

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E O CUIDADO CLÍNICO NA ATENÇÃO
BÁSICA: UMA APOSTA NOS PROCESSOS DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

MARINA FERNANDES DO PRADO

ORIENTADOR: PROF. DR. EDUARDO PASSOS

NITERÓI, OUTUBRO DE 2020

**A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E O CUIDADO CLÍNICO NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA APOSTA NOS PROCESSOS DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

MARINA FERNANDES DO
PRADO ORIENTADOR: PROF.
DR.EDUARDO PASSOS

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE
FEDERAL FLUMINENSE,
COMO REQUISITO PARCIAL PARA A
OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA E
SUBJETIVIDADE.

NITERÓI, OUTUBRO DE 2020

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

P896p Prado, Marina Fernandes do
 A produção de subjetividade e o cuidado clínico na
 atenção básica : uma aposta nos processos de
 desinstitucionalização / Marina Fernandes do Prado ; Eduardo
 Henrique Pereira Passos, orientador. Niterói, 2020.
 191 f.

 Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
 2020.

 DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2020.d.00343162130>

 1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3.
 Subjetividade. 4. Desinstitucionalização. 5. Produção
 intelectual. I. Passos, Eduardo Henrique Pereira, orientador.
 II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia.
 III. Título.

CDD -

**A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E O CUIDADO CLÍNICO NA ATENÇÃO
BÁSICA: UMA APOSTA NOS PROCESSOS DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE, COMO REQUISITO
PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE DOUTOR EM PSICOLOGIA, NA ÁREA
DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA E
SUBJETIVIDADE.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Passos
(orientador – UFF)

Prof. Dr^a. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Márcia da Costa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Túlio Batista Franco (UFF)
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Beatriz Adura Martins
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Christian Sade
Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras
(Suplente)

NITERÓI, OUTUBRO DE 2020

*Para meu querido pai, Adelmo e
para meu irmão, Jonatas
Minha eterna gratidão*

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido irmão, meu maior parceiro, pelo seu olhar paciente, otimista e incentivador.

Ao meu pai amado, de quem tanto orgulho sinto, por ter me levado, na clandestinidade, para colar cartaz do candidato Luiz Inácio Lula da Silva à presidência do Brasil, quando eu tinha apenas quatro anos.

À minha mãe, minha eterna saudade, por ter me colocado nas aulas de Karatê e por ter cuidado de mim sem me colocar limites pelo meu gênero.

Ao meu orientador, sempre presente, por ter me dado norte em momentos de deriva durante a escrita, pela aposta nos processos coletivos, pela imensa disponibilidade intelectual e afetiva.

Aos “desandados”, do passado e do presente, pelas constantes leituras, pela disponibilidade de escuta, acolhimento e partilha nessa andança de quatro anos.

Ao grupo do Enativos, pelas discussões proporcionadas, e em especial ao Prof. Dr. Christian por compartilhar a leitura da tese.

Aos meus “hãmitos” Camille Melo, Ivo Aurélio Lima Júnior e Rebeca Marinho, por serem meus amigos.

À Willi, Pedro, Ivo Aurélio, Ivi, Marcinha, Baila, Chris, Jonatas, Clare e Ísis que me receberam em suas casas, que me acolheram durante esse processo e me fizeram sentir em casa.

Aos meus colegas de trabalho, presentes e passados, que compartilham comigo a convicção de que saúde é um bem público, direito de todos e de todas.

À Prof^a. Dr^a. Marcia da Costa, também “desandada”, pelas contribuições que seu processo de doutoramento me trouxe e por estar presente nesse fechamento.

À Prof^a. Dr^a. Laura Feuerwerker, pela contribuição tão importante durante o processo de qualificação, possibilitando o desvio dessa tese.

Ao Prof. Dr. Túlio Franco por ter me formado durante todos esses anos, através dos seus textos, para desenvolver, no SUS, um cuidado implicado com o outro.

À Prof^a. Dr^a. Beatriz Adura por aceitar prontamente o convite, compondo com os demais professores, a banca de defesa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFF por ter aberto janelas no meu pensamento.

RESUMO

Essa tese discute a produção de cuidado integral em saúde na Atenção Básica aos sujeitos loucos. A condição desses sujeitos de questionar, de modo mais radical, os limites do cuidado baseado em tecnologias duras e leve-duras possibilitou a análise dos alicerces que contribuem para manutenção dessa forma de produzir cuidado. Por compreendê-lo como resultado da relação entre sujeitos que trazem consigo seus valores, costumes, modo de ser, de pensar, de sentir, de perceber o outro, a presente tese centraliza a análise na ideia de produção de subjetividade desenvolvida por Deleuze e Guattari, tendo o capitalismo e a escravidão como acontecimentos moduladores da subjetividade dominante. O caráter racista, genocida, elitista, sexista da sociedade brasileira, evidenciado pelo atual momento político, limitam a prática de cuidado sustentada em tecnologias leves. Nesse sentido, fazemos uma crítica ao campo de conhecimento da Saúde Coletiva ao negligenciar o debate racial na defesa de um modelo contra-hegemônico de saúde. Como produção situada no lugar de fala privilegiado dos seus principais autores e reconhecendo os efeitos do encobrimento do racismo brasileiro nesse campo, apostamos na ocupação por sujeitos subalternizados do espaço de produção de conhecimento científico para fortalecer a perspectiva do cuidado integral à saúde.

Palavras-chaves: Atenção Básica à Saúde – Saúde Mental – Cuidado Integral Subjetividade – Racismo

ABSTRACT

This thesis discusses the production of a comprehensive health care in Primary Care of patients with severe mental disorders. The condition of these subjects to question, in a more radical way, the limits of care based on hard and light-hard technologies enabled the analysis of the foundations that contribute to maintaining this way of producing care. By understanding it as a result of the relationship between subjects who bring their values, customs, way of being, thinking, feeling, perceiving the other, the present thesis analyses the concept of subjectivity production developed by Deleuze and Guattari, considering capitalism and slavery as events that modulate the dominant subjectivity. The racist, genocidal, elitist, sexist character of Brazilian society, evidenced by the current political moment, limits the practice of care based on light technologies. In this sense, we criticize the field of public health knowledge by neglecting the racial debate in defense of a counter-hegemonic model of health. As a production located in a privileged place of speech of its main authors and recognizing the effects of Brazilian's cover up racism in this field, we believe on the occupation by subalternized subjects of the scientific knowledge production process to strengthen the perspective of comprehensive health care.

Keywords: Primary Health Care - Mental Health - Comprehensive Care - Subjectivity - Racism

*Nem todo mundo vai compreender
Isso tudo que você é
o que não significa
que você deva se esconder
ou se calar*

*o mundo tem medo
de mulheres extraordinárias*

SUMÁRIO

Apresentação.....	05
Introdução	10
1. A institucionalização da loucura como barreira de acesso	22
1.1 O conceito de Instituição	22
1.2 O objeto de intervenção da RPB: a desinstitucionalização da loucura.	32
1.3 A desinstitucionalização como desconstrução.	37
2. Manicômios mentais que nos habitam e seus efeitos no campo da Saúde Coletiva.....	47
2.1 Que tiro foi esse? O retorno de velhas políticas de saúde em tempos de golpe.....	48
2.1.1 A nova roupa do Rei e a PNAB 2017.....	51
2.1.1.1 O financiamento às outras equipes de Atenção Básica.....	53
2.1.1.2 A população adscrita e a relativização da cobertura.....	57
2.1.1.3 Oferta de serviços: o pacote mínimo	58
2.1.1.4 O ano de 2019: atualizando os retrocessos na ABS.....	59
2.2 De volta para o passado: a Política Nacional de Saúde Mental	66
2.2.1 O ano de 2019: atualizando os retrocessos - Parte II.....	72
2.3 Enquanto isso... no município do Rio de Janeiro.....	76
2.4 A produção de subjetividades dominante e seus efeitos sobre a produção do cuidado	79
2.4.1 Capitalismo e escravidão: com quem você pensa que está falando?	83
3. Cuidado integral: um pleonasmo necessário	110
3.1 O cuidado em saúde: do que se trata?.....	114
A racionalidade moderna como lente para	
3.1.1 conhecer verdadeiramente o mundo	115
3.1.2 A produção do cuidado a partir do exercício da Clínica Moderna.....	120
3.1.3 As abordagens voltadas para racionalização das práticas de saúde e para melhoria contínua da qualidade	126
3.1.4 As abordagens voltadas para uma “ampliação” da Clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde	129
3.2 O cuidado em saúde na Atenção Básica: o desafio da ampliação.....	140
3.3 Por uma ciência feminista para pensar o cuidado em saúde	153
4. Considerações finais.....	171
Referências Bibliográficas	176

Caro leitor,

Essa tese se inicia, formalmente, no final de agosto de 2016, ano das “Olimpiadas” realizada no Brasil e também do impedimento ilegítimo da presidenta Dilma Rousseff e, chega ao fim, no momento em que há uma pandemia, desencadeada pela COVID-19, um vírus que chega silenciosamente, com alto poder de contágio e morte. Cento e doze mil mortes no Brasil até agosto de 2020, quando inicio esta escrita-fim. Essa definição cabe perfeitamente à atual política governamental dessa república. Como um vírus silencioso, o que parecia uma “gripezinha”, propagou-se na maioria dos estados de nosso país, arrebatando 57,8 milhões de eleitores. Com alto poder de letalidade, sua chegada no início de 2019 abre a caixa de pandora da sociedade brasileira.

O representante máximo do Brasil tem relações com milicianos, expressa e propaga diariamente o ódio, a violência, o preconceito contra mulheres, pessoas homoafetivas, negros e negras, pobres e indígenas, um líder que ataca direitos fundamentais à vida humana. Neste cenário, movida pelo desejo de término, de um processo já difícil de suportar, esforço-me para alcançar o fim dessa tese me perguntando sobre qual fim de fato, desejo. Será dessa escrita? Será daquilo que me conecto quando escrevo?

Em muitos momentos, o leitor irá se deparar com uma escrita que se dá em carne viva, em mil pedaços como foi dito na banca de qualificação, em alusão ao título provisório dado à tese naquele momento (setembro de 2018). Entendo que escrever sobre produção do cuidado integral em saúde na Atenção Básica nesse contexto não poderia ser diferente. Em tempos de ataque às políticas públicas, ao aumento da iniquidade, da desigualdade social, proponho falar de cuidado enquanto se enaltece o descuido.

Pareceu-me meio deslocado o tema dessa pesquisa em vários momentos, que me deixaram à deriva, que me fizeram perder o fio da meada, produzindo uma experiência de não sentido. Fui escrevendo sem me preocupar com a ordem da escrita, movida pelos acontecimentos que me invadiam e me perturbavam tanto na vida fora do trabalho como na vida do trabalho, até mesmo por não ser possível fazer distinções tão precisas desses dois lugares.

Conectada com certeza de que a psicologia tem muito a contribuir para o campo da saúde pública, tenho direcionado minha formação e atuação para Sistema Único de Saúde brasileiro e é desse lugar que me propus a construir a presente tese. Desse campo imenso que é a saúde pública, fui estreitando os laços com a Atenção Básica à Saúde (ABS) e, a partir da atuação nesse nível de atenção, tanto na gestão, como na assistência, a problemática em torno do cuidado prestado aos usuários em intenso sofrimento psíquico surgiu, se materializou no cotidiano do trabalho.

Pois bem, encontrado o tema da pesquisa, faltava o “como” pesquisar. Essa escolha, formulada há muito tempo, desde a graduação, só pôde se concretizar no doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Pesquisar com o que se escolheu fazer da vida, cruzamento perigoso esse, pois a pesquisa não sai de mim enquanto trabalho e o trabalho se presentifica o tempo todo no registro escrito do processo de pesquisar.

O perigo que sinalizo desse entrelaçamento entre vida e pesquisa é justamente por se tratar de um modo de pesquisar implicado. Advirto que implicado sempre se está, o que difere é a escolha de pesquisar com a inclusão ou a tentativa de exclusão de si. Colocando-me para jogo, incluindo-me nesse processo de pesquisar com o que escolhi fazer da vida, tenho minhas certezas fragilizadas, sinto angústia, sou atravessada por diferentes afetos.

É um caminhar pesquisando sem destino certo, assim é o pesquisar cartográfico. Mais do que os “achados”, importa o processo da pesquisa que, ao encontrar um campo, produz com ele seus dados. Abro mão das metas definidas a priori não para direcionar a confirmação de uma hipótese, como poderia parecer à ciência clássica. Mudar as regras do jogo para se garantir a vitória, como nos jogos infantis, o “cartógrafo não varia o método, mas faz o método variar” (Tedesco, Sade & Calliman, 2013:301). Seu compromisso é com o encontro entre a pesquisa e o campo, com o que se produz nessa intervenção recíproca, entre objeto e pesquisador.

Assim, acompanhando processos (Pozzana & Kastrup, 2009), fui escrevendo a tese. Orientações coletivas, mudança de estado, de atuação profissional, de estado civil, de governo federal, a ida ao campo, todos esses atravessamentos e mais alguns que não me dei conta ainda e, talvez, não tome conhecimento, foram compondo a escrita. Os capítulos que se seguem foram escritos na ordem apresentada, pura possibilidade de sentido que construí nesses anos.

Optamos por realizar entrevistas com trabalhadores de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro, uma das primeiras criadas na gestão do Eduardo Paes. Realizei dez entrevistas com diferentes trabalhadores da saúde: duas médicas, dois médicos, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), um ACS, um enfermeiro, duas enfermeiras e uma odontóloga.

A chegada à Clínica da Família foi adiada em decorrência das paralisações e greves dos trabalhadores da saúde do município, que se posicionavam contra os atrasos salariais, o corte de trabalhadores, a descontinuidade no abastecimento de medicamentos e insumos que a gestão Crivella desencadeou em 2017. Gestão eleita, ironicamente, com o slogan “Vamos cuidar das pessoas”.

Nesse contexto de desmantelamento da Atenção Básica no município, eu sentia que não havia espaço para discussão sobre a produção do cuidado integral aos sujeitos loucos. Parecia descontextualizado falar de algo tão singular, enquanto questões tão substanciais estavam ameaçadas. Ainda que tenha optado pelo adiamento, a crise veio para ficar. Assim, quando realizei as entrevistas em 2019, ocorria mais um período de paralisações.

Desta forma, estava muito presente nas falas dos entrevistados essa experiência de uma crise vivenciada. O que pode parecer externo à entrevista, na perspectiva cartográfica, o diálogo entre entrevistado e entrevistador não deve estar rigidamente preso ao tema, pois o processo de criação de sentido se dá por desvios, desestabilização de sentidos familiares, crenças instituídas (Tedesco, Sade & Calliman, 2013).

A entrevista não é um meio pelo qual acessamos conteúdos de realidade pré-existente, apenas uma memorização de algo que se passou com o entrevistado. Ao remeter à lembrança de um conteúdo vivido, se modula, na experiência da entrevista, os sentidos, produzindo a realidade. “Toda entrevista é produtora de realidades” (Tedesco, Sade & Calliman, 2013:307).

Assim, munida de um roteiro previamente estruturado, precisei estar atenta e disponível à abertura, aos desvios, a fim de evitar respostas pré-formadas, totalizantes, desafetadas, pois comumente, nas entrevistas, se tem uma ideia de que há uma resposta correta a ser dada. Como Flávia, que ao final da entrevista me pergunta, indiretamente, se sua entrevista foi satisfatória para o que eu estava pesquisando, esperando um feedback.

Esses colegas de trabalho foram compondo a tese comigo, estando alguns trechos dessas conversas imersos nos capítulos que se seguem. Os diálogos ouvidos, transcritos de forma fluida apoiaram o processo de escrita e a construção argumentativa que foi se fazendo. Quando realizei as entrevistas, eu estava às voltas com uma questão colocada pela banca de qualificação, ocorrida em setembro de 2018 que, mais tarde, tornou-se condição de possibilidade para desvio sofrido na tese.

Nesse encontro formal, requisito para continuidade do processo de doutoramento, produziu-se uma inquietação que me acompanhou até o final. Foi colocado pela banca a não exclusividade do cuidado fragmentado aos usuários-loucos na Atenção Básica, uma vez que a Política Nacional de Atenção Básica, desenvolvida até o momento, foi insuficiente para mudar as práticas de cuidado no cotidiano das unidades básicas de saúde. Ainda que estivesse de acordo com essa não exclusividade, como também corroborava essa visão crítica sobre as mudanças efetivas de modelo de atenção à saúde, fui a campo com a ideia de que havia uma especificidade no encontro do trabalhador da saúde com a loucura, que afetava a produção do cuidado. Nesse momento já havia desenvolvido o primeiro capítulo “A institucionalização da loucura como barreira de acesso”, no qual desenvolvo a ideia de instituição e sua permanência cristalizada como barreira de acesso dos loucos na busca por cuidado em saúde.

Quando já havia realizado as entrevistas, persistia aquela questão do “cuidado comum” ofertado à maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde. Concomitantemente, estava fortemente afetada pelos acontecimentos produzidos pelo atual desgoverno e impressionada com o percentual da população brasileira que o elegeu e se mantém adepta de suas ideias, discurso e ações.

A partir da escrita embrionária do que se tornou o segundo capítulo “Manicômios mentais que nos habitam e seus efeitos no campo da Saúde Coletiva”, em que inicio fazendo uma análise nas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e na Política Nacional de Saúde Mental, foi se apresentando como central o conceito de produção de subjetividade para a discussão em torno de mudanças na produção de cuidado.

Assim, nesse mesmo capítulo, trago dois importantes eixos que fabricam as subjetividades dominantes e se constituem força opositora à produção do cuidado em saúde que, no terceiro capítulo “Cuidado integral: um pleonasmo necessário” apresento. O capitalismo e o racismo da sociedade são condições para esse “cuidado

fragmentado, objetificador” que se consolida nas relações do profissional de saúde e usuário.

Com a abertura de novas rotas que foram se dando no caminho da pesquisa, a discussão em torno da produção do cuidado integral ao louco na Atenção Básica foi condição disparadora da tese, pelo seu forte potencial de tensionar o automatismo do cuidado produzido, respondendo pouco a essa forma de atuação. Assim, no terceiro capítulo, trago a perspectiva de cuidado alinhada ao uso de diferentes tecnologias e atores para dar conta da complexidade das necessidades de saúde da população, bem como, desenvolvo uma visão crítica ao campo da saúde pública no que diz respeito à não efetivação de práticas de saúde menos protocolares.

Por fim, apostando em modos de produzir rachaduras, desvios nessa realidade retrógrada e conservadora que se abateu em terras brasileiras, trago a contribuição da ciência feminista para pensar outros referenciais epistemológicos, desenvolvidos por outros atores para avançarmos no desenvolvimento de outros modos de subjetivação e, conseqüentemente, outras formas de cuidado em saúde. Concluo essa pesquisa entendendo que o pesquisar cartográfico exige uma abertura aos processos de desinstitucionalização.

Espero que a leitura que se segue, possibilite ao leitor se aproximar do processo construção dessa tese, percebendo os movimentos de desvio, de transformação que se deram no caminho e que, assim como eu, possa se dar conta das instituições de nos fabricam e que, mesmo negando-as, elas modulam nosso pensamento e práticas. Reconhecer e não negar é condição de possibilidade para o desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde balizadas pela escuta sensível, pela empatia, pelo reconhecimento do outro enquanto sujeito. Desejo a todos trabalhadores e a todas trabalhadoras do SUS a constante possibilidade de desinstitucionalizar-se.

Introdução

Início relembro e compartilhando com o leitor algumas histórias que vivi enquanto apoiadora de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que muito me ajudaram a compreender a pertinência do tema desta pesquisa. Embora a aproximação com o tema de pesquisa não tenha surgido a partir da experiência do campo de trabalho, compondo uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹ (NASF), esse cotidiano muito contribuiu e continua a contribuir para reflexões que tenho feito acerca do assunto, a tal ponto, que não vejo ser possível, para mim, pesquisar sem estar no lugar onde estou. É como se o trabalho oferecesse grande parte do sentido desta pesquisa.

O contrário também acontece, quero dizer, o lugar de pesquisadora também oferece subsídios à minha prática, ao planejamento de minhas ações, ao engajamento que sentia no exercício cotidiano de apoiar doze equipes da ESF. Penso ser fundamental que esse corpo-pesquisadora esteja presente, oferecendo-me fôlego, certa dose de investimento nesse trabalho que reserva também, muitas durezas.

Quero retomar aqui três histórias de vida que, de alguma forma, foram compartilhadas comigo e, somente *a posteriori*, relacionei com minha pesquisa de doutorado. Refiro-me a um jovem autista e dois homens com diagnóstico de esquizofrenia e quadro de déficit intelectual. Acompanhei uma ou outra história mais de perto e trago aqui fragmentos de reflexões que os acontecimentos sucedidos na vida dessas pessoas produziram em mim.

Certa vez, fui fazer uma visita domiciliar (VD) com a agente comunitária de saúde (ACS) de referência da família de Sônia. A ACS que solicitou minha visita queria que eu conhecesse Pedro² (hoje penso que o motivo era por eu ser psicóloga). Pedro é um jovem de vinte e poucos anos, autista, que não saía de casa. Morava com seus pais, muito atenciosos e compreensíveis que, os longos anos de convívio com Pedro, possibilitaram a eles o desenvolvimento de certo “trato” com o filho. Consegui apenas ver Pedro, que estava muito concentrado no computador. A mãe já havia me alertado que dificilmente Pedro falaria comigo. Já era um “ganho” que eu pudesse vê-lo na sala da casa, pois o garoto passava muito tempo no seu quarto.

¹ Não sem intenção, a presente tese não considerará as mudanças de nomenclatura na Política Nacional de Atenção Básica a partir de 2017.

² Sônia e Pedro são nomes fictícios. Assim como os nomes dos usuários que virão a seguir.

Não vou me deter nos pormenores da VD, pois o que quero contar se deu após a ida à casa de Pedro. Como todas as ações que realizamos nos serviços de saúde, abri o prontuário de Pedro para registrar a visita domiciliar. Foi quando então, pude observar que não existia nenhum tipo de registro da equipe técnica³. Perguntei à médica, que já compunha a equipe há alguns anos, sobre Pedro, mas ela disse que não o conhecia. Além da ACS, ninguém da equipe conhecia o jovem. Pedro fazia uso de vários medicamentos psicotrópicos e as receitas eram renovadas na Clínica da Família, mas ninguém conhecia Pedro. Renovações automáticas de receitas são bastante comuns na Atenção Básica à Saúde (ABS), entretanto, o usuário não é acompanhado nesse processo.

Com esse fragmento de história, sinalizo a primeira pista: os usuários de saúde mental podem ser cadastrados por equipes da ESF, mas nem por isso acessam o serviço de saúde, o que nos leva a considerar que acesso não é sinônimo de ampliação da cobertura da ESF. É preciso mais do que isso para o usuário acessar os serviços de saúde.

A segunda história-fragmento que trago aponta para mais uma pista. A enfermeira da ESF de uma das equipes que apoio, solicitou-me uma consulta conjunta. Tratava-se de um usuário que era acompanhado no ambulatório de psiquiatria do Hospital de Rio Comprido, no entanto, foi reencaminhado para Atenção Básica, pois esse ambulatório fechara as portas. Durante a consulta, tentando recuperar o percurso do usuário, sua história, seu processo de adoecimento, a irmã que o acompanhava relatou que o irmão era “doente” por sal, comia sal puro e que ela precisava esconder o sal em casa, muitas vezes, sem sucesso, pois o irmão encontrava o saco de sal ou comprava alimentos nos “butecos” do morro, alimentos inapropriados para um hipertenso. HIPERTENSÃO, palavra mágica na Atenção Básica!

A hipertensão, assim como a diabetes, é uma das principais linhas de cuidado na Atenção Básica. Era responsável por ofertar às equipes da ESF do Rio de Janeiro “estalecas”⁴ a mais no salário, isto é, gratificação por alcance das metas, baseada nos indicadores de saúde. Com o aumento das doenças crônicas, em decorrência do

³ Equipe técnica faz referência ao médico, enfermeiro e técnico de enfermagem da equipe da ESF, não incluindo o Agente Comunitário de Saúde.

⁴ Esse é o nome dado pelos trabalhadores ao dinheiro a mais que recebiam em seus salários por alcançarem as metas propostas. Essa gratificação deixou de ser paga recentemente.

envelhecimento da população, o monitoramento dessas doenças podem evitar danos futuros que comprometam a vida das pessoas.

Desta forma, pensamos que seria importante a aferição da pressão arterial do usuário, considerando o relato de sua irmã, quando, então, fomos surpreendidas com uma pressão de 24 por 18! Como era possível aquele ser humano não estar sentindo nada? A irmã continuou seu relato. O irmão era acompanhado pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), mas ela deixou de levá-lo, pois cansou de receber “bronca” da médica psiquiatra daquele serviço por conta da alta pressão arterial de Francisco. Ela dizia que quando chegava lá, tinha que ouvir as queixas da médica que sempre o encaminhava para a emergência, diante do quadro que se apresentava.

Peço então para olhar o prontuário de Francisco durante a consulta conjunta, quando percebo que ele não está inserido na linha de cuidado para hipertensos. Estranho aquilo, mas depois compreendo que o usuário havia se mudado há pouco tempo para o território e havia tido uma única consulta médica, em que, na ocasião, sua pressão estava dentro dos padrões esperados. Além disso, sua irmã não relatou o uso de medicamentos para controle da doença.

No entanto, relembro, só em meu pensamento, que havia um serviço que acompanhava o usuário de modo contínuo e longitudinal, que conhecia o problema de saúde de Francisco, o CAPS. Esse serviço sabia que usuário era hipertenso e não entrou em contato com a ESF. Estranho novamente, pois o CAPS consegue e sabe entrar em contato com a Atenção Básica quando acolhe usuários que não têm o perfil para serem atendidos lá, referenciando para ABS. Quero dizer, o CAPS conhece a lógica da rede de atenção.

Sinalizo aqui a segunda pista: o principal dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vê, mas não enxerga quando o problema de saúde do usuário não é “psíquico”. sse corpo orgânico, tão minuciosamente focalizado, em que o cuidado é reduzido muitas vezes a ele, não é visto quando se trata de um usuário de saúde mental. Um hipertenso louco é mais louco do que hipertenso.

Ivo, médico de Família e Comunidade⁵ parece concordar com essa afirmação. Ele diz:

⁵ Os nomes dos entrevistados são fictícios, respeitando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por todos. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense, bem como pelo CEP da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro em 2017, cujo número CAAE é 81164717.6.0000.5243.

a gente vê é que o paciente é muitas vezes hipertenso, diabético, tem outras comorbidades, o paciente tem apendicite, tem amidalite, isso não é olhado. O Paciente sobre disso tudo e não tem nenhuma assistência. [Pergunto a Ivo a que ele atribui isso]. Acho que a gente pode atribuir ao viés da especialidade, tem uma abordagem restrita à questão psiquiátrica, acho que o CAPS não enxerga pela função muito específica⁶.

Caminhamos para terceira história. Discutindo um caso de um idoso em vulnerabilidade na reunião de equipe do NASF, a colega que apresentava a história, relatou que a situação do idoso era muito complexa, por várias questões e entre elas, o fato de ter um filho usuário de drogas, bastante agressivo e outro com esquizofrenia. Entre as várias frentes de ações discutidas na reunião, aponte para a necessidade de olharmos esse filho com o diagnóstico de esquizofrenia.

A colega de trabalho relata que a equipe da ESF conhecia Carlos, que ele foi à unidade algumas vezes, mas que a equipe não gostava de atendê-lo. Como estratégia de aproximação de Carlos com a unidade, sugeri o tratamento dentário, já que Carlos havia trazido o incômodo com os dentes, acho que era dor de dente. Eu disse que poderia ser uma forma de entendermos e conhecermos melhor o usuário.

Carla, a odontóloga entrevistada, fala da grande importância do vínculo na profissão dela, com usuários de saúde mental. “Às vezes vem só pra conhecer mesmo, sentar na cadeira, criar aquela confiança”. Ia me diz também que em sua prática era comum observar outras necessidades de saúde do usuário quando já construía o vínculo com o usuário. Ela se lembra de um usuário que não havia chegado pela questão da saúde bucal e acrescenta: “Hoje mesmo eu passei um caso para equipe de uma paciente que tentou se matar, que ninguém sabia da equipe, é uma paciente assídua da odonto. Aí eu já fui na reunião de equipe e falei”

Então, minha colega de trabalho levou essa proposta para a equipe, ela também estava convencida que seria uma boa estratégia. No entanto, quando retornou com o caso para equipe NASF, disse que a médica não estava que acordo com a proposta, que era perigoso para a dentista atendê-lo sozinha na sala e que ela própria nunca mais o atenderia, porque ele falava coisas obscenas e a olhava de modo que a incomodava.

Fiz algumas sugestões para contornar esse “possível perigo”, inclusive me disponibilizando para estar junto nas consultas. No entanto, nada disso foi necessário, pois o usuário faleceu na semana seguinte vítima de um problema cardíaco. Fui ver o

⁶Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

prontuário do usuário, mais uma vez, nada registrado sobre o acompanhamento de saúde, apenas algumas renovações do haldol.

A agressividade, o comportamento inadequado é comumente associado aos sujeitos ditos “loucos”. Essa questão permeou várias das entrevistas realizadas que iam desde relatos envolvendo agressividade como sentimento de medo por parte dos profissionais de saúde em relação à reação desses usuários. Carla conta um episódio de um usuário que a ameaçou com uma faca. O mesmo usuário que a ACS Suelen não conseguia fazer o cadastro dele, pois “todo mundo falava que ele era perigoso, que ele agrediu alguém, esfaqueou alguém”.

André e Augusto, enfermeiro e médico preceptores, respectivamente, disseram que inicialmente os residentes “têm muito medo, não sabem o que fazer”, sentem “algo próximo de insegurança de cansaço. Não sabem o que fazer”. Flávia, médica de família e comunidade concorda e diz que o “primeiro atendimento desses pacientes, pacientes que não conheço, sempre incomoda mais”. Juliana, enfermeira, também diz que no começo pensava: “eles vão surtar comigo”⁷.

Amanda e André reforçam essa ideia sobre os outros membros da equipe. Para o enfermeiro, os C “às vezes tem dificuldade (...) às vezes eles ficam com medo, até porque eles estão no mesmo território”. Amanda já foi advertida pelos ACS sobre um usuário que chegou para o atendimento e que ela não deveria atendê-lo sozinha pelo receio dele “ser reativo, poder ser agressivo”. Ambos reconhecem que o compartilhamento, as atividades educacionais no cotidiano são formas de melhorar o cuidado ofertado para não cair no estereótipo.

Se a agressividade parece ser um impeditivo para o acesso ao cuidado em saúde, Augusto também aponta para outra característica situação: o usuário que não oferece problema. “Ele era um cara legal, tratava todo mundo bem. Não era uma pessoa que gerava transtorno”. O mesmo tempo em que me diz isso durante a entrevista, o médico reflete “inclusive, por isso, muitas vezes, talvez a gente não realizasse o cuidado necessário (...). Então, como ele não incomodava muito, a gente talvez não desse a atenção devida”.

Temos, então, a pista três: o usuário de saúde mental não tem suas necessidades de saúde atendidas, ele também não acessa o serviço de saúde mesmo quando frequenta a unidade, pois a resistência e a desatenção dos trabalhadores se transformam em

⁷ Entrevistas realizadas em maio de 2019 na Clínica da Família.

barreira de acesso para esses sujeitos. O fato de o usuário utilizar alguns serviços na unidade de saúde não é condição suficiente para afirmar que tal dispositivo da rede é acessível, pois a acessibilidade também está relacionada ao atendimento das necessidades trazidas pelo usuário e/ou identificadas no contato deste com o profissional de saúde.

Embora a dificuldade de olhar de modo mais amplo para as necessidades de saúde dos usuários não seja restrita ao usuário de saúde mental, chama minha atenção o olhar ainda mais limitado para esses sujeitos. Juliana concorda comigo e diz que quando chegou à “(...) Clínica da Família fazia seis anos que a usuária Maria não fazia o exame preventivo. Não tinha mamografia também”. Juliana diz acreditar que “o profissional de saúde acaba olhando somente aquela patologia”.

Ela também entende que essa redução do olhar não acontece somente com o usuário que necessite de cuidados em saúde mental, mas acha que “tem uma especificidade com o usuário de saúde mental. Falta comprometimento com esses usuários, ter um outro olhar, saber que ele tem uma patologia como um diabético, um tuberculoso, ver ele como um todo”. Ela acrescenta: “eu não vejo abordando essas questões de Saúde Mental e Saúde do Homem, mesmo Saúde da Criança”.

Os três fragmentos trazidos aqui me levaram a pensar que o usuário de saúde mental parece não ter corpo, no sentido de um organismo. Ou melhor, o organismo do louco está restrito ao cérebro, já que a loucura, capturada pelo saber psiquiátrico hegemônico, se sustenta nos pilares da organicidade, localizando em cada parte do cérebro uma resposta para o comportamento humano. O adoecimento do cérebro produz desconfiança ao adoecimento do restante do organismo.

Por que a equipe de saúde da Atenção Básica que, comumente, só olha o organismo, sustentando muitas vezes práticas de cuidado por protocolos clínicos, não se atenta para esse corpo-organismo como um todo? Talvez essa resposta fosse mais óbvia e imediata se estivéssemos nos referindo aos atendimentos especializados: o ginecologista olha a mulher-útero, a mulher-mama; o gastroenterologista se encontra com a pessoa-estômago, o ortopedista enxerga a pessoa-ossos-e-articulações e assim sucessivamente, cada especialidade com seu pedaço.

Ainda que questionemos amplamente a fragmentação do cuidado em todos os níveis de atenção, a ABS é responsável por resolver os principais problemas de saúde da população de uma forma geral e está organizada a partir da Estratégia Saúde da Família.

Então, o que acontece nesse encontro entre o profissional de saúde e o usuário-louco que não se repete com outros usuários do SUS?

Começo a entender que se trata de um problema da rede de atenção à saúde e não somente de um serviço, algo já apontado em pesquisa anterior (Prado, 2015), e que, no cotidiano do trabalho, cria corpo. O CAPS, serviço especializado no cuidado de pessoas diagnosticadas com transtorno mental severo, também desliza ao olhar de modo fragmentado para esse sujeito.

Recordo-me de outra circunstância em que eu estava sentada com uma psicóloga do CAPS, agendando uma consulta, quando ela me conta uma história que viveu no serviço, assim, com um tom de indignação, sobre uma usuária que veio a óbito por um problema gástrico e ninguém acreditava que a usuária tinha mesmo um problema no estômago. Ela diz que percebia na equipe certo tom jocoso quando afirmava ser necessário investigar, encaminhar a usuária para outro serviço. Como acreditar em uma histórica? Ia me perguntou, querendo dizer, “está vendo, eu tinha razão”.

Há uma questão de acessibilidade da rede de atenção à saúde para esses sujeitos que vivem uma experiência de intenso sofrimento psíquico, bem como, uma questão relacionada ao cuidado que se produz nos serviços, cuidado ainda bastante fragmentado que tende a, na maior parte das vezes, superdimensionar o adoecimento psíquico. O diagnóstico de transtorno mental chega antes do sujeito.

Amanda diz que

(...) aqui mesmo, no nosso acolhimento, o paciente que já é rotulado como saúde mental, às vezes o caso é passado dessa maneira, aí você já fica com aquilo na cabeça, aí você esquece de abordar outros problemas. Isso, na verdade, não é só com o transtorno mental grave, até o transtorno mental leve, você já sabe que a pessoa é deprimida, ansiosa, ou vive em um território de violência, você vai atribuir aos sintomas ansiosos e menos físico⁸.

Diversos estudos afirmam que pessoas em intenso sofrimento psíquico apresentam maior risco de desenvolver algumas comorbidades somáticas – como a diabetes e doenças do coração, doenças pulmonares, doenças da tireoide e doenças infecciosas, como tuberculose e hepatite B e C em decorrência do uso prolongado de certas medicações, como antipsicóticos –, e hábitos de vida não saudáveis, como uso de tabaco e outras drogas, falta de atividade física e alimentação adequada (Zolnierek & Clingerman, 2012; De Hert et al., 2010; Oud et al., 2010; Oud et al., 2009; Zolnierek,

⁸ Entrevista realizada em maio de 2019.

2009; Carney; Jones & Woolson, 2006; Dombrovski & Rosenstock, 2004; Lyketsos et al., 2002). As taxas de mortalidade e morbidade são maiores nessa população, tanto por mortes naturais como não naturais (McCabe & Leas, 2008; Morden et al. 2009). Apresentam também esperança de vida mais baixa que a população geral e são afetados pelo estigma e violação dos direitos humanos (OMS, 2009).

A Organização Mundial da Saúde, nessa publicação de 2009, reconhece que a existência de problemas de saúde física é comum em pessoas com perturbações mentais, o que é exemplificado por Amanda durante a entrevista que diz não fazer

(...) sentido nenhum [essa fragmentação do cuidado] já que os sintomas ansiosos desencadeiam questões físicas. A chance de enfartar é maior se você está ansioso. Esses pacientes também podem ter outras questões agravadas por dificuldade de adesão, interação medicamentosa e isso é pouquíssimo avaliado.⁹

No entanto, a despeito dessas constatações, estudos apontam que esses sujeitos estão menos propensos a receber cuidados primários de saúde por vários motivos: dificuldade de acesso, conhecimento, falta de credibilidade por parte dos profissionais, redução da percepção de dor pelos usuários. Todos esses fatores podem contribuir para o atraso desses sujeitos-loucos em procurar o serviço de saúde (Cashin; Adams & Handon, 2008; Dombrovski & Rosenstock, 2004; Zolnieriek & Clingerman, 2012).

Ivo aponta o que do seu ponto de vista seriam falhas das ABS: a subestimação do profissional e limitações dos relatórios do sistema eletrônico. Ele diz:

(...) por mais que a gente trabalhe na perspectiva do acesso avançado, na ampliação do acesso, pouco praticamos a equidade. Você vê que o paciente que é atendido, é o paciente que vem aqui. Então eu acho que tem várias falhas que a gente consegue pontuar. Acho que uma falha grande nossa que é que a gente subestima a quantidade de complicações que um transtorno mental traz, de não sentar e rastrear esse paciente, acho que é uma erro do sistema em si também. Se você me perguntar quantos pacientes assim eu tenho, eu não sei, o e-SUS não me dá essa informação, acaba que a gente sabe pela gente¹⁰.

Augusto corrobora a visão de seu colega de profissão “A gente olha menos para uma pessoa, na mesma idade [se referindo àqueles em sofrimento psíquico], para a hipertensão, para diabetes do que outra pessoa”. O médico se lembra durante nossa conversa do trabalho de conclusão de curso de uma amiga que abordou a questão do câncer de mama em mulheres com e sem esquizofrenia. “La analisou dois casos e

⁹ Entrevista realizada em Maio de 2019 na Clínica da Família.

¹⁰ Entrevista realizada em Maio de 2019 na Clínica da Família.

percebeu que no caso da usuária com esquizofrenia o câncer estava muito mais avançado”. Augusto continua:

(...) ninguém pensa em examinar a mama de uma mulher de mais de 50 anos com esquizofrenia. Você acha que ela não vai ter mais nada, você só olha o manejo da Saúde Mental, você fica feliz em controlar isso e possibilitar que essa pessoa arrume um emprego, por exemplo¹¹.

As barreiras de acesso aos serviços de saúde no que diz respeito à essas pessoas são mencionadas em diferentes estudos da literatura internacional, podendo estar relacionadas às características dos indivíduos, dos profissionais de saúde e do próprio sistema de saúde. Maccabe & Leas, em estudo realizado em 2008, afirmam que as dificuldades de acesso, bem como a discriminação relacionada ao transtorno mental se mostraram como barreiras importantes, contribuindo para os baixos níveis de satisfação dessas pessoas na busca por cuidado de saúde na Atenção Primária.

A fragmentação do cuidado também é apontada como importante barreira de acesso. Embora exista o reconhecimento da importância do cuidado integral no enfrentamento às altas taxas de mortalidade e de morbidade dessa população (Morden et. al, 2009), o desenvolvimento de práticas de saúde integral, corroborando a lógica de uma Clínica Ampliada (Campos 1996), ainda se apresenta como desafio.

De Hert et al. (2011) afirma que muitos psiquiatras, ainda que sejam sensíveis à necessidade de expandir suas atividades para incluir nas avaliações de saúde mental a avaliação da condição física do usuário, restringem suas ações ao controle de sintomas que podem interferir na condição da saúde mental do sujeito e resistem em monitorar a saúde física de seus usuários.

Tanto Ivo, como Augusto e Juliana, relataram a experiência do matriciamento em psiquiatria que ocorria semanalmente na Clínica da Família quando um psiquiatra ia até o serviço. Disseram que durante a consulta conjunta com esses especialistas não era abordado outras questões de saúde. Ivo diz que “era algo mais pontual. Discutíamos só a história relacionada ao transtorno mesmo”. Iles afirmam que essa possibilidade é maior quando estão sozinhos no atendimento, sem o psiquiatra.

Ana Maria na mesma toada faz uma crítica ao psiquiatra de um CAPS que sinalizava aos profissionais da ABS que eles deveriam solicitar os exames laboratoriais de um usuário que estava em acolhimento noturno. “ É uma crítica de eu faço, antes de eu ser psiquiatra, eu sou médico, e o psiquiatra de lá dizia vocês precisam pedir os

¹¹ Entrevista realizada em maio de 2019.

exames laboratoriais dele. Então se [o usuário] tá no CAPS, não está em casa, tem problema de solicitar no CAPS esses exames?”

A proximidade física do CAPS com a Clínica da Família onde André e Ivo fizeram a residência foi resgatada como possibilidade de maior interação entre esses serviços e consequentemente a realização de experiências mais integradas. Ivo se recorda de uma vez

(...) que uma paciente esquizofrênica do CAPS disse que a mãe havia morrido de câncer de colo do útero, o enfermeiro [daquele serviço] registrou essa informação e foi até a Clínica da Família falar comigo, perguntar se o exame preventivo do colo do útero estava em dia, se tinha indicação para mamografia, isso é bem interessante. Acho que a integralidade da APS acaba refletindo no CAPS¹².

