gestor de um dos municípios foi conversar com o Trabalhador X2 da SAIS para solicitar uma assessoria direta com o município, pois comenta que há uma certa dificuldade em fazer articulação com a 20ª Coordenadoria. O Trabalhador X2 escuta, mas diz que conversará com o grupo da Macro Campos sobre este pedido.

No retorno a Capital, o grupo georreferenciado relata que a Regional teve dificuldades de corresponder à proposta da reunião, tendo se dispersado ao falar de saúde do trabalhador. Também comentam sobre o pedido de assessoria de um dos municípios. Alguns acham que a CRS não está conseguindo fazer boa articulação na regional, outros não concordam, pois acham que a CRS está precisando de suporte.

Questões para o estudo de caso:

- Que tipo/s de apoio institucional são possíveis de identificar?
- Quem são os apoiadores identificados?
- Quais mecanismos de “acolhimento” são apresentados?
- Como se apresentam as relações entre “temático” e territorial?
- Quais os principais nós-críticos na implantação da Linha de Cuidado?
- Quem são os usuários do apoio institucional?
- Como os usuários da Linha de Cuidado participam da implantação da Linha?