André fala sobre a roda de conversa que profissionais da Clínica da Família faziam no CAPS durante as assembleias

“Uma vez por mês a gente tinha roda de conversa sobre saúde com os usuários do CAPS. A gente falava de temas clínicos com eles, falava sobre hipertensão, diabete, dengue. No primeiro encontro nós levamos o tema, depois a gente perguntava para eles o que eles queriam falar. Eles pediram diabete, HIV, dengue, tuberculose. As pessoas perguntavam bastante”.¹³

ara o enfermeiro havia uma boa interação. “ gente subia e discutia o caso. Tinha usuário esquizofrênico que era hipertenso, usuárias que ficaram grávidas”.

Além da proximidade física, a médica Flávia e a odontóloga Carla compartilham suas estratégias para diminuir as barreiras de acesso dos usuários em sofrimento psíquicos no outros pontos da rede. Carla muitas vezes se utiliza do contato telefônico além da guia por escrito. Flávia diz que

(...) sempre deixa bem claro na guia de encaminhamento que é uma paciente de saúde mental, mas que o foco não é esse. Eu tenho a percepção de que isso faz com que o profissional menospreze a queixa, não dê tanta importância por ser um caso de saúde mental. Eu deixo todas as informações, as medicações, digo que está estabilizado, deixo todas as informações pra deixar claro que aquilo não é o foco agora, que o foco é a outra coisa pela qual eu encaminhei¹⁴.

Dados semelhantes são encontrados em estudos realizados no nível de Atenção Primária à Saúde. Sobre a promoção da saúde e atividades de prevenção, o estudo realizado por Roberts et al. (2007) demonstra que os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia foram menos prováveis do que a população em geral de terem sua saúde

¹² Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

¹³ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

¹⁴ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

física monitorada pela equipe de Atenção Básica, apensar do aumento nos riscos para a saúde entre esses sujeitos.

Em uma fala crítica Amanda diz que

(...) o paciente de saúde mental tem esse rótulo e você só vai trabalhar isso, a saúde mental dele. Você não vai pedir um exame de glicose, você não vai aferir a pressão, você não vai pensar em contraceptivo. Inclusive você precisa pensar nas questões de violência que essas usuárias sofrem, como estupros, exatamente pela presença do transtorno mental.¹⁵

Na literatura observamos o reflexo dessa dicotomia entre saúde mental e saúde física. Morden et al. (2009) ressaltam a abundante produção científica para melhorar os cuidados de saúde mental no ambiente de Atenção Básica, mas a evidência de esforços para melhorar a assistência física de usuários com diagnósticos psiquiátricos é limitada, o que também podemos confirmar na literatura nacional.

O corpo biológico, o organismo para além do cérebro, alvo de tantas intervenções médicas, não é percebido quando se trata do sujeito diagnosticado com transtorno mental, o que se coloca como contrassenso, uma vez que inúmeras pesquisas demonstram a vulnerabilidade dessa população, respaldando, suficientemente, a necessidade de se desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde nos serviços para esses sujeitos.

Algumas estratégias foram apontadas durante as entrevistas para melhorar o cuidado ofertado a essa população, como educação permanente, formação, aproximação com familiares, com a comunidade, visibilidade quanto à especificidade de cada usuário no acolhimento, considerando sua tolerância para o tempo de espera, necessidade de retorno para consulta agendada, criação do vínculo. Nesse sentido, o vínculo surgiu não somente como possibilidade de acessar o usuário, mas como aspecto que diminui a resistência do profissional de saúde.

Flávia diz, sobre um usuário que acompanha:

(...) antes do tratamento da tuberculose era aquela coisa assim, de medo, aquele estigma de maluco. Depois que ele ficou vindo nove meses aqui todos os dias, a equipe se acostumou, era mais falta de contato, de entender que aquela pessoa ali não era muito diferente. Quanto mais ele vinha, eu ia me acostumando com o jeito dele¹⁶.

No cotidiano das unidades básicas de saúde, inúmeras atividades coletivas são realizadas com foco principalmente nos usuários de doenças crônicas, como diabetes

¹⁵ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

¹⁶ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

hipertensão arterial: grupo de caminhada, programa Academia da Saúde¹⁷, grupo de alimentação saudável, práticas integrativas, artesanato, confraternizações, etc. A oferta é ampla e poderia beneficiar o cuidado das pessoas em intenso sofrimento psíquico, tanto no que diz respeito à condição de saúde do seu organismo, como a integração desses sujeitos com o território e a sociedade, bandeiras importantes da Reforma Psiquiátrica.

Ao longo do texto, levantamos diferentes motivos e justificativas que explicitam a dificuldade de acesso do usuário de saúde mental na rede de atenção à saúde: a rede é fragmentada; dificuldade dos profissionais em atenderem essa população, seja por insegurança, seja por preconceito; dificuldade dos usuários em aderir aos tratamentos; falta de rede de apoio, etc. Contudo, queremos apontar aqui um aspecto importante da Reforma Psiquiátrica que ainda não se consolidou: a desinstitucionalização da loucura.

Com isso adentramos na problemática que pretendo desenvolver inicialmente: pensar a institucionalização da loucura como possível barreira de acesso aos usuários em sofrimento psíquico grave na Atenção Básica à Saúde. Proponho discutir como a não consolidação do processo de desinstitucionalização traz efeitos para a vida desses sujeitos, efeitos de exclusão, segregação que permanecem mesmo fora dos muros de uma instituição total (Goffman, 2008).

¹⁷O programa Academia da Saúde, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e a Vigilância em Saúde. (Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde)

1. A institucionalização da loucura como barreira de acesso

Amarante (2007) afirma que o movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe para arena de discussão não somente o questionamento às práticas assistenciais e ao hospital psiquiátrico: os conceitos e saberes que legitimavam essas práticas foram também fortemente rebatidos. Saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que sustentavam a existência de um lugar de segregação, isolamento e patologização da experiência humana passaram a ser alvo de duras críticas (Amarante, 2007).

Para o autor, a reforma psiquiátrica visa provocar transformações na instituição, no saber biomédico e no modo como a sociedade lida com as pessoas portadoras de problemas mentais. Compreendida desta maneira, a desinstitucionalização não se resume ao simples processo de desospitalização (ainda que a extinção do hospital psiquiátrico seja um aspecto relevante da Reforma Psiquiátrica), mas um processo de desconstrução do saber e práticas psiquiátricas, bem como um processo de transformação no campo da ética, da cultura e da cidadania (Amarante, 1994).

desinstitucionalização é, sobretudo, “uma manifestação ética”, que luta pela cidadania e reconhecimento de novos sujeitos pela sociedade, novas formas de subjetivação, novos modos de estar na vida para aqueles que estiveram, por muito tempo, submetidos ao saber do outro, ao discurso científico que o outro detém sobre a experiência da loucura (Amarante, 1994).

Calma! Digo para mim mesma, preciso que fiquem um pouco aqui comigo. Não devo passar apressadamente, escrever dois ou três parágrafos sobre desinstitucionalização para afirmar as lacunas desse processo; estamos, afinal, adentrando a questão. Desinstitucionalizar, termo já tão conhecido entre aqueles do campo da Saúde Mental, “desins” para os mais íntimos, é algo bastante complexo.

reciso trazer “sustança” para minha argumentação, sustança do tamanho de uma tese de doutorado, pois é disso que se trata.

1.1 O conceito de Instituição

Darei um passo atrás nesse momento, trazendo aqui a ideia de instituição. O prefixo “des”, na língua portuguesa indica separação ou ação contrária. Desta maneira, entendo que desinstitucionalizar é reverter um movimento de institucionalização. Esse termo, por sua vez, tem como sinônimo em nossa língua o “ato de transformar algo em

instituição”. que seria então instituição? que institucionalizamos? Qual o significado e o objeto da desinstitucionalização que me refiro nessa tese? Penso ser importante destrinchar os termos para nos aproximar dos miúdos, para complexificarmos a questão. Entendo que devo definir o que estou considerando instituição.

Para tanto, tomarei de empréstimo as ideias da Análise Institucional, a qual define as instituições como “lógicas, árvores de decisões lógicas” (Baremblytt, 2002), que regulam a vida e as atividades humanas. São os contratos, as regras que regem a vida em sociedade, definindo os modos de relação entre os homens. É por meio das instituições que os humanos criam modos de existir, admitindo o que é proibido, o que é permitido e mesmo o que é indiferente à vida em sociedade.

Tudo isso é definido em um espaço-tempo. A vida é regida pelas e nas instituições, está localizada em um determinado momento histórico, em um determinado lugar. Os modos de existência são estruturados nas instituições que criamos, resultado de um jogo de forças de saber-poder de uma determinada época, onde certos enunciados se tornam dizíveis e se cristalizam ao longo do tempo, dando forma à vida em sociedade.

O casamento, a religião, a saúde, a sexualidade, a família, a educação, a ciência, a linguagem, a justiça, as forças armadas são exemplos de instituições que nos regem, produzindo discursos, verdades sobre a vida humana. Todo esse aparato institucional expressa algo de nós mesmos. As instituições são criadas pelo homem para satisfazerem suas necessidades em um determinado tempo. Contratar é contrair hábitos, modos de agir, ser e pensar.

Para Deleuze (2004:19), “o homem não tem instintos, ele faz instituições”. autor afirma que a instituição é uma forma organizada de satisfação do ser humano, assim como o instinto. Entretanto os diferem quanto à forma. Enquanto o instinto extrai do meio externo elementos para sua satisfação, reagindo a estímulos externos, as instituições elaboram meios de satisfação que transformam as necessidades, introduzindo-as em um novo meio. As instituições são ao mesmo tempo invenção humana e criadora de meios de satisfação das tendências humanas.

Contudo, as instituições não são explicadas pelas tendências. As tendências são satisfeitas na instituição, mas a instituição não se explica pelas tendências, ou seja, as mesmas necessidades podem ser satisfeitas por diferentes instituições. Por exemplo, a

necessidade sexual pode ser satisfeita por diferentes formas de relação, “o desejo de abrir o apetite não se explica pelo aperitivo, pois há mil outros modos de se abrir o apetite. A brutalidade não explica em nada a guerra (...)” (Deleuze, 2004:18).

Ou seja, as instituições desempenham funções vitais, funcionais imprescindíveis, sem as quais uma sociedade não sobreviveria. No entanto, as instituições não podem ter sua significação reduzida à dimensão funcional (Castoriadis, 1982). Para esse autor, o social-histórico não pode ser derivado ou explicado a partir dos fatores biológicos ou físicos. Nesse sentido, as instituições não existem como respostas diretas às necessidades humanas basais, como comer, beber, reproduzir, tão pouco obedecem à ordem transcendental, determinista.

Admitir o caráter de criação das instituições que regem a vida em sociedade não é um pensamento trivial nessa tese. Seguiremos com Castoriadis (1982, 2004) para desenvolver essa ideia. O autor, assim como Deleuze (2004), questiona a função estritamente biológica, alicerçada nas explicações do mundo físico-químico da organização da sociedade. As regras, normas, comportamentos, valores instituídos na sociedade e pela sociedade, por meio de suas instituições, têm suas raízes no plano funcional, mas não se limita a ele.

Há uma relação de apoio e sustentação com o mundo biológico, físico, assim como há uma dimensão simbólica e imaginária importante no que tange à vida social. “Tudo o que se nos apresenta, no mundo social-histórico, está indissociavelmente entrelaçado com o simbólico” (Castoriadis, 1982:142). Os aspectos da vida social também são produção simbólica, que se faz histórica e se torna legítima para sociedade.

O simbólico está nas instituições, embora elas não estejam restritas à essa dimensão, elas não podem existir fora do simbólico. A organização da economia, o sistema de direito, a religião são instituições que consistem em ligar símbolos a-significantes aos significados, produzindo uma cadeia de significantes inventada (Castoriadis, 1982).

Cada sociedade constitui o seu simbólico e este não precede uma neutralidade. O simbólico tem suas raízes no natural e no histórico, isto é, naquilo que lá já existe; não é pura liberdade. “Tudo isso faz com que surjam encadeamentos de significantes, relações entre significantes e significados, conexões e consequências, que não eram nem visadas e nem previstas” (Castoriadis, 1982:152).

Além da dimensão simbólica, para Castoriadis, há uma dimensão imaginária do social-histórico e suas instituições. O imaginário refere-se a qualquer coisa de inventado, tanto no sentido de uma invenção absoluta ou de um deslocamento de sentido, de modo que símbolos que já existem são investidos de outras significações que não suas significações esperadas, “normais” (Castoriadis, 1982).

A dimensão imaginária e o simbólico estão fortemente conectados. O que é simbólico pressupõe uma capacidade imaginária, na medida em que possibilita ver numa coisa aquilo que ela não é, ou seja, algo diferente do que ela é. Por outro lado, o imaginário possui uma função simbólica. “delírio mais elaborado bem como a fantasia mais secreta e mais vaga são feitas de ‘imagens’, mas essas imagens estão lá representando outra coisa, possuem, portanto, uma função simbólica” (Castoriadis, 1982:154).

As instituições têm sua origem no imaginário social e este se entrecruza com o simbólico, possibilitando à sociedade se formar. Ao lado disso, o plano econômico-funcional da instituição também se faz importante, pois sem ele não seria possível a sociedade sobreviver. A instituição, define-se então, para o autor, “(...) como uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções e relações variáveis um componente funcional e um componente imaginário” (Castoriadis, 1982:159).

As instituições resultam de uma atividade social de construção de modelos, atividade essa não consciente e não utilitária, diferente dos instintos. Essa atividade consiste em contrair hábitos, pelo quais nos sentimos pertencentes e, assim, o mundo vai ganhando sentido, em um movimento em que as tendências às satisfações vão se acoplando aos objetos de maneira indeterminada, imperfeita e variável, criando formas determinadas, invariantes de ser e estar na vida (Deleuze, 2004). Por meio das instituições reproduzimos formas de pensar, de estar no mundo, criamos regras, definimos valores, fazemos julgamento, damos-nos um contorno, “um rumo” para vida. Tudo isso para apaziguarmos a angústia da insegurança e incertezas e satisfazer, mesmo que de modo incompleto, nossas necessidades.

No que diz respeito à dimensão imaginária das coletividades humanas ou dos seres humanos singulares, Castoriadis (1982) afirma que o imaginário é:

(...) criação incessante e essencialmente indeterminada (social-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens a partir das quais somente é possível

falar-se de alguma coisa. Aquilo que denominamos realidade e racionalidade são seus produtos (Castoriadis, 1982:13).

É a partir da concepção de imaginário como produção, criação e transformação da realidade e de suas instituições, que Castoriadis (2004) reconhece o imaginário social instituinte. Segundo o autor, não é possível explicar o nascimento da sociedade e suas transformações históricas por meio de fatores naturais, biológicos, ou ainda, por meio de uma atividade racional. No limite, eles podem ser necessários, mas não suficientes.

Castoriadis (2004) descarta o uso de fatores transcendentais para dar conta de questões que permeiam a constituição da sociedade. A linguagem, os costumes, as normas não são explicáveis por meio de fatores exteriores às coletividades humanas. “Nenhum fator natural, biológico ou lógico pode dar conta disso” (Castoriadis, 2004:129). Assim, o autor postula uma potência de criação, uma *vis formandi*, imanente às coletividades humanas.

Deve-se admitir a existência, nas sociedades, de uma potência de criação, chamado por ele de imaginário social instituinte. O imaginário, desta forma, é compreendido enquanto criação *ex nihilo* (e não *in nihilo*, nem *cum nihilo*), isto é, inventar novas formas, novas maneiras de ser e estar no mundo com o que não estava lá. (Castoriadis, 2004). Desta forma, o ser humano dá sentido a um mundo sem sentido, natural biológico. Ao criar as significações, institui-se a sociedade que, portanto, é a origem de si mesma.

A sede da *vis formandi* como imaginário social instituinte é o coletivo anônimo e, mais, geralmente, o campo social-histórico. Toda e qualquer sociedade cria seu próprio mundo por meio de significações imaginárias sociais. Cada sociedade constrói uma imagem do mundo natural, do universo em que vive, procurando fazer dessa imagem-mundo um conjunto significativo em que os objetos e os seres naturais importantes para a vida da coletividade encontrem seus lugares (Giust-Desprairies, 2005).

Essa visão do mundo não provém do racional, mas sim do imaginário que se apresenta como real-racional em determinada sociedade. Ao lado disso, o autor afirma que quando levamos em consideração a dimensão histórica de uma sociedade, percebemos que cada sociedade institui o seu real a partir do que já estava lá, do que estava em outro lugar (fatores exteriores a certa sociedade) e, sobretudo, daquilo que

está por nascer, ou seja, criação de um mundo próprio, obra do imaginário social instituinte (Castoriadis, 1982).

De acordo com Castoriadis (1987), o imaginário está na origem da construção humana, social, histórica e psíquica; ele é o campo da produção de significações. Assim, no âmbito social, falamos em significações imaginárias sociais, pois elas se expressam e se materializam no coletivo impessoal e anônimo. São essas significações imaginárias produzidas na e pela coletividade que dão sentido à sociedade e à existência humana. Elas garantem, de certa forma, a estabilidade, a produção e reprodução da sociedade.

Tudo aquilo que está posto, legitimado é produto do imaginário social instituído (Castoriadis, 2004), ou seja, uma vez criadas, as significações imaginárias podem se cristalizar, consolidar-se, possibilitando a continuidade da sociedade, sua manutenção. O imaginário instituído é o que dá forma, contorno à sociedade, permitindo sua existência.

São as *linhas duras* compondo o social, que dão corpo, forma e garantem a reprodução dos papéis sociais por ressonância, demarcando os lugares de cada um (Deleuze & Guattari, 1996). Mesmo quando parece que certas instituições estejam com os seus dias contados, que já não dão mais conta de responder as necessidades e desejos do homem, elas permanecem ali, firmes e fortes; continuamos a recorrer a elas quando nos sentimos em zonas turbulentas. Então, agarramo-nos ao casamento para nos dizer como amar, à família para nos acolher, às leis da justiça para dizer o que é certo ou errado, à saúde para dizer o que comer, a que horas dormir, à escola para educar, etc.

O medo, a insegurança e o conseqüente desejo de estabilidade podem nos deixar fixados às instituições que nós mesmos criamos, fazendo com que apenas respondamos a partir dos valores, da moral, das normas, das certezas que construímos e que nos dão um lugar no mundo. Eis aqui o perigo que traz as instituições: em troca da garantia de satisfação de nossas necessidades, ficamos capturados, presos a certa forma de vida, ficamos sujeitados a certos modelos de sociedade, pois, acreditamos ser invariantes.

Tememos, o tempo todo, perder. A segurança, a grande organização molar que nos sustenta, as arborescências onde nos agarramos, as máquinas binárias que nos dão um estatuto bem definido, as ressonâncias onde entramos, o sistema de sobrecodificação que nos domina — tudo isso nós desejamos. Os valores, as morais, as pátrias, as religiões e as certezas privadas que nossa vaidade e autocomplacência generosamente nos outorgam, são diferentes moradas que o mundo arranja para aqueles que pensam, desta forma, manter-se de pé e em repouso entre as coisas estáveis; (...) (Deleuze & Guattari, 1996:101).

Os contratos institucionais têm sua função, cumprem seu papel de âncora na vida dos seres humanos. Eu que o diga! Adoro certezas, saber onde piso, como agir, o que responder. Por favor, me deem um lugar seguro! O instituído, isto é, essas formações já cristalizadas e arraigadas na sociedade, cumpre um papel importante para vida coletiva, pois ordena as atividades sociais essenciais. As regras, normas, comportamentos, os valores possibilitam ao homem a criação de códigos que regem a vida em um plano comum.

Por outro lado, não somente de *linhas duras* é composta a sociedade. Se contratar é contrair hábitos, se contratar é criar instituições, sempre artificiais, é admitir que não existe uma natureza que explique essa ou aquela instituição, essa ou aquela forma de amar, essa ou aquela forma de viver. Somos obrigados, então, a admitir a possibilidade de transformação, de fazer de outro jeito, há sempre *linhas flexíveis* que compõem a sociedade. Linhas duras e flexíveis não se opõem, são inseparáveis, se misturam, se embaralham uma nas outras. Contamos com núcleos duros, arbóreos, que estabelecem relações hierárquicas na sociedade, mas, ao mesmo tempo, produzimos diferença (Deleuze & Guattari, 1996).

Não só de contratos instituídos, de leis universais, de modos de existência massificados se satisfaz o homem. A sociedade se constitui na tensão constante do instituído com o instituinte, entre a história feita e a história a se fazer e “(...) cada sociedade particular é uma criação específica, emergência de um outro *eidos*¹⁸ no seio do *eidos* genérico da sociedade (Castoriadis, 1999:282).

Mesmo que lentamente, as instituições se transformam, as leis sofrem mutações, pois as forças produtivo-desejante-revolucionárias também se expressam nos corpos viventes, em um determinado espaço-tempo. “empre vaza ou fuge alguma coisa” (Deleuze & Guattari, 1996:87). Nem os mais antigos contratos sociais, nem as mais antigas instituições, tudo aquilo que parece imutável ao longo da existência humana corresponde a uma natureza, a uma forma única de ser e fazer. Tudo é estado e não ser. O que consideramos ser a ordem natural das coisas é uma criação nossa. São infinitas as formas de expressão, as formas de se relacionar com o outro.

Eu que o diga de novo! Consigo perceber isso quando olho para as minhas experiências, até parece que sempre escolho aquilo que me desloca. Um certo gosto pela

¹⁸ Termo grego que significa "forma" ou "ideia".

inquietação, pelo desconforto, um certo gosto em sustentar as tensões, acho que isso também diz de mim, mas não abro mão do lugar seguro. Nesse sentido, não se trata de negar um ou outro movimento; cabe ao cartógrafo assinalar os períodos em que ambos movimentos, tanto de desterritorialização, descodificação como de sobrecodificação-reterritorialização coexistem (Deleuze & Guattari, 1996). Desta forma, não se considera, necessariamente, uma linha boa ou má em sua natureza, há perigos em todas elas.

Nas palavras de Castoriadis (2004) as significações sociais instituintes são produção, criação; é a expressão do imaginário radical na sociedade, ou seja, do imaginário social instituinte. É ele que transforma, substitui, com menor ou maior violência, as formas instituídas da sociedade, produzindo mudanças históricas. As formas que regulam a vida do homem na sociedade “(...) permanecem o tempo necessário para que uma mudança histórica lenta ou uma nova criação maciça venha transformá-las ou substituí-las radicalmente por outras” (Castoriadis, 2004:130). Desta maneira, Castoriadis (1982) nega o caráter causalista e determinista de qualquer explicação para a constituição da sociedade. A sociedade está em sua própria origem.

Castoriadis (1992, 2004) distinguirá dois modos de autoconstituição da sociedade, a partir de uma maior ou menor abertura ao imaginário social instituinte: a heteronomia e a autonomia. A heteronomia é definida como a maneira de agir e pensar como o meio social determina, seja de forma explícita ou implícita. É repetição, manutenção do mesmo, é clausura do sentido.

Em uma sociedade alicerçada na heteronomia, a possibilidade e a capacidade de questionar suas instituições e as significações instituídas estão fragilizadas. Não há espaço para a reflexão e para a criação de outras formas de existência, ocasionado pelo recuo da criatividade, do imaginário social instituinte. De acordo com Castoriadis (1999), em qualquer sociedade humana existe a possibilidade de questionamento a respeito de suas regras, condutas, valores, pois existe linguagem. No entanto, em uma sociedade heterônoma, esses questionamentos são limitados e não encontram espaço no social. Sua manifestação só se faz possível pela via do sonho, pela fantasmaticização, pela transgressão, pela doença (Castoriadis, 1999).

Na contramão da heteronomia, como modo de constituição social, temos a autonomia. A autonomia surge como um germe, a partir do momento que a interrogação explícita e ilimitada se apresenta, questionando não os fatos, mas as significações

imaginárias sociais e seu fundamento. Configura-se como momento de criação que produz tanto outro tipo de sociedade como de indivíduos (Castoriadis, 1992).

Castoriadis (1992, 2004) nos adverte ao afirmar que são poucas as sociedades que vivem na autonomia, abrindo-se à criação, à transformação de si e dos indivíduos. Em sua maioria, as sociedades se entregam à servidão da repetição, à heteronomia. No entanto, o autor não nega a possibilidade de criação e transformação das sociedades, pois o imaginário social instituinte é inerente a toda e qualquer coletividade. Sempre há algo que escapa ao controle, à mortificação da vida.

Em resumo, Castoriadis (1982) afirma que toda sociedade cria assim seu mundo próprio na emergência de significações imaginárias sociais específicas. É por meio dessa tensão entre heteronomia e autonomia, imaginário instituinte e instituído, manutenção e transformação, que as sociedades vão se constituindo. O pensamento de Castoriadis contribui para desconstrução de uma concepção determinista da sociedade e de suas instituições. Concepção essa que se utiliza de fatores transcendentais para explicar origem e manutenção da sociedade. Para o autor, a sociedade e suas instituições são obra e produto dos homens.

E nesse momento você leitor deve se perguntar o porquê dessa história toda. Peguemos o tema dessa pesquisa: o sujeito em intenso sofrimento psíquico. Ora, o louco nem sempre foi considerado doente mental, nem sempre foi a ciência, corporificada no saber psiquiátrico, que definiu o modo como a sociedade percebia esses sujeitos. Em outros momentos da história, o louco não era objeto de intervenção do saber médico-científico. Se a realidade é essencialmente construída, pode ser consideravelmente modificada.

Foucault (1978) trouxe importante contribuição para essa temática com a obra “*Historia da Loucura na Idade Clássica*”, cujo percurso histórico apresenta diferentes maneiras de relação que a sociedade teceu com a loucura desde o Renascimento até o Século XIX, quando então o saber científico se apropriou desse fenômeno, primeiro o definindo enquanto alienação mental e, depois, doença mental, cabendo à psiquiatria a licença de falar sobre a loucura.

No Renascimento, a loucura era celebrada, de diversas formas, estava presente na literatura, nas artes – teatro, pintura, ritos populares –, na filosofia, havia um misto de mistério e atração, a loucura desenhava “(...) uma silhueta bem familiar na paisagem social” (Foucault, 1978:50), isto é, a loucura circulava, se misturava, se embrenhava

entre os senhores da razão. Loucura e razão não se opunham, eram faces de uma mesma moeda.

É com Pinel, no final do século XVIII, que a história da psiquiatria se entrelaça com a história da loucura, O ato de Pinel de libertar os loucos de suas correntes, quando estes já não mais circulavam pelas ruas, quando estes estavam trancafiados nos grandes hospitais do século XVII, é considerado como o precursor da primeira revolução da psiquiatria (Birman, 1978).

Essa história já contada e recontada por muitos, pincelada aqui, traz os diferentes discursos sobre a loucura, os quais foram construídos e desconstruídos sob certas influências históricas, sociais e culturais. É o mesmo que dizer que a loucura, como doença e, mais tarde, como transtorno mental não é uma concepção dada, natural, mas produzida.

Para tornar mais palpável o que estou tentando expressar aqui, isto é, a dimensão de criação de nossas instituições e, conseqüentemente, a construção dos modos de nos relacionar um com os outros, consideremos a sexualidade. Homem, mulher, gay, lésbica, bissexual, mulher trans, homem trans, monogamia, poligamia, poli amor, relacionamento aberto, casamento gay, casamento hetero com homem trans e mulher trans, namoro, ficante, crush, todos esses significantes apontam para ‘n’ formas de se estabelecer relações. Há quem diga que o mundo está perdido, que estamos no fim do mundo.

Penso ser uma questão de perspectiva, de maior ou menor abertura para o novo, para aquilo que estranho é. Na língua espanhola ‘esquisito’ tem valor positivo. Quando eu digo que algo é esquisito, quero dizer que algo saiu da normalidade e, extrapolar o normal é bom, o esquisito é tão maravilhoso que surpreende positivamente.

A essa altura já corro o risco de me perder na linha de pensamento que estou fazendo, então voltemos. Tudo isso que discorri, foi para compartilhar com o leitor o que entendo aqui por instituição e qual seu papel no coletivo. Esse conceito é importante, pois é nele que me apegarei para falar da institucionalização da loucura e para problematizar o conceito de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para vigorar, para cumprir a função de regulação da vida humana, as instituições têm que se materializar, têm que criar forma. Assim, as instituições ganham expressão por meio de dispositivos concretos que são as organizações (Baremlitt, 2002). “ s

instituições não teriam vida, não teriam realidade social senão através das organizações. Mas as organizações não teriam sentido, não teriam objetivo, não teriam direção se não estivessem informadas como estão, pelas instituições” (Baremlitt, 2002:27).

Exemplo de organizações são os Ministérios: ministério da fazenda, do trabalho, da saúde, que dão materialidade à instituição-Estado. As organizações podem ser de composições menores também, como a rede de saúde psicossocial, que é formada por um conjunto de estabelecimentos, de serviços – CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), UBS (Unidade Básica de Saúde), Hospital Geral. Os estabelecimentos são dispositivos técnicos e o conjunto deles formam a organização (Baremlitt, 2002).

E novamente mais uma pergunta. E o que tudo isso tem a ver com o processo de desinstitucionalização da loucura? Lembremos que estávamos no início desse texto falando de barreiras de acesso, de como o processo não consolidado da desinstitucionalização da loucura respinga para além dos muros do manicômio. Desta forma, explicitar o conceito de instituição que carrego comigo nessa travessia mental auxilia-nos a compreender o objeto de intervenção do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciada pela reforma italiana.

Talvez deva me desculpar, caro leitor, por essa lentidão, mas meu pensamento ainda é por de mais cartesiano, necessito de caminhos explicativos para comunicar meu pensamento. Assim, menos por generosidade e mais por necessidade, vou descrevendo passo a passo onde pretendo chegar, ao menos nesse momento.

1.2 O objeto de intervenção da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a desinstitucionalização da loucura

Pois bem, retomemos algumas perguntas que fiz anteriormente: Qual o objeto de intervenção da Reforma Psiquiátrica? O que significa desinstitucionalizar a loucura? Em que sentido isso tudo tem relação com as barreiras de acesso que os sujeitos com transtorno mental sofrem atualmente ao perambular livremente pelos serviços de saúde?

Rotelli (1990) nos alerta de antemão que a instituição colocada em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura (Rotelli, 1990). O manicômio, de acordo com o referencial que adotamos aqui, é um estabelecimento onde se materializou as práticas segregatórias, violentas imputadas aos loucos. Não é muito diferente o que verificamos na Unidade Básica de Saúde na qual realizei as entrevistas.

A lógica manicomial, presente em práticas discursivas e não discursivas, se espalha por diferentes equipamentos de saúde e a ABS não está imune dessa presença conservadora acerca da saúde mental.

O manicômio é o maior símbolo do enclausuramento, da violência perpetrada anos a fio contra os sujeitos considerados doentes mentais. Romper com este estabelecimento, lutar pelo seu fim é no mínimo óbvio, dado o significado e as práticas concretas exercidas nesse local. No entanto, já entendemos que o manicômio é apenas a “ponta do iceberg”, é o local onde se materializa toda uma lógica, um modo de perceber a loucura, um saber totalizador que se apropriou de todo conhecimento em torno da loucura.

Se considerarmos o processo da Reforma Psiquiátrica composto por diversas camadas, poderíamos dizer que o fim dos manicômios é a primeira camada-alvo da luta anti-manicomial, mas ainda, muito distante do seu objetivo primordial. Desta forma, recuperar o objeto de intervenção da Reforma Psiquiátrica Brasileira também se faz importante, a meu ver, para que voltemos a estranhar seu significado e assim consigamos “alcançar” sua radicalidade.

Quando um conceito já é por demais conhecido, comunicado, quando está “na boca do povo”, perde-se um pouco seu significado inicial, suas intenções, ou ainda, corre-se o risco de reduzi-lo. O termo desinstitucionalização foi ganhando significados diversos ao longo do tempo e entre as diferentes experiências de reformas psiquiátricas em torno do mundo. Tal palavra significa um processo complexo que desde a década de 1970 vem se desenvolvendo com modalidades e em contextos distintos (Venturini, 2016).

Sim! Reformas no plural, pois existem experiências heterogêneas que se apropriaram de termos semelhantes para dizer de práticas e concepções distintas no que diz respeito à luta antimanicomial. O que aconteceu na Inglaterra não é mesmo do que ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA) que, conseqüentemente, foi diferente das experiências italianas, que também não se deram da mesma forma (Venturini, 2016).

Em um esforço de demarcar os limites dessas experiências, Venturini (2016) afirma que entre os diversos termos – reforma psiquiátrica, desospitalização, desinstitucionalização, psiquiatria alternativa, negação manicomial, experiência anti-

institucional-, a palavra desinstitucionalização prevaleceu por ser mais comumente usada e por exprimir de modo mais legítimo a filosofia do processo.

No entanto, o significado de desinstitucionalização foi sendo usado de forma indistinta, apontando para uma banalização do termo. Resulta genérico e impreciso, não permitindo uma compreensão das práticas e saberes que sustentam as diversas experiências. Qual trabalhador de saúde mental não carrega em seu vocabulário cotidiano essa palavra? Que trabalhador de um serviço substitutivo não toma como norte de suas práticas esse termo? Mas, de fato, sabemos o que significa desinstitucionalizar?

Essas perguntas levantadas por Alverga e Dimeinstein (2005) são bastante pertinentes para não perdermos de vista o que estamos falando, para não deixarmos de problematizar nossas próprias práticas e não considerarmos a reforma psiquiátrica como processo concluído. Desinstitucionalizar não tem fim nem modelo, é um ir se fazendo cotidianamente, criticando e refletindo sobre práticas e saberes tidos como naturais.

A ideia de desinstitucionalização surge nos EUA como parte do Plano de Saúde Mental do Governo Kenedy (Amarente, 1996) e é entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização. Esse processo não visa questionar o paradigma da psiquiatria e seu lugar no tecido social, mantendo o entendimento da experiência da loucura como doença mental, calcada no binômio sintoma-controle e remissão de sintoma.

O foco estava no fim dos manicômios e parecia bastante razoável consentir com seu fim frente às experiências de horror produzidas nesses estabelecimentos, sendo este um ponto de consenso entre as propostas de reformas psiquiátricas. No entanto não se pode chamar de desinstitucionalização práticas que mantenha vivo todo aparato institucional, científico, legislativo, social que se mantém ao redor da ideia de doença (Rotelli, 1990).

A desospitalização é a epiderme do processo de desinstitucionalização, isto é, ela é a camada mais superficial desse processo. É a camada mais externa, é a camada de maior visibilidade, que dá materialidade ao processo. Carregado de grande sentido simbólico, o fim dos manicômios é fundamental para que possamos atingir camadas mais profundas e assim alcançar a desinstitucionalização em sua totalidade. A epiderme do corpo humano traz as marcas de uma vida e as marcas da ancestralidade, bem como o manicômio carrega as marcas da institucionalização da loucura e do louco.

Venturini (2016) sugere quatro modelos de compreensão acerca do termo desinstitucionalização, os quais o autor toma como fases em progressão de um mesmo processo: a desospitalização, a habilitação psicossocial, a inclusão social e a promoção de valor social. Posteriormente, subdivide em dois grupos principais: a desospitalização e a desinstitucionalização, sendo esse último grupo subdividido em três níveis: o primeiro (o mais baixo), ele define como modelo de habilitação psicossocial; um segundo nível, identifica como inclusão social e, por fim, o terceiro nível, o da promoção social.

De acordo com o autor, a desospitalização segue o mesmo sentido de sua origem nos EUA. O modelo de habilitação social é definido por Venturini (2016) como aquele que acelera a alta dos internos dos hospitais sem com isso, concomitantemente, garantir assistência a esses sujeitos, deixando-os, juntamente com suas famílias, em perigo de abandono, o que Amarante (1996) categorizou anteriormente de Desinstitucionalização como desassistência. Faço um breve parêntese aqui para lembrar que essa compreensão equivocada retorna em 2017, na fala do coordenador nacional de Saúde Mental, Quirino Cordeiro, como justificativa para reformulação da Política de Saúde Mental, expressando claramente sua oposição à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Demoraremos mais nessa questão em outro capítulo.

O segundo nível de compreensão da desinstitucionalização proposto pelo autor, a inclusão social, se opõe à necessidade do manicômio e, além disso, cria mecanismos de reconhecimento dos direitos políticos e jurídicos, definindo formas de tratamento, a obrigatoriedade do cuidado, os locais de assistência, os direitos das pessoas com transtorno mental (Venturini, 2016). Esse segundo nível é a camada intermediária, traz elementos novos que não foram anteriormente considerados na desospitalização, incluindo a dimensão da cidadania. É a derme do processo de desinstitucionalização.

Essa camada, no corpo humano, é a mais grossa, firme e elástica. Da mesma forma, podemos dizer que a dimensão da inclusão social torna o processo de desinstitucionalização mais robusto, rompendo com a proposta de “humanização do manicômio”, reconhecendo a necessidade de toda uma rede de cuidados às pessoas em intenso sofrimento psíquico e o olhar para esse cidadão.

A desinstitucionalização no nível de promoção social, segundo Venturini (2016), atua na sociedade, produzindo mudanças na forma cristalizada, estigmatizada de se perceber o louco, a partir da lente da psiquiatria. Nesse terceiro nível,

desinstitucionalizar é considerar a Saúde Mental de modo coletivo e não como uma questão individual desse ou daquele sujeito diagnosticado pela psiquiatria. É tema da comunidade, diz respeito às transformações que operam mudanças na maneira da sociedade lidar com a loucura. Não se trata de integrar o louco a sociedade, de modo a moldá-lo, adestrá-lo para o convívio social. Ao contrário, trata-se de “reabilitar a cidade” (Venturini, 2016).

A esse processo Amarante (1996) chamou de desinstitucionalização como desconstrução. É a camada mais profunda que queremos alcançar. Deste modo, mais do que o reconhecimento dos direitos sociais, de acesso a tratamentos, a desinstitucionalização alcança agora sua radicalidade, propondo não a adaptação, mas a construção de outros modos da sociedade perceber o louco, não mais com a lente da cientificidade médica, no entendimento da loucura enquanto doença ou transtorno mental. A desinstitucionalização da loucura propõe um desvio nesse caminho guiado pelo saber psiquiátrico.

A camada mais interna da nossa pele, a hipoderme, não é tão espessa quanto à camada anterior, mas é aquela que armazena energia e ao mesmo tempo amortece e isola o corpo humano dos estímulos externos. Nosso corpo é movido pela energia que armazenamos, sem ela não conseguimos realizar as atividades diárias, não caminhamos, não pensamos, ficamos letárgicos, parados no mesmo lugar.

Da mesma forma que a energia é fundamental para a vida humana, essa concepção de desinstitucionalização trazida por Venturini (2016) e, anteriormente por Amarante (1996), também é fundamental para abalarmos toda a estrutura que sustenta o manicômio de ontem e de hoje. Sem ela também corremos o risco de ficarmos no mesmo lugar, maquiando o manicômio, embelezando nossas práticas.

É nesse sentido mais radical e profundo que digo que o processo de desinstitucionalização está em curso na experiência brasileira. Em curso não se entende para frente avante! É um processo de se dá com pausas, retrocessos, avanços; não é nada linear. Mesmo fora dos muros dos manicômios, corre-se o risco da perpetuação da lógica manicomial.

Acabo de chegar, como gostaria, a outro ponto nesse momento. Dou um respiro aliviada como uma nadadora que alcança a borda da piscina. Outra parada sugiro ao leitor, no mesmo esforço de esmiuçar as ideias para então chegarmos ao um fim provisório. Não o fim da tese, esse ainda demora, o fim dessa ideia que me propus

apresentar aqui. São somente mais algumas páginas, estou chegando lá! Levanto mais uma vez da cadeira, dobro algumas roupas que tirei do varal para continuar pensando, volto, sento-me novamente na cadeira: A desinstitucionalização como desconstrução.

1.3 A desinstitucionalização como desconstrução

Desinstitucionalizar, nesse sentido, significa desconstruir o saber psiquiátrico, sustentado pelo paradigma médico-científico, colocando em questão a própria ideia de doença ou transtorno mental. É resignificar o lugar desses sujeitos na sociedade. Desinstitucionalizar, portanto, significa superar o “ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade causa-efeito, para voltar-se para invenção da realidade como processo histórico” (Amarante, 1996:23).

O que se coloca em questão é a construção do conceito de doença mental, bem como o de transtorno mental, termo mais comumente utilizado pela psiquiatria¹⁹, como construção teórica. A doença mental não existe em si, seu sentido está atrelado à construção do observador, é construído com base no saber científico moderno, só existe em relação com o observador, portanto é parte dele (Amarante, 1996).

O processo de desinstitucionalização almeja uma transformação na forma da sociedade lidar com a loucura, ver e perceber esses sujeitos e não ocasionalmente a transformação interna do manicômio. Assim, o processo de desinstitucionalização também se afasta da proposta da Psicoterapia Institucional iniciada no Reino Unido (Lacetti & Amarante, 2009).

A Psicoterapia Institucional visava tornar o hospital psiquiátrico um ambiente terapêutico, objetivava excluir seu caráter de produtor de doença e degradação humana, com o objetivo de “humanizar” esse estabelecimento, mantendo-o como principal local de cuidado a essas pessoas, sem, contudo, fazer uma crítica epistemológica dos saberes que sustentam essas práticas.

hospital passaria a se constituir como “comunidades terapêuticas” (Lacetti & Amarante, 2009), transformando as atitudes de violência para tolerância. Não é disso que se trata o projeto de desinstitucionalização; a humanização das práticas asilares não coloca na berlinda o processo dentro-fora, inclusão-exclusão social do louco. “

¹⁹ O termo transtorno mental substituiu o de doença mental, uma vez que, segundo os critérios da medicina geral, os quadros clínicos mentais não apresentam todas as características de uma doença, não havendo o conhecimento exato dos mecanismos envolvidos, as causas e seu surgimento.

exclusão, embora sem as características violentas da psiquiatria asilar, continua a existir sob égide da tolerância e da complacência” (Amarante, 1996: 86).

Desinstitucionalizar significa também suspender a ideia de que toda e qualquer resposta para o cuidado seja de ordem meramente técnica, que o modo como nos relacionamentos com esses sujeitos pode encontrar respostas, exclusivamente, no saber psiquiátrico. Quando a sociedade, as organizações e serviços de um modo geral - o sistema educacional, de saúde, de segurança, as famílias - solicitam um laudo para saber como lidar com o sujeito-louco, de modo que o diagnóstico possa definir a fala, o que se ouve e como se ouve, as decisões que se tomam nessa relação, percebemos o efeito da supremacia do saber psiquiátrico sobre a dimensão relacional.

Amarante (1996) chamou isso de “duplo da doença”, aquilo que se sobrepõe a ela, que aparece como consequência do processo de institucionalização, isto é, a homogeneização, a objetificação do sujeito; aquilo que vem junto com o diagnóstico de uma doença mental, onde, partir de então, serão definidas formas de lidar, olhar, sentir e perceber o louco.

Compondo com essa ideia, Goffman (2008), fala sobre a carreira do doente mental dentro dos manicômios. Para o autor, há um processo de desculturação do sujeito. Quando o sujeito chega ao manicômio, ele perde certa concepção de si, que foi se constituindo graças as experiências sociais possíveis em sua vida. Ele passa a ser aquilo que a instituição diz que ele é, isto é, um doente. Dentro daquilo que Goffman chama de instituições totais, há um “rebaixamento, degradações, humilhações e profanações do eu” (Goffman, 2008:24). O eu é mortificado, a barreira concreta que as instituições totais produzem entre o interno e a sociedade é a “primeira mutilação do eu” (Goffman, 2008:24).

Amarante (1996) vai sustentar que os efeitos do enclausuramento apontados por Goffman (2008) nas instituições totais perduram para além dos muros do manicômio. O processo de institucionalização traz seus efeitos na vida dessas pessoas, pois ser diagnosticado com transtorno mental grave, já coloca *a priori* uma série de certezas e verdades sobre aquele sujeito. A doença o define, o justifica, explica seu passado, presente e futuro. A construção que a psiquiatria cria a respeito dos sujeitos reflete na sociedade e tendem a ser tomada como verdade absoluta pelas famílias, pelas escolas, pelos serviços de saúde, por toda sociedade.

André, o enfermeiro preceptor entrevistado, percebe esse “pré-conceito” cotidianamente. Para ele, a imagem do

(...) louco construída em nossa sociedade, de que é violento, aquela imagem do louco asilado, do louco que não serve para a sociedade, por mais que sejam profissionais de saúde, acaba ‘entranhado’ na gente se a gente não trabalha essas questões²⁰.

le diz que o residente chega com “muitos mitos, desses medos do louco violento, do louco agressor”. Juliana, marcada pela experiência de ter presenciado um surto em outro serviço, diz que também sentia medo no início de sua atuação na Clínica da Família.

Vale afirmar que o processo de desinstitucionalização não objetiva o completo desfazimento de instituições, que implicaria em uma sociedade sem normas, o que poderia ser entendido de imediato. No início desse texto insistimos na ideia de que somos seres em instituições. Criamos instituições, elas falam de nós e dos nossos desejos. Criamo-las para pisarmos em solo firme; certa dose de linhas duras também é necessária à existência humana.

Desinstitucionalizar significa questionar as instituições que, em um dado momento, se constituíram. A psiquiatria institucionalizou a experiência da loucura, “libertou da corrente os loucos porque carregou de correntes a nossa forma de enxergar a loucura, ancorada na doença mental, no erro, na periculosidade social e na violência” (Alverga & Dimeinstein, 2005:48).

Criar outras instituições. É disso que se trata. Alicerçada pela concepção de instituição trazida pelos teóricos da análise institucional, compreendo a proposta de desinstitucionalização da loucura como um trabalho micropolítico que se inscreve nos jogos de saber-poder que sustentam toda e qualquer instituição. Esse trabalho visa à desconstrução de lógicas reprodutoras, objetificadoras e desingularizantes que ultrapassam os muros do manicômio (Paulon, 2006).

Colocar a doença entre parênteses, nas palavras de Amarante (2006) e ver o sujeito concreto em evidência. Criar novas formas de lidar com a loucura, sem o rótulo de doença mental, para encontrar com sujeitos em sofrimento, que carregam em seus corpos as marcas das experiências de um sujeito singular. Isso parece acontecer mais facilmente a partir das experiências de vínculo, proximidade. É o que podemos perceber nas conversas com os profissionais de saúde da ABS.

Ivo, médico de Família e Comunidade diz que no cotidiano

²⁰ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

(...) a gente acaba que atende os mesmos pacientes toda hora, a gente acaba fortalecendo o vínculo, faz parte da formação, a gente acaba tendo um outro olhar e muitas vezes vem demandas que não são demandas psiquiátricas. Então, ao logo de outras consultas a gente acabava conversando muito sobre o que o paciente trazia.²¹

Suelen, uma das ACS da Clínica da Família, também parece ver o usuário esquizofrênico que ela acompanha para além do diagnóstico, e encontra uma justificativa para o comportamento agressivo dele nas situações de preconceito que ele vivencia na favela. Ela não esboça irritação, julgamento, desconforto com a presença dele, mesmo quando está diante das situações em que o usuário manifesta comportamento rude. Chama-me atenção também, durante nossa conversa, o relato implicado da ACS para cadastrá-lo. Ele não seria aquele usuário que você torce para nunca aparecer?

O manicômio, o hospital psiquiátrico é apenas a materialização de um *modus operandi* de perceber a loucura, mas não somente nesses estabelecimentos podemos reproduzir práticas manicomiais. É necessário questionar os valores, as formas dadas como natural, o lugar da loucura como doença mental. Se, com o fim dos manicômios, mantém-se todo aparato de produção de subjetividades excluídas, objetificadas, produção de modos de existência patológicos, estamos falando de mera desospitalização, manteremos todos no seu “devido lugar”.

Desta forma, a loucura se mantém apartada da sociedade e esta, por sua vez, continua a manter seu lugar de privilégio, de sujeito diante do objeto, que tem a licença para falar sobre o outro. Deslegítimo a fala do louco, recuso-me a atendê-lo se não for acompanhado, não faço nenhum procedimento sem um laudo psiquiátrico, esqueço que ele adocece como qualquer outro ser humano.

Endossando essa ideia, durante a conversa com Ivo, o médico rememora a história de uma usuária com esquizofrenia que precisava fazer um procedimento cirúrgico em decorrência de um cisto. Ele diz que houve recusa em realizar o procedimento, o que acontece rotineiramente. “Normalmente a rede nega atendimento a esses pacientes”. Segundo esse profissional há “o preconceito do profissional e isso é corriqueiro, muito comum”.

²¹Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

Mas o que significa desconstruir os saberes e práticas psiquiátricas? Significa colocar em questão a produção de conhecimento por uma única via, a via da ciência positivista moderna, tomada como verdadeira, que tudo sabe sobre o sujeito-louco. Canguilhem (2009) faz importantes críticas a essa forma de produzir “verdades”, que não me furtarei em trazê-las aqui, mesmo dedicando um lugar importante a essa questão no último capítulo da tese.

Nas ciências positivistas é a teoria que guia a prática, saber para agir, enquanto que, para Canguilhem (2009) o conhecimento teórico das ciências da vida só se desenvolve a partir das experiências vivenciadas pelo ser humano no mundo real. A assepsia produzida na relação entre o cientista e seu objeto, colocando-o em uma situação artificial, controlando as variáveis para garantir a objetividade dos achados, é incompatível com a vida. “É compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, [diz o autor], mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva” (Canguilhem, 2009:33).

Ou seja, a história da ciência não deve se sobrepor à história da vida. Quando se isola o objeto para se alcançar a verdade sobre os fatos, produz-se uma verdade passível de ser reproduzida apenas nas mesmas condições. Nem isso mesmo pode ser garantido, uma vez que o objeto não se mostra de forma completamente passiva. Esse pensamento de isolar para controlar e assim chegar à verdade justificou o isolamento e todas as experimentações científicas de Pinel com os loucos. O que é um sintoma, sem contexto, ou pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ele complica? Pergunta Canguilhem (2009:34).

A ideia de doença só tem sentido quando o sujeito está em relação com o meio. Nesse sentido, o saber médico não deve prescindir da Clínica, já quase em desuso na medicina moderna, pois é na relação do médico com o usuário que se tem acesso ao sujeito concreto e não somente aos seus órgãos e funções. A noção de doença deve contemplar o sujeito e seu meio. Para os positivistas o movimento é contrário, para encontrar a doença é preciso excluir o sujeito.

A psiquiatria é capaz de dar respostas rápidas, funcionais e objetivas aos problemas apresentados. Amanda, médica de MFC chama isso de efetividade quando compara com o matriciamento com a psicóloga. “Na residência tinha matriciamento em psiquiatria e com o NASF em psicologia”. Amanda diz que tinha turnos específicos que podia marcar com a psiquiatra. “Com a psicologia era um pouco mais fluido, a gente

podia discutir o caso, atender junto”. Ela diz que o matriciamento da psicologia aproveitou “(...) menos pela questão da demanda da agenda, é difícil às vezes você proteger um horário para uma consulta com psico que demandava às vezes uma hora. A da psiquiatria era um pouco mais efetiva”.

É essa racionalidade objetiva, concentrada na identificação de sintomas para definir unicamente a prescrição medicamentosa que está sendo combatida para dar lugar a um não saber, dar lugar a um saber que vem *a posteriori*, que vem com a experiência cotidiana dos profissionais da saúde, da sociedade com o louco, com o sujeito concreto, diferente de uma abstração sintomatológica. Há sempre algo da vida daquele sujeito que escapa a compilação de sintomas, há sempre algo a se conhecer.

Nortear-se pela proposta de desinstitucionalização, criar políticas públicas apoiadas nesse referencial exige a fabricação de práticas não calcadas exclusivamente na tecnicidade da ciência, em soluções tecno-científicas, mas também, considerar a loucura nas suas diferentes dimensões, sejam elas técnicas, normativas, sociais e existenciais, e para isso, é necessário sustentar “essa fluidez” como diz Amanda.

O trabalho terapêutico está voltado para a reconstrução dos sujeitos enquanto atores sociais, autônomos, capazes de fazer escolhas, impedindo o aniquilamento de sua subjetividade, desconstruindo formas identitárias, estereotipadas de doente mental. Cuidar significa transformar os modos de viver e sentir o sofrimento desses sujeitos-loucos e junto a isso, provocar transformações concretas na vida cotidiana (Rotelli, 1990).

Neste caminho, apostando na radicalidade do conceito, Alverga e Dimeinstain (2006) nos remetem a uma crítica radical à constituição da modernidade para pensar a ideia de desinstitucionalização. Entendendo a importância da luta pelos direitos sociais e pelo reconhecimento dos indivíduos em intenso sofrimento psíquico enquanto sujeitos de direito, os autores afirmam não serem suficientes tais esforços para a efetivação da desinstitucionalização.

Esses mesmos autores, dialogando com Pelbart (1990) e Machado e Lavrador (2001), afirmam a necessidade de se discutir os “desejos de manicômio” que atravessam todo tecido social e que, desta maneira, se apresentam como força motriz na manutenção das instituições e práticas de cuidado no campo da Saúde Mental.

“desejos de manicômio” é a expressão de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar (Machado &

Lavrador, 2001). Um modo manicomial do pensamento e das práticas de cuidado, sustentadas por uma racionalidade carcerária (Pélbart, 1990) e impositiva.

Foi o que Pérbalt (1990) chamou de Manicômio Mental. O autor afirma que de nada adianta livrar os loucos dos manicômios se não libertarmos o pensamento dessa racionalidade carcerária e despótica. Libertar os loucos para domesticá-los, para enquadrá-los, dissolver as diferenças produzindo subjetividades serializadas é a questão que Pérbart (1990) nos coloca.

Desta forma, tomando de empréstimo tal pensamento, entendemos que as barreiras de acesso da rede de atenção à saúde ao usuário-louco é produto da não efetivação de processos de desinstitucionalização. Quero dizer com isso que há outros “manicômios mentais” permeando o tecido social e que, assim como aprisionamento do pensamento dominador sobre o louco reflete nas práticas de saúde, relações hierárquicas outras, produzidas a partir de acontecimentos históricos também serão centrais na construção de barreiras de acesso à saúde. Isto é, são condições *sine qua non* para manutenção de práticas de cuidado conservadoras.

Mesmo sem perceber, sem se dar conta, as equipes de saúde podem reproduzir a lógica manicomial, quando não escutam, quando não deixam falar, quando impõem seu saber, quando excluem o sujeito do processo de cuidado, ou seja, o tempo todo, diariamente, observamos e corremos o risco de reproduzir a institucionalização e, assim, não deixar morrer o manicômio. E isso não se deve somente aos limites do processo de desinstitucionalização da loucura como veremos daqui para frente. Mesmo a não completa efetivação desse processo pode ser compreendida com base na discussão que propomos nessa tese.

Os dispositivos criados pela Reforma Sanitária podem funcionar de modo a fortalecer o saber psiquiátrico como podem dar concretude ao processo de desinstitucionalização. Esses dois lados se misturam, se mesclam, não sendo possível estar completamente de um lado ou de outro, pois não se excluem. Nesse sentido, é preciso manter o processo de crítica e reflexão sobre nossos fazeres e o que os sustentam, que saberes e verdades estão dando consistência às nossas práticas. Como disseram Alverga e Dimeinstein (2005), desinstitucionalizar é uma processualidade.

Ainda ancorada por Alverga e Dimenstein (2006), parto do princípio de que práticas manicomiais estão presentes em todo espaço-tempo dos serviços de saúde, atravessam nossas ações, estando nós dentro ou fora do manicômio. Com isso, os

serviços substitutivos, ou seja, os CAPS e todas as iniciativas advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica, não garantem por si só o fim do enclausuramento, da segregação, haja vista, os Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários dos CAPS que, muitas vezes, estão limitados às atividades daquele serviço.

Faço um breve comentário aqui me referindo às comemorações do 18 de Maio, que pode oferecer outras pistas importantes disso que estou trazendo aqui ancorada por esses autores. No Fórum de Saúde Mental de que participei nessa época em 2017, de uma região do município do Rio de Janeiro, alguns representantes de CAPS que ali estavam relataram as atividades que realizaram com os usuários do serviço. Todos os serviços descreveram atividades realizadas dentro do CAPS.

Outra lembrança que me veio agora foi sobre o trabalho que uma colega de equipe do NASF desenvolvia na residência terapêutica coberta pela unidade de Atenção Básica em que ela estava lotada. Quinzenalmente, essa profissional, que era educadora física, comparecia à residência para promover alguma atividade física com as pessoas que moravam lá. Lembro-me de ter escutado isso pela primeira vez com certa estranheza, fiquei me perguntando o motivo pelo qual essas pessoas não compartilhavam o mesmo espaço das turmas da Academia Carioca²².

Uma lembrança puxa outras. Depois disso ainda houve a proposta de realizar uma oficina culinária com esses mesmos moradores da residência terapêutica sobre alimentação. Foi um pedido feito pela técnica de enfermagem que trabalhava na casa, ela estava muito preocupada com a qualidade da alimentação dos moradores. Enquanto planejavamos a ação na reunião de equipe NASF, achei oportuno sugerir que essa oficina pudesse ser realizada em outro lugar e talvez pudesse ser aberta a outras pessoas.

Os colegas concordaram, repetiram minha fala sobre a importância de sair daquela casa. No entanto, o máximo de deslocamento possível foi realizar a oficina no CAPS. O CAPS seria esse outro lugar e a abertura da oficina para outras pessoas se resumiria aos outros usuários daquele serviço. Da residência terapêutica para o CAPS, do CAPS para residência terapêutica, é assim que se circula? É dessa liberdade de que se trata? Não se institucionaliza somente as práticas, institucionaliza-se o lugar de cuidado da loucura.

²² A Academia Carioca é a versão criada em 2009 no município do Rio de Janeiro que visa à promoção de atividade física à população nas Unidades Básicas de Saúde.

Não se trata de recusar por completo a experiência, “jogar a água da bacia com o bebê dentro”. Esidência terapêutica, C, atividade física, alimentação saudável, interação da Atenção Básica com o dispositivo da Saúde Mental, o olhar se ampliou, houve avanços! Mas como não se está de um lado ou de outro, seguimos com o olhar atento.

A desinstitucionalização exige mais do que garantia de direitos, mais do que ‘um lugar ao sol’, a desinstitucionalização remete à necessidade de desfazimento, abrir mão, deixar passar, desconstruir relações sociais engessadas no paradigma racionalista queixa-conduta, sintomas e remissão dos sintomas, doença e cura. É preciso desnaturalizar, estranhar o lugar da loucura enquanto doença, o que implica também em não institucionalizar o lugar de cuidado da loucura. É um trabalho micropolítico e processual de dissolvência da lógica desingularizante que transcende os muros dos asilos. A tarefa diária que nos cabe é o questionamento sem fim às práticas e saberes tidos como naturais, inventariar nossas ações cotidianas.

Os fragmentos-histórias que trouxe no início desse texto a partir da minha atuação na ABS, juntamente com as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde de uma Clínica da Família me fizeram questionar de que forma a institucionalização da loucura pode se constituir como barreira de acesso para pessoas consideradas loucas. Se o cuidado recortado em infinitas partes não é uma exclusividade do louco, entendo que sua condição desestabilizadora evidencia as fraturas do cuidado produzido na Atenção Básica.

Os três usuários que resgatei da minha vivência, de uma forma ou de outra, acessam a unidade básica de saúde, seja por meio da visita domiciliar do agente comunitário, seja indo até o serviço. Contudo, eles não são acompanhados por suas equipes, as quais apenas renovam suas receitas prescritas por outros profissionais em algum momento da vida dessas pessoas.

Os profissionais entrevistados, de forma geral, nas reflexões críticas que fizeram de sua própria atuação, trouxeram elementos que vão desde a fragmentação do cuidado, a pressão assistencial, os preconceitos arraigados até mesmo a falta de formação e conhecimento como elementos constitutivos dessa desinstitucionalização “pela metade”.

Entendo que a dificuldade percebida, muitas vezes, durante as entrevistas para apresentar o tema da pesquisa é um sinal da invisibilidade para outras necessidades de saúde do usuário. O olhar focalizado na dimensão do sofrimento mental é bastante

proeminente, o suficiente para que muitas vezes eu necessitasse retomar o ponto que gostaria de discutir com eles, de que eu não estava ali para falar do manejo do diagnóstico psiquiátrico.

Muitas vezes não há um deslocamento no modo de se relacionar com o sujeito-louco, permanece a relação do profissional com a patologia. Meu olhar, minhas percepções, meu modo de pensar, o automatismo das ações, as respostas prontas e genéricas, minhas certezas de que tudo sei sobre aquele sujeito apontam para um modo cristalizado, endurecido com pouca ou nenhuma abertura para o estranhamento.

Quando a médica da equipe se recusa atender Carlos, diz isso em alto e bom som em uma reunião de equipe, onde apenas minha colega de trabalho ouve com estranhamento, parece que a médica está certa do direito dela e se posiciona como alguém que está respaldada. Respalhada pelo direito de proteção frente a um sujeito perigoso, que fala coisas obscenas. São diversas as formas de exclusão e eu ousaria dizer que a exclusão sem muros, a separação que se dá sem barreiras de concreto é potente e muito poderosa. Clausuras subjetivas nos habitam e produzem relações hierarquizadas, de dominação entre os sujeitos.

Tudo isso tem relação com o modelo médico nascido de uma ciência positivista e entendemos que ele não se materializa somente no trato com a loucura. O tratamento de não-pessoa forjado no mundo médico, do usuário simplesmente como objeto de investigação, é efeito dessa ciência asséptica, neutra, detentora de todo e qualquer conhecimento, como também é efeito de aspectos sócio-históricos que atravessam a produção de subjetividades e, conseqüentemente, afetam a relação do profissional de saúde e o usuário.

É nesse ponto que a proposta da desinstitucionalização da loucura concentra toda sua atenção: desequilibrar as certezas, produzir outras epistemologias, recompor os velhos contratos, criticá-los, desfazê-los, apostando para criação de um novo modo da loucura habitar a sociedade. Para isso, entendo que é preciso desinstitucionalizar o pesquisador, a pesquisadora, construir novos referenciais.

É preciso dar a devida centralidade aos acontecimentos que norteiam nossas relações em sociedade e que afetam a produção do cuidado. Nesse sentido, a aposta na desinstitucionalização da loucura como caminho para a produção do cuidado integral aos loucos não pode negligenciar o debate em torno dos pilares que sustentam as práticas de saúde cotidianas, isto é, a discussão em torno da raça, gênero e classe.

2. Manicômios mentais que nos habitam e seus efeitos no campo da Saúde Pública

Caro leitor, devo-lhe advertir que a partir de agora aquele que era o tema central dessa pesquisa sofrerá uma torção, como dito na apresentação dessa tese e sinalizado nas palavras finais do primeiro capítulo. O que inicialmente vinha se constituindo como questão central, isto é, a discussão em torno do cuidado produzido na ABS aos usuários de saúde mental a partir da não efetivação da desinstitucionalização da loucura nos convocou a refletir sobre os obstáculos à produção do cuidado em saúde, tomando como eixo o processo de subjetivação.

O que virá a partir da análise das alterações nas políticas públicas de saúde, especialmente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política de Nacional de Saúde Mental nos provocará a seguinte questão: o que nos faz sentir tão ameaçados diante das mudanças nas normativas dessas políticas, a partir de 2016? Por que as portarias parecem quase que instantaneamente produzir alterações nas práticas cotidianas de produção do cuidado?

Se a desinstitucionalização da loucura não se efetivou por completo, o mesmo podemos dizer sobre a Política Nacional da Atenção Básica, sustentada no modelo da Estratégia de Saúde da Família e essa realidade já estava ali presente, mesmo antes desse 2017. Quando falamos de efetivar políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, estamos falando da capacidade dessas políticas provocarem transformações nas práticas de cuidado em saúde de tal forma que os golpes que as atingirão mais tarde não sejam capazes de ferir a lógica desse cuidado. Contudo, sabemos dos limites dessas transformações na produção do cuidado até hoje e é sobre isso que falaremos no decorrer desse capítulo.

A partir da análise das políticas públicas de saúde trazemos a ideia de produção de subjetividade e, com isso, desenvolveremos uma discussão partindo de acontecimentos históricos que determinam nossa subjetividade e que, conseqüentemente, têm efeitos sobre a relação do usuário e os profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado que se constrói nessa relação. Veremos que não somente a loucura cristalizou-se no pensamento da sociedade como algo negativo, mas outras lógicas de dominação nos habitam e outros “manicômios mentais” se perpetuaram em nossa sociedade.

2.1 Que tiro foi esse? O retorno de velhas políticas de saúde em tempos de golpe

Enquanto escrevo o texto para última orientação em dezembro de 2018, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Saúde Mental sofrem duros golpes, sendo o Governo Temer, fruto de um golpe parlamentar, o agente dessa ação.

A reforma psiquiátrica, movimento que possibilitou o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental anti-manicominal, com grande investimento em serviços de base territorial, bem como o movimento da Reforma Sanitária partem de princípios e diretrizes semelhantes e vislumbraram a construção de formas mais acolhedoras de se promover saúde, guiados por uma concepção mais ampla do processo saúde-doença, o que exigiu a construção de novos modos de atenção que respondessem a esse novo horizonte.

O Sistema Único de Saúde é o principal produto da Reforma Sanitária, mas não é a Reforma Sanitária. Esse movimento ultrapassava a perspectiva setorial para defender uma perspectiva intersetorial, que abarcasse uma discussão sobre modelo de desenvolvimento da sociedade. Em vez que ficar centrado da discussão sobre os genéricos e distribuição gratuita de medicamentos, falava-se em desmedicalização da sociedade, o que exigia uma articulação com a educação, com foco no ensino na área de saúde (Arouca, 2003).

Nesse mesmo sentido, a Reforma Psiquiátrica não se resumia à criação de uma rede de serviços substitutivos, ela previa a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação da sociedade, a revisão da legislação, a criação e a diversificação de práticas de cuidado que possibilitasse a inserção da loucura no tecido social, que fizesse parte dele.

A Política Nacional de Atenção Básica nas suas diferentes versões revisadas ao longo dos anos tem a Estratégia de Saúde da Família como o principal modo de organização da Atenção Básica à Saúde, sendo a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Está alicerçada em princípios e diretrizes, como a integralidade, a longitudinalidade, a territorialização do cuidado, adscrição da população, ampliação do acesso à saúde.

A ABS compõe a Rede de Atenção Psicossocial, sendo um dispositivo importante para garantir o cuidado das pessoas em intenso sofrimento psíquico, pois assim como os Centros de Atenção Psicossocial funcionam de forma territorializada. As equipes da ESF também têm um número definido de usuários sob sua responsabilidade sanitária, estando mais próximas do local de residência das pessoas. Desta forma, a Atenção Básica se configura como um dispositivo estratégico para promover outros modos de relacionamento com a loucura, permitindo que ela ocupe diferentes espaços de circulação que não somente nos serviços especializados.

Juliana e Augusto, enfermeira e médico da ABS dão pistas importantes dessa aproximação da loucura na unidade básica de saúde. Juliana diz que em relação à ampliação do olhar para os outros adoecimentos das pessoas em intenso sofrimento psíquico, ela percebe que quando o médico é especialista em Saúde da Família e Comunidade ele tem esse olhar mais amplo em relação ao médico que não tem essa especialidade, o que reforça os dados da literatura sobre a dificuldade dos médicos psiquiatras, por exemplo, ampliarem a escuta para além do objetivo de controlar os sintomas “psiquiátricos”.

Quando pergunto a Augusto se durante as consultas com o psiquiatra que vem até a UBS para as atividades de matriciamento aproveita-se a oportunidade para ouvir outras queixas, ele me diz que “isso é mais fácil de acontecer quando estamos sozinhos do que com o matriciador”. Essa percepção é a mesma dos colegas médicos Amanda e Ivo também entrevistados.

Aproximar o usuário de saúde mental das unidades básicas de saúde, das atividades desenvolvidas nesses serviços, possibilita maior contato da sociedade com a loucura, contribuindo para sua desmistificação e construindo novos itinerários no cotidiano desses sujeitos. Garantir aos sujeitos em sofrimento psíquico o mesmo espaço de outras pessoas nas unidades de saúde, nas associações e bairro, nos espaços de trabalho e lazer, possibilita que a loucura ocupe um lugar na vida.

Para Flávia, médica de Família e Comunidade essa aproximação tem efeito positivo na relação dela com esses usuários. Quando pergunto a ela como é fazer o acompanhamento desses usuários de saúde mental, ela diz que a grande maioria não incomoda, mas (...) depois que eu os conheço, pois sempre o primeiro atendimento desses pacientes me incomoda um pouco mais”.

Pergunto o que seria esse incômodo. Flávia diz que é a falta de ferramenta,

*(...) de como abordar, (...). Essa falta de prática acaba deixando a gente desconfortável, mas você acaba perdendo [o medo]. Por exemplo, esse paciente, quanto mais ele vinha, eu me acostumava com o jeito dele, então não me incomodava tanto. Mas eu acho que é a prática.*²³

André também percebe que com o tempo “você vai pegando o jeito, vai pegando prática, vai fazendo vínculo com aquele usuário, as coisas vão ficando mais fáceis. A gente teve experiência bem boa. Tem pacientes que queriam ficar lá na Clínica da Família”. Ana Maria, também enfermeira diz como a experiência foi importante para perder o medo. “u não sabia como abordar, eu nem queria atender porque a gente tem medo do desconhecido”.

Portanto, mais do que garantir assistência aos sujeitos em intenso sofrimento psíquico, expandir a circulação dessas pessoas torna as barreiras segregadoras mais instáveis, incertas e imprecisas, abrindo para outras possibilidades da sociedade se relacionar com o louco. É na sociedade que se constroem mecanismos de exclusão das diferenças, portanto é nela que há a possibilidade de deslocamento e produção de outras maneiras de estabelecer relação com a loucura.

Nessas três décadas do surgimento do SUS, vivenciamos momentos de avanços e retrocessos. O Sistema Único de Saúde foi normatizado no período do Governo Collor, início do processo de redemocratização do país, momento em que havia uma forte onda neoliberal, não somente no Brasil. Desde o seu nascimento, o SUS, que se pretende único e universal, é bombardeado pela concepção de uma saúde pública para pobres, para quem não pode pagar pela assistência privada.

Passados trinta anos, a saúde como direito e dever do Estado resiste, meio cambaleante, titubeante. Para Arouca (2003), o SUS sobreviveu à onda neoliberal dos anos 1990 porque teve como base a participação popular, altamente inflamada pelo momento que o Brasil vivia. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) influenciou culturalmente o país. Ao mesmo tempo, convivíamos e convivemos com a grande investida do Capital, que adentra todos os setores, incluindo a saúde.

Adentra as vidas, modula modos de existência. Isso quer dizer que, assim como o direito à saúde pública vai criando sentido para a população, camadas dessa população se envergonham por usar um serviço público de saúde, pois o poder de consumo é altamente valorizado na sociedade capitalista. Para muitas pessoas, ter um plano de saúde, coloca-as em outra relação na sociedade.

²³ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

Quer algo mais contraditório do que servidores públicos se sentirem contemplados pela proposta de um Governo em pagar um plano de saúde para eles? Eu, como servidora pública, classifico tal proposta como imoral, absurda! Não quero ter um plano de saúde privado pago com dinheiro público, tampouco quero que minha vida financeiramente seja confortável para me dar condições de pagar por esse serviço. Minha defesa é pelo direito de ter saúde pública para todos.

Essa heterogeneidade de sentidos torna o SUS muitas vezes defensável pela sociedade, outras vezes nem tanto. Às vezes penso que se todos pudessem pagar por um plano de saúde, seria suficiente para atender a espera da população por assistência à saúde, deixando de lado o debate do direito a ela. Questiono-me até que ponto as políticas de saúde fazem sentido para a população, se faz diferença para ela o debate em torno da maneira como a rede de saúde se organiza e quais implicações que essas disputas de concepções trazem para todos nós.

É nesse campo de forças, em que o SUS está imerso, que proponho discutir as recentes mudanças sofridas desde 2017 até o ano de 2019, quando então assume o Governo Jair Bolsonaro, após as eleições em Outubro de 2018. Separei aqui esses dois acontecimentos – alteração da PNAB e da Política Nacional de Saúde Mental - somente para que possamos enfatizar o significado de ambos para os trabalhadores da saúde e para toda a população e destacar a relação disso com o tema que propomos discutir nessa tese. Deixo claro que ambos os ataques fazem parte de outras ações destrutivas, as quais têm como alvo os direitos sociais dos cidadãos, alinhadas aos ideais liberais, os quais têm como linha mestre a desresponsabilização do Estado na garantia desses direitos.

2.1.1 A nova roupa do Rei e a PNAB 2017

Era uma vez...

Um bandido, fugindo de outro reino, decidiu se esconder e fingir ser um alfaiate nas novas terras. Muito malandro, o bandido, o “novo alfaiate” conquistou a todos e até conseguiu uma audiência com o Rei ...

Em 31 de Agosto de 2017 foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica, sendo mais adequada qualificá-la de velha política, anterior mesmo ao nascimento do SUS. Marco de início o posicionamento das palavras que veem a seguir, pois não se trata de um texto desafetado, neutro. Eu, como trabalhadora da Atenção

Básica do município do Rio de Janeiro naquela época, fui tomada por um sentimento de grande entristecimento, junto a outros colegas também trabalhadores do SUS. Sentimento esse que me percorre nos dias atuais, já como servidora da Secretaria de Saúde do Estado do Distrito Federal. Aqui, a “nova” PNAB é tomada sem nenhuma crítica, com tranquilidade ouço nos espaços de discussão referências a ela.

Diversas entidades, organizações, movimentos dos trabalhadores, conselhos de categorias profissionais de saúde, institutos de pesquisas na área se manifestaram veementemente contra a PNAB 2017 quando a minuta começou a circular, questionando tanto as mudanças propostas quanto o modo como o processo tramitou. A falta de diálogo foi uma das principais críticas de entidades como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e o Conselho Nacional de Saúde.

Ainda quando a minuta da PNAB estava sob consulta pública, o Ministro Ricardo Barros anunciou as mudanças da política em coletiva de imprensa, atestando o completo desrespeito à participação popular, onde foram registradas mais de seis mil contribuições. A PNAB 2017 entrou em vigor após a revisão junto à comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 31 de agosto sem a aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Desde 2016 a revisão da Política de Atenção Básica estava em curso, no entanto, especialistas já alertavam para a restrição de importantes atores nessa discussão, que já se dava sem a presença dos trabalhadores, dos movimentos sociais, do CNS, sendo articulada entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (Mathias, 2017).

Não é irrelevante a ausência desses órgãos para a aprovação dessa política. O Conselho Nacional de Saúde compõe a estrutura organizativa do SUS, sendo a instância máxima de deliberação sobre as políticas de saúde, sendo responsável pela fiscalização, acompanhamento, monitoramento. O CNS, assim como, os demais conselhos municipais, distritais e estaduais são os principais espaços para o exercício do controle social, contando com a participação paritária dos usuários. A garantia da participação da sociedade organizada nesse processo é fruto da luta pela redemocratização do país, quando então foi criada a Constituição de 1989 e o SUS.

Tal atitude evidencia o modo ditatorial desse governo golpista. O SUS é uma conquista do povo brasileiro, sua criação foi amplamente discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde diferentes setores da sociedade civil contribuíram para sua estruturação. Pensar o conceito de saúde a partir da criação do SUS significa ampliar a compreensão em torno dessa ideia, que vai muito além do completo bem-estar físico, mental e social, defendido pela Organização Mundial da Saúde.

Não mais como simples ausência de doença, o conceito de saúde no SUS vai além. Produção de saúde passa a ser fortemente associada à ideia de democracia, de participação social, de cogestão, seja por meio da criação de espaços coletivos mais próximos da comunidade, como os colegiados locais, seja pela própria maneira de produzir o cuidado, incluindo o usuário como um sujeito político, detentor de um saber sobre si e seu modo de andar a vida.

Destacarei a seguir os principais pontos levantados por muitos estudiosos e entidades reconhecidas no campo da Reforma Sanitária brasileira a respeito desse “novo” documento. Não somente um olpe de stado, o overno Temer, após dois anos de atuação, nos atinge na alma, no corpo, abre feridas que doem, paralisa-nos diante dos sucessivos golpes, que vêm rapidamente, um atrás do outro, deixando-nos quase sem condições de agir. As notícias são diárias sobre a piora da condição de vida da população brasileira.

Por tudo isso, dirijo-me aos defensores da PNAB 2017, não aos claramente golpistas, como o ministro Ricardo Barros, pois o motivo de sua defesa é bastante evidente. Refiro-me àqueles que estiveram por dentro da construção da nova PNAB, cuja posição política não permitiria o apoio ao Golpe, mas, contudo, por estarem emersos no processo de mudança dessa Política, por tentarem ver algum sentido para as alterações no novo texto, tentam justificá-las por meio do discurso da necessidade de revisão da PNAB. A esses trabalhadores da gestão federal, digo veementemente, não é possível apostar no fortalecimento do SUS, por meio da PNAB de 2017, quando esta é aprovada por um governo que se manifesta publicamente contrário ao sistema de saúde público e universal.

2.1.1.1 O financiamento às outras equipes de Atenção Básica

*No dia em que o falso alfaiate esteve com o Rei, em uma audiência, ele disse:
- Nas terras distantes de onde vim, inventei uma forma de tecer a melhor de todas as roupas! E continuou:*

- *Consigo tecer uma roupa que somente os inteligentes conseguem ver.*
O rei, muito vaidoso, gostou da proposta e pediu ao bandido que fizesse uma roupa dessas para ele.

Um dos pontos mais polêmico e rechaçado por diferentes atores do movimento da Reforma Sanitária diz respeito à mudança na forma de financiamento da Atenção Básica. Até então, o modelo da Estratégia de Saúde da Família era a estratégia de reorganização da ABS, sendo induzida por repasse financeiro do Governo Federal aos municípios. Na “nova-velha” N B o governo federal passa a reconhecer e a financiar outros tipos de equipes de Atenção Básica, deixando em aberto alternativas para a implementação desse nível de atenção.

A justificativa utilizada foi que tal mudança pudesse atender às necessidades dos diferentes municípios, levando em consideração tanto as realidades locais, como a dificuldade dos municípios menores em se enquadrarem nas exigências da ESF. Esse argumento pode remeter à descentralização, pauta da Reforma Sanitária, o que poderia ser interpretado de maneira positiva pelos defensores do SUS. Contudo, não se faz análise de políticas públicas sem considerar a conjuntura em que elas se inserem.

De acordo com Pinto (2017), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)²⁴ já abria a possibilidade de repasse financeiro federal a outros arranjos organizativos da Atenção Básica, desde que cumprissem os critérios da PNAB de 2012 (Brasil, 2011). Tal medida tinha a preocupação de não comprometer recursos com modelos rígidos, os quais muitas vezes são pouco efetivos diante a diversidade brasileira. Desta maneira, havia possibilidade dos municípios receberem recursos federais *a posteriori*, incentivando os municípios a cada vez mais se adequarem aos parâmetros da Política de Atenção Básica, o que, de acordo com o ex-diretor, é muito diferente de pagar *à priori* esses outros modelos de atenção, cujos desenhos ficam em aberto nesse novo texto publicado em Agosto de 2017.

As alterações realizadas em relação à PNAB 2012 (Brasil, 2011) se inicia após o impedimento da Presidenta Dilma Russef, em uma clara manobra das forças opositoras conservadoras, que se unem para consolidar o Golpe, colocando o até então vice-

²⁴ Programa federal que tem o objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O PMAQ eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

presidente Michel Temer para assumir a presidência do país. Esse fato permitiu que tivéssemos como Ministro da Saúde Ricardo Barros que, declaradamente, se posiciona em defesa do crescimento de planos de saúde mais acessíveis para a parcela da sociedade que “deseje participar”, nas palavras do ex-ministro.

Não estamos afirmando que a presença do setor privado se inicia nesse momento. Historicamente o SUS nasce e se estabelece a partir do tensionamento entre o público e o privado, entre a concepção de saúde como direito universal e como “assistência pobre para pobres”, cabendo ao estado a manutenção de um capote mínimo, como vemos no modelo norte-americano. Há uma disputa de modelos de atenção à saúde, onde uma perspectiva mais integral, com fortalecimento da Atenção Básica concorre com os interesses da indústria de especialidades, de equipamentos.

Desde o início do atual governo, diversas mudanças antidemocráticas, contrárias aos interesses e direitos da classe trabalhadora vêm se firmando no cenário brasileiro. Sustentado pelo discurso da crise econômica, em que se fazem “necessárias medidas racionalizantes”, o governo Temer promulgou a PEC 241/PEC 55-EC95/2016 – Teto dos Gastos – que congela por vinte anos os recursos federais, o que fere de morte políticas sociais, como saúde e educação.

Junto a isso, vivemos a flexibilização dos vínculos trabalhistas, sendo alterada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), mudança que começou a vigorar em novembro de 2017, prejudicando ainda mais os trabalhadores e, ao lado disso, convivemos com a ameaça da Reforma da Previdência, que pretende aumentar os anos de contribuição para aposentadoria. E qual a relação disso com a PNAB 2017 e com o tema dessa pesquisa?

A partir do momento em que se flexibiliza as regras em um contexto de recessão como o que vivíamos e que se agrava com o atual Governo, abre-se a possibilidade de retrocessos de diversas políticas públicas. Flexibilizar parece ser a palavra de ordem do governo Temer. uso de palavras “sem partido” como essa, que não deixam claro, de antemão, para onde o pêndulo está caminhando, possibilita aos defensores da PNAB 2017 acusar seus opositores de “delirantes” por se posicionarem contra, sem mesmo conhecer, como pude ouvir de uma servidora do Ministério da Saúde em um evento que participei em Brasília.

O congelamento dos recursos federais, que na verdade, significou a diminuição desses, considerando a inflação do setor ao longo dos vinte anos, está ocasionando cortes

anualmente. O repasse federal que já está estagnado desde 2006, míngua ainda mais. Assim, os críticos da PNAB 2017 afirmam que essas mudanças no documento é uma moeda de troca entre o governo federal e os governos municipais, isto é, com menos recurso federal, os municípios terão mais autonomia para escolher onde e em que cortar. Portanto, não se trata de ampliar acesso, pelo contrário, trata-se de escolher, sob critérios questionáveis dos gestores locais, onde será o corte.

Que aposta podemos fazer em um cenário como esse? Ao mesmo tempo em que essa “nova” N B permite às equipes de atenção Básica contratarem profissionais de 10h, 20h de qualquer categoria profissional; faculta a presença de equipes de Saúde Bucal e de agentes comunitários, traz a exigência de ter médicos 40h para equipes ESF, o que não aparecia na PNAB de 2012 (Brasil, 2011).

Justifica-se tal alteração em virtude da dificuldade de muitos municípios em fixar esses profissionais na Atenção Básica. Contudo, essa condição exigirá maiores recursos para manter uma equipe da ESF, com todos os profissionais 40h, equipe de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde em contraposição a um modelo alternativo.

Nessas condições, ainda se pode afirmar que a ESF é o modelo prioritário do MS para estruturar a Atenção Básica do país, como ouvi no evento, já citado, em março de 2018 em Brasília? Os defensores da PNAB 2017 também afirmam que as equipes de Atenção Básica, aquelas com conformação diferente das equipes da ESF, terão que se estruturar de acordo com os princípios e diretrizes que regem essa política, sendo de caráter transitório para ESF.

Como será possível às equipes realizar reuniões com todos seus membros, considerando as possibilidades de carga horária de trabalho? Como fazer um mergulho no território sem o ACS? O que um médico ou enfermeiro poderá realizar em 10h de trabalho, além de ficarem trancafiados dentro de seus consultórios atendendo as demandas que, provavelmente chegarão pelos próprios usuários, negligenciando, assim, ações de promoção da saúde, mote da Atenção Básica?

E, ainda pergunto, aproximando a discussão do tema dessa pesquisa, o que podemos esperar de melhoria para cuidado ao usuário de saúde mental na Atenção Básica? Se hoje ainda convivemos com uma visão reducionista em relação a esses sujeitos, que limita as ações dos profissionais ao adoecimento psíquico, que condições teremos para ampliar esse cuidado?

2.1.1.2 A População adscrita e a relativização da cobertura

O bandido recebeu vários baús cheios de riquezas, rolos de linha de ouro, seda e outros materiais raros e exóticos, exigidos por ele para a confecção das roupas. Ele guardou todos os tesouros e ficou em seu tear, fingindo tecer fios invisíveis. Todos passavam na frente da alfaiataria e ele não parava de fazer sua performance: puxava panos, cortava o ar, olhava com a cara de quem poderia fazer melhor, refazia e pendurava nada no mancebo. E assim o fez por semanas, enquanto recebia o dinheiro do rei. Claro que todas as pessoas que passavam pela janela alegavam ver o tecido, para não parecerem estúpidas.

Na PNAB de 2012 (Brasil, 2011), recomenda-se que cada equipe de ESF fosse responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 e ainda, o texto acrescenta que **quanto maior for o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe**. Essa parte destacada em negrito saiu do texto da PNAB de 2017, sendo reescrita da seguinte forma:

*Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, **podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado**, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (Brasil, 2017, grifo nosso).*

O novo texto ainda diz que o recomendado é que tenha até quatro equipes por unidade básica de Atenção Básica ou Saúde da Família, sendo cada unidade de saúde responsável por “(...) acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes” (Brasil, 2017). Como se resolve essa questão na atual conjuntura de corte financeiro?

Se o recomendado é que se tenha até quatro equipes de saúde da família por UBS, ficando em aberto a possibilidade de o município aumentar o parâmetro recomendado para a população adscrita por equipe, o que facilmente poderá ocorrer nesse cenário, como podemos esperar que as equipes acolham sua população de modo universal, integral, sem excluir o acesso de parte dessa população?

Além disso, na PNAB 2017 relativiza o número de ACS por equipe, afirmando que “o número de C por equipe deverá ser definido de acordo com a base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, conforme

legislação vigente)” (Brasil, 2017). No texto de 2012, o número de C por equipe deveria ser no mínimo quatro e no máximo doze. Dessa forma, o documento mais recente deixa em aberto a possibilidade de diminuir o número de ACS. Ora, se esse profissional é visto como o elo da equipe de saúde e o território, podendo estar perto das mudanças, das necessidades, da realidade da população coberta, como ficará o trabalho territorializado da Atenção Básica? Como será possível fazer um diagnóstico de saúde?

Atuando primeiro como residente de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro e, mais tarde, compondo uma equipe NASF desse mesmo município, pude conhecer diversas histórias de vida que chegaram até a unidade de saúde por meio do trabalho do ACS nas visitas domiciliares regulares, do cadastramento das famílias, pessoas as quais as barreiras de acesso chegam muito antes de, até mesmo, entrarem na rede pública de saúde, pessoas que sequer saem de casa, por diferentes motivos. Sem o agente comunitário, ou com um número reduzido deles, cabe ao usuário ir até a unidade solicitar a visita de algum profissional quando o problema de saúde possivelmente já estiver instalado. Como ter uma postura proativa, fazer “busca ativa”, usando os termos da rede, como agir antes que o adoecimento chegue?

2.1.1.3 Oferta de serviços: o pacote mínimo

Até que um dia, o Rei cansou de esperar, e ele e seus ministros quiseram ver o processo do tal “alfaiate”. Quando o falso tecelão mostrou a mesa de trabalho vazia, o rei exclamou:

- Que lindas vestes! Fizeste um trabalho magnífico! Embora não visse nada mais que uma simples mesa, pois dizer que nada via seria admitir na frente de seus súditos que não tinha a capacidade necessária de um rei.

“nova N B” divide a oferta de serviço em padrões essenciais e padrões ampliados. Os padrões essenciais dizem respeito às ações que toda e qualquer unidade de atenção básica do país deve ofertar à população, com o intuito de garantir um padrão mínimo em todo país. Já os padrões ampliados seriam as ações desenvolvidas com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade da assistência prestada, tomando como base as realidades loco-regionais.

É dever das equipes ofertar ações e serviços do padrão essencial e é recomendado pela PNAB 2017 que as equipes ofertem ações e serviço do padrão ampliado. Mais uma vez o pêndulo se movimenta para uma visão reducionista e

segmentada da assistência, ofertando o pacote mínimo de serviços, afirmam as professoras Márcia Valéria Morosini e Angélica Fonseca da EPSJV (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio), em uma aula aberta na Escola Nacional de Saúde Pública sobre a proposta em Julho de 2017.

Ao considerar a conjuntura política do país, as preocupações trazidas pelas entidades, pesquisadores, movimentos sociais não “parecem” delirantes, como muitas vezes se faz parecer; as mudanças, de um modo geral, não devem ser adjetivadas como ruim ou boa de forma descontextualizada. “Vamos passar a financiar o real”, disse o ex-ministro da saúde na coletiva de imprensa, “a realidade se impõe”, afirmou o presidente no Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) no mesmo evento. Contudo a realidade não é algo objetivo, depende da lente com que se olha; as palavras e as ações são localizadas. melhoria que a “nova” NB traz, segundo seus defensores, é como a roupa nova do Rei, só os inteligentes veem.

Os nobres ao redor soltaram falsos suspiros de admiração pelo trabalho do bandido, nenhum deles querendo que achassem que era incompetente ou incapaz. O bandido garantiu que as roupas logo estariam completas, e o rei resolveu marcar uma grande parada na cidade para que ele exibisse as vestes especiais.

Durante o evento, contudo, uma criança, inocente e sincera, gritou:

- O rei está nu! O grito é absorvido por todos. A sinceridade e o olhar da criança tocou a todos. Os burburinhos começaram e todos começaram a confessar que não enxergavam a nova roupa do rei.

O rei, sempre incomodado por nunca sentir nem o peso da roupa, se encolhe por um segundo. Há versões em que dizem que o bandido foi punido, mas também há versões em que o rei faz pose, ostentando sua ‘roupa’ e fazendo todos ficarem em dúvida se havia mesmo ou não a vestimenta.

2.1.1.4 O ano de 2019: atualizando os retrocessos na ABS

Quando retomo à escrita desse texto, Jair Messias Bolsonaro já havia subido a rampa do Palácio do Planalto para tomar posse como novo presidente do país. Eleito pelo povo brasileiro, as eleições ocorridas no final de 2018 sacramentam o golpe parlamentar, oferecendo uma roupagem supostamente legítima a todo esse processo. Por meio do uso de “fakenews”, divulgação em massa de informações falsas, o eterno apoio da mídia hegemônica, a força das igrejas evangélicas, possibilitam a chegada da extrema direita no Brasil.

“Com supremo, com tudo” disse omero Jucá em diálogos gravados com o ex-presidente da Transpetro, Sérgio Machado, sobre o pacto para deter avanço da Lava Jato. E assim foi, com a participação do Supremo Tribunal Federal, que votou a favor da manutenção da prisão de Luis Inácio Lula da Silva, tirando da disputa eleitoral o primeiro colocado nas pesquisas para presidente, preso em segunda instância, sem provas, por um juiz que primeira instância, Sérgio Moro.

O ano de 2018 descortinou uma faceta da sociedade brasileira até então menos escancarada. Fazendo apologia ao uso de armas, discursos homofóbicos, sexistas, racistas, anti-corrupção, Bolsonaro chega ao poder, arrebatando 55% dos votos válidos. O que parecia impossível há um, dois anos, se concretiza, acirrando ainda mais o clima no país. Se as eleições de 2014 trouxeram uma grande tensão entre apoiadores da reeleição de Dilma Rousseff e aqueles que defendiam a vitória de Aécio Neves, as eleições de 2019 deixaram marcas nas relações mais íntimas das famílias e amigos.

Como dar sentido à vitória de um candidato que se elegeu defendendo a ditadura militar, homenageando um dos principais torturadores desse período, o comandante Ustra; dizendo que mulher deve ter salários inferiores porque engravida; que prefere um filho bandido a um filho gay, que os filhos dele jamais se casariam com uma mulher negra porque eles foram bem educados? Como esse homem, chamado de mito pelos seus defensores, representa uma ampla camada de brasileiros?

Se o PT ganhar as eleições, ele vai fornecer mamadeira às crianças em formato de pênis, a “mamadeira de piroca”; o T distribuiu o “Kit ay” para crianças de seis anos, “homem que esfaqueou Bolsonaro é filiado ao T e aparece em uma foto com Lula”, “Haddad defende o incesto e o comunismo em um de seus livros”, “e Haddad chegar ao poder, pretende legalizar a pedofilia”. ssas foram algumas das mais difundidas fakenews que circularam pelos grupos de whatsapp. Parece um absurdo que afirmações como essas se tornaram verdade, ganharam as eleições.

E parecia que quanto mais se provava seu absurdo, mais Jair Bolsonaro crescia nas pesquisas, quanto mais se escancarava seus métodos, suas trapaças, mais esse candidato de fortalecia, um fenômeno que deixou toda a esquerda de mãos atadas. Em um cotidiano em que se proclama autoverdade, convertendo a verdade numa escolha pessoal, destrói-se a possibilidade de verdade, disse Eliane Brum, em seu artigo intitulado “o ente de Brasil” (Brum, 2019).

Esse circo de horrores se instalou no Brasil e parece ter longa temporada, aprofundando ainda mais as desigualdades brasileiras. Todos os dias, quando entro nas redes sociais para me atualizar sobre as últimas notícias, chego ao final com dificuldade de continuar lendo-as. São notícias desastrosas todos os dias, sem trégua, sem parar. reforma da previdência, corte de verbas na educação pública, desinvestimento em pesquisas científicas, perseguição à cultura, censura, mortes de lideranças de movimentos importantes em regiões de grande tensão por disputa de terras, morte de líderes indígenas, facilitação para liberação do uso de armas, privatizações, queimadas desenfreadas.

Foi decretada a licença para exterminar pessoas. Se sempre existiu perseguição, morte, tortura a certos segmentos da sociedade, vide os longos anos de escravidão que nossa sociedade sustentou e financiou, hoje, as pessoas parecem ter perdido qualquer constrangimento, qualquer filtro para manifestar seus pensamentos mais ferozes, preconceituosos, violentos, mortíferos. Situação que faz muitos psicanalistas se debruçarem sobre essa quebra no pacto social.

Foucault (1999), sobre o desenvolvimento do biopoder na sociedade de normalização, afirma que o poder de matar, o direito à vida ou a morte, não é delegado somente ao stado, mas a toda uma série de indivíduos (Foucault, 1999), de “cidadãos de bem”, todos eles exercem o direito à vida e a morte sobre aquele que está ao lado. Daí assisti-se cotidianamente episódios de linchamento, agressões, assassinatos de pessoas e populações que estão fora da norma moral-cristã, de brancos e classistas.

É evidente que não são todas as pessoas fadadas ao destino da morte matada, estamos falando do preto, pobre, da mulher preta, da mulher branca, do gay, dos transgêneros, dos índios. Vidas passíveis de serem aniquiladas, exterminadas. O projeto de governo de Jair Bolsonaro se caracteriza por uma política da morte, quando se deixa de defender as condições mínimas para a existência da vida humana.

Tirar a vida, exercer um suposto direito de morte não está unicamente ligado ao comportamento repressivo e violento do stado e de seus “cidadãos de bem”, mas também de modo indireto expondo os marginalizados ao risco de morte (Foucault, 1999) por meio da omissão, por possibilitar a piora das condições de vida de grande parte da população.

Mata-se vidas e mata-se as condições para que a vida exista, como podemos acompanhar a política de destruição sobre o meio-ambiente. Bolsonaro incentiva o

extermínio indígena, facilita o desmatamento, deposita sobre os alimentos o maior número de agrotóxicos não autorizados até então; precariza ou extingue políticas públicas, como políticas habitacionais, de proteção à vida das mulheres. É um projeto incompatível com a vida.

O respiro fica por conta dos laços que mantemos, com a exclusão dos “bolsominions” de nossas redes sociais, do circuito que convivemos. “Nesse carnaval, antes de perguntar o nome, pergunte em quem votou”, diz a frase que rola na minha “timeline” no Instagram. Igo se rompeu, impossibilita a via do diálogo para estabelecer qualquer comunicação.

Na esteira do projeto pronunciado pós-golpe, mudanças no financiamento da saúde continuam. O já ex-ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta (2019 – abril de 2020), como não poderia ser diferente, defende a ampliação de planos de saúde como estratégia para desafogar o SUS; critica a lei que regula essas empresas, porque sim, são empresas, pois visam o lucro, se beneficiam do marketing para garantir a venda, para arrebanhar o maior número de clientes. Como empresas, estão dispostas a diminuir os custos de qualquer modo, inclusive negando a seus “clientes” o que eles têm por direito enquanto consumidores de um produto.

Ainda no final de 2019, o Ministério da Saúde propõe novo modelo de financiamento para a Atenção Básica à Saúde, aprovado na comissão Intergestores Tripartite (CIT), que deixa de ser calculado pelo número de habitantes de um determinado município e passa a considerar o cadastramento da população por cada equipe de saúde. Junto a isso, cria-se o repasse de verba atrelado ao desempenho dessas equipes, a partir do monitoramento de alguns indicadores como qualidade do pré-natal, controle de diabetes, hipertensão e infecções sexualmente transmissíveis.

Essa mudança no financiamento é bastante questionável na medida em que fere o caráter universal do SUS, além de impedir ao gestor um repasse fixo que permite a ele fazer o planejamento da política de saúde local (Neves & Machado, 2019). Somado a isso, o foco em indicadores que reforçam o cuidado biomédico em detrimento de ações como as visitas domiciliares, as ações na comunidade, descaracteriza o modelo da Estratégia Saúde da Família ainda mais. Atenção Primária à Saúde terá novo modelo de financiamento.

É dever do Estado garantir o direito de acesso aos serviços públicos de saúde para toda a população. Nesse sentido, é seu dever ampliar o acesso à população,

possibilitando a ela o atendimento às suas necessidades nos diferentes pontos da rede. Como dever e direito da população, cabe o maior investimento para que, dessa forma, mais pessoas utilizem os serviços de saúde e, assim, tenham seu direito respeitado. Mas a lógica está na contramão desse caminho.

Primeiro o Estado subfinancia o SUS, precariza a oferta de serviços e aqueles que têm condições de pagar algum plano de saúde se apegam a essa saída. Precariza-se para afastar as pessoas do SUS, para impedir que as pessoas tenham seu direito garantido. A partir disso, cria-se um suposto “financiamento real”, pagar por aqueles que efetivamente utilizam o SUS, ou seja, aqueles que têm o cadastro na Atenção Básica. Resta dizer que o investimento público com a saúde é excessivo, sendo que o Brasil é um dos países que menos investe na saúde pública, em torno de 3,8% do PIB (Organização Panamericana da Saúde, 2019).

Ainda nessa cesta de mudanças, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família²⁵, os Nasf-AB (nomenclatura na PNAB de 2017) deixam de ser financiados pelo Ministério da Saúde. A manutenção dessas equipes multidisciplinares na ABS passa a ser uma escolha dos municípios e dos estados, delegando a eles seu financiamento integral. Tensionadas por essa decisão, o MS diz que a importância dessas equipes se faz na medida em que elas puderem contribuir para a melhoria dos indicadores pagos por desempenho, de acordo com o secretário da Atenção Primária do MS durante o seminário internacional sobre financiamento da APS realizado em Brasília em 2019.

Não sendo suficiente o não financiamento das equipes multidisciplinares, o MS divulga os primeiros indicadores de saúde que serão monitorados para o pagamento por desempenho. São eles: Proporção de Gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal da poliomelite inativada e de Pentavalente; Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida a cada semestre; Percentual de pessoas diabéticas com solicitação de hemoglobina glicada.

O que se observa desses indicadores que remetem à qualidade das ações na Atenção Primária é que estão centralmente reduzidos ao cuidado biomédico e procedimental. Associando-se o não financiamento às equipes multidisciplinares com o

²⁵ Considerando que nesse subcapítulo fazemos a análise da PNAB de 2017, optou-se por usar a nomenclatura fiel ao texto.

pagamento centralizado nesses indicadores, podemos afirmar que há uma disputa clara de modelo de atenção, de produção do cuidado.

E, na calada da noite, ainda no início do ano de 2020, o MS dá o golpe de misericórdia nos Nasf-AB e publica uma nota técnica afirmando que os gestores podem adotar qualquer modelo. Fica a cargo do gestor definir sua composição, carga horária e os arranjos das equipes. Os gestores podem vincular os profissionais que até então compunham os Nasf-AB às equipes da ESF, poderá manter o cadastro no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como equipe Nasf-AB ou pode cadastrar o profissional apenas ao estabelecimento de Atenção Primária, sem vinculá-lo a nenhuma equipe (Brasil, 2020).

O MS afirma ainda nessa nota técnica que deixará de cadastrar novas equipes do Nasf-AB. Em uma canetada extinguem-se essas equipes que surgiram no ano de 2008 como iniciativa do governo federal frente às limitações das equipes da ESF em lidar com as diferentes necessidades de saúde da população. A partir das experiências estaduais, os Nasf-AB vêm como resposta ao modelo fragmentado de cuidado ambulatorial, o qual limita o acesso, sobreposição de ações e não se relaciona com o sujeito a partir do seu modo de vida.

André, enfermeiro entrevistado, reconhece que sua proximidade com o Nasf-AB possibilita a ampliação do olhar para as necessidades de saúde da população. Ele diz que “(...) por estar próximo do NASF e o NASF está muito próximo da gente, acaba tendo essa preocupação também sobre as questões clínicas dos pacientes de saúde mental. A própria psicóloga pergunta como estão os exames de fulano”.

A possibilidade de retorno ao modelo fragmentado de cuidado é visível com a extinção do incentivo financeiro dessas equipes, uma vez que esses profissionais podem estar inseridos nas unidades básicas de saúde isoladamente, ou seja, deixam de atuar no modelo de equipe multiprofissional.

Mas afinal, com a revisão da PNAB em 2017 que altera o financiamento da ABS e as sucessivas alterações ocorridas a partir de então, mudam-se as práticas de cuidado? Por que nos sentimos tão vulneráveis diante da publicação ou extinção de uma portaria? Será possível falar em retorno ao modelo tradicional de produzir cuidado, como se o olhar ampliado para o sujeito estivesse consolidado com as versões anteriores PNAB? São questões que quero discutir mais a diante.

A política de morte se intensifica de todas as formas, frequentemente de forma direta, à queima-roupa como se pode acompanhar nos noticiários cotidianos, defendendo aqueles que têm o direito à vida, na oposição de quem deve morrer, como também indiretamente, atingindo políticas públicas que permitem a existência e manutenção da vida, como as políticas ambientais e as políticas de saúde.

Não é de hoje que o discurso da urgência, nesse caso a econômica, justifica as medidas de austeridade que, evidentemente, têm como alvo as políticas públicas e, consequentemente o pobre-preto-favelado. O poder apela para um estado de exceção, de urgência, juntamente com a ideia de um inimigo ficcional para exercer o direito de matar. A necessidade de revisão da política previdenciária, a guerra às drogas e ao crime organizado são alguns dos discursos implantados, repetidos cotidianamente para justificar a retirada de direitos e as incursões policiais desmedidas contra a população nas favelas.

Mmembe (2018) diz que o estado de exceção e a relação de inimizade tornaram-se a base normativa do direito de matar. Em tais instâncias, o poder (e não necessariamente o poder estatal) continuamente se refere e apela à exceção, à emergência e à noção ficcional de inimigo. Ele também trabalha para produzir a mesma exceção, emergência e inimigo ficcional. Ou seja, as ações do Estado contra parcelas da população, contra seus direitos, contra a vida são justificadas a partir de um discurso de defesa da sociedade que é, ao mesmo tempo, intervenção violenta na sociedade e produção de urgência contra um suposto inimigo. É um movimento que se retroalimenta.

Exemplo disso é a política econômica neoliberal. Ela defende a mínima intervenção do Estado na economia, o exime de sua responsabilidade na construção de políticas públicas que visam à diminuição da desigualdade social produzida pelas próprias ideias neoliberais, sob o pretexto do aumento da dívida pública e, consequentemente, a quebra das contas públicas.

Agrava-se a situação de vida das pessoas e, consequentemente, há um aumento da criminalidade. Supostamente para combater o crime e o inimigo ficcional, é dado ao Estado o direito de agir com violência contra a população pobre, que não fortuitamente, é majoritariamente preta. O próprio Estado produz a violência que ele promete exterminar, exterminando os pobres que ele mesmo manteve na pobreza.

“ gigante acordou”, cantavam os manifestantes no ano de 2013. Só não se tinha clareza que esse gigante brasileiro tinha a cara do facismo, do racismo, do preconceito, de completa intolerância com as minorias e que apoiaria o golpe parlamentar em 2016, defenderiam a ditadura e elegeriam Jair Bolsonaro para presidente do Brasil.

2.2 De volta para o passado: a Política Nacional de Saúde Mental

E os golpes se mantêm continuamente, ataques sequenciais surgem às políticas públicas de saúde brasileiras. Em agosto de 2017 a PNAB, a porta de entrada do SUS, a ordenadora da rede de atenção, depois, na sequência, a Política Nacional de Saúde Mental. A máquina do tempo parece não dar trégua, ela funciona sem parar, estamos retrocedendo, mas ao contrário do filme “ e volta para o futuro”, onde seus personagens estão imersos em um passado desconhecido, longínquo, tentando voltar para o futuro, o passado trazido pelas mudanças na Política de Saúde Mental muita gente conhece bem de perto.

Em outro momento da tese, escrevi me referindo ao termo desinstitucionalização o seguinte parágrafo: “Quando um conceito já é por demais conhecido, comunicado, quando está ‘na boca do povo’ perde-se um pouco seu significado inicial, suas intenções, ou ainda, corre-se o risco de reduzi-lo”. escrevo isso no final do segundo semestre de 2017, em dezembro, quando então é aprovada a Política Nacional de Saúde Mental, o que não passou despercebido na roda de orientação do dia 18 de dezembro de 2017. Esse fato fez emergir a necessidade de rever essa afirmação.

Eu poderia retirar aquele parágrafo e atualizá-lo, dizer de outro modo, com ressalvas. Todavia, optei por deixá-lo, gostaria de desenvolver uma tese que traga suas marcas, como se eu estivesse usando o recurso de revisão do Word, em que a parte reescrita do texto não é apagada, apenas aparece em outra cor, com um tracejado no meio. São quatro anos para se produzir uma tese, fazendo uma aposta nos processos, na importância de não se definir a priori onde pretendo chegar. Formo-me com o texto que construo, em ato, reavalio minhas práticas, revejo muitas certezas. Assim, gostaria de apresentar esse trabalho, mostrando suas marcas e os lugares por onde transitei para concluí-la, mesmo que de modo parcial e temporário.

Desta forma, propondo-me escrever sobre mais esse golpe, que se insere em um plano maior de destruição de políticas públicas e dos direitos da população, digitei no campo de pesquisa do oogle, por curiosidade, a frase “a atual Política Nacional de Saúde Mental” e a primeira página sugerida foi: www.abp.org.br/portal, página da ABP

- Associação Brasileira de Psiquiatria. Não é por acaso, pois as mudanças que surgiram na Política de Saúde Mental respondem diretamente à influência dessa associação nesse recente documento, contrariando completamente militantes e estudiosos da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, há mais de trinta anos, vêm sendo responsáveis pela transformação no modo de cuidar e estar com as pessoas em intenso sofrimento psíquico.

Logo após a aprovação, o então coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, junto com o diretor tesoureiro da ABP dizem:

ACABOU!!!!

Após quase 30 anos de uma política pública de Saúde Mental no Governo Federal, que desfocou o atendimento e gerou a desassistência na área da saúde mental, tivemos hoje uma decisão maiúscula, na CIT.

Após meses de reuniões, ampla discussão, um trabalho hercúleo, foi aprovado hoje, sem intercorrências, as novas Diretrizes para as políticas públicas de Saúde Mental no Brasil. Nela inclui tudo que sempre lutamos e mais itens para beneficiar nossos pacientes, vários, onde se inclui na RAPS: Ambulatório especializado com a presença do Psiquiatra, CAPS IV para áreas de cracolândia com equipe multiprofissional e o psiquiatra 24h, Enfermarias de psiquiatria nos Hospitais Gerais com equipe multiprofissional e presença obrigatória do Psiquiatra, Hospital especializado em psiquiatria, com leitos qualificados, política continuada de proteção e atendimento no sistema extra hospitalar para os pacientes crônicos, não podendo existir mais moradores de hospitais,devendo ocorrer a substituição de pacientes moradores por pacientes com quadros clínicos agudizados, Comunidade terapêutica médica e não médica, e etc. Inicia as políticas de prevenção ao suicídio com a presença dos estados e municípios nas atividades do Setembro amarelo e parcerias múltiplas. Vencemos uma batalha, mas teremos muitas pela frente para a implantação de todo o sistema e precisamos contar com a presença de todos. Agradecemos a todos pela ajuda continuada nesta luta. Abraço.

Antonio Geraldo e Quirino Cordeiro.

De acordo com o texto de repúdio às mudanças propostas, assinado por diferentes nomes da área, é a primeira vez que se aprova na CIT diretrizes contrárias àquelas deliberadas nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental. O texto ainda enfatiza que nem os Conselhos Nacionais de Direitos Humanos nem o de Política sobre Drogas participaram da elaboração das novas propostas, não sendo consultados em nenhum momento do processo, do mesmo modo que pudemos ver em relação às

mudanças na PNAB. O autoritarismo e medidas antipopulares são as marcas do governo Temer.

Foram dois os principais pontos criticados que poderão mudar o curso do processo de desinstitucionalização no país, que apresentou significativos avanços ao longo desses trinta anos. São eles: o expressivo incremento no financiamento das internações em hospitais psiquiátricos, reconhecendo os mesmos como parte da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) bem como o financiamento das comunidades terapêuticas, sendo também integradas à essa rede.

Ambas as medidas significam um retrocesso da Reforma Psiquiátrica brasileira no que diz respeito à qualidade do cuidado prestado, à garantia de direitos e produção de autonomia das pessoas em intenso sofrimento psíquico. Ao longo dos anos, acompanhamos importantes mudanças na legislação no que diz respeito ao financiamento e diretrizes do cuidado a essa população. Como se sabe, em 2001 foi aprovada a Lei 10.216 que prevê a substituição dos hospitais psiquiátricos pela criação de uma rede de serviços de saúde extra-hospitalares, de base territorial, visando a mudança de um modelo de atenção.

Assim, a proposta apresentada prevê, entre outras, um aumento no orçamento com vistas a fortalecer a RAPS, no entanto, de forma bastante tímida. O Ministro da Saúde na época, no dia 14 de dezembro de 2017, anunciou o credenciamento de somente 200 novas Residências Terapêuticas (RT), frente a um total de 919 solicitações de serviços já em funcionamento e em intenção de implantação nas diferentes partes do país.

Além disso, de acordo com os dados disponibilizados pelo Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em saúde (SAIPS), existem 829 solicitações de habilitação para CAPS e incentivos de criação de outros 750 serviços, como apontado no site da ABRASME (ABRASME, 2017). Por que, então, não priorizar essas solicitações e sim o financiamento dos atuais e novos leitos psiquiátricos, uma vez que existe disponibilidade orçamentária?

o aumento no orçamento para a “nova” política Nacional de saúde mental destina-se claramente ao financiamento de serviços hospitalares, das chamadas comunidades terapêuticas, geridas por entidades privadas, serviços que excluem o sujeito da sociedade e são responsáveis por uma série de denúncias por maus tratos e

violações de direitos, como aponta a auditoria realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2011).

As mudanças aprovadas pela CIT no final do ano de 2017 incluem a revogação de dois importantes artigos da Portaria 2.644 de 2009, o 2º e 3º artigo. Essa portaria tem por objetivo desestimular a internação de longa permanência em hospitais de grande porte, uma vez que garante um incentivo a mais para altas dadas aos usuários internados por menos de vinte dias e remunera de modo diferenciado os grupos de classes dos hospitais psiquiátricos. Desta forma, o repasse financeiro é maior para os grupos de classes de hospitais com menor número de leitos.

Com a revogação do artigo 2º e 3º dessa portaria, a atual proposta não difere a remuneração pelos leitos dos hospitais psiquiátricos, isto é, as instituições que ofereciam mais de 400 leitos, as quais recebiam um valor menor por leito, passam a receber o mesmo valor que os hospitais psiquiátricos com menor número de leitos. Assim, passam a ter um aumento de quase 100% no valor do serviço hospitalar, representando um forte incentivo para concentração de um maior número de leitos, garantindo maiores lucros. Com isso, também cancela o incentivo de 10% para internações curtas.

O valor diferenciado entre os grupos de classe dos hospitais psiquiátricos tem como base as avaliações do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, que apontam para a ineficácia das internações de longa permanência, bem como para má qualidade da assistência prestada. Ademais, com a nova proposta, encerra-se a transferência de recursos financeiros das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) aos municípios que desinstitucionalizarem as pessoas moradoras dos hospitais psiquiátricos para as residências terapêuticas.

Na portaria 2.644 de 2009, como meio de incentivar a transferência das pessoas internadas por longo período nos hospitais psiquiátricos para as residências terapêuticas, o município que aderisse a esse movimento de desinstitucionalização manteria o repasse financeiro das AIH, ou seja, não teria perda orçamentária por essas pessoas não estarem mais trancafiadas nesses hospitais. O encerramento desse repasse é um claro enfraquecimento do processo de desinstitucionalização, objetivo primeiro da Lei 10.216.

Na RAPS, instituída em 2011, o hospital psiquiátrico é excluído dessa rede por não ser considerado de modo algum uma alternativa para o cuidado de pessoas em

sofrimento psíquico. Formada pelos CAPS, UBS, Hospitais Gerais, Serviços de Emergência, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento, a também sofre alterações com as “novas” mudanças. É reconhecido como componente da RAPS, a partir de então, os hospitais especializados, ou seja, os manicômios, bem como as Comunidades Terapêuticas destinadas ao atendimento, por internação, de pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

O discurso é sempre de reconhecer, inclusive com suporte financeiro, esses serviços para qualificá-los. Voltamos ao passado mesmo! Afastamo-nos até mesmo da camada mais superficial do processo de desinstitucionalização, isto é, a desospitalização dos ditos loucos. Voltamos às propostas iniciais de “humanização” dos manicômios e mantemos sua estrutura excludente e, claro, lucrativa. Nem mesmo na “melhoria”, digo isso com muitas aspas, podemos apostar, uma vez que o Ministério da Saúde não esclarece as medidas que serão tomadas frente aos hospitais psiquiátricos descredenciados pelo SUS por não cumprirem as mínimas exigências.

Qualificar e fortalecer a rede se resume, para essa gestão, no aumento de leitos para internações, o que mais uma vez é contraditório, pois o próprio ministro Ricardo Barros usou como argumento, na exposição realizada na CIT, o fato que haver comprovações de que os leitos dos hospitais gerais estão esvaziados, sobrecarregando, assim, os leitos nos hospitais especializados. Por que deixar de fechar as vagas dos hospitais psiquiátricos com a saída dos antigos moradores se há vagas sobrando nos hospitais gerais? Por que manter em funcionamento os hospitais psiquiátricos se não for para responder aos interesses corporativos? A frase que mais se repetiu no discurso de Antônio Erlando e Quirino Cordeiro foi “presença obrigatória do psiquiatra”.

A inclusão das Comunidades Terapêuticas é uma afronta à Reforma Psiquiátrica. Neste momento, fico pensativa sobre como sobreviver até o final dessa escrita, quanto mais me aprofundo nas críticas, mais sou movida por afetos de muita revolta. A cada argumento utilizado pelo ex-ministro Ricardo Barros e representantes da ABP mais me sinto no conto de fadas “nova roupa do rei”: só os inteligentes veem suas boas intenções!

Sigamos com o texto, estamos chegando ao fim dessa rápida contextualização do momento que vivemos, mas estamos apenas no começo dessa luta. Nem tão no começo assim, pois, a Reforma Psiquiátrica, bem como a Reforma Sanitária sempre conviveram com tensionamentos, forças divergentes, são processos ainda inconclusos; talvez

possamos falar que nos últimos governos havia um cenário mais favorável às propostas dessas reformas.

Então, as comunidades terapêuticas (CT) são incluídas na RAPS. Fica previsto um aumento de 15 mil vagas em CT privadas. Esses serviços, geridos pela iniciativa privada, vão passar a receber recursos do MS e são considerados uma alternativa para o tratamento dos dependentes químicos. Uso esses termos intencionalmente para deixar claro o que está em jogo. Estamos falando de um modelo de atenção, estamos falando do domínio de uma psiquiatria conservadora como protagonista dessa cena.

Não é a toa que a categoria médica foi a única a comemorar as mudanças na política. Como dito mais acima neste texto, em 2011 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) fez uma série de inspeções coordenadas pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do CFP às diferentes comunidades terapêuticas espalhadas pelo país e, no ano passado, reafirmou os resultados encontrados.

Uma série de violações dos direitos foi encontrada nesses estabelecimentos, como trabalho forçado, imposição de uma cultura religiosa, tratamento vinculado à castigos, isto é, práticas desenvolvidas em desacordo com a Reforma Psiquiátrica e a política de direitos humanos. O texto publicado na ABRASME (2017) lembra que em 2013, no I Encontro da RAPS no Paraná, foi unânime a decisão de retirar as comunidades terapêuticas da rede psicossocial, pelos motivos listados e pela não comprovação da eficácia desse tipo de estabelecimento.

O surgimento dos CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) que têm a Política de Redução de Danos como norteadora do cuidado às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, ganhou notoriedade justamente pela ineficiência das ações de exclusão, pois o sujeito não é afastado somente das drogas, é afastado também de tudo o que fortalece e que faz sentido para sua vida.

O movimento de sucateamento de políticas públicas para justificar mudanças que respondem aos interesses privados é muito conhecido pelos governos neoliberais. Assim acontece na educação, com o sucateamento das Universidades Públicas, como justificativa para privatização. A política para o atendimento, de modo geral, de pessoas com sofrimento psíquico sempre foi subfinanciada, assim como todo o Sistema Único de Saúde.

É inegável que há necessidade de qualificação da rede de atenção, é evidente que existem lacunas para o acesso da população ao sistema de saúde, mas isso em nada se

assemelha ou serve de argumento para o retorno de práticas excludentes, desumanas, que geraram violações de todos os tipos às pessoas em intenso sofrimento mental. Não resistimos às mudanças em si, mas sim para onde se quer caminhar. O que está em disputa são modelos de atenção à saúde, o que nos faz reafirmar veementemente a aposta em um modelo universal, integral e equânime, que considere os sujeitos em suas múltiplas necessidades.

Medidas como as que aparecem no texto aprovado na CIT em dezembro de 2017 nos empurra para a máquina do tempo, de volta para o passado. Se elas se concretizarem na prática, vamos ver o enfraquecimento de uma rede de dispositivos que apostam no território como forma de cuidado, em uma rede que não inclui somente os serviços especializados no cuidado dessas pessoas, mas conta com um importante investimento na Atenção Básica de Saúde, com a Estratégia de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, para utilizar a nomenclatura da PNAB de 2012 (Brasil, 2011).

A loucura é parte da vida cotidiana, portanto, precisa transitar para fora dos equipamentos e discursos especializados. Transitar por lugares não especializados possibilita o olhar para o sujeito em outra perspectiva, considerando outras necessidades. Mais psiquiatras, mais psiquiatras pedem os bem-intencionados formuladores dessa proposta retrógrada. Na contramão do cuidado especializado, propomos o cuidado que se investe de um olhar para o sujeito, que amplie sua lente de atuação e promova melhores condições para vida das pessoas, a partir de sua realidade.

2.2.1 O ano de 2019: atualizando os retrocessos - Parte II

No início de 2019, Quirino Cordeiro, nomeado Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, publica a nota técnica, cujo assunto era: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Esse documento endossa o que já havia sido apresentado como a “nova” Reforma Psiquiátrica, que na verdade é uma contra-reforma Psiquiátrica. Entre os principais pontos, o texto afirma não existir serviços substitutivos e enfatiza que o governo federal deixa de apoiar, incentivar o fechamento dos hospitais psiquiátricos, bem como não apoiará o fechamento de ambulatórios especializados. “

desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos” (Brasil, 2019). O texto ainda afirma que com a nova política de Saúde Mental, a assistência em saúde mental no “deverá seguir as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas”. que é dito nesse documento pode ser traduzido por produção de conhecimento exclusivamente por evidências biomédicas que obedecem a certa concepção do que é ciência, negando o conhecimento de um conjunto de profissões que atuam na área.

O estabelecimento que mais representa a perpetuação do modelo manicomial de assistência às pessoas em intenso sofrimento psíquico é incluído na rede de atenção. A compra do aparelho para realização da eletroconvulsoterapia (ECT) passará a ser financiada pelo MS, compondo a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM). O manicômio e o eletrochoque são os principais símbolos da violência e punição perpetrada por longo período às pessoas não adaptáveis. Como a história nos revela, os manicômios também eram locais onde as famílias enviavam seus parentes que rompiam com as regras sociais da época.

O ambulatório especializado também é outro dispositivo que passa a ser incluído na RAPS. Esses serviços tendem a reproduzir o modelo asilar de assistência, centralizando o cuidado no saber psiquiátrico, com baixa articulação com os outros pontos da rede de atenção, tendo pouca condição de construir uma porta de saída, o que reforça o chamado “efeito-velcro”, alimentando imensas listas de espera (Paiano et al., 2016). A aposta que a RPB tem feito ao longo dos anos é no fortalecimento da Atenção Básica à Saúde como dispositivo importante para o cuidado em Saúde Mental. As unidades básicas de saúde são os dispositivos de maior capilaridade no território, estando mais perto de sua população. São serviços que funcionam como porta-aberta, assim como o CAPS, sendo a porta preferencial de entrada da população no sistema de saúde.

Nesse sentido, a qualificação desses profissionais para o atendimento em saúde mental é estratégia importante para o desenvolvimento do cuidado integral. Além disso, a ABS é referência para toda a população, independente de sua demanda, o que possibilita aos usuários de saúde mental se reconhecer para além dessa questão, contribuindo para desconstrução da segregação dessas pessoas.

Na mesma direção tomada em relação à substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos para leitos localizados em enfermarias dos hospitais gerais, o investimento

em uma atenção básica forte abre a possibilidade para construção do cuidado mais abrangente, balizado por uma clínica ampliada. Para além do cuidado em Saúde Mental – essa é a discussão central dessa tese. Diante desses retrocessos que atingem tanto a política de Saúde Mental, como a PNAB, com extinção das equipes do NASF, flexibilização no modelo adotado para ABS no Brasil, mudança de financiamento em ambas as políticas, o que podemos esperar?

É evidente que não há garantias, são apostas, são afirmações sustentadas pelo desejo de construção de outra lógica de produção do cuidado. As questões colocadas aqui não afirmam que estivemos até o momento livre da reprodução da lógica segmentada e manicomial do cuidado e, somente agora, a ameaça se aproxima. No entanto, os meios de que a sociedade se utiliza para sustentar os pactos sociais estão fortemente arraigadas no nosso cotidiano por meio do que está escrito: certidões, contratos, leis. E mais do que isso, em uma sociedade capitalista, o dinheiro é a ferramenta central para conduzir relações.

Para o casamento, a certidão de casamento, para a morte, a certidão de óbito, para a propriedade privada, o contrato de compra e venda, para o estudante, a matrícula, para as regras sociais, a lei, portarias e assim sucessivamente. Valemo-nos desses aparatos para guiar nossos modos de existir, de se relacionar. Nesse sentido, não é possível achar que é delirante ou superficial o perigo que se instala em nosso país com a chegada da extrema-direita no governo, sobretudo, considerando a recente história da democracia brasileira, que muito precisa avançar na democratização do acesso aos direitos fundamentais.

Tenho pensado o que nos coloca de modo tão frágil diante dessas mudanças na condução das políticas públicas. O que foi possível produzir até hoje, quais ferramentas podemos recorrer para resistir. Entendo que a forma de resistir é justamente pelo mesmo meio por onde se faz a captura, isto é, a produção de subjetividade. É sobre isso que quero conversar com você, leitor, mais adiante.

Guattari e Rolnik (1986: 134) no 3º Congresso de Cultura Negra das Américas, realizado na PUC –São Paulo em 1982 disse que:

A democracia talvez se expresse à nível das grandes organizações políticas e sociais, mas ela só se consolida, só ganha consistência, se existir, no nível da subjetividade dos indivíduos e dos grupos, em todos os níveis moleculares, novas atitudes, novas sensibilidades, novas práxis, que impeçam a volta de velhas estruturas.

Precisamos considerar o que se passa no plano molar e no plano molecular para compreender o campo de forças em que estamos mergulhados. Sim estamos mergulhados, estamos dentro, totalmente implicados com a produção da realidade. No capítulo anterior, nos debruçamos sobre as instituições que criamos e a serviço do que e de quem elas se sustentam, de que forma essas instituições norteiam a existência humana.

Agora, a partir dessa reflexão que se produziu com essa escrita atualizada, sobre o que nos torna tão vulneráveis ou se de fato estamos tão vulneráveis a essas mudanças que se dão no plano molar, no plano da construção de políticas públicas, quero conversar sobre sustentar ações em saúde alinhadas com a manutenção da vida, ou ainda, de vidas.

Molar e molecular não são opostos, não são polos que se opõem, não se referem ao bem e ao mau. De acordo com Guattari e Rolnik (1986), o molecular, como processo, pode advir do molar, assim como o molar pode penetrar no micro e cristalizar os processos. Nem mesmo funcionamos a partir de um e do outro. Nem tudo é pura criação, como nem tudo é passível de captura. Há sempre brechas, há sempre possibilidade de passagens, de construção de novos fluxos.

É preciso criar mecanismos que coloquem em questão os códigos que criamos e que regem nossas práticas, nossas relações, naturalizando processos que, na verdade, são construções criadas sob certas condições. Da mesma forma que a democracia se consolida nas subjetividades, como afirmam Guattari e Rolnik (1986), o mesmo propomos para pensar as práticas de saúde que desenvolvemos no cotidiano. Defendemos que as políticas públicas de saúde se assentam em um *ethos*, em uma postura, em um modo como estabelecemos o contato com o outro.

Para uma política deixar de ser uma política de governo para se tornar uma política de Estado, no sentido daquilo que pode permanecer a despeito da mudança de governo é preciso disputar o campo micropolítico, o campo de produção de subjetividades. Talvez seja isso que nos coloque em situação tão frágil dentro da problemática de produção do cuidado em saúde na Atenção Básica no momento em que o texto da política pública muda, se deteriora. Quanto avançamos nesse sentido?

Produzimos condições para passagem de outros modos de relações tão fundamentais para a realização de um cuidado calcado no paradigma ético-estético-político²⁶?

Peço ao leitor um pouco mais de paciência, a construção do meu pensamento está se dando agora, nesse momento. Não sei ainda onde vamos chegar e se tudo isso vai fazer algum sentido ao final dessa escrita. Gostaria de trazer ainda algumas notícias do município do Rio de Janeiro, agora perto, do desejado fim do governo Crivella, mas pode ser que não...

2.3 Enquanto isso... no município do Rio de Janeiro

*Pergunto se Amanda, trabalhadora da Atenção Básica, se sente motivada:
Ela diz:*

- Olha, passo por altos e baixos.

Nesse momento Amanda se emociona e eu conjuntamente me sinto afetada com ela. - Nos dois períodos de greve eu pensei, meu Deus, de onde vou tirar estímulo. E aí respira. Precisamos ressignificar tudo, fazendo terapia, conversar com os colegas e tomar uma cerveja com quem está sofrendo junto, conversar com a galera da velha guarda também é muito bom. A gente é de uma geração que só ganhou nos últimos tempos, nos últimos governos, foi sempre crescente. Nossa foi maravilhoso, agora caiu.

Pergunto a Amanda o que a faz ficar emocionada. Ela já com os olhos cheios de lágrimas me diz:

- Ah, acho que estou cansada. Estar cansada me emociona. Falar de um lugar de privilégio, reconhecê-lo também é difícil. Eu sou médica, e até quando estou sem salário, eu faço alguns plantões e resolvo isso. Preciso lutar pelos colegas mais frágeis, preciso manter “estamos juntos”. A luta do SUS não é da medicina. Falta isso nos colegas, fiquei muito na linha de frente, levei muita porrada. Agradeço a Amanda já bastante emocionada também. Agradeço por essa partilha. Terminamos essa conversa muito emocionadas por termos bandeiras tão parecidas

Ao mesmo tempo em que todos esses acontecimentos surgem no cenário nacional, inicia-se no Rio de Janeiro a queda do “Castelo de reia” da saúde pública municipal. Chamo de Castelo de Areia o grande investimento que houve para fortalecer

²⁶ O paradigma ético-estético-político é proposto por Guattari (1992). A dimensão ética é marcada pela escuta a partir do que se estabelece na relação presente, possibilitando outros modos de ser que se conectam com novas formas de vida não guiadas por valores transcendentais, morais. A dimensão estética aposta na criação de novas formas de subjetivação, obedecendo aos fluxos criativos da vida “como obra de arte”, abrindo-se para reinvenção das formas de ser, estar e sentir. A dimensão política, por sua vez, afirma os efeitos das nossas intervenções na realidade e criação dela.

a ABS no município nos dois governos do PMDB, que ocorreu de 2009 a dezembro de 2015.

O município saiu de uma cobertura bastante tímida da ESF, que beneficiava apenas 3,5% da população para mais de 65% da população coberta. No entanto, esse rápido crescimento sustentou-se no modelo privatizante das Organizações Sociais sem fins lucrativos. Por meio de um contrato de gestão, a prefeitura do município repassou a essas entidades a responsabilidade de gerir e organizar os serviços de atenção básica no Rio de Janeiro.

Foi também nesses oito anos que a prefeitura criou o programa de Residência Médica e de Enfermagem em Saúde da Família com o objetivo de qualificar esses profissionais para trabalharem na ABS. Essa também era uma forma do município fixar principalmente os médicos por pelo menos dois anos nos serviços, tempo em que dura a residência, dada a grande rotatividade da categoria.

No final de 2015, o então prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, não conseguiu eleger seu sucessor Pedro Paulo para os quatro anos seguintes, tomando posse do cargo Marcelo Crivella. Aí o castelo começa a ruir! Outro prefeito assumiu e os interesses não se mantiveram os mesmos, pelo menos não com os mesmos parceiros. Ainda no primeiro semestre do governo, o prefeito diz que só teria dinheiro suficiente para manter o repasse às Organizações Sociais até agosto do ano passado e assim a profecia de concretizou.

No dia 1º de agosto de 2017 a organização social IABAS anunciou o fechamento de onze Clínicas da Família na região oeste da cidade, devido a não renovação do contrato da prefeitura com essa OS. O fato não se concretizou, mas os acontecimentos seguintes desestabilizaram completamente a Atenção Básica do Rio de Janeiro, bem como os hospitais municipais e os serviços de Saúde Mental geridos da mesma maneira, que passaram a conviver com atrasos salariais, assédio moral, demissões, falta de insumos básicos, como papel A4, papel higiênico e até mesmo medicamentos imprescindíveis para muitos usuários com doenças crônicas.

O romance entre as organizações sociais e a prefeitura chega a seu fim, o encanto se quebrou. Não por uma questão ideológica do governo Crivella em se opor à administração indireta, claro que não. As críticas aos contratos de gestão só se sustentam para justificar o descompromisso com seu próprio slogan de campanha - “cuidando das pessoas” - passando a responsabilidade para o governo anterior. Nessa

relação quebrada, ficou o trabalhador terceirizado. Aqueles que puderam deixar o trabalho, assim fizeram, como muitos médicos. Outros que por necessidade ou por qualquer outra motivação se mantêm, continuam sofrendo com a queda do castelo de areia.

A crise no município não parece ter fim, uma vez que o prefeito cortou milhões de reais para a pasta da saúde para o ano de 2018. Os encontros com amigos e ex- colegas de trabalho sempre passam por desabafos. Pessoas que dedicaram sua formação para o SUS hoje se encontram seriamente feridas por todas essas sucessões de acontecimentos. Mesmo que não pareça ter sido desencadeada pela conjuntura nacional, uma vez que a crise municipal aflorou anteriormente, seria muita ingenuidade não perceber o alinhamento desses entes federativos.

É nesse contexto que fui a campo em uma Clínica da Família da zona norte do Rio de Janeiro no ano de 2019. Muito receosa, pois pareceu-me inoportuno trazer a problemática dessa tese em um momento de intensa desestabilização. Defini como critérios de escolha para o campo, o tempo de funcionamento da unidade, bem como o tempo de serviço dos profissionais de saúde e a presença de outros dispositivos da RAPS. Hoje, não mais componho uma equipe do NASF, o cenário é outro. Diante de tamanha desterritorialização, vejo o problema escapar, vejo a justificativa da tese se dissolver.

O ano de 2019 foi o terceiro ano de Crivella como prefeito da cidade. Nesse ano se mantinha, como ainda se mantém agora no início de 2020, o desmonte da saúde no município do Rio de Janeiro. É também nesse último ano, que Crivella busca apoio de Jair Bolsonaro mirando o processo eleitoral municipal. Marco isso aqui para afirmar o alinhamento do que viemos apontando no cenário federal com o município do Rio de Janeiro.

É também no primeiro mês do ano de 2020, mais precisamente no dia 17 de janeiro que a Organização Social Viva Rio anunciou a demissão de 5.339 trabalhadores e trabalhadoras da saúde, incluindo profissionais da ABS, Saúde Mental e UPA. A decisão foi justificada devido à decisão, unilateral, segundo o Diretor Executivo do Viva Rio, Rubem César Fernandes, do Prefeito Marcelo Crivella de encerrar o contrato.

A organização social afirma depender do repasse da Prefeitura para garantir os direitos dos trabalhadores no processo de demissão. Dias depois, o movimento “Nenhum serviço de saúde a menos”, criado no ano de 2017, quando houve aquela

ameaça de fechamento das 11 Clínicas de Família da zona oeste do município, começa a se mobilizar e orientar os trabalhadores e trabalhadoras a não assinar o aviso prévio até a realização das assembleias das categorias profissionais envolvidas.

No dia 21 de Janeiro de 2020, a justiça concede liminar contra o aviso prévio de funcionários da OSS Viva Rio. Dentro de todo esse cenário, os atrasos salariais se mantiveram. O que se iniciou em 2017 se manteve nos anos seguintes. Instaura-se mais uma vez a greve de médicos no município, dos enfermeiros a partir do dia 28 de Janeiro de 2020.

Não é por incompetência, é uma política, é um plano de governo, é o flerte com a morte. A morte do outro, a morte de vidas que não valem à pena. A população SUS-dependente tem cor, está localizada nas periferias dos grandes centros urbanos ou nas periferias dos centros econômicos deste país. O ataque às políticas públicas tem alvo certo.

A gente investe em uma formação, faz curso e aí você vê esse desmonte. Tentando acabar com vínculo, com o atendimento, aumentando a carga horária, hoje estou aqui, amanhã posso não estar. Eles não têm uma emergência de qualidade para atendê-los. Eles só têm a gente, eles não têm uma qualidade de vida boa, não têm saneamento, não têm moradia, violência. Eles só têm aqui. Os profissionais trabalham, têm todo um comprometimento, aí quando entram em greve, “até me arrepiava falar em greve”, começa a faltar medicamento, faltar pagamento, a gente sente que trabalhamos para nada. Parece que tudo que a gente fez até aqui se perde. O fio que a gente estava fazendo se perde. Então é assim, frustração. Às vezes dá a sensação que a gente tá remando contra a maré.

O CAPS está sofrendo muito com o corte de gastos o que implica na capacidade deles absorver os usuários. Nós, pela situação de incerteza, muitos não conseguem se manter, acabam saindo, o que prejudica o cuidado, o vínculo e a longitudinalidade, o que pode fazer com que essas pessoas achem que aqui não é o lugar delas, que a Clínica da Família não funciona, que tem que voltar o manicômio (Trabalhadores entrevistados)

2.4 A produção de subjetividades dominante e seus efeitos sobre a produção do cuidado

Duas histórias me ajudam a pensar as questões que pretendo desenvolver aqui. A primeira delas já contei acima, diz respeito ao fim do financiamento das equipes NASF. Quando houve o pronunciamento de que a formação dessas equipes não implicava em repasse de verbas aos Estados e municípios, a reação dos colegas que atuam nessas

equipes era de total revolta e também angústia. uvi umas tantas vezes: “os N F acabaram”, “não têm mais N F”.

No Distrito Federal, coordenava nessa época a gerência que tem, como uma das pautas, a coordenação dessas equipes do Distrito Federal. Perdi as contas de quantas mensagens recebi sobre o desfinanciamento e que decretavam o fim dos NASF. Estou às voltas com essa questão e não para minimizar a angústia e a preocupação dos colegas, que são minhas também. Entendo essa tomada de atitude do MS como expressão de uma disputa de modelos de atenção.

Contudo, me interrogo a partir da compreensão que tenho a respeito do trabalho dessas equipes ou mesmo das equipes de Saúde da Família. Esse modelo de organização da ABS balizado pela ESF questiona a visão biomédica da assistência à saúde, propõe que a produção do cuidado aconteça na relação entre profissionais de saúde e usuário, a partir do encontro entre sujeitos. Pois bem, isso exige a afirmação de um *ethos*, uma postura que tomamos diante do outro que está ali, que não é objeto de nossas intervenções.

Olhar para o outro que ali está e se interessar por aquele sujeito diz respeito ao modo como nos relacionamos na vida. Não é simplesmente uma técnica que podemos apreender e dominar para então exercê-la. Uma vez que isso começa a operar, pergunto: a mudança do modelo da Atenção Básica como vem ocorrendo nas normativas federais leva também às mudanças na forma como se produz o cuidado nesse cotidiano?

Da mesma forma, pensando o trabalho das equipes dos NASF. A proposta de atuação dessas equipes tem a ver com compartilhar o cuidado, trocar informações, propor e criar intervenções com que vem do outro, seja esse outro os colegas profissionais de saúde, seja o usuário. Quando essa forma de produção do cuidado se dá nesse cotidiano, o que faz esse trabalho desaparecer?

As normativas nunca garantiram o modo como acontece a produção de cuidado nas unidades de saúde. Dissemos o tempo todo que elas não garantem, que não dão conta de exercer o cuidado baseado em uma ética de afirmação das diferenças. Por que então, uma nota técnica de extinção dos NASF parece ser sinônimo imediato do fim de uma política?

Ainda na linha desses questionamentos, a segunda história também traz elementos para pensar o lugar da subjetividade no campo de produção do cuidado em saúde. Em uma das orientações que presenciei com o grupo de pós-graduandos do qual

faço parte, discutíamos a questão da Política de Humanização, a PNH. Em certo momento, nosso orientador, que compôs o grupo de formuladores dessa política, relata-nos que foi uma decisão daquele grupo que estava atuando no MS não ter uma portaria regulamentando essa política, o que precisou ser fortemente afirmado e sustentado à época.

Nesse momento da orientação, já havia sido feita uma pergunta sobre a vigência ou não dessa política. Essa política ainda existe? Entendemos ali que sim. Nossa colega falava o quanto sua prática na relação com os usuários, com os alunos de graduação do hospital onde trabalha tinha como diretriz essa política, o quanto essa política possibilitou outras trocas entre os trabalhadores daquele serviço. Então coloquei como questão nesse dia: se não tem portaria, não tem o que ser revogada. Desta forma, como se sabe se ela ainda está vigente ou não? O que faz essa política ser compreendida como estando vigente ou não?

Todas essas questões me levaram a pensar o lugar da produção de subjetividades na efetivação dessas e de outras políticas. Essa escrita vem sendo disparada desde o momento da qualificação quando a banca apontou as limitações da PNAB, nas suas diferentes versões, para a construção de outra forma de cuidar que se dá no cotidiano das equipes de SF. O tom catastrófico que o texto foi tomando, sobretudo nesse capítulo, ao situar no tempo e no espaço as mudanças nas políticas de saúde a partir 2016, faz parecer que o que se dera antes de 2017 estava efetivamente fazendo valer o ideário de democratização da saúde no país.

Sem abrir mão do tom catastrófico, até mesmo por não ser possível diante do momento em que vivemos, mas atenta àquilo que excede quando se está demasiadamente implicada com a problemática que permeia as políticas de saúde, quero propor essa discussão em torno da produção de subjetividade.

Na perspectiva que proponho trazer aqui, não é possível falar de subjetividade em geral, nem mesmo na ideia de um sujeito universal, em uma suposta natureza humana, mas em sujeitos que se constituem na experiência social, a partir dos trajetos singulares que compõem a vida das pessoas, permeados pela família, escola, rua, o corpo, a cidade, amigos, o trabalho.

Guattari e Rolnik (1986) propõem a ideia de uma subjetividade “de natureza industrial, maquínica”, portanto, fabricada, modelada, que atravessa os sujeitos e é consumida por eles. Nesse sentido, a subjetividade não é algo que nasce do interior do

indivíduo, da história da vida privada de cada um. Ela não se situa no campo individual, mas ao contrário, ela se dá no campo social, no campo das relações.

Ela está em circulação no campo social e é consumida por indivíduos em suas existências particulares. A produção de subjetividades define formas de perceber o mundo, de se relacionar, de ordenar a sociedade. Diz respeito ao comportamento, à sensibilidade, aos modos de ser e estar no mundo, modos de pensar, de produzir valores entre coisas e pessoas. Estamos falando do campo da economia subjetiva, de criação de sujeitos e de sociedade.

Da mesma forma que no capítulo anterior falamos da criação de instituições no plano macropolítico, no campo micropolítico situa-se a problemática da produção de subjetividades (Guattari & Rolnik, 1986). Desta forma, os modos de ser, de viver são produzidos, criados a partir de máquinas de subjetivação. Isto tudo pode ficar mais claro, mais evidente quando comparamos seres humanos de lugares diferentes no mundo.

São inúmeras as formas de vida, de valores, de crenças, de comportamentos possíveis de serem encontrados. “ produção de subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção” (Guattari & Rolnik, 1986:28), fazendo com que toda mudança social, toda revolução que se dê no nível macrosocial também diga respeito à produção de subjetividade. Para que certa realidade se constitua, é preciso disputar o campo de produção de subjetividade.

Guiada por essa linha de pensamento, da produção de subjetividade como algo que atravessa os indivíduos e modela as formas de existência, deparamo-nos com um campo importante para pensar a consolidação das políticas públicas da saúde. Peguemos a ideia de produção de cuidado que as versões anteriores da PNAB têm sustentando ao longo desses anos.

De forma bastante resumida, a produção do cuidado diz respeito às relações entre diferentes sujeitos, com realidades distintas, que devem ser incluídas no manejo clínico de cada situação. Para tanto é necessário o exercício da escuta, do acolhimento, de uma postura empática diante daquele que sofre, incluindo a singularidade dessa experiência. É preciso se interessar pelo outro que ali se encontra para que de fato se estabeleça um diálogo. “ olhar para além da doença”, essa deve ser a linha guia dos profissionais de saúde que pretendem ofertar outras formas de produzir cuidado em saúde.

Esses sujeitos que compõem a cena, o profissional de saúde e o usuário estão localizados em um determinado tempo e espaço, em uma determinada sociedade, sustentada por certa cultura, por certas formas de subjetivação. Se acima falamos que a produção de subjetividade modela as relações, de quais modos de subjetivação hegemônicos estamos falando? Que máquinas os produzem? Eles oferecem condições para que essa forma de produzir o cuidado em saúde se efetive?

Quero me ater a duas diretrizes hegemônicas de institucionalização que entendo serem fundamentais para pensar as relações entre os sujeitos, que produzem modos de ser e estar no mundo e, conseqüentemente, produzem efeito na produção do cuidado: o capitalismo e a escravidão no Brasil. Aqui, sinalizo o desvio que se deu na tese no que diz respeito ao problema de pesquisa.

Ao propor a análise do cuidado produzido na ABS aos usuários-loucos, considerando sua capacidade de enxergar, ou não, para além das questões psiquiátricas, foi ganhando centralidade o questionamento em torno da não consolidação do processo da desinstitucionalização da loucura, das políticas públicas de saúde, sobretudo da Política Nacional da Atenção Básica.

Os limites dessas políticas para transformação das práticas de cuidado no cotidiano das unidades básicas de saúde ganham visibilidade maior quando se trata da loucura permeando esse espaço. Sua condição desestabilizadora coloca em questão, de modo mais evidente, o cuidado ainda muito normatizado, protocolizado ofertado na ABS. A loucura desestabiliza o automatismo do cuidado ofertado, pois pouco responde de forma satisfatória a ele. É nesse sentido que reconhecemos a especificidade desses usuários para questionar a produção do cuidado nesse ponto da rede.

Tomando o eixo da produção de subjetividades, a discussão que se dará daqui por diante pretende resgatar um debate negligenciado ao longo dos anos, nas formulações das políticas de saúde, mesmo dentro do campo da saúde coletiva, por respeitados sanitaristas que fizeram diferença na luta contra a hegemonia do modelo biomédico de cuidado, que afirmaram a importância do uso de tecnologias relacionais e afirmaram a saúde como direito de todos.

2.4.1 Capitalismo e escravidão: com quem você pensa que está falando?

Nesse período todo, teve seis meses de greve. Pergunto se ela percebe se o trabalho dela mudou, ela diz: muito, não só por isso, mas a população está

mais adoecida, tem o aumento da violência, a mudança do governo. Acho que adoeceu muito a população, a população pobre e preta sendo dizimada silenciosamente. Tenho vários paciente mortos que não são noticiados, filho de ACS que morreu na semana passada e não é noticiado. Digo que concordo, que se trata de um projeto e que é na porta da saúde que as pessoas vão bater (Amanda, médica entrevistada).

O capitalismo, como Guattari e Rolnik (1986) compreenderam, é mais que um modelo econômico, rege mais do que os mecanismos de compra e venda. O capitalismo globalizado ultrapassa fronteiras, produz intensa massificação dos modos de vestir, de se alimentar, de sentir, de amar, de consumir. Cria-se a necessidade de consumo e quando nos damos conta, estamos lá trocando o celular por um mais novo, comprando um carro zero, jurando de pés juntos que é necessário um “ pple watch” que vibra em nosso braço quando recebemos uma mensagem.

A velocidade com que consumimos as mercadorias, com que trocamos, atravessa as relações que vivemos. Tudo e todos são substituíveis e a necessidade de consumo, de trocar uma coisa por outra, de um pelo outro, não cessa. É o tempo todo. Na era virtual, troca-se as relações de carne e osso pela telinha do computador ou do aplicativo do celular. A era digital aproxima as pessoas e afasta aquelas que estão mais próximas. No capitalismo tempo é dinheiro, então o tempo que não se converte em dinheiro é rechaçado. Imoço em um “*fast food*”, não tiro férias, borro as fronteiras entre o trabalho e o lazer através do *homeoffice* sem me dar conta que o trabalho engoliu quase todo nosso tempo.

Na versão neoliberal do capitalismo, em que o capital atinge seu ponto máximo de regulação da sociedade, Mbembe (2014) dirá que para pensamento neoliberal o tempo, o curto tempo, é convertido em força produtiva na forma-dinheiro. Nessa linha, tudo e todos podem obter um valor no mercado, tudo pode ser convertido em mercadoria. Esse movimento caracteriza-se também pela produção da indiferença, a estruturação da vida social em normas, categorias e números, expandindo lógicas empresariais para todos os tipos de relação (Mbembe, 2014).

Assim “esse homem-coisa, homem-máquina, homem-código e homem-fluxo” (Mbembe, 2014:15) regula sua vida a partir das normas de mercado e tudo e todos passam a ser medidos pelo dinheiro. Podemos relacionar algumas invenções contemporâneas a isso: os pagamentos por desempenho, a relação custo-benefício calculada nos mais diferentes contextos e até mesmo a flexibilização da carga horária de

trabalho tem como objetivo aumentar a produtividade dos trabalhadores. O lazer só é aceito como condição para o aumento da produtividade.

Condenado à aprendizagem sem fim, desde a infância, ao modo *fast-food* de vida, o sujeito entra em um funcionamento automatizado, alienado de si mesmo, aceita sua condição de ser solúvel e descartável para continuamente se transformar e outra coisa, com a rapidez que o modo de vida capitalista exige para manter a roda do capital girando. Essa fugacidade infligida aos homens, a esta característica descartável e solúvel instituída como forma de vida generalizada no mundo global, Mbembe (2014) chamou de *devir-negro do mundo*.

Quando percebemos estamos mergulhados em um sistema que fomenta a competição e não a solidariedade. Para não desaparecer, nós humanos precisamos nos manter produtivo para o capital, pois nossas vidas serão avaliadas sob esse prisma. Crianças são consideradas potenciais trabalhadores, idosos e pessoas portadoras de alguma doença são despesas para sociedade. Nessa disputa por um lugar ao sol, o outro é um concorrente e não aliado.

Como disse hooks (2019) os modelos ocidentais construídos a partir do capitalismo e imperialismo estão mais voltados para as pessoas do que para sociedade, afirmando que o bem individual se sobrepõe ao bem comum e que, assim, mais vale as mudanças individuais do que as mudanças coletivas. Passamos mais tempo olhando o celular, do que em um almoço com alguns amigos. Sem nos darmos conta, logo estamos achando ótimo ter a piscina no prédio, ter academia, padaria, câmera de segurança, porteiro 24h para nos fazer sentir mais seguros em um sistema que vive da desigualdade, que vive da exploração violenta e violadora de direitos.

E assim, com a produção do individualismo exacerbado, do esvaziamento dos espaços coletivos, esvazia-se a possibilidade de se revoltar contra tudo isso. É impressionante a capacidade da lógica capitalista de produzir corpos dóceis, fazer que o próprio trabalhador defenda o fim dos seus direitos ou que o faça acreditar que esses direitos estagnam a economia, o que justifica a falta de crescimento econômico do país.

Essas maquinarias que o sistema capitalista vai produzindo para se manter, afeta diretamente as relações humanas e, conseqüentemente a relação entre o profissional de saúde e o usuário, pois esses sujeitos estão inseridos nessa sociedade que modela as formas de relação. Os meios de codificação hegemônicos enfraquecem nossa relação

com o corpo vibrátil, com a potência de criação do desejo (Rolnik, 2007) e quanto mais distante se está desse regime de sensibilidade, mais distante está o gesto criador.

Ao mesmo tempo em que o capitalismo produz certo modo de ser e estar no mundo, garantindo a reprodução de sujeitos serializados para continuar a existir, e aí estou me referindo aos diferentes sujeitos – pobres, ricos, pretos, brancos, homem, mulher -, no campo econômico-material, cria-se riquezas cada vez mais concentradas e produz-se pobreza, cada vez mais difundida, o que irá gerar a estratificação da sociedade em diferentes classes sociais, que estarão intimamente ligadas ao seu poder de consumo e concentração de renda.

O que vemos é a disseminação, a homogeneização de modos de ser e estar no mundo, alicerçado nos valores e comportamentos individualizantes, mantendo a máquina capitalista em funcionamento e, concomitantemente, o capitalismo intensifica a diferenciação hierárquica entre os sujeitos localizados em diferentes classes sociais. Essa diferenciação desses os sujeitos por sua condição econômica é fonte importante de preconceitos por parte daqueles que estão no topo dessa cadeia hierárquica para com aqueles que estão na base dessa pirâmide social, bem como produz a subalternização desses aos interesses daqueles que possuem maior poder aquisitivo.

Essa estratificação da sociedade em classes sociais está fortemente ligada aos acontecimentos históricos de exclusão e violência, como o longo período de escravidão. Não é por coincidência ou demérito que pretos e pardos compõem, em sua maioria, a base oprimida da sociedade brasileira. A menor mobilidade dessas pessoas em ascender a melhores condições de vida está fortemente associada ao caráter racista e sexista da sociedade.

O que estou querendo dizer é que no capitalismo, têm-se a produção massificante de modos de existir no mundo e de se relacionar, e aí quero dizer que os diferentes sujeitos, ricos, classe média, pobres expressam, dão corpo à subjetividade capitalística reproduzindo discursos e práticas que dão continuidade a forma contemporânea da sociedade, como também contamos com opressão de uns sobre os outros a partir do preconceito racial, gênero e condição socioeconômica.

Há uma dimensão comum do capitalismo que se propaga em todas as camadas sociais, como a individualidade, a concorrência, o consumo como forma de ascender socialmente, a disseminação de padrões de vida, de existência, de relações. Todavia,

esses discursos e práticas são acessados por alguns poucos, excluindo boa parte da população qualificada como inferior, incapaz.

Portanto, nesse sentido, dar passagem, produzir modos revolucionários de existência não é o mesmo que reivindicar somente melhor distribuição das riquezas e garantir melhores condições de vida para população, como pudemos ver nas sociedades da chamada social-democracia europeia que, pelo contrário, foram solo para o desenvolvimento do capitalismo, protagonizando o longo período de expansão territorial com a colonização de diversas sociedades e exploração de suas riquezas. Um pensamento radical propõe uma ruptura com o *modus operandi* do capitalismo.

Hooks (2019), sobre o desenvolvimento de uma teoria feminista traz contribuições fundamentais para pensar a construção de outras formas de sociedade. A autora diz que a ideologia “atomística, competitiva, do individualismo liberal” (p.37) tem capturado o pensamento feminista e por isso tem afetado o potencial de radicalização da luta feminista. Nesse sentido, hooks (2019) afirma que para resistir a essa cooptação é preciso construir uma nova teoria, de forma que o pressuposto não seja a lógica do individualismo liberal.

Mais adiante, a autora diz que o “(...) feminismo radical trabalha pela erradicação da dominação e do elitismo em todas as relações humanas” (hooks, 2019: 49). Isso exige o fim da sociedade tal como a conhecemos. Lutar contra a opressão sexista exige o compromisso com o fim da dominação presente na cultura ocidental nos diferentes níveis, bem como com o desenvolvimento de uma sociedade que acabe com a centralidade do imperialismo, da expansão econômica e os desejos materiais (hooks, 2019).

A teoria feminista nos ajuda a pensar sobre o que significa quando estamos falando de produção de subjetividade capitalista e de como ela afeta as relações entre as pessoas e, conseqüentemente o que significa romper com os mecanismos dessa produção em série. A luta feminista na sua radicalidade não pretende beneficiar uma parte das mulheres, uma raça ou classe social específica de mulheres (hooks, 2019), nem tão pouco diz respeito somente à igualdade de direitos entre homens e mulheres, ainda que se trate de um aspecto importante não alcançado.

O feminismo propõe o rompimento com toda e qualquer forma de opressão de uns sobre os outros, portanto, dão diz respeito apenas às mulheres ou a defesa da supremacia dessas sobre os homens, trata-se da erradicação de um modo de estabelecer

relações, de se comportar, de pensar, de existir na sociedade (hooks, 2019). Portanto, um movimento feminista que não coloque em questão as desigualdades sociais, os privilégios, a supremacia de alguns poucos sobre os outros tantos não rompe com a estrutura social, pelo contrário, contribui para sua manutenção.

Pandemia de 2020 – COVID-19. Pode parecer que estou mudando de assunto abruptamente, mas não, o assunto continua o mesmo, continuo nos esforço para que você que me lê, possa compreender a complexidade da proposta que apresentamos nessa tese sobre as políticas de saúde, especificamente Atenção Básica e Saúde Mental e o quanto não é trivial sua proposta quanto à produção de outro modo de estabelecer o cuidado em saúde.

Solidariedade, empatia, escuta, olhar para o outro podem parecer meras ideias do senso comum ou então, pode parecer que basta ser humano para estabelecer relações mais cuidadosas. Por vezes falamos em relações mais humanas, humanizar as relações para produzir o cuidado, como que pudéssemos apostar em uma essência “boa” dos seres humanos. No entanto, o que dificulta sua construção? Por que estabelecemos relações violentas com o outro, relações que apaga o outro? Se é do ser humano ser empático, por que nos deparamos com tamanha vulnerabilidade diante das mudanças das normativas das políticas públicas de saúde?

É essa questão que nos persegue e abre para construção desse pensamento que estou desenvolvendo nesse capítulo. Pois bem, pandemia da COVID-19, o período que iniciou em Março de 2020 para nós brasileiros, primeiro na China e em países Europeus é bastante ilustrativo sobre as relações humanas em tempo de capitalismo global. Escancara em grau quase insuportável essas questões que atravessam os modos de ser e estar no mundo e, evidentemente, impacta na produção de cuidado em saúde.

Por vezes me sinto como naquela cena do filme *Laranja Mecânica* em que uma máquina mantém os olhos do personagem aberto, sem poder fechá-los, expondo as cenas de horror, diante do que é insuportável, como forma de tortura. A pandemia deu visibilidade, mais uma vez, a uma série de questões, entre elas o privilégio de classe de quem pode ficar em casa, o privilégio de raça, apresentando dados estatísticos em que se constata o maior número de vítimas fatais do vírus entre pessoas negras em comparação às pessoas brancas, a herança escravagista de nossa sociedade nas relações entre patrões e empregados, o individualismo da elite brasileira que mais uma vez, se coloca em melhores condições de preservar a própria vida.

Nesse contexto de pandemia, recordo-me de duas situações que me fazem questionar a estrutura de nossa sociedade e como ela pode intervir nas relações que se estabelece entre profissional de saúde e usuário. A primeira foi quando participava com colegas de trabalho de uma conversa sobre a coletiva do agora ex-ministro da justiça, Sérgio Moro, do governo Bolsonaro. Todos que ali estavam não eram do rebanho Bolsonaro, mas uma médica, branca, de cabelos loiros disse que adorava o Moro, se contrapondo ao meu comentário à figura desse ex-Juiz.

Entendi de imediato que estava diante de alguém que não se identificava imediatamente com o presidente, mas era do clã anti-PT e possivelmente acreditava que esse partido criou a corrupção no país e que Sérgio Moro era a representação máxima de oposição à corrupção. Pensei, naturalmente, que estava diante de alguém que era contra o Programa Bolsa Família, contra políticas de cotas nas universidades, que defendia a meritocracia e, ainda, possivelmente, não percebia seus privilégios, menos ainda, como alguém passível de cometer atos racistas.

Mesmo correndo o risco de estar enganada, pensei naquele momento. Como será que essa médica percebe seus usuários? Usuários esses que são de uma cor e condição econômica bem distante da realidade dela. A médica em questão não parece ser alguém insensível, alguém em que não haja nenhuma abertura para o diálogo, para troca, pelo contrário, já discutimos alguns casos, acordamos consultas conjuntas com usuários que apresentavam algum grau de sofrimento mental.

Estou dizendo isso para esclarecer que não se tratava daquele clássico profissional da medicina que se comporta como autossuficiente e detentor do saber. Aí que está a questão: muitas vezes nessas situações fica mais difícil tomar consciência sobre nossos modos de atualizar preconceitos, a dominação e opressão. Esses comportamentos se tornam quase que invisíveis, imperceptíveis, até mesmo para aqueles que são receptáculos dos atos violentos.

Outra história me fez pensar nas reverberações para produção do cuidado em saúde quando estamos diante de pessoas que expressam claramente apoio a comportamentos que se contrapõem à vida. Uma gerente de UBS postou em sua rede social uma foto na manifestação realizada em Brasília contra o isolamento social, ironizando a gravidade da situação, bem como o presidente genocida.

Essa profissional de saúde está coordenando uma UBS, é ela responsável por organizar o processo de trabalho nesse contexto de pandemia. Alguém que é contra o

isolamento social e ameniza esse cenário e, ao mesmo tempo, precisa organizar a assistência em saúde naquele lugar, garantir a segurança dos servidores que atendem a população. População essa que já começa a sofrer o impacto em sua condição de vida, impacto sobre sua vida.

Ambos exemplos não dizem respeito à pessoalização dessas ideias e comportamentos, nem tão pouco, trazê-los aqui visa à culpabilização dessas profissionais em particular, como se se tratasse que algo delas, de sua natureza, índole, caráter, ou que algo nesse sentido. Eu também não iria pela linha determinista de dizer que, em decorrência disso, se esvai a possibilidade de estabelecer com essas profissionais de saúde e tantos outros relações de cuidado com usuários do sistema.

Quero dizer que não considerar essas questões que estruturam nossa sociedade, não pensar os sujeitos como efeitos também desses acontecimentos históricos (e aqui estou chamando atenção para o modo capitalista de produção de subjetividade) dificulta a construção de outras formas de relações entre os diferentes sujeitos e, conseqüentemente, contribui para reprodução de relações opressoras, também presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

A população SUS-dependente é composta majoritariamente por pessoas localizadas na periferia dos grandes centros urbanos, é preta, com menor nível de escolaridade quando comparada às pessoas brancas, tem vínculos empregatícios frágeis ou mesmo nenhum vínculo. Muitas vezes vivem no imediatismo de suas necessidades básicas, como alimentar-se, vestir-se concorre com o cuidado de si. Carregam em sua bagagem uma série de experiências de violência, algumas vezes evidentes, outras vezes nem tanto.

Do outro lado da mesa. Normalmente há uma mesa entre o profissional de saúde e o usuário, está aquele que detém as condições de revelar e tratar a queixa do usuário. Este tem curso superior, tem todas as refeições garantidas, tem moradia, recebe um salário fixo, tem condições de ir de vir. Se for médico, provavelmente é branco, vem de uma família também de médicos e não faz ideia o que é viver o preconceito simplesmente pela cor de sua pele.

Ambos, usuário e profissional de saúde, têm a subjetividade capturada pelo discurso e ideias do capitalismo. Ambos vislumbram certo padrão de vida, tanto no âmbito econômico como social. Esse é o lado “democrático” do capitalismo, a captura

de subjetividades. Contudo, somente a um deles será garantido o privilégio “de ser alguém na vida”.

Essa estratificação de classes, da dominação de uma sobre a outra, da desqualificação dos pobres são questões que não ficam de fora de uma unidade de saúde ou podem ser ignoradas pela apreensão de uma técnica, como a “escuta qualificada”. Ignorar esses atravessamentos pode ser a melhor forma para manutenção de relações opressoras e objetificadoras.

Além de toda essa lógica de relações que o capitalismo mundial produz, tenho pensado sobre os efeitos do processo de escravidão brasileira nesse cenário, para pensar a relação entre o trabalhador de saúde e a população atendida. O Brasil foi o último país da América latina a abolir a escravidão. Depois de 400 anos raptando e escravizando os negros oriundos do continente africano, foi decretada a Lei Áurea em 1888.

Antes de seguir com meu pensamento, quero compartilhar com o leitor como a questão racial começou a tomar conta do meu pensamento. Durante a banca de qualificação dessa tese, um dos presentes na banca trouxe a discussão de que a dificuldade, as barreiras para a realização de um cuidado integral não era exclusividade do sujeito louco. Muitos usuários independentes de sua condição de saúde recebe uma atenção focalizada, centrada na sua queixa, que será traduzida em sinais e sintomas para definição da intervenção.

Sim, não questionaria essa afirmação e não ousaria dizer se que trata de uma exclusividade vivida pelo louco na UBS. No entanto, há uma especificidade da experiência de “portar” um diagnóstico em saúde mental por toda a história que já foi levantada aqui, no que diz respeito à relação que a sociedade desenvolveu ao longo dos últimos séculos com essas pessoas.

O movimento da Reforma Psiquiátrica e a ampla literatura sobre Saúde Mental na Atenção Básica apontam para a necessidade de produções acadêmicas nessa temática. Os profissionais entrevistados para o diálogo com essa tese, também parecem reforçar a especificidade dessa relação, como aparece na fala de Juliana apresentada na Introdução. Todos os profissionais relataram a pequena carga horária, seja em forma de disciplina ou estágios durante sua formação profissional na temática de Saúde Mental e como isso afetou o início dessa aproximação com esses sujeitos.

Estou relatando essa intervenção que aconteceu na qualificação porque ela me pareceu ter uma relação com que quero trazer agora: a história do racismo na sociedade

brasileira para pensar a produção do cuidado em saúde. Essa afirmação de que tem um comum no modo como os profissionais de saúde produzem cuidado me fez pensar no que homogeneiza essa população, o que há de comum entre essas pessoas, que podem justificar a reprodução de práticas de saúde pouco acolhedora.

Dissemos de modo mais superficial no Capítulo 1 e desenvolveremos no Capítulo 3 a ideia de que isso tem relação com produção do saber científico que se desenvolveu na era moderna. Dissemos também que a lógica de organização da sociedade capitalista também afeta as relações entre as pessoas. Não somente pelas suas características individualizantes e de estímulo à competição, como também pelo surgimento de diferentes classes sociais que se formam nesse contexto, criando relações hierárquicas entre elas, portanto, produtoras de gradientes diferenciados de poder, de prestígio, de privilégios.

Abolição da escravidão e capitalismo se entrecruzam, pois a lei que decreta a liberdade dos negros e negras no Brasil foi consequência da pressão interna, comandada pelo movimento abolicionista, como também resultado da pressão externa, sobretudo da Inglaterra por conta da modulação do modo de produção capitalista que estava em curso, a qual passava da versão mercantilista escravocrata para essa nova fase, desde o final do século XVIII, com a Revolução Industrial. Com a consolidação do capitalismo como modo de produção fabril, surge, consequentemente, a classe assalariada operária na contramão do modo escravagista de produção que ainda permanecia em nosso país.

Ganha destaque nessa história a figura da princesa Isabel, quem então assinou a lei da abolição. Contudo, o protagonismo dado a ela na historiografia brasileira, contada nos livros didáticos que lemos nas escolas é consequência de um processo de embranquecimento de nossa história. Então, uma representante da realeza, branca, por meio de gesto nobre, livra os negros da escravidão, desconsiderando toda pressão interna e externa que havia, sobretudo dos movimentos de insurreição dos negros escravizados que formaram os quilombos em nosso país.

Após a proclamação da lei que coloca fim à escravidão institucionalizada, essas pessoas por anos escravizadas foram extirpadas de qualquer acesso à educação. A elas foi proibido por lei adentrar à qualquer instituição de ensino, impedindo que negros e negras se beneficiassem de mecanismos de integração e mobilidade social. Pelo contrário, os indenizados por ter perdido “suas propriedades” foram os senhores de

terras. Ou seja, a figura do Estado foi central para manutenção da exclusão das pessoas negras da sociedade mesmo após a abolição.

Portanto, além do longo período em que essas pessoas foram apartadas de sua cultura, afastadas de suas famílias e filhos, tiveram sua liberdade castrada, foram torturados, abusados sexualmente, o processo de abolição não contemplou políticas públicas para garantir a subsistência dessa população. Sem estudo, sem emprego, sem terras para prover seu sustendo, as pessoas antes escravizadas foram abandonadas a própria sorte sem nenhum tipo de política reparadora. Ainda hoje, há fortes barreiras de acesso à educação, à moradia, à saúde, ao lazer impostas às pessoas negras.

Nesse período a elite brasileira estava voltada para construção de sua própria identidade enquanto Estado-Nação, uma vez que o Brasil já era considerado um país independente algumas décadas atrás. Essa elite, descendente da Europa, se espelhava na cultura europeia para definir hábitos, comportamentos, pensamentos em torno da concepção europeia de desenvolvimento e civilização. O império vislumbrava o futuro de uma nação brasileira a partir da imagem internacional de progresso, que pudesse colocar o país na esteira do modelo econômico capitalista e assim, garantir um mercado para escoar sua produção predominante de matéria-prima.

Ter como imagem-objetivo o mundo europeu implicou, entre outras coisas, na constituição de uma sociedade branca, fazendo surgir uma série de mecanismos para consolidar esse ideal de embranquecimento. Com isso, objetivou-se aumentar a quantidade de brancos no país com incentivo à imigração europeia. O país financiou a vinda de europeus para o Brasil, ofertando o traslado, a cessão de terras e condições para que pudessem iniciar o trabalho agrícola. Portanto, para garantir a mão-de-obra nas terras brasileiras e o mercado consumidor, quando houve o fim da escravidão, os negros e negras foram substituídos pelos imigrantes europeus, com os quais se estabeleceu uma relação assalariada.

Ao lado de medidas objetivas como esta, houve o enaltecimento da cultura e hábitos europeus em detrimento da cultura da população negra, criminalizando suas danças e crenças. Nesse sentido, propagou-se o genocídio da história e tradições negras e do povo negro. A miscigenação, que fora, em certo momento, considerada como uma característica negativa da população brasileira passou a ser uma possibilidade de embranquecer a sociedade, independentemente se isso ocorria por meio de atos de violência, a qual muitas mulheres negras foram submetidas.

Essa estratégia de violação do povo negro se deu e ainda se dá, não somente pela morte desse corpo, mas também pelo assassinato de uma existência singular, que transforma esse sujeito em objeto para manutenção da estrutura do capital, seja na escravidão, seja no formato atualizado de inacessibilidade às melhores condições de vida para mantê-lo subjulgado ao outro. Nesse sentido, o podre preto não está excluído da dinâmica capitalista, já que esta se alimenta da exploração.

Ainda que tenha alcançado sua independência, o Brasil seguiu se constituindo enquanto colônia, formando uma elite subjulgada aos interesses desses países, cuja formação da sociedade se dava a partir de processos de subjetivação colonizados e, conseqüentemente racista. Nesse sentido colonialidade, racismo, capitalismo são aspectos estruturantes para formação da sociedade brasileira e dos sujeitos que aqui habitam.

Uma vez arraigada nas formas de ser, pensar e estar no mundo, nas formas de existir, a colonialidade não depende da permanência da colônia propriamente dita, ela se mantém a partir de novos arranjos institucionais, que perpetuam formas de expropriação, divisão, subalternização, opressão de diferentes grupos que não representam o modelo padrão de sujeito, isto é, homem, branco, civilizado. Mesmo o Brasil sendo um país considerado independente, a colonialidade segue enquanto matriz a ser preservada, o que possibilita aos países chamados do primeiro mundo, seguir enquanto modelos de civilização.

Isso que permanece para além da manutenção de um Brasil-colônia ou para além da escravidão enquanto política econômica podemos aproximar daquilo que Pélbart (1990) chamou atenção em relação às práticas segregadoras e opressivas de cuidado aos usuários de saúde mental mesmo sem o aparato físico do manicômio. Os manicômios mentais, aquilo que se expressa nos modos como a sociedade, o profissional de saúde se relaciona com o louco, pode ser estendido ao preconceito racial, de classe e gênero que se perpetuam para além da manutenção de suas estruturas.

É nesse contexto da supervalorização da cultura do homem branco europeu que surge a concepção de raça para definir o outro que não representava esse modelo padronizado de existência. A ideia de raça não existe como fato natural, antropológico ou genético. A invenção da raça e, portanto, do negro, anda lado a lado com a história do capitalismo (Mbembe, 2014). Enquanto categoria política, a raça difunde-se a partir

das relações entre metrópole e colônia (Gonçalves et al., 2019), em que esta irá reproduzir a concepção do modelo universal de homem.

O colonialismo e o racismo devem ser compreendidos como lentes para ver o mundo estabelecendo certo modo de viver nele (Fanon, 2008). Isto é, o homem negro é uma criação do mundo branco europeu. Dito de outro modo, o homem negro só se vê enquanto homem negro a partir da diferença marcada pelo homem branco.

Na sociedade moderna colonial, os negros e negras não são vistos como humanos, pois a referência de humanidade é construída a partir da realidade europeia. Assim os povos colonizados só poderiam fazer parte dessa realidade como objetos, como instrumentos, por meio da escravização de seus corpos e mentes. Nesse sentido, nos dirá provocativamente Fanon (2008) que o homem negro não é um homem.

Mbembe (2014) dirá que raça, enquanto um conceito advindo da esfera animal foi útil para nomear os humanos não europeus, implicando uma ideia de inferioridade, de distanciamento do modelo ideal de homem, classificando-os em inferiores e superiores, irracionais e racionais, primitivos e civilizados. Assim, a criação da ideia de raça é derivativa do pensamento racista e não o contrário, não é a ideia de raça que produz o racismo (Gonçalves et al., 2019).

Enquanto criação dos povos brancos, a ideia de raça está associada ao não-branco, marca o corpo do outro para extirpar dele sua humanidade, afirmando o lugar do branco como ser universal, sendo resultado natural de uma linha evolucionista, enquanto o sujeito racializado é aquele que não é, portanto, invisível. O homem branco é o padrão da humanidade civilizada, evoluída, moderna e diferenciar-se dele significa carregar a marca da inferioridade.

Faço um comentário aqui da vida real para bem ilustrar essa ideia. Em uma conversa com um colega de orientação, ele levanta a seguinte questão sobre uma passagem do meu texto: O branco não tem cor? Ele se referia a um trecho que escrevi algo do tipo “a população atendida no , em sua maioria, tem cor (...)”. u prontamente pensei: é claro que tem. No entanto, não era o que estava escrito.

Quando se usa a expressão “pessoa de cor” e imediatamente vem a imagem de uma pessoa negra ou, dizendo de outra forma, quando pede-se para alguém imaginar um homem ou uma mulher e a imagem que vem a mente rapidamente é de uma pessoa branca, pode-se perceber como o imaginário de ser humano está associado aos brancos. Nesse sentido, todos os privilégios e vantagens que esses sujeitos terão em suas vidas

em relação às pessoas negras não serão entendidos como tal, não serão compreendidos a partir do debate racial.

A posição social e econômica que ocupam, por exemplo, em nada tem relação com sua cor, pois eles são apenas seres humanos. É assim que as políticas afirmativas, de reparação, que irão se apresentar anos após a escravidão, serão entendidas como forma de homens e mulheres negras reivindicar privilégio, obter vantagem, sendo produtora de desigualdade, como se esta não estivesse presente na própria estrutura da sociedade.

A colonialidade enquanto expressão do racismo que, por sua vez, produz a racialização de corpos, constrói padrões de sociabilidade, de relações, de subjetivação, modos de ser e estar no mundo. A dominação de uns sobre outros anula outras formas de existência, definindo como natural uma construção histórica de homem ideal. Para permanecer e explorar, a colonialidade faz esquecer, apaga outras expressões da vida (Gonçalves et al., 2019).

A classificação das raças estabelece uma relação hierárquica dos povos e consequentemente justifica a dominação, a exploração dos considerados superiores sobre os inferiores, justifica o extermínio dos menos desenvolvidos em relação aos mais desenvolvidos, baseado na concepção do darwinismo social em que os mais fortes e aptos sobreviverão, contribuindo para evolução da espécie humana.

O racismo, segundo Foucault (1999) implica na produção de um corte, estabelecendo a separação entre aqueles que deve viver e os que deve morrer. O aparecimento da concepção de raça, a hierarquização, a distinção entre as raças possibilitará a fragmentação, uma rachadura no campo biológico. O racismo vai provocar uma torção na relação militar e guerreira, em que para viver, é preciso eliminar o inimigo (Foucault, 1999).

Não se trata mais se salvar a própria vida, mas de fortalecer a espécie. Quanto mais elimino os anormais, os desajustados, a raça ruim, inferior, primitiva, mais fortaleço a evolução da espécie humana. É preciso exterminar o inimigo biológico para alcançar a purificação da espécie (Foucault, 1999). O racismo tornará aceitável e permitirá a morte do outro enquanto um ser inferior a mim.

O sujeito racista se constitui enquanto ser humano não a partir do processo de identificação com o outro, naquilo que o outro tem de similar, pelo contrário, para o sujeito racista sua constituição enquanto sujeito se dá a partir da possibilidade de

perceber aquilo que o faz diferente do outro. Desta forma, o outro racializado é aquele que não é humano.

O sujeito branco tem medo de ser confundido com o negro, com aquele que é visto de forma inferior a ele. A escravidão foi possível graças a essa capacidade do homem branco de se separar, de se distanciar do homem negro, mantê-lo longe de qualquer familiaridade. E, concomitante ao desprezo do homem branco, introduziu-se no homem negro a ideia de inferioridade (Fanon 2008). A associação das pessoas negras com primatas mostra a necessidade dos brancos colocá-los em uma posição inferior, como não-humano (Kilomba, 2019).

O negro, mesmo quando obteve a liberdade formal, foi impedido de partilhar os direitos, o trabalho, os espaços, a vida ao lado daquele que perante a lei era seu igual. A abolição da escravidão não significou a libertação das pessoas escravizadas na sua plenitude. Ele continuou escravizado subjetivamente, o que faz muitas vezes que o oprimido aceite essa condição ou deseje ser ele o opressor. Como propriedade do outro, o homem negro não define seu próprio destino, não toma decisões sobre si, não tem vontade própria. Pensar, imaginar são capacidades que lhe foram tornadas inúteis (Mbembe, 2014).

Fanon (2008) dizia que a para colonização se perpetuar, ela necessita mais do que a subordinação material de um povo, ela restringe a liberdade do pensamento, definindo os meios pelos quais as pessoas se expressam e se entendem. Eu me concebo como inferior, pois eu constituo a partir desse lugar, dessa experiência. Nesse mesmo sentido, Mbembe (2014) afirma:

É sabido que, para ser duradoura, qualquer dominação se inscreve não apenas no corpo dos seus submissos, mas também deixará marcas no espaço que eles habitam, assim como traços indelévels no seu imaginário. Deve involucrar o subjugado e mantê-lo num estado mais ou menos permanente de transe, de intoxicação e de convulsão - incapaz de refletir, com toda a clareza, por si só. Só assim pode levá-lo a pensar, a agir e a orientar-se como se fosse irrevogavelmente apanhado nas redes de um insondável sortilégio. A submissão vai também inscrever-se na rotina de todos os dias e nas estruturas do inconsciente. O potentado habita de tal maneira o submisso que este deixará de conseguir exercer a sua faculdade de ver, ouvir, cheirar, tocar, mexer, falar, de andar, de imaginar, deixará até de sonhar sem referência ao significante (Mbembe, 2014: 218).

Em outras palavras, não ser branco começa a ser um problema, na medida em que o homem branco me rechaça devido a cor da pele. Recordo-me da história que uma colega do grupo de orientação contava a respeito de uma usuária de um CAPS onde ela

desenvolvia uma pesquisa. A usuária em questão tinha passado por longos anos de internação em hospital psiquiátrico e volta e meia essa usuária dizia sobre o desejo de embranquecer afirmando que no hospital psiquiátrico, para onde ela deseja voltar, tem o “embranquecedor”. Omente lá é possível encontrar a substância para clarear sua pele.

Esse pensamento que vem como delírio me toca profundamente, sempre quando me lembro da história. É de uma violência tão intensa os efeitos de uma subjetividade castrada, aniquilada, em que ela aposta na “salvação” justamente no lugar onde a violência contra ela foi por anos perpetrada, e sendo sua salvação a possibilidade de ter a pele clara. Do corpo racializado é usurpado qualquer valor. Durante anos, no Brasil, mas não somente aqui, todo um aparato político, jurídico e científico introduziu na sociedade a ideia de inferioridade da pessoa negra.

Mesmo hoje, (e exatamente por isso, pela atualização de práticas e discursos racistas na contemporaneidade que estamos trazendo essa discussão aqui para problematizarmos políticas de saúde pública), o preto é sempre associado ao lado ruim, feio, sujo da personalidade, seja de forma concreta ou simbolicamente (Fanon, 2008). Nas palavras do autor:

(...) Na Europa, o Mal é representado pelo negro. É preciso avançar lentamente, nós o sabemos, mas é difícil. O carrasco é o homem negro, Satã é negro, fala-se de trevas, quando se é sujo, se é negro – tanto faz que isso se refira à sujeira física ou à sujeira moral. Ficaríamos surpresos se nos déssemos ao trabalho de reunir um grande número de expressões que fazem do negro o pecado. Na Europa, o preto, seja concreta, seja simbolicamente, representa o lado ruim da personalidade (Fanon, 2008:160).

A reprodução na íntegra das palavras do autor não é bem vista no campo acadêmico, sobretudo na construção de uma tese, em que eu, como doutoranda preciso apresentar minha capacidade de compreensão e apropriação do pensamento de autores. Contudo faço essa escolha, pois lendo autores negros como esses que venho dialogando, sou fortemente impactada por seu modo de escrita, uma escrita que vem da experiência, o que torna difícil reproduzi-la, não pela impossibilidade de compreensão, mas de alcance de suas palavras.

O racismo pode se expressar de formas mais disfarçadas e que, muitas vezes, possibilitam sua expressão por meio dos indivíduos, naturalizando assim certos comportamentos, certos discursos que são absorvidos e aceitos pela sociedade como uma não expressão do racismo. Essas formas menos evidentes e identificáveis do exercício de práticas racistas são mais sutis, contudo, não menos destrutivas. Muitas

vezes, pelo seu caráter camuflado, tendem a se estabelecerem na sociedade, sofrendo muito menos condenação pública do que o racismo individual (Almeida, 2018).

O negativo associado às pessoas de pele negra tem diversas facetas e maneiras de serem reforçados. Expressões de cunho racista, constantemente denunciadas pelos movimentos de negros e negras descortina a naturalidade com que se reproduz muitas falas e comportamentos racistas. “coisa tá preta”, “Fase negra da minha vida”, “cabelo ruim”; “feito nas coxas”; “criado-mudo”, “nuvem negra”; “mulata linda”, “gato preto” associado a azar; “humor negro” sinônimo de humor sarcástico.

São inúmeras as expressões que têm suas origens associadas ao preconceito racial. Kilomba (2019), no mesmo caminho de uma escrita encarnada na experiência, vai definir esses discursos, vocabulários, imagens, gestos e olhares como expressão de aspectos reprimidos dos brancos, tornando-os projeções do que a sociedade dos brancos tornou tabu, configurando-os como expressão de um racismo cotidiano (Kilomba, 2019).

Do outro lado da linha está a cor branca, comumente associada à ideia de limpeza em contraposição a cor preta, associada à sujeira. A cor branca é o símbolo da paz, enquanto a cor negra é associada aos tempos “sombrios”. Ter a cor da pele branca possibilita de antemão a entrada de pessoas em diferentes espaços, diminui significativamente a probabilidade de revista por um policial, ser seguido dentro de uma loja, de ser parado em uma operação policial, de ser reprovado em uma entrevista de emprego, de alguém segurar a bolsa ao passar por você, de poder correr sem o risco de ser confundido com um assaltante. Essas são algumas das experiências cotidianas relatadas por mulheres e homens negros.

O mito da democracia racial atua para invisibilizar a estrutura racista da sociedade. Moura (1988) dirá que a maior parte dos estudos não se debruça sobre os mecanismos ideológicos que foram criados para impedir a mobilidade social da maior parte das pessoas racializadas. Para o autor, propagou-se a ideia de que há um fluir natural, sem nenhum obstáculo à ascensão individual das pessoas senão aqueles de ordem pessoal.

A suposta democracia racial brasileira se constitui a partir da introjeção, por meio de mecanismos alienadores, da ideologia da elite dominadora, dos seus valores e discursos fundamentais na camada não-branca da sociedade. A ausência de uma consciência étnica, produzida por mecanismos sociais e simbólicos de dominação,

impossibilita que a população não-branca atribua às diferenças da cor da pele, sua não ascensão na sociedade. Sua não ascensão é justificada por características individuais, como esforço, dedicação, incapacidade, etc.

Kilomba (2019) dirá que essa é uma estratégia de proteção dos brancos para não reconhecer o mundo subjetivo das pessoas negras. Ignorar, minimizar, ou dizer que as experiências de racismo é uma fantasia das pessoas negras, uma forma de vitimização ou ainda, de alcançar privilégios, expressa a opressão dos brancos para com os não-brancos, pois nega a possibilidade de reconhecer a subjetividade de pessoas negras e o que elas têm a dizer sobre experiência de racismo.

O modo como a sociedade brasileira irá lidar com o longo período de extrema violência produzido sobre o negro favorece a construção do pensamento de que não existe racismo no Brasil. A negação e, conseqüentemente a não responsabilização impede a reparação e se torna terreno fértil para que não haja o mínimo de constrangimento sobre esse período e impede mudanças estruturais na relação de poder na sociedade, ou seja, tudo é mantido no mesmo lugar: o branco mantendo seus privilégios, sendo incapaz de reconhecê-los e, obviamente, abrir mão deles.

Ao retratar sua mudança de Portugal para Alemanha no processo de doutoramento, Kilomba (2019) relata na carta que escreveu para edição brasileira de seu livro “emórias da lantação: episódios de racismo cotidiano”, que, diferente de Portugal onde ela percebia uma negação e até mesmo a glorificação da história colonial, na Alemanha, onde também longos anos de ditadura fascista deixaram marcas na sociedade, havia um sentimento de culpa, vergonha diante dessa história.

Para a autora, uma sociedade que se blinda através da negação ou, pelo contrário, glorifica a história colonial, não permite mudanças profundas na sociedade e não cria uma nova realidade, novas formações de poder e de conhecimento (Kilomba, 2019). É possível até conviver com alguma mudança, como aceitar negros e negras nos mesmos ambientes (sob algumas condições), ver autores e autoras negras renomadas, artistas negros e negras em destaque e até ter amigos negros, como se defendem os racistas do não-racismo, desde que nada seja alterado, desde que se mantenha a relação de saber-poder e de privilégios.

Como não falar de racismo quando uma significativa parte da população não compreende a importância das políticas afirmativas como estratégia reparadora dos 400 anos de escravidão imposta à população, afetando as atuais gerações? Como não falar

de racismo se parte da população se escandaliza com iniciativas governamentais como o Programa Bolsa Família, mas não parece ser tão feroz quando o assunto é isenção fiscal a comunidade empresarial? Como acreditar não ser racista uma sociedade que se mostra seletiva em sua compaixão?

O sistema de bem-estar-social em uma sociedade racista, ou no caso brasileiro, a criação de algumas políticas públicas que visem diminuir as desigualdades que a própria sociedade produziu, “(...) é estruturado para garantir que seus beneficiários sejam submetidos a um processo de desmoralização” (hooks, 2019:181). Eles querem “mamar nas tetas do governo”, diz a classe média brasileira. Esse processo de desqualificação gera o rebaixamento da auto-estima, da confiança, impacta a própria visão do sujeito sobre si, impedido-os de se libertarem, mais tarde, da situação de dependência do Estado.

Enquanto a ideia de justiça só for defendida para seus pares e permanecer a concepção de que existem raças e povos desiguais, enquanto a escravidão das pessoas negras e da colonização de povos e culturas forem contadas como grande feito dos povos civilizados, quase como um gesto de bondade aos povos ditos primitivos, será necessário defender a temática da reparação “(.) pelas vítimas históricas da expansão e da brutalidade europeia no mundo” (Mbembe, 2014:297).

Os descendentes de negros e negras escravizadas herdaram a violência imposta aos seus ancestrais. Essa violência diz Mbembe (2014) tem três dimensões: a primeira diz respeito ao racismo cotidiano do branco colonizador sobre o colonizado, a segunda está ligada ao apagamento do passado do colonizado, esvaziando-o de qualquer sentido e valor e, por último, a violência que determina sobre o futuro dos negros e negras. Há uma rede de múltiplas violências que afeta essas pessoas, que afetam sua subjetividade e seu corpo.

Essa violência herdada tem na figura do Estado seu meio de expressão. A violência sofrida pelo povo negro não é resultado somente do racismo individual, isto é, consequente de atos, comportamentos e discursos individuais (Almeida, 2018), ela está na estrutura da nossa sociedade - racismo estrutural - e se expressa por meio de nossas próprias instituições - racismo institucional -, seja de forma direta, como dissemos anteriormente, adentrando favelas e dizimando as pessoas, seja se desresponsabilizando por políticas públicas que possibilitem melhores condições de vida a essa população ou ainda, mantendo todo um aparato de saber-poder em que se privilegia o sujeito branco.

Nesse sentido, o Estado carrega consigo o racismo, a ideia de raça como condição indispensável de aceitabilidade de tirar a vida, diretamente ou indiretamente. “ função assassina do estado só pode ser assegurada, desde que o estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo” (Foucault, 1999:306). e hoje não mais existe, enquanto política instituída de Estado, a escravidão, o racismo se perpetua institucionalmente.

Almeida (2018) nos ajuda a compreender o racismo institucional. Como discutido no primeiro capítulo, as instituições são criadas pela sociedade, sendo responsável por formular regras, modos de existência, delinear padrões sociais de vida. Esses movimentos não ocorrem de modo neutro, imparcial, como se as instituições fossem uma entidade exterior, sobrenatural. Pelo contrário, o *modus operandi* da sociedade é regido por grupos que em certo momento da história exercem posição de poder.

Desta forma, considerando os grupos que historicamente estão no poder nas instituições e organizações que regem a vida social, podemos dizer que as instituições são meios de manutenção dos privilégios de certos grupos, como os homens brancos. “ as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos” (Almeida, 2018: 30).

O racismo institucional mantém um padrão de tratamento desigual, privilegiando certos grupos sociais a partir das instituições, como na educação, no mercado de trabalho, na justiça criminal (Kilomba, 2019). O acesso à educação, o percentual crescente de negros na informalidade, nos presídios brasileiros são exemplos que evidenciam a clara vantagem das pessoas brancas em relação aos grupos racializados.

E como isso se torna possível? Por meio do domínio sobre a organização política e econômica da sociedade. O grupo dominante, para se manter no poder necessita da capacidade de institucionalizar seus interesses, impondo regras a toda sociedade, moldando os padrões de condutas e modos de racionalidade em que seja possível tornar natural seu domínio (Almeida, 2018). Pode-se visualizar esse padrão de dominação, por exemplo, quando significativa parte da população brasileira que é assalariada e não detém os modos de produção, concorda com a reforma trabalhista em que seus próprios direitos são reduzidos para privilegiar, mais uma vez, os grandes empresários e o crescimento de seu lucro.

No caso do racismo institucional, o domínio acontece por meio de mecanismos discriminatórios justificados pela raça, que servem para manter a hegemonia de brancos no poder. Desta forma, os modos de existência nessa sociedade passam a ser regidos a partir de um modelo ideal de sujeitos, aqueles pertencentes aos grupos dominantes. Desde a aparência física, como cabelo liso e a pele branca, até a ideia de que o homem e a mulher branca são sinônimos de civilidade e de educação, concepção desenvolvida ainda na época do Brasil colonial.

Exemplo de instituições públicas e privadas majoritariamente ocupadas por homens brancos são o poder legislativo, executivo, o judiciário, o Ministério Público, as universidades públicas. Essa realidade não é diferente nas empresas privadas, em que negros representam uma pequena parte dos cargos de chefia. Podemos acrescentar a mídia nesse cenário, enquanto um importante mecanismo de modulação da subjetividade.

Isso acontece porque dentro das organizações há mecanismos, barreiras de acesso criadas direta ou indiretamente que dificultam a ascensão de pretos e pretas nesses espaços, além da inexistência de espaços de discussão que coloquem em questão a desigualdade racial. A naturalização da ausência de pessoas pretas em certos espaços, cargos e profissões em um país em que mais da metade da população é parda ou preta, assinala a perpetuação do racismo em nossa sociedade.

A sociedade foi conivente com mais de quatro séculos de escravidão. As pessoas conviviam com a violência exposta em praça pública dirigida aos negros e negras, sob o olhar discriminatório dos brancos, que os consideravam não humanos. Isso possibilitou e, ainda possibilita, a não identificação com essas pessoas e o entendimento de que há seres civilizados, os de origem europeia e há seres não civilizados, os negros, os índios, por exemplo.

Toda essa argumentação que venho trazendo aqui a respeito do capitalismo para além da relação econômica; do período escravagista da nossa história e das subsequentes roupagens que o racismo assume na sociedade contemporânea, faz-se necessária por afirmar a centralidade dessas questões na produção de subjetividade.

Resgatemos brevemente o fio da meada que nos trouxe por esse caminho. Sob o questionamento de pensar a efetivação das políticas públicas de saúde, tomando como eixo central dessa tese o cuidado em saúde, utilizei-me do conceito de produção de subjetividade proposto por Guattari e Rolnik (1986) para argumentar como o

capitalismo e o período de escravidão no Brasil são importantes moduladores de nossa subjetividade.

De acordo com Guattari e Rolnik (1986), as máquinas de produção de subjetividade variam, bem como sua capacidade de modelização das relações e modos de vida. No caso do capitalismo globalizado, a produção se dá em escala internacional, borrando fronteiras geográficas. Ele atua no controle direto dos meios de produção, garantindo a manutenção de um modo de produção não só de bens, mas também de desejo de consumo. O capitalismo se define como produção de mercadoria e produção de subjetividade, tornando-se uma imensa máquina de controle social coletivo.

Pois bem, o que estou trazendo aqui nos convoca a pensar o que faz uma política se manter ou não no tempo, se configurar ou não como uma política de Estado, que atravessa diferentes governos. No plano macropolítico falamos das formações de diretrizes de institucionalização que modelam nossas vidas, que no caso dessa tese, é a manicomialização da loucura, o capitalismo e a escravidão. Dissemos também que os modos de vida existentes são construções sócio-políticas e não dizem respeito a uma natureza humana.

No campo micropolítico, trago a ideia de produção de subjetividade, pensada a partir das duas grandes máquinas do capitalismo e da escravidão para discutir a consolidação da PNAB ou a Política de Saúde Mental. Pode-se dizer que essas políticas se efetivam quando são capazes de mudar as práticas de produção de cuidado em saúde. Falar em mudanças de práticas é afirmar a necessidade de desenvolver outras formas de relação entre o profissional de saúde e a população atendida.

Neste sentido, entendo que o modo de produção de cuidado em que apostamos e que tem sustentado essas políticas até então exige uma disputa no campo da produção de subjetividade, provocando rachaduras entre os modos dominantes de subjetivação. Apostar na constituição de relações mais laterais entre profissionais de saúde e usuários não é passível de acontecer somente por meio de normativas. Talvez isso tenha tornado essas políticas tão frágeis em um momento de intenso retrocesso.

Modos mais laterais de relações, isto é, compondo com as diferenças e produzindo cuidado a partir delas não é algo trivial. A relação entre profissional de saúde e usuários é facilmente capturada pelas máquinas hegemônicas de produção de subjetividade. O vetor hierárquico captura essas relações, seja pelo prestígio do conhecimento científico, seja pela diferença de classe social, de cor.

Pensar a produção do cuidado para além do desenvolvimento de uma técnica no campo da saúde exige questionar como nos formamos enquanto sujeito. Vivemos em uma sociedade que produz individualismo, isolamento social, que produz a necessidade de hierarquização entre as pessoas, uma sociedade racista, sexista, homofóbica, o que dificulta sentimentos como empatia e solidariedade.

As máquinas tecnológicas de informação e de comunicação desenvolvidas na sociedade capitalista e escravagista operam no “núcleo da subjetividade humana” não apenas na memória, na inteligência dos sujeitos, como também no seu regime de sensibilidade, dos afetos, dos fantasmas inconscientes (Deleuze, 1992). Esses artefatos midiáticos produzem realidade, norteiam o modo como cada um se relaciona nos diferentes cenários de suas vidas.

Elegeram-se Jair Bolsonaro para presidente e isso diz alguma coisa da sociedade brasileira. Vivemos mais tempo sob a ditadura do que sob os céus de uma democracia. Quatro séculos de escravidão em que se afirmava a superioridade branca foram mais do que suficientes para garantir que a maioria dos médicos e médicas seja branca, que o direito ao estudo superior seja delegado a eles. Mulheres negras são mais propensas a sofrerem violência obstétrica e esse dado não é mera coincidência.

Dizer que a produção de cuidado não está garantida por uma técnica é afirmar que para perceber as necessidades do outro e produzir intervenções com o outro, é exigido do profissional de saúde, minimamente, o reconhecimento dessas diferenças, não para marcar uma relação hierárquica, mas para possibilitar a criação de um comum.

A consolidação das políticas públicas está fortemente ligada ao campo de produção de subjetividade. O retrocesso que essas últimas modificações nas políticas de saúde apontam, podem ter maior ou menor poder de ressonância a depender das relações cotidianas que os profissionais de saúde e os usuários desenvolvem.

Ao mesmo tempo em que vivenciamos a massificação dos modos de vida, seja pelas instituições que estabelecemos, seja pelos meios de comunicação massificados que codificam as condutas, os comportamentos, as atitudes dos sujeitos, que parecem estar na contramão de uma produção do cuidado em saúde balizada pelo paradigma ético-estético-político, há sempre a possibilidade de criação de outros regimes de sensibilidade, de percepção, de relação.

Nada está garantido a priori, não é uma relação maquinaísta entre o bom e o mau, não se trata de opor dois tipos de máquinas. O molecular, enquanto processo, pode

nascer do molar, como os movimentos mais emancipatórios podem se cristalizar e reproduzir modos de existência mais aceitos socialmente. Deleuze e Guattari (1995) dirão que molar e molecular compõem um e mesmo agenciamento. Não há duas máquinas - a molar e a molecular. Desta forma, onde há repetição, reprodução, há modulações, desvios, possibilidade de criação.

O que parece estar em questão, como dissemos no primeiro capítulo, é que em certas sociedades, ou para certos sujeitos, o processo de formação e desfazimento de formas parece fluir mais do que em outras (Rolnik, 2007). Para construir outras formas de produzir cuidado em saúde é preciso dar passagem à singularidade das experiências que pode emergir da afetação entre os corpos e por em jogo novamente a criação de outras maneiras de ser, invenção de novas formas de sociabilidade na vida familiar, conjugal, profissional, na relação com a comunidade, com a escola.

O que me questiono aqui, leitor, é o quanto o desenvolvimento dessas políticas de saúde, da PNAB e a Política de Saúde Mental, produziu brechas nesse campo de produção de subjetividades, escapando das relações de dominação entre os profissionais de saúde, os usuários e comunidade. Guattari e Rolnik (1986), sobre a experiência francesa de alguns grupos em Cevennes, que se dispuseram a acolher pessoas recém- saída dos hospitais psiquiátricos, dizem que essas experiências não se constituíram como uma ameaça para o poder dominante, pois não desembocaram, necessariamente, numa modificação da realidade do saber psiquiátrico.

Ainda que se tenha estabelecido práticas diferentes, não transformaram o campo psiquiátrico no sentido de desconstruir seu protagonismo no cuidado dessas pessoas. Acredito que na experiência brasileira algo similar acontece. Assim como a Reforma Psiquiátrica não alcançou sua radicalidade desfazendo a supremacia do saber da psiquiatria hegemônica, a PNAB, neste mesmo sentido, talvez tenha avançado menos ainda na construção de múltiplas formas de produzir cuidado em saúde a partir de outros substratos, dos quais falaremos no próximo capítulo.

Observo diferenças no desenvolvimento dessas políticas no que diz respeito a mudanças de práticas. A Política de Saúde Mental realizou com mais eficiência o diálogo com os sujeitos nos dispositivos substitutivos. Os CAPS realizam assembleias com seus usuários, estabeleceu-se como local de convivência entre essas pessoas. Ao contrário disso, a PNAB, nas suas diferentes versões, não conseguiu, de modo mais amplo e substancial, afirmar a diferença entre o modelo da Estratégia Saúde da Família

e os ambulatorios das especialidades focais que norteavam as práticas dos profissionais de saúde.

Estou concluindo esse pensamento de modo bastante crítico, não para dizer que nada se produziu nesses anos em que a ESF foi sendo implantada como modelo prioritário para a organização da Atenção Básica à Saúde. Eu como trabalhadora, formada sob esse paradigma não incorreria nessa generalização. No entanto, nesse momento em que tudo parece modificar com uma canetada, questiono os limites colocados para mudanças de práticas de saúde e se foi possível disputar o campo de produção de subjetividades. O cuidado em saúde é um *ethos*, uma postura, mais do que uma técnica, um procedimento que ora eu realizo, ora não.

E por que não avançamos o suficiente na consolidação de outras formas de produzir do cuidado em saúde no contexto da Atenção Básica à Saúde? Entendo que essa insuficiência tem relação com a manutenção do *status quo* da sociedade, com a manutenção do saber-poder de certos grupos sociais.

Eu não cairia do equívoco simplista e totalitarista de esperar que a discussão em torno do SUS desse conta de questões tão profundas e tão estruturantes em nossa sociedade. Não nos esqueçamos de que passou muito tempo para que surgissem algumas políticas afirmativas, como a política de cotas raciais para entrada na universidade pública e para alguns concursos federais e a inserção da história africana no currículo escolar.

Se houve mínimos avanços em algumas políticas públicas no que diz respeito à reparação dos danos causados ao povo negro na tentativa de diminuir as iniquidades, pergunto: como o SUS se inseriu nesse contexto? O que foi possível avançar no sentido de dar visibilidade para a questão racial que atravessa as relações humanas e, portanto, dizem respeito também à relação entre profissionais e saúde e usuários?

Apostar na produção do cuidado em saúde sob a ênfase das tecnologias relacionais, afirmando que essa produção se dá entre sujeitos, exige provocar tensionamentos na ordem vigente da sociedade, ou seja, é central nessa discussão o incluir como eixo estruturante o aspecto racista fortemente presente nas relações humanas. Sem isso, pouco avançaremos e correremos o risco de sermos coniventes com a violência do racismo de Estado.

Qual é a cor da maioria da população SUS dependente? Se, pelo princípio da equidade o SUS deve ofertar mais para aqueles que mais precisam, eu pergunto: qual a

cor das pessoas que moram nas favelas? Perguntas afrontosas para uma sociedade que se diz não racista. Perguntas que se forem feitas para muitos profissionais de saúde, diriam que elas não fazem sentido, pois não olham a cor de quem eles tratam, que isso não faz diferença.

Embora haja uma vasta literatura no campo da saúde coletiva fazendo crítica a normatização dos corpos, das vidas, dos modos de existência essa discussão não é trazida a partir da dimensão racial. (Souza, 2019). A autora ainda chama a atenção sobre até que ponto os formuladores de políticas públicas de saúde também não tem como foco o corpo normatizado, apagando as marcas que perpassam esses corpos, como a questão de raça, gênero, classe social, sexualidade.

Quando falamos que os profissionais de saúde, bem como os usuários carregam consigo sua história, seus valores, sua maneira de ser e pensar e não enfatizamos que essas questões são fortemente marcadas pelas questões raciais corre-se o risco de mais uma vez silenciar esses corpos e produzir políticas que pouco contribuem para mudanças nessas relações. Se o cuidado ocorre do encontro entre sujeitos, de que sujeitos estamos falando? Qual são os corpos que surgem nessa relação? Não se trata de sujeitos universais.

Sendo usuária do SUS uma população majoritariamente composta por negros e negras em decorrência de questões históricas já trazidas nesse capítulo, somente em 2009 que o Programa Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi criado. Embora se reconheça as iniquidades de acesso e a existência de práticas discriminatórias direcionadas a população negra, somente anos depois do surgimento do Sistema Único de Saúde que foi criada uma política voltada às suas necessidades de saúde. Contudo, muito se tem a avançar quanto às mudanças efetivas nas práticas cotidianas dos serviços de saúde no que se refere à discriminação racial (Souza, 2019).

Werneck (2016) aponta para a ausência do debate racial no movimento da Reforma Sanitária Brasileira que, embora tenha contado com a presença dos movimentos negros e que estes tenham colaborado para concepção dos princípios e diretrizes do SUS - universalidade, integralidade, equidade, participação social - sua presença não foi suficiente para garantir o desenvolvimento de estratégias de superação das barreiras de acesso aos cuidados de saúde dessa população.

Muitas instituições que regem a organização da sociedade estão atravessadas pelo racismo, seja no sentido de sua manutenção ou como meio de superá-lo. Mesmo

quando se apresentam como ferramenta de combate às desigualdades raciais, correm o risco de reproduzi-las. Portanto, o debate no campo da saúde, que tem o SUS como seu principal produto, nascido no contexto social-histórico brasileiro, deve estar sensível a essa temática, dando a devida centralidade às questões de raça, gênero e classe no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

Não se deve desconsiderar que a maior parte dos sanitaristas que compunham o núcleo duro da Reforma Sanitária são médicos, brancos e as fontes teóricas que deram e dão sustentação ao desenvolvimento de seu pensamento são de origem europeia. Essas correntes teóricas produzem prática e criam visão de mundo, portanto são localizadas no espaço, no tempo e tem uma cor.

É urgente o fortalecimento desse debate no campo da saúde para que possamos contribuir na construção de políticas reparadoras, para que possamos produzir práticas de saúde mais solidárias, para que seja possível transformar as relações entre sujeitos. Invisibilizar essas questões colaboram para sua manutenção. Se afirmamos que a ciência não é neutra e que na relação entre profissional de saúde e usuário sempre há algo que escapa a essa suposta neutralidade científica, é preciso olhar para esse silêncio que se construiu ao redor do falso mito da democracia racial.

O caminho, dirá Mbembe (2014) passa pela restituição da parte de humanidade que foi roubada de todos e todas submetidas ao processo de coisificação. Nesse sentido, o processo de reparação está para além da compensação econômica, ele diz respeito a devolução das partes amputadas da subjetividade negra, dos laços desfeitos, do reconhecimento de outros modos de ser e existir enquanto sujeitos.

Reparação, há que explicar, porque a história deixou lesões e cicatrizes. O processo histórico foi, para grande parte da nossa humanidade, um processo de habituação à morte do outro - morte lenta, morte por asfixia, morte súbita, morte delegada. Esta habituação à morte do outro, daquele ou daquela com quem se crê nada haver para partilhar, estas formas múltiplas de enfraquecimento das fontes vivas da vida em nome da raça ou da diferença, tudo isto deixou vestígios muito profundos, quer no imaginário e na cultura, quer nas relações sociais e econômicas. Tais lesões e cicatrizes impedem de fazer comunidade. De facto, a construção do comum é inseparável da reinvenção da comunidade. (Mbembe, 2014:305)

3. Cuidado integral: um pleonasmo necessário

Escrever e pensar sobre o cuidado em saúde trouxe várias questões para mim nesse processo de construção da tese. A primeira delas estava relacionada ao desafio de escrever novamente sobre esse tema. Na dissertação defendida em 2015, dediquei um capítulo para essa discussão e creio que de lá para cá, continuo apostando na mesma perspectiva de cuidado em saúde de defendi naquele momento. Como escrever sobre o mesmo de forma diferente?

Desatei esse nó considerando outras perspectivas para essa discussão, problematizando o cuidado em saúde na Atenção Básica a partir de acontecimentos mais recentes de ataque às políticas públicas e do aparente crescimento do modo fascista de se relacionar com o outro. Tudo isso parece ter recebido grande destaque nos dois últimos anos, considerando o Golpe de 2016 como marco desse processo.

Ao problematizar esses acontecimentos, que parecem colocar a prova a concepção de cuidado que foi sendo construída no SUS, sobretudo no que diz respeito à Atenção Básica à Saúde, possibilitou-me a abertura para questionamentos que antes eu não havia trazido na dissertação em 2015.

Marcar temporalmente o ano de 2016, período em que também entrei no Programa de Pós-Graduação da UFF, como o ano de ataques e mudanças no campo das Políticas Públicas de Saúde não tem como intenção ingênua afirmar que antes o SUS ia muito bem, obrigado. Contudo, as mudanças nos documentos normativos ocorridas desde então, destacadas anteriormente, são expressões de um período que, no meu entendimento, escancaram questões bastante estruturais da sociedade brasileira.

Essas questões estruturais dizem respeito ao racismo e ao capitalismo como eixos centrais que constituem modos de ser e estar no mundo. Tanto o racismo como o capitalismo, interligados na história brasileira, são importantes chaves de leitura para problematizar as relações humanas na contemporaneidade e como eles produzirão efeitos na relação de cuidado em saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica colocou em questão o modelo de cuidado em saúde sustentado no paradigma biomédico da ciência moderna, propondo o desenvolvimento de práticas de saúde que pressupõem a valorização da relação entre usuário e profissional de saúde. O modelo deixa de ser procedimento-centrado e doença-centrado para ser sujeito-centrado. Contudo, a PNAB não colocou em questão

os fatores estruturais que determinam os processos de produção de subjetividade, como o racismo, a disputa de classes e desigualdade de gênero.

Quando desenvolvemos uma análise minuciosa das mudanças nos documentos normativos, entendemos que um aspecto central que está em jogo é a disputa entre modos de produzir o cuidado em saúde. O retrocesso apontado tanto na organização da Atenção Básica à Saúde como na Política Nacional de Saúde Mental coloca em questão diferentes concepções de assistência à saúde da população, sob distintos referenciais teóricos.

O Ministério da Saúde na primeira década do século XXI foi ocupado por grupos de pesquisadores de Universidades Públicas que defendiam a saúde como direito, a saúde como um conceito amplo e complexo, muito além da ausência de saúde. São pesquisadores alinhados com a proposta de uma Atenção Básica à Saúde ampla e consistente, que tivesse uma relação próxima com a população e que pudesse produzir o cuidado com os usuários no território, bem como afeitos à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Eram sanitaristas, sociólogos, psicólogos posicionados politicamente à esquerda que corroboravam o pensamento crítico a respeito da concepção hegemônica de ciência.

Localizar esses sujeitos no tempo, no espaço, na conjuntura sociopolítica e dentro da academia vai dando o tom das ideias que sustentaram a construção dessas políticas públicas que visavam à transformação das práticas de saúde, menos biomédicas, fragmentadas e detentora da verdade sobre o outro, e mais próximas do paradigma ético-estético-político.

Para esses sujeitos, atores protagonistas dessas políticas, a produção de saúde se aproxima da produção de autonomia, de cidadania, de um fazer com o outro, a partir da realidade e concepções de vida que se apresentam no encontro entre os profissionais de saúde e o usuário. Assim, ambos os sujeitos são reconhecidos como agentes produtores de conhecimento e devem construir conjuntamente intervenções sobre o processo saúde-doença.

Apresentaremos nesse capítulo como o conhecimento científico hegemônico se entrelaça com o racismo e com capitalismo produzindo efeitos sobre o cuidado em saúde. Nesse sentido, ancorada pela perspectiva da desinstitucionalização da loucura, a qual propõe uma ruptura radical com a ciência moderna para promover o cuidado em

saúde aos loucos, destituindo a hegemonia do saber psiquiátrico, proponho o diálogo com teóricas feministas antirracistas como alicerce nesse debate.

Produção de cuidado em saúde. Estamos discutindo aqui a temática do cuidado em saúde na Atenção Básica aos usuários-loucos. Portanto iremos desenvolver às concepções de Clínica que sustentam às práticas de saúde cotidianas, a partir da construção de certa concepção de ciência. O desenvolvimento do conhecimento científico está entrelaçado com capitalismo e racismo. Estes por sua vez, refletem na produção do cuidado em saúde, bem como na estrutura da nossa sociedade.

De entrada, entendo que a produção do cuidado em saúde não é algo externo à sociedade, portanto está fortemente afetado pelas questões que a permeiam. Profissionais de saúde e usuários do SUS são pessoas, sujeitos constituídos subjetivamente dentro de uma realidade coletiva. É a partir dessa concepção e percebendo o racismo como aspecto estruturante da sociedade brasileira e das relações, que afirmarei ao longo das páginas que se seguem a impossibilidade de discutir, de defender práticas de saúde mais “humanizadas” sem trazer a discussão sobre o racismo. No meu entendimento, não se avança na transformação do cuidado em saúde sem provocar rachaduras, rupturas com a estrutura escravocrata da sociedade.

E é assim, que agora no doutorado, diferente da dissertação de mestrado, entendo que se avançamos pouco nesse sentido, isso diz respeito ao papel coadjuvante dessa discussão dentro do Movimento Sanitário e mesmo da Saúde Mental. E por que a questão racial não protagonizou o debate em torno da construção das políticas públicas de saúde em um momento em que se defendia a democratização da sociedade, a luta por direitos e a construção de uma sociedade mais igualitária?

Na construção argumentativa que proponho, isso está na base do desenvolvimento da ciência moderna, que ainda hoje sustenta a produção de conhecimento nas diferentes áreas, incluindo o campo da saúde pública. Os sujeitos reconhecidos historicamente como produtores do conhecimento científico e, portanto, verdadeiro, darão o tom racista e sexista da ciência que ainda compõe a base de sustentação da ciência que é feita atualmente. Essas marcas estão presentes também nas instituições que se afirmaram no campo da saúde coletiva como campo interdisciplinar e plural.

Não foi simples me perceber como parte da negligência desse debate, ao menos, como mulher-pesquisadora-trabalhadora do SUS, não identificada como branca, mas

também não preta, percebida como resultado do projeto “bem sucedido” da miscigenação, que me fez vivenciar, durante todo esses anos, uma experiência de um não-lugar nessa discussão.

Alinhada, formada nas bases dos referenciais da saúde coletiva, campo esse que sempre se afirmou como interdisciplinar, plural, crítico ao pensamento de uma ciência positivista, de políticas públicas que perpetuam a desigualdade e a hierarquia entre os sujeitos, fez-me sentir que esse debate chegou tarde para mim. Penso que para muitos pesquisadores desse campo, ainda não faça sentido ou ainda seu olhar secundarize as questões raciais e de gênero no campo da saúde coletiva.

Como disse, a discussão sobre o cuidado em saúde aos usuários-loucos vem me acompanhando desde o mestrado realizado na Escola Nacional de Saúde Pública “érgio rouca” onde também conclui a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Se no início desse capítulo comecei dizendo sobre a dificuldade de escrever sobre um mesmo tema, ainda mais quando a aposta em certa concepção de cuidado se manteve nesses anos, fui dolorosamente, mas também prazerosamente tomada pela presença do debate racial e de gênero.

É duro e para muitos pode ser precipitado esse argumento que quero trazer aqui na discussão sobre o cuidado em saúde, sobretudo para pesquisadores e trabalhadores do SUS que defendem e que muito contribuíram na construção do SUS e de uma política de Saúde Mental progressista. Perceberemos como essas estruturas de raça, e gênero perpassam também a saúde coletiva e como esta tem sido pouco sensível a certos temas.

As novas experiências que vivi e vivo no trabalho nesses últimos anos, juntamente com esses acontecimentos macropolíticos que despontaram ainda em 2013, dando condições para o Golpe em 2016 e para as eleições de 2018; a pós-graduação na UFF foram fatos importantes que abriram os questionamentos que apresento agora.

Troquei a ponte Rio-Niterói (percurso que fazia do trabalho na Atenção Básica à Saúde para UFF) pela ponte aérea Rio de Janeiro-Brasília, trajeto que agora faço, quinzenalmente, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, onde ocupo um cargo de gerente na Gerência de Apoio à Saúde da Família para o bairro de Laranjeiras no Rio de Janeiro, onde encontro meu grupo de orientação.

Essas mudanças, tanto geográfica, como de atuação profissional, da “ponta” para gestão, atravessam a discussão que me proponho a construir neste capítulo. Vejo-me às

voltas, pensando: como produzir possibilidades para uma prática cuidadora nos serviços de saúde em tempos de laços sociais tão precários? Como exercer uma prática cuidadora não protocolar? Para estabelecermos um diálogo com essas questões, é preciso compartilhar com o leitor o sentido de cuidado em saúde que aposto e, como dissera na largada desse capítulo, que desenvolvi na dissertação de mestrado.

3.1 O cuidado em saúde: do que se trata?

São vários os autores que se dedicam à discussão do cuidado em saúde no campo da Saúde Pública. Muitos são os sentidos que tomam essa palavra a partir das diferentes correntes teóricas existentes. Existe uma disputa de sentido entre algumas propostas, que divido, conforme propõe Azevedo et al. (2010), em dois grandes grupos:

a) as abordagens voltadas para a racionalização das práticas de saúde e para melhoria contínua da qualidade e, b) as abordagens voltadas para uma “ampliação” da Clínica e para centralidade do sujeito nas práticas de saúde.

Essas duas grandes concepções sempre tiveram em disputa, de certa forma. A primeira fortemente sustentada pela concepção de uma Clínica que surge da Idade Moderna, entendida como Clínica Moderna (Bedrikow & Campos, 2014) que, por sua vez, tem na ciência positivista o embrião de seu desenvolvimento e, a segunda, que ganha espaço como crítica à primeira, cujo exercício da Clínica se dá sob outros substratos, como subjetividade, a singularidade, história de vida dos sujeitos, seu protagonismo e escolha na produção do cuidado em saúde. Nesse sentido, esse grupo coloca em questão a compreensão sob a produção do conhecimento científico.

A discussão em torno da produção do cuidado em saúde a partir desses dois grupos nos remete ao exercício da Clínica e conseqüentemente, às diferentes concepções sobre ela que surgiram ao longo dos séculos, sendo fortemente moduladas pelo conhecimento científico desenvolvido a partir do século XV.

Retomar discussão sobre o processo de consolidação da ciência como forma única para se alcançar o conhecimento verdadeiro, junto à Madel Luz (2019), Foucault (2011), Bedrikow e Campos (2014) faz-se necessário para compreendermos como a ciência hegemônica definiu o exercício da Clínica e, conseqüentemente, a produção do cuidado em saúde e, como ciência, colonização, raça e gênero atravessam a discussão sobre o cuidado em saúde.

3.1.1 A racionalidade moderna como lente para conhecer verdadeiramente o mundo

A ciência como forma de se alcançar a verdade tem na modernidade seu primórdio. Nasce na segunda metade do século XV, a racionalidade ocidental moderna, durante o período conhecido como Renascimento. Este é, concomitantemente, época de transformação dos costumes e ideias, de transformação no campo das artes, da filosofia, da ciência (Luz, 2019).

É nesse momento da história da humanidade que o homem é trazido para o centro do mundo, sendo capaz de compreendê-lo e explicá-lo. Não mais ancorado na ordem divina, onde a compreensão e a organização do mundo se davam a partir do poder divino, o antropocentrismo renascentista assinala o rompimento entre Deus, homem e natureza.

Se antes na Era Medieval, conhecida como Idade das Trevas, a ordem divina era a forma de explicação do mundo, com o Renascimento, o homem não mais compõe a natureza, ele passa a ser visto como ser externo a ela sendo, portanto, capaz de desvendá-la, desbravá-la e explorá-la de acordo com seus interesses. É a natureza como propriedade do homem, possuidor da consciência e da razão, como meio de dominação do mundo.

A natureza é o reino do qual o humano se diferencia e exterioriza (Luz, 2019). Além disso, no renascimento, a natureza deixa de ser vista de forma fixa, estática e assim como a Terra se move, a natureza obedece a uma dinâmica, a uma ordem que pode ser descoberta por meio dos instrumentos corretos de observação sistemática.

O mundo natural é tido como objeto do conhecimento produzido somente pelo homem, sendo este capaz de moldá-lo e transformá-lo a partir da ordem da Razão. É partir do século XV, que a racionalidade ocidental moderna irá se consolidar nos séculos posteriores, sobretudo no século XVIII, com o iluminismo, como a forma dominante de produção do conhecimento.

A modernidade se constituiu como período em que um novo modo de descrever, classificar, ordenar, hierarquizar, definir o que é verdadeiro ou não se consolida por meio do conhecimento objetivo. Este é alcançado pelo desenvolvimento de um método pré-definido. A objetividade em contraponto a tudo aquilo que é subjetivo, portanto não

mensurável, enganoso, firmou-se como garantia de solidez. E através da observação sistemática daquilo que se pretende conhecer, de instrumentos técnicos de pesquisa elaborados para esse fim, permite chegar à verdade das coisas.

O experimentalismo passa a ser uma das marcas constitutivas do método científico moderno, configurando-se como modo de reprodução, sob condições controladas, de partes da natureza que se pretende desvelar. Assim, com o desenvolvimento de instrumentos de observação empírica, é possível controlar as variáveis que atrapalham o conhecimento verdadeiro do fenômeno observado.

As civilizações ocidentais anteriores à modernidade ou mesmo às civilizações orientais sempre desenvolveram meios para compreender o mundo e explicá-lo. Contudo a centralidade do mundo europeu, juntamente com o desenvolvimento do conhecimento considerado científico tornou-se como única forma de conhecimento verdadeiro e correto. A racionalidade moderna passa ser o modo hegemônico de produção da verdade, desqualificando outras formas de conhecimento.

Com a centralidade do conhecimento científico na modernidade, a validação da verdade é garantida pelo estabelecimento de um método capaz de captá-la de modo objetivo, desvelando a ordem das coisas da natureza. Conhecimento só é desenvolvido pelo homem, como sujeito cognoscente, possuidor da razão.

Descartes será um dos principais pensadores que sustentará a lógica da racionalidade moderna, caracterizada por traços mecanicistas, quantitativistas. A célebre frase “*enso, logo existo*” apontará a supremacia da razão pura como o único meio para se chegar ao conhecimento, garantida pelo método científico (Luz, 2019).

A natureza, não mais explicada pela ordem divina e sim por meio de uma objetividade material, torna-se objeto e a razão passa a ser sujeito do conhecimento. A razão é aquilo que dá condição ao homem de descobrir a verdade sobre toda e qualquer experiência, por meio da observação controlada, tecnificada (Luz, 2019). O homem como ser racional, por meio do monopólio de técnicas objetivas de observação, descortina a ordem lógica de sentidos de eventos, fatos ou coisas.

O que dá ao método científico o selo de objetividade e, portanto, da verdade, é a possibilidade de reprodução do fenômeno em todo e qualquer lugar. O alcance de resultados similares em diferentes situações garante o status de objetividade e neutralidade que terão que estar presente nos métodos científicos, pois somente eles são

capazes de controlar e excluir toda e qualquer variável que deixa obscuro um fato ou fenômeno.

O signo da neutralidade que conhecimento científico carrega será o principal argumento para se afirmar a verdade sobre as coisas, sobre o mundo e desqualificar toda e qualquer outra forma de conhecimento. As técnicas de pesquisa desenvolvidas no campo das ciências naturais ao longo dos séculos, inicialmente no campo da física, química e posteriormente, com as descobertas no campo da biologia, serão as únicas lentes aceitáveis para se chegar ao conhecimento verdadeiro.

A racionalidade moderna produzirá rupturas dualistas dicotômicas: mente-corpo; matéria-espírito; qualidade-quantidade, objetivo-subjetivo, corpo-alma, paixões-razão. Esse pensamento dicotômico será responsável por compartimentalizar o homem, negando-o como sujeito social, neutralizando-o, possibilitando, mais tarde que, não somente a natureza, mas também o homem seja visto como objeto da ciência, podendo ser neutralizado, dividido em partes observáveis.

A concepção do homem e natureza como imagem e semelhança das máquinas atravessou séculos e ainda hoje contamos com os seus desdobramentos (Luz, 2019). A compartimentalização do conhecimento em disciplinas será uma constante nos séculos que se seguem e levará a uma contínua especialização dos diferentes campos do conhecimento em cada área. Exemplo disso é o surgimento das inúmeras subespecialidades dentro do campo da medicina, cuja fragmentação do corpo em pequenas partes é visto como modo de garantir o maior conhecimento e domínio sobre o organismo.

Desde o século XVII que a cosmovisão mecanicista do mundo vai afirmando seu espaço como modo de explicá-lo. Representado por um conjunto de máquinas, cujas engrenagens se acoplam uma à outra obedecendo a leis próprias e regulares, o sistema-mundo pode ser conhecido, dominado e transformado, a partir da compartimentalização do todo em partes elementares, sendo a justaposição dessas peças o reflexo do todo.

Assim como a natureza possui uma ordem, uma lógica de sentido, o homem objetificado é passível de intervenção, transformação, modelação. Essa concepção do homem como máquina será bastante útil no desenvolvimento do capitalismo, onde este é colocado a serviço da produção, como parte de uma engrenagem de reprodução.

O que vemos ao longo do tempo são os entrelaçamentos do capitalismo e o desenvolvimento da ciência. Como esta foi e se mantém útil não somente para

manutenção do capitalismo como forma de produção, mas para o capitalismo como organizador da sociedade e das relações humanas, sobretudo com a ideia de Clínica que se consolidou a partir do século XVIII. A manutenção da vida, não como bem maior, mas como possibilidade de manutenção da produção e reprodução de bens, deverá ser considerada.

É assim que durante as grandes epidemias que assolaram as populações europeias, a ciência passa ter papel fundamental. O olhar para as condições de vida das sociedades industriais passa a ser objeto de interesse da medicina social. Não como forma de criticar a lógica capitalista produtora de desigualdade, mas para possibilitar o desenvolvimento de estratégias que corroborem sua manutenção.

Desde o século XVII foi produzido e instituído um modo de produzir conhecimento que davam conta das necessidades do capitalismo: a medição, a objetificação, a classificação da natureza são lógicas das ciências naturais transportas para a sociedade, embasando a ideia de classes sociais, garantindo a elas o caráter natural.

Assim como na natureza há uma categorização hierarquizada entre os seres vivos, em que os mais fortes prevalecem em relação aos mais frágeis, essa mesma concepção estará presente no desenvolvimento da ideia de classes sociais. Serão entendidas não como construção, mas como naturais (Quijano, 2009). Nesse sentido, a sociedade é vista como “(...) um organismo, uma ordem dada e fechada” (Quijano, 2009:97) que obedece a uma lógica de organização intrínseca a sua natureza.

odemos ver como esse “darwinismo mal intencionado” serve como argumento ainda hoje na atual pandemia da Covid-19, em que sacrificar a vida de idosos, pessoas do chamado grupo de risco, das pessoas pretas e pobres é perpetuar a “seleção” dos mais apitos. Essa desvalorização de vidas também está alinhada a ideia do homem enquanto mão-de-obra. Todos aqueles que não contribuem para produção de riquezas são vidas descartáveis ou substituíveis.

Se por um lado o campo da religião, da política, das artes, da filosofia é deixado de lado pela ciência, o mesmo não acontece com o homem enquanto indivíduo e parte da sociedade. Pelo contrário, o homem, as relações humanas serão cada vez mais objeto de exploração e de dominação da ciência, a qual se incumbe do papel exclusivo de desvendar seu funcionamento adequado e normal. Assim, na modernidade, o comportamento humano, os hábitos, costumes, as forma de se relacionar, a sexualidade

também serão explicadas pelo conhecimento científico, sobretudo, por meio do exercício da medicina.

As ciências humanas e biológicas terão o papel de ordenar as relações entre os sujeitos, ditar verdades sobre os hábitos, costumes, disciplinando os corpos, classificando as condutas humanas dentro de um padrão moralmente aceito como normal, adequado para uma sociedade capitalista, em recente processo de industrialização no século XVIII.

Assim como as ciências naturais dão conta do discurso hegemônico sobre a natureza e seu funcionamento, as ciências sociais se responsabilizarão por interpretar a sociedade a partir de uma concepção similar, a qual também considerará o social sob o olhar de leis gerais e naturais. Essa ideia de um *socius* que funciona regido por leis universais e naturais encobrirá o caráter instituinte e instituído das sociedades e sua forma de organização. Não como produção, mais como lógica naturalizante, se definirá a normatividade da sociedade.

Para os filósofos sociais do século XVIII, a sociedade imaginada é aquela que mais se aproxima a certo estado original, natural, puro de organização, do qual os povos indígenas e os povos não civilizados eram seus representantes. A sociedade ideal é permeada por leis imutáveis, assim como a natureza, portanto, livre de qualquer erro. Assim, as mudanças provocadas na sociedade são vistas como resultado do erro humano, portanto, sua evolução é inicialmente considerada de forma pessimista.

Somente no século XIX essa visão mudará em relação aos povos primitivos. Estes passam a ser visto como atrasados, não evoluídos. Esse período é fortemente influenciado pelas ideias darwinistas. Por meio da teoria de Darwin sobre a evolução das espécies dos reinos animal e vegetal, as sociedades humanas também serão hierarquizadas e os povos originários passarão a ser sinônimos de atraso.

A racionalidade científica moderna nascida no século XV tem seu apogeu no século XVIII, permanecendo hegemônica no século XX. Como produto dessa história, a relação entre homem moderno e natureza será tomada pela dúvida e medo do desconhecido e por outro lado, de um grande otimismo diante da capacidade de intervenção das tecnologias científicas para definir os rumos da humanidade (Tesser, 2009). Essa confiança na ciência e nas tecnologias por ela inventadas estará presente no desenvolvimento da Clínica Moderna.

3.1.2 A produção do cuidado a partir do exercício da Clínica Moderna

A etimologia da palavra clínica tem diversos significados a depender se sua origem. Entre as várias definições possíveis, a Clínica como prática da medicina à beira do leito é provavelmente a mais reconhecida. A imagem do médico inclinado sobre o doente que está no leito a observá-lo e ouvi-lo é bastante difundida.

A Clínica Moderna que se consolida a partir século XVIII é até hoje o modelo hegemônico. Sua racionalidade influenciará definitivamente o exercício da medicina e consequentemente o tipo e cuidado que se oferta nos serviços de saúde, sejam eles privados ou públicos.

O método clínico tradicional, expressão da racionalidade moderna tem como premissa a técnica da observação sistemática e classificação das doenças. A busca por descrever e reconhecer doenças no corpo é uma das principais características desse método, de acordo com Foucault (2011).

A técnica da observação, bem como da classificação, devem ser capazes de garantir o reconhecimento do funcionamento e características da doença, descartando tudo aquilo que lhe é supérfluo, isso é, o doente e o médico. “paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância para que a configuração ideal da doença, tome forma concreta” (Foucault, 2011:08).

No ideário da ciência moderna, a fragmentação da realidade tem o objetivo de simplificar o mundo e seus fenômenos de modo a descobrir as leis de seu funcionamento. Desta forma, a fragmentação do corpo humano a partir de órgãos e sistemas terá o objetivo de excluir a singularidade da vida, atentando-se para aquilo que se repete regularmente e é enunciado como lei.

Assim como a natureza, o corpo humano será visto na modernidade como uma máquina, em que suas peças se encaixam ordenadamente fazendo-o funcionar, se movimentar. Essa visão mecanicista do corpo humano será investida pela fisiologia no período clássico da modernidade e pela anatomia no período do Renascimento (Luz, 2019).

O objeto da ciência moderna será abstraído de qualquer contexto como forma de conhecer sua gênese por meio da observação empírica. Essa lógica será transportada ao exercício da Clínica Moderna: isolar, fragmentar para conhecer. Neste sentido o sujeito,

como portador de uma doença, precisa ser excluído dessa racionalidade, pois ele interfere no percurso natural da doença.

Na Clínica Moderna não será o sujeito doente seu foco e sim a doença que ele porta. O ato fundamental do conhecimento médico é definir demarcações: conhecer os sintomas de uma doença, classificá-la em um conjunto específico e este conjunto de doenças em um sistema (Foucault, 2011). A medicina será o discurso disciplinar sobre a doença. Ela se apropriará das entidades mórbidas e assim, à beira do leito ou através de um microscópio, o médico terá como principal função encontrar a doença e compreender seu funcionamento e evolução.

Conhecer a doença passa ser o principal objetivo da medicina para então intervir sobre ela. A definição do homem saudável é o modelo a ser perseguido. A medicina não se ocupará somente da cura, mas deverá conhecer o homem saudável, sendo então detentora desse conhecimento, utilizando técnicas científicas capazes de alcançar a verdade. A medicina se torna o principal instrumento de normatividade da vida, seja do indivíduo, seja das relações sociais (Foucault, 2011).

Em outras palavras, ao longo dos séculos XVIII e XIX o saber médico se apropriará das instituições, como casamento, escola, famílias, sexualidade para controlar as doenças, podendo antevê-las pela identificação dos riscos potenciais e preservando sujeitos sadios sob a normalidade médica. A Clínica médica nunca será tão social quanto no período que se estabelece a Clínica Moderna.

A ciência moderna, como dispositivo que interfere no social, forneceu subsídios para justificar a escravidão, principal forma de garantir mão-de-obra na sociedade capitalista que emergia no Brasil. A teoria eugenista em que se defende a supremacia do homem branco em detrimento do negro sustentou o processo de miscigenação brasileira que tinha como principal objetivo embranquecer o país para garantir a evolução da sociedade. Vários intelectuais corroboravam essa teoria dando o tom científico, portanto verdadeiro e natural, para essa ideia.

A ciência também foi responsável pela ideia de superioridade e inferioridade entre os diferentes grupos humanos. No século XIX, por exemplo, desenvolveram-se pesquisas que analisavam características fenotípicas, como o tamanho do crânio, em pessoas brancas e negras, como prova da hierarquia entre as raças.

Até hoje essas ideias permeiam o imaginário da sociedade e justificaram a violência perpetrada contra essas pessoas. A concepção de que negros e negras são

mais robustas fisicamente e, portanto, capazes de suportar trabalhos braçais e condições adversas, é um dos fatores que faz perpetuar a violência obstétrica contra mulheres negras, vistas como mais capazes de suportar a dor.

Mesmo os estudos posteriores que possibilitaram o controle das epidemias e trouxeram melhorias das condições de vida e trabalho das pessoas que compunham os centros urbanos no início da industrialização, tiveram relação com o objetivo de garantir corpos saudáveis para manter a produção, bem como evitar possíveis revoltas de um contingente tão grande de trabalhadores.

Com efeito, a chamada medicina social criou espaço no século XIX, pela necessidade de dar respostas aos problemas provocados pelo processo de industrialização. O modo de produção do capitalismo que visava à produção de bens em larga escala dependia do trabalhador urbano e junto a isso, o grande êxodo rural ocasionado pela mecanização do campo, trouxe cada vez mais pessoas para as cidades, provocando grandes aglomerados e acarretaram o aparecimento de muitas doenças. Assim, a medicina expande seu objeto de interesse para as condições econômicas e sociais dos indivíduos e populações pelas exigências impostas pela industrialização (Bedrikow; Campos, 2014).

Illich (1975), fazendo uma dura crítica à medicina dirá que esta se tornou uma oficina de reparos e manutenção, cujo papel é conservar em funcionamento o homem como mão-de-obra, como peça necessária a serviço do capital, perpetuando seu lugar de exploração. Além disso, tirou toda a autonomia do sujeito de desenvolver o cuidado de si e seu conhecimento sobre o próprio corpo, produzindo uma relação de dependência. Na mesma proporção em que se desenvolvem tecnologias, materiais, insumos, pessoas deixam de querer curar-se para serem curadas.

Todavia, se a medicina ampliou seu objeto passando a considerar o indivíduo, a coletividade, o ambiente, as condições da vida econômica e social para responder às necessidades da economia que nascia, ela não modificou significativamente o método clínico tradicional. Os aspectos coletivos passaram a ser somados à explicação biológica da doença.

Tomando como base estudos demográficos e epidemiológicos, a medicina social garantiu seu caráter científico, contribuindo com os protocolos e diretrizes que nortearão, mais tarde, a prática dos profissionais de saúde. Paradoxalmente, embora a

medicina social considere outros determinantes da saúde e doença, ela não radicalizou sua prática, que permaneceu sob o mesmo substrato clínico.

A Clínica Moderna se utilizará da anamnese com o objetivo de se excluir a experiência do sujeito doente, que impede o alcance da verdade. O doente é tido como um fator externo em relação àquilo de que se sofre e cabe ao detentor do conhecimento controlar essa variável para alcançar a ordem essencial as coisas.

Embasada pela fisiologia, pela patologia, bacteriologia, a medicina cada vez mais se ocupará da doença e se utilizará dessa racionalidade para exercer a Clínica. A relação entre profissional de saúde e o paciente estará condicionada ao intuito de se alcançar a objetividade dos fatos para que se possa enquadrá-lo em uma racionalidade pré-estabelecida. Essa concepção está fortemente presente na atualidade e cada vez mais alcança um nível de sofisticação que não parece ter fim.

Através da observação busca-se descobrir a doença. Os dados alcançados pelo exame físico-clínico serão reunidos e interpretados – método racional dedutivo – de forma que se possa firmar uma hipótese diagnóstica com base no conjunto de sinais e sintomas. Desta maneira, a intervenção sobre o paciente dependerá do diagnóstico da doença ou de sua hipótese. Essa investigação dos sinais e sintomas que caracterizam uma doença não considera possíveis alterações que pode acontecer a depender da história de vida e dos recursos subjetivos de cada pessoa tem.

As condutas dos profissionais governadas unicamente pelos saberes científicos, os quais obedecem aos parâmetros da objetividade e universalidade, geram a alienação do profissional de saúde sobre o processo de cuidar e o distancia do próprio exercício clínico que ocorre no encontro com o doente. Para Tesser (2007) essa exteriorização da competência epistemológica levará a uma dependência e a uma desresponsabilização daquele que cuida e daquele que é cuidado, próximo da crítica feita por Illich (1975).

Tanto o profissional de saúde como a pessoa doente estarão dependentes cada vez mais da validação científica para interpretar suas experiências, práticas e saberes. Inicia-se um movimento de desconfiança sobre aquilo que sentem, vivem, percebem em cada situação de adoecimento. O médico, formado nessa perspectiva Clínica, está convicto de seu monopólio sobre a verdade dos processos de adoecimento e de cura e se dispõem a considerar da fala do doente apenas aquilo que cabe dentro de sua nosologia, quando então encerra sua responsabilidade nesse processo (Tesser, 2007).

Mesmo quando o médico reconhece que as mesmas doenças podem se manifestar de maneiras diferentes e terem seus cursos modificados a depender de cada paciente, há sempre a tentativa de enumerar essas desfechos, como se fosse capaz de prever todas as possibilidades. Cada intervenção precisa ser justificada com base em um conhecimento prévio que mediará sempre a relação entre o profissional de saúde e o paciente.

Qualquer participação daquele que carrega algum mal-estar pode impedir ou desvirtuar o profissional de saúde de seu objetivo. Refiro-me ao profissional de saúde e não somente ao médico, pois essa forma de se relacionar com o paciente não será exclusividade do médico, é um modo que se estabelecerá no campo da saúde. As diferentes categorias profissionais beberão da mesma fonte em que a medicina se desenvolveu, ou seja, o conhecimento advindo da ciência positivista.

O saber biomédico produz um constante processo de medicalização social, uma vez que diferentes situações vivenciadas pelas pessoas são facilmente enquadradas pela nosologia médica e, conseqüentemente, medicalizada. Experiência como lutos, tristezas, crises de relacionamento, gripes, pequenas contusões, crises das fases da vida são cotidianamente enquadrados em algum diagnóstico.

No entanto, essa Clínica se mostrará insuficiente para explicar toda complexidade do processo de adoecimento, muitas vezes não sendo capaz de dar respostas efetivas àquele que sofre, sobretudo quando se trata de demandas que escapam ao enredo anatômico funcional ou etiológico, a despeito do grande esforço de patologizar toda experiência de sofrimento. Queixas que não se enquadram em nenhuma doença são bastante comuns e desafiam constantemente a Clínica Moderna, superespecializada.

Essa insuficiência do conhecimento biomédico diante da complexidade das queixas, dores e sofrimentos, produz dificuldade de manejo daqueles formados a partir da perspectiva da Clínica Moderna, tendendo a dar mais importância às verdades biomédicas e às patologias bem delimitadas do que ao que o usuário traz (Tesser, 2007).

A corporação médica tende a aderir a um positivismo simplista e superficial que na maioria das vezes leva ao descarte de tudo o que não pode ser enquadrado pelo saber científico da biomedicina. Para os sintomas não enquadráveis o diagnóstico é “não é nada” ou “é psicológico” desqualificando e desconsiderando o adoecimento experienciado. Para o conjunto de sinais e sintomas parcialmente enquadráveis

considera-se apenas aquilo que possibilita delimitar a doença, descartando todo o restante, mesmo que seja parte importante para se compreender o adoecimento (Tesser, 2007).

Ao considerar o cenário da Atenção Básica à Saúde, essa situação passa ser bastante corriqueira. É comum o profissional de saúde deparar-se com situações que não se encaixam em nenhuma doença conhecida, desafiando constantemente esses profissionais. Se na Atenção Especializada essas questões são mais facilmente ignoradas, na Atenção Básica à Saúde o serviço que se aproxima da vida das pessoas, tal como ela é.

Um exemplo da presença do paradigma científico da Clínica Moderna entre os profissionais de saúde é acena que vivi recentemente com uma colega médica do trabalho na ABS. A médica solicitou-me o atendimento de uma usuária que havia perdido a filha recentemente. Era o caso de um natimorto. Bastante preocupada com o estado emocional da sua usuária, a colega me informou que prescreveu fluoxetina já que havia passado mais de quarenta e cinco dias e, portanto, não era o chamado efeito “baby blue”, era depressão.

Argumentei trazendo para a discussão a experiência dessa colega como mãe, recém-parida também, de como poderia ser sofrido perder um filho que fora planejado e muito esperado por essa mulher e que fazia um pouco mais de um mês que tudo havia ocorrido. A colega médica responder: mas que protocolo eu vou seguir? Eu preciso seguir algum protocolo. Pensei comigo mesma: é um protocolo médico que diz o tempo determinado para chorar a perda de um filho.

Cenas como esta se repetem frequentemente no cotidiano das unidades básicas de saúde e penso que avançamos pouco na mudança dessa lógica de produzir o cuidado em saúde. A racionalidade do saber médico construído sob o bálsamo das ciências positivistas – racional, mecânica, dualista, fragmentada, quantitativista, materialista – mostra-se irracional, pois ignora até mesmo aquele que deveria ser beneficiado por essas intervenções, como ser singular, inserido em uma cultura, em uma sociedade.

Esses problemas são reais e artificiais ao mesmo tempo, na medida em que os diagnósticos são cada vez mais popularizados e também utilizados pelos usuários para justificar o que sentem (Tesser, 2006). Ao mesmo tempo em que se patologiza os sofrimentos, convivemos também com os efeitos perversos sobre as condições de vida e trabalho impostas pela sociedade capitalista, que trazem o aumento de sofrimento, de

adoecimentos. Ainda que concentre inúmeras críticas, abrindo terreno para discussão e a necessidade de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde, a Clínica biomédica se mantém dominante no que diz respeito aos seus efeitos sobre a produção do cuidado em saúde.

Retomemos agora a proposta de Azevedo et al. (2010) sobre os dois grandes grupos que trabalham com concepções diferentes do cuidado: a) as abordagens voltadas para a racionalização das práticas de saúde e para melhoria contínua da qualidade e, b) as abordagens voltadas para uma “ampliação” da Clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde.

Bedrikow e Campos (2014) também nos auxiliarão nessa discussão com o trabalho que problematiza a Clínica realizada na Atenção Básica, fazendo uma análise dos Cadernos de Atenção Básica produzidos pelo Ministério da Saúde que visam nortear o exercício da produção do cuidado em saúde nesse nível de atenção. De modo similar à Azevedo et al. (2010), os autores também dividem o exercício da Clínica entre aquelas abordagens voltadas essencialmente para doença e aquelas mais atentas ao sujeito singular.

3.1.3 As abordagens voltadas para racionalização das práticas de saúde e para melhoria contínua da qualidade

As abordagens de gestão do cuidado voltadas para a racionalização das práticas de saúde apostam em mecanismos de padronização das ações, como forma de se alcançar melhores resultados em saúde. Observa-se neste grupo, a intensificação de iniciativas de desenvolvimento de diretrizes e protocolos clínicos, de definição de padrões para a produção do cuidado (Azevedo et al, 2010). Apoiada nos referenciais teóricos da Acreditação e Contratualização, esse primeiro grupo representa a maior parte das experiências de organização e gestão da atenção à saúde atualmente em curso nos serviços de saúde. O processo de Acreditação consiste em avaliar o grau de conformidade da organização com padrões de qualidade pré-estabelecidos. Trata-se de um método de avaliação voluntário, periódico, que visa à melhoria contínua da qualidade da assistência (Azevedo et al., 2010).

A Contratualização, por sua vez, são arranjos contratuais estabelecidos entre as instituições governamentais, como o Ministério da Saúde e os prestadores públicos ou

privados dos diferentes serviços de saúde (Azevedo et al., 2010). Esses contratos contêm um conjunto de indicadores de saúde, com metas estabelecidas para serem alcançadas. Ainda que esses mecanismos de melhoria de qualidade estejam mais consolidados nos serviços hospitalares, a Atenção Básica à Saúde também é foco de ações como essa.

A ideia de ineficiência e burocratização dos serviços públicos juntamente com a hegemonia da empresa privada como modelo organizacional eficiente contribuem para o fortalecimento dessa forma de gestão e produção de práticas de saúde nos diferentes serviços (Azevedo et al. 2010). Nessas abordagens, se aposta em mecanismos de controle e padronização das práticas de saúde como forma de alcançar o melhor cuidado. Essa racionalidade embasada no controle, na possibilidade de reprodução e generalização das ações em saúde é fruto daquela perspectiva de ciência que se estabeleceu séculos atrás.

Uma das questões centrais dessas abordagens são os limites que impõem ao profissional de saúde, reduzindo as práticas de cuidado à reprodução e consequentemente, restringindo a singularidade que o encontro com usuário produz. Embora certo grau de padronização também se faz necessário, a questão está na suposta possibilidade de padronizar e controlar todo o processo.

A discussão em torno da segurança do usuário do serviço de saúde, por exemplo, tem contribuído para o desenvolvimento de metodologias de controle do processo de trabalho que possibilitem a realização de atividades sistemáticas para prevenir riscos para o usuário. Com isso, lançam-se mão dos treinamentos, utilização de diretrizes, auditorias clínicas.

É possível reconhecer nessa temática esforços institucionais impetrados na direção da qualificação do cuidado, os quais têm como norte a criação de protocolos, de capacitações, definição de regras, normativas, fluxos, estabelecimento de rotina com o objetivo de moldar as ações dos profissionais de saúde. São estratégias que pretendem controlar, dar visibilidade, regular, padronizar o encontro entre esses profissionais e o usuário para que se alcancem critérios de eficácia e eficiência. Essas estratégias, em última instância visam garantir a confiabilidade, previsibilidade das ações de saúde e, consequentemente, seu resultado (Cecílio, 2009).

Nesse mesmo sentido a medicina Baseada em Evidências (MBE) se apresenta como importante referencial teórico-prático a ser perseguido. Ela é uma das principais

representantes dessas abordagens que priorizam a doença seguindo protocolos clínicos produzidos a partir das melhores evidências científicas para reconhecer e intervir sobre os processos mórbidos. MBE tem alcançado status de normatividade e em alguns casos extremos, como no exemplo da médica, tem sido usada como conhecimento dogmático, ou seja, não passível de relativização e questionamento.

A metodologia da Medicina Baseada em Evidência é bastante usada para dar sustentação à produção de diretrizes e protocolos clínicos. Ela é definida como “o uso consciente, criterioso da melhor evidência científica, integrada à experiência clínica e consideração de preferências dos pacientes para a tomada de decisões no cuidado a saúde” (Sackett et al, 1996).

Funcionaria como mediadora fundamental no processo de tomada de decisões se vestindo como a melhor maneira de praticar a medicina, oferecendo os maiores benefícios aos usuários com mais efetividade de recursos (Vasconcellos-Silva & Castiel, 2005). Por essa ótica positivista, o conhecimento mais próximo da verdade é fruto de um compilado de estudos anteriores onde se pode sistematizar e extrair o melhor conhecimento para tomada de decisão.

A MBE se baseia na formulação clara do problema clínico do usuário e por meio de uma busca sistemática na literatura por artigos relevantes e outras fontes de informação, avaliando criticamente as evidências, seleciona a melhor delas para a decisão clínica (Castiel & Póvoa, 2001). Assim quando se diz que tal medicamento ou tal procedimento é o mais indicado para tratar, curar uma doença a partir de evidências clínicas, significa que, por meio da avaliação de estudos clínicos passíveis de generalizações, foi constatada tal eficiência.

Produzir cuidado com base nesses referenciais parece excluir qualquer debate que proponha algo diferente. Vasconcellos-Silva e Castiel (2005) se perguntam: como se opor à força das evidências que nos proporcionam economia de recursos que sabemos ser escassos e mais efetividade nos tratamentos? Com a promessa de tamanha confiabilidade e certeza, fica bastante difícil produzir cuidado que olhe e escute o sujeito que está diante do profissional de saúde.

Embora Sackett et al. (1996) afirmem que a MBE não é um “livro de receita” e que o profissional não deva prescindir da experiência clínica e da escolha do paciente, reconhecemos nela alguns riscos de constrangimentos à autonomia do profissional de saúde. O que vemos é o perigo do esvaziamento e empobrecimento da prática clínica.

Para Bedrikow e Campos (2014), a MBE contribui para a preservação do paradigma da Clínica Moderna e consequentemente para a ciência positivista. Os autores concentram suas críticas às limitações impostas pela MBE à prática clínica, aos profissionais de saúde que têm suas habilidades reduzidas ao um conjunto de ações pré-estabelecidas e que não consideram a realidade de recursos limitados e os aspectos individuais.

Ao priorizar o trabalho morto (Merhy, 2002) para tomada de decisões unilaterais fica cada vez mais distante reforçar a importância da relação do profissional de saúde e usuário, já que as decisões serão subsidiadas unicamente por meio do resultado obtido pelo instrumental da MBE. Será que sempre a melhor evidência clínica produz cuidado? O mais importante para os profissionais de saúde deveria ser a aplicação de uma técnica, seja ela curativa, paliativa apesar do cuidado?

Com esses questionamentos, começamos a dar pistas sobre a compreensão de cuidado em saúde que apostamos e que discorreremos a seguir. Embora essa separação dicotômica como forma de apresentar a questão tenha limitações, pois abre espaço para uma leitura rasa de que as primeiras são ruins e as segundas são boas ou ainda, que uma e outra são excludentes, entendo que para argumentação desenvolvida aqui, marcar essas diferenças é importante e ajuda a complexificar o debate.

3.1.4 As abordagens voltadas para uma “ampliação” da Clínica e pela centralidade do sujeito nas práticas de saúde

O segundo grupo apresenta como principais características o foco na análise dos aspectos cotidianos dos serviços de saúde para além das questões infraestruturais; o questionamento dos limites do paradigma biomédico para compreensão dos processos saúde-doença; o reconhecimento dos limites da racionalidade ‘sistêmico-estratégica de planejamento’ (zevedo et al., 2010) para dar conta da complexidade e incerteza que marcam a vida das organizações de saúde e a centralidade da integralidade do cuidado, considerando-o de modo mais amplo, sendo assim necessária a utilização de tecnologias não restritas à dimensão material e organicista.

É nesse segundo grupo que quero centrar a nossa discussão. Nessa perspectiva, a mudança do modelo assistencial depende menos da rigidez das normas gerais e mais da

produção de saúde que acontece no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. O encontro entre o usuário e o profissional de saúde é espaço privilegiado para emergência das forças micropolíticas; é no dia-a-dia de um estabelecimento de saúde que podemos experimentar modos criativos de cuidar, efeito do encontro entre os sujeitos, em que não é possível antever todos os passos, garantir do roteiro da cena a acontecer.

Neste sentido, espaço da micropolítica não se apõe a macropolítica por uma questão de dimensão, de tamanho, como se macro significasse “grande” e micro significasse “pequeno” (individual, grupal) (Olnik, 2007). Essas duas dimensões diferem entre si por uma questão de natureza, o que quer dizer que a ideia de macropolítica diz respeito aos movimentos instituídos, instituições bem constituídas, às formas circunscritas e, diferente disso, a micropolítica constitui os movimentos instituintes, movimentos de criação, provocando desvio nessa reprodução. Ambos movimentos coabitam nosso cotidiano e não constituem uma natureza boa ou ruim.

De acordo com Ayres (2004a), quando se pensa em cuidado em saúde, prontamente nos vem a ideia do senso comum, em que o cuidado é produzido por meio de uma série de procedimentos tecnicamente conhecidos pelos profissionais de saúde para garantir um tratamento adequado à determinada doença/queixa daquele que procura o serviço de saúde.

Na contramão dessa visão, o autor argumenta que a produção do cuidado não se dá somente por procedimentos e conhecimento técnico. Ela inclui outros aspectos, que Merhy (2002) irá chamar de tecnologias leves, sendo necessário, o alinhamento da produção do cuidado com a “construção de projetos humanos”. O autor desenvolve a ideia de projeto de felicidade (Ayres, 2009, 2004b), o que não tem a ver com a ideia de uma vida sem sofrimento, bastante difundida e sustentada nas sociedades capitalistas. Felicidade aqui tem o sentido de norteamento da vida, no sentido de nos movermos em direção a nossos projetos de vida.

É a partir das experiências vividas, dos efeitos provocados em nós, que saberemos se estamos nos movendo de acordo com nossos projetos de felicidades. Nesse sentido, Ayres (2004b) defende a ideia de que as ações de saúde devem contribuir para construção dos projetos de felicidades dos usuários. Dito de outro modo, as ações de saúde devem estar comprometidas com a produção de mais vida, no sentido de

ampliar a autonomia do sujeito, sua rede de conexões, dando continuidade ao seu modo de andar a vida (Feuerwerker, 2014; Feuerwerker, Merhy & Silva, 2016).

É bastante comum os profissionais de saúde, norteados por certo modo de fazer gestão do cuidado, considerar que uma ação em saúde foi bem sucedida quando esta ocorrer de acordo com as etapas pré-estabelecidas. Neste caso, dizemos que houve êxito técnico. Contudo, o alcance desse objetivo não faz sentido algum se os efeitos da intervenção não significarem o sucesso prático, ou seja, um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas pelas pessoas como fonte de realização, de felicidade para sua vida (Ayres, 2006). Ações de saúde como esta são produtoras de barreiras para produção da vida (Feuerwerker, 2014; Feuerwerker, Merhy & Silva, 2016).

Para que a produção do cuidado esteja comprometida com o modo de andar a vida do usuário, naquilo que ele julga ser desejável e adequado, é preciso que o profissional de saúde reconheça a condição de sujeito do usuário e deixe de observá-lo como objeto de sua intervenção. Há, desta forma, uma dimensão subjetiva na produção do cuidado, pois essa operação se dá no encontro entre pelo menos duas pessoas, o que faz necessário reconhecer a centralidade do elemento humano nessa relação.

Nesse encontro entre trabalhador de saúde e usuário há uma série de expectativa que um e outro carregam nesse momento. Junto à queixa do usuário, chega também seu modo de vida, suas crenças, seu modo de entendimento, seus costumes, seu projeto de vida, seu conhecimento sobre si e o mundo. Da mesma forma, o profissional de saúde traz consigo ele mesmo, com todas as variações possíveis, o conhecimento que adquiriu ao longo de sua formação, seus valores, sua noção de certo e errado, seu modo de ser e estar na vida.

De acordo com Spinoza (2017), um corpo afeta o outro de várias maneiras, afecções estas que podem possibilitar a produção do cuidado ou não, pois o outro nem sempre é visto como fonte de apoio e conforto. O amor, o ódio, o desejo de criar e de destruir também se presentifica nesse espaço relacional. Todos os elementos que nos constroem subjetivamente – a cultura, valores, costumes, família, etc – produzem efeitos no modo como vemos o outro.

O trabalho e os atos de cuidar em saúde são essencialmente trabalho vivo, isto é, é produzido e consumido no instante em que acontece, no encontro entre trabalhador de saúde e usuário (Merhy, 2002). Ao contrário de outros setores, onde há a predominância

do trabalho morto, no campo da saúde, a produção do cuidado não pode desconsiderar o sujeito que carrega suas dores, seus temores, pois, mesmo que o profissional de saúde se valha de todo um conhecimento técnico conquistado anteriormente (trabalho morto), “sua aplicação” se dá sobre uma pessoa.

A diabetes acontece no corpo de uma pessoa, o transtorno mental, do ponto de vista da psiquiatria, também é desencadeado em pessoas e, cada um a seu modo, reage, convive com suas mazelas de modos diferentes. Com tudo isso, para desenvolver ações de cuidado é necessário fazer uso de outras tecnologias, para além daquelas desenvolvidas pela ciência moderna, tecnologias do campo relacional.

Como dito anteriormente, essas outras tecnologias foram denominadas por Merhy (2002) como tecnologias leves, sendo fortemente difundidas entre aqueles que apostam na abertura aos movimentos micropolíticos para mudança de modelo de atenção à saúde, e foram desenvolvidas como contraponto às tecnologias leve-duras e duras (Merhy, 2002).

A tecnologia dura diz respeito ao arsenal estrutural e tecnológico utilizado nos estabelecimentos de saúde, como equipamentos diagnósticos, máquinas, insumos, etc. Já as tecnologias leve-duras fazem referência a todo conhecimento tecnocientífico apreendido pelos profissionais de saúde ao longo de sua formação, a qual se dá sob a base do saber científico. Por último, as tecnologias leves são aquelas às quais todo e qualquer trabalhador de saúde tem acesso e condições de desenvolver.

São tecnologias do campo relacional afetivo, e dizem do modo como os sujeitos interagem entre si. Acolhimento, escuta qualificada, diálogo, vínculo, todos esses são exemplos de tecnologias leves que fazemos uso ou que deveríamos fazer uso quando estamos diante daquele que necessita de cuidado em saúde.

Neste mesmo sentido, defendendo a importância de tecnologias afetivas no fazer em saúde, Ayres (2006), apresenta três aspectos práticos para nortear as práticas de saúde voltadas para o cuidado: a) Abrir espaço para o diálogo; b) Assumir e compartilhar responsabilidades e c) reconstruir identidades. O primeiro aspecto diz respeito à importância da dimensão dialógica no encontro entre usuários e profissionais para a construção de práticas de saúde.

O segundo aspecto aborda a corresponsabilização neste percurso, entendendo o usuário como sujeito ativo nesse processo. Por fim, o terceiro aspecto, refere-se à reconstrução de identidades a partir de cada encontro, isto é, as identidades não são

imóveis, nos modificamos a cada novo encontro que nos disponibilizamos estar. Desta forma, diferenciamo-nos de nós mesmo, aprendemos com o outro.

Na perspectiva de Teixeira (2005), a rede de serviços de saúde se configura como rede de conversações. Produzimos conversas o tempo todo no serviço de saúde, considerando desde uma simples informação que se oferta na entrada de um estabelecimento de saúde ao atendimento propriamente dito que o usuário vem em busca. Desta forma, considerando essa rede de conversações, o autor desenvolve a ideia de *Acolhimento Dialogado*, tecnologia leve que pode estar presente em qualquer momento do atendimento, sendo operada por qualquer profissional de saúde. Essa técnica de conversa tem o propósito de identificar, elaborar e negociar as necessidades trazidas pelos usuários que podem ser atendidas.

Para que essa tecnologia se efetue no cotidiano de um estabelecimento de saúde é preciso que o profissional de saúde reconheça o outro como legítimo outro, considere a insuficiência de cada um para solucionar as questões que chegam e, ao lado disso, reconheça que o sentido produzido em dada situação é efeito dos saberes presentes de todos os envolvidos. Não se trata de apagar as diferenças e produzir blocos homogeneizantes de sentido, mas produzir um campo comum de convergência das diversidades (Teixeira, 2005).

Em alguma medida, pode-se esperar o uso dos três tipos de tecnologias quando o trabalhador de saúde se encontra com o usuário, já que o trabalho em saúde é essencialmente produzido por pessoas; o que devemos analisar é se nesse encontro há mais possibilidades de abertura, de criação, de adaptações ou se contamos com a predominância de uma postura cristalizada, normativa, mecânica. Ou ainda, se o uso do chamado trabalho morto (protocolos, diretrizes, procedimentos) vai ao encontro do aumento da potência de vida daquele usuário.

Se no campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, como aponta Feuerwerker (2014) e esta, por sua vez, deve estar comprometida, com os projetos de vida de cada um, considerando a complexidade das necessidades de saúde, parece pleonasmos falar em cuidado integral, como havia dito na dissertação. O cuidado no sentido defendido nesta tese se sustenta na perspectiva da integralidade, na ampliação do olhar para as diferentes formas de vida. Como se propor cuidar sem avaliar os efeitos de uma intervenção sobre o modo de vida do usuário?

No entanto, vivenciamos, comumente, na concretude dos serviços de saúde e na gestão, nos seus diferentes níveis, o contrário; o óbvio não é óbvio. Por isso, o que pode parecer redundância, uma repetição desnecessária de palavras, não o é. O sentido do cuidar em saúde é plural, assim, enquanto para alguns os aspectos subjetivos são considerados variáveis que atrapalham o bom desenvolvimento de um evento, para outros, essa dimensão do humano é peça fundamental para se alcançar o cuidado comprometido com a vida das pessoas.

Toda essa discussão está situada em um espaço-tempo: século XXI, cultura ocidental, sociedade capitalista, Brasil, etc. Esses são alguns dos vetores que compõem a resultante “necessidade de saúde”. a mesma forma, o modo de produzir cuidado nos estabelecimentos de saúde, também emerge desse contexto, deste campo de forças. E aí que tudo se complexifica, no meu entendimento e o que parece dado não está.

O desenvolvimento do conhecimento científico, o lugar que ele foi ocupando no mundo do conhecimento; o capitalismo, onde tudo se torna mercadoria e o lema é reproduzir, reproduzir, infinitamente; os interesses hegemônicos; as religiões, todos esses elementos capturam os modos de vida, influenciam nossos hábitos, nossos desejos, nossas crenças, nossos julgamentos. Como adoecer faz parte da vida e as soluções que vão sendo criadas para os males que nos atingem também estão imersas neste contexto, o campo da saúde não está isento dos efeitos de todo esse campo de força.

Ao longo dos tempos, a eficiência da atenção à saúde foi sendo entendida como sinônimo de alta tecnologia, inovações terapêuticas, exames sofisticados, criação de especialidades e mais especialidades. Se por um lado, essas descobertas possibilitaram a cura de várias doenças, o que não se pode negar, por outro lado, colocou em questão o modelo de atenção hospitalocêntrico e médico-centrado, pois esse se mostra incapaz de responder todas as necessidades de saúde da população.

Franco e Merhy (2012) resgatando a lógica taylorista de produção, isto é, produção em massa com o intuito de obter maior produtividade, traz a discussão para o campo da saúde, apontando para captura do trabalho vivo em saúde, em que os ‘micro- atos’ do trabalho sofrem tentativas de regulação, de controle. Como efeito, foi ganhando cada vez mais espaço os processos de gestão do trabalho que operam a partir da alta regulação do trabalho em saúde, resumindo-o em uma série de procedimentos

padronizados, centrado no ato prescritivo, que permitem o desenvolvimento da alta produtividade, como apresentamos mais acima.

O protagonismo das tecnologias duras e leve-duras, como o uso de exames complementares, a fragmentação do organismo em órgãos e funções produz o excesso de intervenção, muitas vezes iatrogênicas. Crítica extensamente difundida por Ivan Illich (1975) há quatro décadas. A biomedicina foi desenvolvendo técnicas, tecnologias, saberes que direcionam a relação do profissional de saúde com o usuário, deixando em segundo plano o sujeito humano que sofre e o fazer clínico.

A produção do cuidado norteada pelas tecnologias leves carrega consigo certa dose de risco, de desconforto, de insegurança, uma vez que, no seu sentido mais amplo, faz com que se dissolva toda segurança e previsibilidade que os pressupostos científicos parecem garantir. Ao nos dispor ao encontro com esse outro, nos abrimos ao acaso, nos abrimos a uma história de vida que não conhecemos, apontando, desta maneira, para o limite dos nossos saberes e fazeres.

No encontro com o outro, aparece também desejos, vontades, necessidades, expectativas, história e valores de cada um, muitas vezes diferentes daqueles que norteiam nossas vidas. Isso nos coloca em contato com a diferença, com outras formas de viver, o que nem sempre é confortável. Comumente, nossas ações, nosso interesse ou desinteresse pelo outro é atravessado por valores, verdades exteriores à relação estabelecida ali no encontro com o usuário.

De acordo com Spinoza (2017) quando agimos submetidos a verdades exteriores, isto é, a ideias que não se originam internamente, estamos submetidos à servidão, pois não agimos guiados por nossa própria vontade. O filósofo chama

(...) de servidão a impotência humana para regular e refrear os afetos. Pois o homem submetido aos afetos não está sob seu próprio comando, mas sob o do acaso, cujo poder está a tal ponto sujeitado que é, muitas vezes, forçado, ainda que perceba o que é melhor para si, a fazer, entretanto, o pior. (Spinoza, 2017:155).

O sentido de interioridade de um corpo para Spinoza (2017) não se relaciona com os limites de um indivíduo, pois um corpo é composto de vários outros corpos. O corpo “é um modo definido da extensão, existente em ato, e nenhuma outra coisa” (Spinoza, 2017:61). O corpo se forma em ato, o encontro entre dois ou mais sujeitos forma um corpo, um indivíduo e o livro que se lê forma outro corpo, o carro e o sujeito enquanto dirige, etc.

Assim, a ideia de servidão diz respeito às verdades externas não ao indivíduo, enquanto um limite definido, mas externas à composição de corpos no instante em que acontece. Por exemplo, a moral cristã guia muitas de nossas escolhas, o que faz com que deixemos de nos relacionar de forma não aceita por ela ou então, deixemos de manter uma relação com alguém que contrarie tais valores, sem necessariamente termos clareza de sua influência sobre nosso pensamento, determinando a agir, nessa relação, de um modo que não diz respeito a ela própria. Comportamo-nos de maneira subserviente aos valores exteriores. Portanto, exterior diz respeito a tudo que esteja fora da composição de um corpo.

Quando o profissional de saúde está diante do usuário, suas reações, sua disponibilidade para com o outro, sua capacidade de se aproximar da realidade do usuário sofre os atravessamentos de todo esse campo exterior. Não é incomum o profissional de saúde reagir negativamente quando os usuários se queixam do longo período de espera, dizendo: “é de graça e não querem esperar” ou, permitir que uma pessoa permaneça em situação de sofrimento por mais tempo por achar que ela “merece”, como nos casos de mulheres que procuram cuidado após uma tentativa de aborto, ou ainda, responsabilizar sempre a figura materna pelo cuidado com as crianças.

A religião, o comportamento baseado na moral cristã, o racismo, o sexismo, a ciência hegemônica, são exemplos de vetores externos, que interferem no modo como cada um se relaciona com o outro, naturalizando o desenvolvimento de práticas de saúde não produtoras de cuidado. Quando mantidos na invisibilidade, impossibilitando que os sujeitos entrem em contato com essas forças, não há condições para se produzir um entendimento sobre esses atravessamentos. É nesse sentido que Spinoza (2017) desenvolve a ideia de servidão.

Ao contrário de servidão, Spinoza (2017) irá desenvolver a ideia de liberdade, a qual supõe uma prática calcada nas forças interiores do corpo. Para tanto, é necessário que a mente conheça, compreenda cada afeto para que, então, possa desvinculá-lo das causas exteriores, gerando assim ideias adequadas²⁷. Desta forma, os sujeitos passam a

²⁷ Spinoza (2017) irá identificar três tipos de conhecimento: a) conhecimento de primeiro gênero; b) conhecimento de segundo gênero e, por último, c) conhecimento de terceiro gênero. O conhecimento de primeiro gênero produz ideias inadequadas. Todo afeto provém de infinitas causas e quando essas causas não são explicadas, geram ideias inadequadas e confusas, ou seja, estão submetidas às causas exteriores. Quando essas causas são explicadas, quando é possível desenvolver um entendimento sobre elas, passamos a ter condições de agir a partir de forças que vem de dentro e não a partir das forças exteriores. Nesse sentido, estamos diante do conhecimento de segundo gênero, isto é, alcançamos o conhecimento

agir de acordo com forças que nascem das conexões que faz, aumentando sua potência de agir, de existir, exercendo sua liberdade.

Para o filósofo, “Não há nenhum afeto do qual não podemos formar um conceito claro e distinto” (Spinoza, 2017:217). O ponto por meio do conhecimento das afecções do corpo que podemos produzir desvios em nossas práticas. Neste caminho, para que possamos buscar o entendimento não apenas cognitivo, mas também afetivo de nossas práticas de saúde cotidianas, apostamos na existência de espaços coletivos que permitam a circulação da palavra, a verbalização de opiniões diferentes, em que seja possível colocar em disputa, de modo não bélico, diferentes sentidos das práticas de cuidado, o que pode contribuir para produção de desvio, invenção de outras maneiras de se relacionar com o usuário e, assim, suportar a diferença.

Proponho um exercício de estranhamento. Estranhar aquilo que parece óbvio, estranhar nossas lógicas de atuação, estranhar o modo como nos portamos frente ao usuário, como definimos nossas condutas para que possamos sair do campo da automatização da produção do cuidado, dando visibilidade às forças que compõem o campo da produção do cuidado em saúde.

Quando a relação entre profissionais de saúde e usuário sofre, por demais, os constrangimentos das regras, das normativas, produzindo ações engessadas por esses instrumentos não produzimos reflexões sobre nossas ações e, conseqüentemente, corremos o risco constante de corroborar para manutenção do sofrimento daquele que pretendemos cuidar.

Podemos produzir violência quando impomos uma forma de viver; podemos ser violentos quando a julgamos. Somos violentos quando, para organizar o raciocínio e sistematizar as condutas, produzimos diagnósticos que limitam a vida do sujeito ao lugar de doentes, reduzindo sua existência à dimensão biológica.

Os diagnósticos muitas vezes rotulam e parecem definir a existência do sujeito. Alguns diagnósticos, mais do que outros, aprisionam a subjetividade, e se propõem a falar sobre a pessoa mais do que ela mesma. Assim são os diagnósticos para HIV positivo, em que o sujeito passa a conviver com todo tipo de especulação e julgamentos

sobre aquilo que já existe, o que nos permite desvincular os afetos das causas exteriores. Já o conhecimento de terceiro gênero, Spinoza (2017) irá chamar de ciência intuitiva. Difere do conhecimento do segundo gênero por abarcar a dimensão criadora e assim passamos “à suprema perfeição humana (...), desse terceiro gênero de conhecimento provém a maior satisfação que pode existir” (Spinoza, 2017:229)

sobre sua vida; os diagnósticos de transtorno mental que muitas vezes se torna barreira de acesso para o usuário nas diferentes dimensões da vida, incluindo o cuidado em saúde. carga de “doentes mentais” tem um peso negativo importante tanto para o sujeito, quanto para as pessoas a sua volta, sendo resultado de despotencialização, desinvestimento. Nesse sentido, “ascender” ao lugar de doente, pode ser, muitas vezes, o melhor caminho para vivenciar experiências de barreira de acesso ao cuidado, pois costumeiramente, os diagnósticos psiquiátricos fecham as portas, mais do que abrem (Feuerwerker, 2014).

Wagner, ACS entrevistado, pedindo para continuar a entrevista, pois estava gostando, diz “(...) que é o mal do ser humano mesmo. Tem aquele ditado que diz que é a primeira impressão é a que fica. As pessoas julgam pela aparência”. Augusto, médico de Família e Comunidade e preceptor da residência percebe também que há resistência do médico residente em atender usuários em intenso sofrimento psíquico. “Tem residentes que acham que a MFC não deveria tratar de Saúde Mental, mas o sofrimento está aí, está na comunidade”.

Trago aqui essa perspectiva crítica para que não percamos de vista os riscos que podemos experimentar no dia-a-dia de nosso cotidiano de trabalho. A produção do cuidado sustentado por esses pilares não se mostra sensível às necessidades de saúde dos pacientes.

Ao mesmo tempo em que corroboramos as críticas à produção do cuidado centralizada nas tecnologias leve-duras e duras, desejamos, o especialista do especialista, o último exame desenvolvido que pode antever a presença de algum mal e nos animados com a cada nova descoberta tecnológica que possa nos aproximar da experiência da imortalidade.

Essas aparentes contradições vão ganhando lugar quando complexificamos o problema. Vivemos em uma sociedade capitalista que produz demanda e resposta para essas demandas sem parar, o tempo todo, nada parece escapar, nem mesmo “os modos alternativos de vida”. Cria-se mercado para a necessidade deles também, rapidamente se cria produtos para estilos de vida diferente.

É um ciclo que não para. O capitalismo vive da exploração, produz desigualdade, que produz violência, que possibilita a criação e venda de produtos e serviços de segurança. Então, eu trabalho para comprar um carro 0 km porque creio que preciso. Assim eu compro um seguro para meu carro e, então, eu contrato outro seguro,

que é o seguro da franquia! O seguro da franquia consiste em você pagar para uma empresa pagar a franquia de seu primeiro seguro, caso você precise acioná-lo. Essa capacidade sem fim de criar necessidade garante que a mola propulsora do consumo continue a girar.

Se a parte mais abastada da sociedade dissemina a ideia que ter plano de saúde é sinônimo de status, assim como realizar o último exame que promete antecipar qualquer mal, consultar com o especialista renomado é sinônimo de qualidade, esse desejo tende a perpassar por toda a população. Portanto, um médico de família vai valer menos que os especialistas. Por outro lado, o saber médico vai ser melhor que o conhecimento de qualquer outro profissional de saúde, pois seu conhecimento é ratificado pelo seu salário mais alto em relação aos colegas de trabalho.

No Brasil e em todos os outros países onde se é permitido comercializar saúde é possível encontrar essas contradições. Existem grandes indústrias do setor da saúde: Indústria diagnóstica, indústria farmacêutica; indústria de insumos, indústria dos seguros de saúde e, como qualquer outra indústria no capitalismo, vivem do lucro. Precisam desenvolver um mercado consumidor para vender. Antes de vender produtos, o capitalismo produz modos de ser e estar no mundo, o capitalismo cria modos de um se relacionar com o outro para então, ter público para desaguar toda sua infinita produção.

Desta forma, uma sociedade capitalista, associada ao saber científico, se torna uma dupla quase que imbatível no setor da saúde, pois as empresas se utilizam da ciência para justificar e produzir demanda. Veja você mesmo, caro leitor, se o capitalismo não é mesmo sem limites! Recentemente a Bayer, grande indústria farmacêutica, comprou a Monsanto, grande indústria produtora de agrotóxicos²⁸. A Monsanto produz doença e a Bayer cria medicamentos para supostamente curar, pois é claro que essa conta nunca fecha.

A fabricação das tecnologias científicas duras e leve-duras no capitalismo mundial se entrelaça com os interesses econômicos e políticos de forma bastante intensa. A industrialização da ciência trouxe como consequência o compromisso desta com o poder econômico, social e político, os quais influenciam centralmente a escolha das prioridades científicas. Exemplo disso foi a criação das bombas de Hiroshima e Nagasaki durante a 2ª Guerra Mundial (Santos, 2008).

²⁸ Informação difundida por diferentes sites digitais: Globo.com; Brasil de Fato; Uol; Carta Capital, etc.

Na ciência moderna o conhecimento se desenvolve pela hiperespecialização. Quanto mais rigoroso mais restrito é o objeto no qual incide. O campo da saúde, orientado hegemonicamente por esse modo de produzir conhecimento, acompanha os mesmos passos, tanto no que diz respeito à fragmentação dos corpos em infinitas partes para delegá-las aos seus respectivos especialistas, como pelo aumento do uso de tecnologias duras e leve-duras.

Vemos a incorporação tecnológica sem benefícios evidentes aos usuários, a medicalização excessiva pela produção de novos diagnósticos, pela mudança de critérios diagnósticos que colocam quase que instantaneamente milhões de pessoas no mundo dos doentes crônicos, como é o caso da hipertensão e diabetes. Vende-se a felicidade plena, um mundo sem dor que pode ser alcançado com novos remédios, cosméticos, suplementos alimentares, dietas alimentares inovadoras utilizadas pelos atores e atrizes famosos, etc.

Faço mais um adendo para relatar fatos recentes com a discussão que estou tecendo aqui. Durante a semana que produzia esse texto, estava nas manchetes de vários jornais o caso do cirurgião plástico enis Cesar Barros Furtado, conhecido como “ r. Bumbum”, preso após ser acusado pela morte de uma mulher submetida a um procedimento estético invasivo na cobertura do médico na Barra da Tijuca. Em uma leitura rápida, a vítima poderia ser facilmente culpada por procurar esse tipo de procedimento nessas condições, contudo, não deixemos de considerar que o Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgia estética, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América.

Histórias como essa são resultados de um capitalismo sem escrúpulo, que se alimenta da capacidade de produzir modelos ideais de vida e assim garantem a procura a qualquer custo. É nesse cenário complexo, analisando o campo de forças presentes no agir em saúde que quero retomar a questão de início que levantei nas primeiras páginas desse capítulo: como produzir práticas cuidadoras na Atenção Básica à Saúde em tempos de laços sociais tão precários?

3.2 O cuidado em saúde na Atenção Básica: o desafio da ampliação

Até aqui, leitor, tentei apresentar as perspectivas de cuidado em saúde que estão em disputa e que desde o mundo grego já se faziam presente de certa forma. Bedrikow e

Campos (2014) recuperaram os princípios doutrinários das escolas gregas de Cnido e Cós a fim de demonstrar que a dualidade entre aqueles que fazem uma Clínica voltada para doença e aqueles que a exercem tendo o sujeito como foco tem suas raízes antes mesmo da era cristã.

A escola de Cnido baseava sua prática na classificação das doenças considerando o órgão afetado e os sintomas apresentados pelo doente. A ênfase, como veremos mais tarde na Clínica Moderna, estava na doença, secundarizando a história de vida das pessoas que eram acometida por ela. A doença era então considerada um ser independente do sujeito, que tinha evolução própria e assim como na Clínica Moderna, o objetivo era sua classificação (Bedrikow e Campos, 2014).

Já a escola de Cós era balizada pelo método natural/descritivo, tinha como foco o organismo e a doença, descrevendo-a a partir da experiência com a doença em suas diferentes dimensões. Essa escola se aproxima mais das experiências contemporâneas da Medicina Centrada na Pessoa, principal referencial para Medicina de Família e Comunidade e para Clínica Ampliada e Compartilhada.

Pretendo agora, trazer a discussão para Atenção Básica à Saúde e de que modo podemos perceber a disputa entre essas diferentes perspectivas do exercício da clínica nas unidades básicas de saúde e quais limites, a meu ver, podemos apontar para as abordagens mais alinhadas à Clínica do Sujeito, tanto no que diz respeito a Medicina Centrada na Pessoa, como na sua proposição mais radical da ampliação da Clínica.

O fortalecimento da Atenção Básica à Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família, que se sustenta em princípios e diretrizes, como longitudinalidade do cuidado, integralidade, acesso, coordenação de rede, se consolida como resposta ao modelo fragmentado da atenção à saúde. Em contrapartida ao cenário engessado do hospital, a unidade básica de saúde está localizada próxima do território onde as pessoas vivem e convivem, sendo este aspecto um diferencial importante em relação aos outros pontos da rede de atenção. A UBS está onde a vida cotidiana também está.

O médico Ivo e a médica Amanda²⁹ nos oferecem alguns exemplos da possibilidade de improvisos, de abertura da organização da UBS para as especificidades de cada usuário. Pergunto a eles sobre o acesso na Atenção Básica, pensando esse ponto da rede como porta de entrada e se existe alguma estratégia para o acolhimento dos usuários de saúde mental. Ivo diz que sim, que quando é demanda espontânea, o

²⁹ Ambas entrevistas realizadas em maio de 2019 na Clínica da Família.

atendimento acaba sendo mais rápido, mas esses pacientes precisam ser agendados, a gente marca esses pacientes em horários mais protegidos pra conseguir ver essas outras questões, estratégia também relatada por Amanda.

Juliana, enfermeira³⁰, sobre o acesso ao atendimento odontológico, explica que primeiro os pacientes vêm no grupo de escovação e aí a dentista avalia cada um e prioriza os mais graves. Pergunto se os usuários de saúde mental fazem o mesmo fluxo, Juliana diz que com ela não, que ela “(...) conversa com a dentista dizendo que eles não vão vir nesse grupo. A gente acaba perdendo o paciente, é muito cheio os grupos, eles se incomodam com lugares cheios. Eu falo diretamente com a dentista para ela avaliar esses pacientes”.

Carla, odontóloga³¹, cita o trabalho no território por meio das visitas domiciliares como maneira dos “pacientes especiais, que na verdade não buscam a B”, terem acesso à saúde. Ela também destaca que a longitudinalidade do cuidado deixa o trabalho mais fácil “porque já conheço a família, a história”.

Na ABS é desejável que uma família seja atendida por sua equipe de referência ao longo do tempo, de modo que esses profissionais possam então estabelecer vínculo, relação de confiança, conhecer os sujeitos que ali chegam e voltam para suas casas, para seus trabalhos. A vida segue na ABS. Estar mais próximo da vida dos usuários reserva certa dureza, pois é também por essa proximidade que chega com a queixa toda a história de vida do outro, o que, muitas vezes, pode ser difícil de lidar.

A mesma dentista parece compreender bem a importância de se estabelecer o vínculo com o usuário. Carla explica que “(...) a primeira coisa que precisa fazer é trabalhar bastante o vínculo. Não tem um protocolo fechado, quando você cria vínculo, você passa a ser referência do usuário. Como é que eu crio vínculo? Eu trago para o consultório, converso antes de qualquer coisa, convido para gente ver se está precisando de alguma coisa, explico. Às vezes o paciente vem só pra conversar e pra sentar, às vezes a gente fica um tempo assim e aí você vai criando vínculo com esse paciente”.

Bedrikow e Campos (2014) nos fornece uma importante sistematização da discussão em torno do exercício da clínica na ABS, que eu chamarei de produção de cuidado. Os autores movidos pela intuição de que as políticas públicas de saúde tem sido insuficientes em produzir mudanças efetivas na forma de produzir cuidado em

³⁰ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

³¹ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

saúde pelo fato de se manterem arraigadas ao substrato da Clínica tradicional hegemônica, realizaram uma análise minuciosa sobre os principais volumes dos Cadernos de Atenção Básica (CAB) produzidos pelo Ministério da Saúde para fundamentar a prática de saúde no cotidiano.

Os autores e seu grupo de pesquisadores analisaram os documentos a partir da identificação e confrontação de elementos que caracterizariam a Clínica Moderna e elementos que indicassem o rompimento com essa visão, fortalecendo a perspectiva de uma Clínica Ampliada.

Esses cadernos foram produzidos durante os governos do Partido dos Trabalhadores, período em que sinalizei a ocupação de grupos acadêmicos no MS críticos à mercantilização da saúde e que contribuíram fortemente para a discussão em torno da produção do cuidado como produtora de direito e autonomia dos usuários, sustentando claramente a crítica ao saber biomédico que regiam as práticas de saúde, influenciada pela lógica e por setores privados da saúde.

Essa localização dos sujeitos que conduziram processos de construção de políticas públicas no nível federal em certo tempo e espaço reforça a concepção de que a produção do conhecimento não é neutra, inócua. Esses documentos, as normativas produzidas durante esse período carregavam em si determinadas visões de mundo, bem como suas recentes alterações representam determinados grupos sociais.

Esses atores estavam marcados pela defesa do exercício de uma Clínica Ampliada e Compartilhada (Campos, 1996). Essa concepção de Clínica traz uma perspectiva contra-hegemônica e é uma das principais representantes do segundo grupo de abordagens de gestão do cuidado apresentadas na sessão anterior. A Clínica Ampliada e Compartilhada está sustentada pelos mesmos alicerces da perspectiva de cuidado de Ayres (2004a, 2004b, 2006, 2009), Teixeira (2005), Feuerwerker (2014), Franco & Merhy (2012).

Nessa perspectiva o exercício da clínica além de considerar os sujeitos e seu contexto, deslocando a ênfase na doença para centrá-la sobre os sujeitos concretos – profissional de saúde e usuário – não é exclusiva do profissional médico. A Clínica Ampliada e Compartilhada leva em conta as singularidades dos sujeitos, colocando o conhecimento prévio que cada um carrega na relação e as decisões e intervenções são pactuadas com o objetivo manter a autonomia do sujeito e o auto-cuidado.

Quando o profissional de saúde impede que o usuário produza conhecimento sobre si mesmo e possa opinar sobre seu cuidado estabelece-se uma relação hierárquica e dependente, deixando os usuários vulneráveis, muitas vezes incapazes de tomar qualquer decisão. O contrário, a possibilidade de compartilhamento das decisões clínicas também é um compartilhamento de responsabilidade que o usuário também tem sobre seu cuidado.

Da mesma forma que a Clínica Ampliada e Compartilhada ganhava espaço para pensar as diretrizes das Políticas Públicas de Saúde, a Clínica da Reabilitação Psicossocial também se configurou como uma abordagem importante nesse grupo que se estabelecia na contramão do cuidado biomédico. A Clínica Psicossocial se posiciona claramente contra o saber psiquiátrico hegemônico que também terá suas raízes a partir da concepção de ciência positivista.

A luta por respeito aos direitos humanos, a ruptura com as práticas asilares direcionadas aos sujeitos loucos, apostando em serviços de saúde substitutivos, localizados no território, como apresentamos no primeiro capítulo, também influenciará a política de saúde da Atenção Básica e o cuidado exercido.

Mais recentemente, com a ampliação das residências médicas de Medicina de Família e Comunidade, a Medicina Centrada na Pessoa também apresentará um esforço para de contrapor a tradicional Clínica da Doença. Essas abordagens permearão o momento histórico de construção das Políticas de Atenção Básica. Podemos ver nos documentos institucionais desenvolvidos no início do século XXI, a própria mudança na organização da Atenção Básica será resultado de grupos de pesquisadores e trabalhadores formados a partir dessa concepção mais ampla do cuidado.

Todavia, o que Bedrikow e Campos (2014) irão apontar na análise realizada é que em quase todos os documentos, a mudança de método clínico não passou de uma intencionalidade inicial, não sendo mantida e muitas vezes secundarizada no decorrer dos documentos. Os documentos expressam a importância de considerar a perspectiva do usuário na produção do cuidado, mas se mantém fiel ao método clínico tradicional, embasando-se em muitos momentos na Medicina Baseada em Evidências para nortear a prática dos profissionais de saúde.

Embora estejamos defendendo uma produção do cuidado norteador por tecnologias leves em toda rede de saúde, é inegável que a ABS, no modelo da ESF,

apresenta um cenário privilegiado para o exercício dessas tecnologias. Juliana³² conta com a criatividade para facilitar a compreensão de uma usuária sobre a prescrição das medicações. “ u uso umas bolinhas coloridas para ajudar a identificar cada medicamento. Coloco por cor, o que ela precisa tomar durante todo o dia, tarde e noite”.

Juliana também se lembra de um usuário que era soropositivo e tinha diagnóstico de esquizofrenia. “Eu ensinei ele a usar camisinha pegando um desodorante que eu comprei. Hoje ele faz o tratamento direitinho, aderiu ao tratamento. Ele diz que usa camisinha agora, ele pega aqui na Clínica da Família. Nós monitoramos o CD4 e sempre está indetectável, então nós sabemos que ele faz o tratamento”

Nenhum outro estabelecimento de saúde tem a extensão e a capilaridade da ABS, atuando sobre os problemas de saúde mais frequentes, os quais muitas vezes, parecem estar no limiar entre problemas da vida e a patologia propriamente dita, fazendo com que nos questionemos se a resposta mais adequada está no conhecimento técnico-científico da biomedicina (Teixeira, 2005).

Sobre esse último aspecto, as queixas trazidas pelos usuários no atendimento ou aquelas que ao longo do tempo começam a se apresentar em outros espaços escancaram a necessidade de ações intersetoriais, considerando os limites da ABS e do próprio campo da Saúde. Nesse sentido, na ABS, exige-se do profissional de saúde o uso mais frequente de tecnologias de escuta, negociação, de compartilhamento de responsabilidades, pois o usuário não está submetido às suas condutas o tempo todo.

A médica Amanda compartilha as dificuldades no tratamento de um jovem esquizofrênico, usuário de drogas e soropositivo para HIV que também contraiu tuberculose. Ia diz que é muito difícil fazer o tratamento para tuberculose. “ stá na rua, às vezes precisa fazer o DOTS. Tem que vir na Clínica da Família, você precisa ir até ele e ele some de repente. Esses usuários exige tudo da rede, para além da Saúde Mental, da Assistência Social, de outros equipamentos no território: liderança comunitária, vizinhos, enfim, qualquer ajuda. A gente chama a família, vê quem pode administrar a medicação para ele”.

Contudo, a proposição de um modelo de atenção que privilegie o uso de outras ferramentas, menos convencionais, como visita domiciliar, trabalho com grupos, discussão de casos, não é suficiente para garantir o desenvolvimento de intervenções

³² Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

alinhadas com o projeto de vida dos usuários. Bem como a produção de documentos normativos não irão dar conta de transformar as práticas de saúde.

Merhy et al. (2011) afirmam que em muitos municípios onde ESF foi implantada podemos observar mudanças no processo de trabalho dos profissionais, pela utilização de todas essas ferramentas sem, contudo, alcançar uma mudança de tecnologias de trabalho, quais continuam operando sob a ótica da razão instrumental, pela centralidade do médico no projeto terapêutico singular do usuário, sem desenvolver uma postura mais dialógica, reconhecendo o usuário como sujeito detentor de um saber válido sobre si.

Trago uma experiência aqui que dialoga com a crítica dos autores acima. Quando fui convidada para assumir o cargo de gerente da Gerência de Apoio da Saúde da Família na Secretaria de Estado do Distrito Federal, fui me aproximando de temáticas das quais tenho pouca intimidade. A gerência da qual faço parte, absorveu boa parte do processo de trabalho realizado por uma gerência anterior, agora extinta, o que trouxe a necessidade de darmos continuidades a pactuações realizadas anteriormente no Plano Anual de Saúde do atual governo.

Ao analisar as ações que esta gerência se comprometeu para o ano de 2018, a maior parte delas dizia respeito à construção de protocolos clínicos para ABS. Acho que essa é a palavra que mais escuto atualmente, produzir protocolo, apoiar a implantação de protocolos. Mesmo compreendendo seu lugar, o apego a esses instrumentos me gera profunda tristeza e a sensação de que temos um longo caminho a percorrer no sentido de realmente alcançarmos uma mudança de modelo de atenção.

Durante minha estadia na rede de saúde do Rio de Janeiro, podia perceber, mas sem muito conseguir elaborar, o quão prescritivo a ESF pode ser. Uma visita domiciliar, nesse contexto, se torna somente mais um procedimento, assim como a realização de grupos de promoção à saúde. Para não dizer do uso demasiado do conceito de matriciamento, sem nenhum compromisso com sua proposta de compartilhamento horizontal do conhecimento.

Mesmo o grupo, que aposta na ESF como o melhor modelo para estruturar a ABS, não pactua das mesmas concepções de produção do cuidado. Pode parecer que se trata da mesma investida, mas o caminho a ser percorrido é diferente. Basta olharmos para os indicadores propostos para ESF: número de diabéticos e hipertensos

acompanhados, número de mulheres em idade fértil com exame citopatológico do colo do útero em dia, número de visitas domiciliares realizadas, etc.

Embora esses indicadores quantitativos possam trazer alguma pertinência para a avaliação do acesso à ABS, eles não se mostram suficientes para avaliar o cuidado produzido de modo qualitativo. Nem sempre a inclusão na rede de saúde pode significar acesso às práticas de cuidado que promovam maior autonomia aos sujeitos no seu modo de viver (Feuerwerker; Merhy & Silva, 2016). A garantia do número esperado de consultas a uma pessoa diabética não diz nada sobre o cuidado produzido nesses encontros.

Nessa linha, Augusto ao dizer sobre a ausência de indicadores de Saúde Mental pactuado, faz uma reflexão: “Quando a gente é cobrado por meio de um indicador, o cuidado fica muito mais operacional do que pessoal. Por exemplo, sabe-se que a gestante precisa ter um número mínimo de consulta. O indicador cobra a quantidade dessas consultas, mas não cobra a qualidade dessas consultas. Se tiver um indicador que diga, por exemplo, que pessoas com transtorno mental precisam passar por um número de consultas, ou terem a renovação da receita e certo tempo, tenho receio de nunca mais elas serem olhadas particularmente”.

De fato, parece que estamos engravidando as palavras (Merhy, 2005) de coisa qualquer, trocando um termo pelo outro, extinguindo seu sentido original. O que muitas vezes acompanhamos é a repetição de velhas formas de agir com novos nomes. É assim que o Acolhimento, na prática, se mantém triagem, Vínculo se resume ao cadastro a uma determinada UBS e o Projeto Terapêutico Singular se torna uma concatenação de procedimentos (Franco & Merhy, 2012).

A constante “protocolização” das ações na ABS demonstra que avançamos pouco quanto à proposta de outro modelo de atenção à saúde que produza outros sentidos às práticas de saúde. Os documentos institucionais destinados aos profissionais da ESF se mostram ambíguos e na maior parte das vezes reforçam uma Clínica tradicional, fortemente influenciada pela Medicina Baseada em Evidências (Bedrikow; Campos, 2014).

Há nuances importante dentro dos dois grandes grupos de gestão do cuidado que trouxemos anteriormente. A Clínica Ampliada e Compartilhada e a Clínica Centrada na Pessoa (CCP), a qual tem ganhado cada vez mais espaço, a partir da ampliação da especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) são

exemplos disso. Embora essa última se contraponha à Clínica Moderna tradicional, colocando o sujeito no centro da relação, ela ainda bebe do mesmo substrato.

Em uma disputa dentro do campo da medicina, a MFC precisou se afirmar enquanto especialidade médica. Já temos aí a primeira questão. Tem uma especialidade médica que forma o médico para olhar, considerar o sujeito e outras não? Claramente a criação dessa carreira sofre atravessamentos do mercado de trabalho, do ato médico. De certa forma, essa especialização já é um contracenso, como se o profissional de saúde ora olhe para o sujeito, ora ele o descarte.

Fazendo um paralelo com o que Santos (2008) diz a respeito do médico generalista. O desenvolvimento MFC veio como uma resposta para compensar a hiperespecialização médica, contudo, pode se tornar mais um especialista entre tantos outros. Esse efeito reverso mostra que não há saída dentro do paradigma dominante de conhecimento científico e este constitui o grande problema de que decorrem todos os outros (Santos, 2008).

Ainda nessa disputa, a Medicina de Família e Comunidade necessita de um caráter de cientificidade para suas condutas e intervenções médicas. É assim que a escuta qualificada se torna um procedimento, e não um *ethos*, ou modo de estabelecer relações. Competência cultural é o nome dado para capacidade do profissional de saúde em trabalhar, de forma adequada e efetiva, considerando o contexto cultural do usuário, família ou comunidade que necessita de cuidados.

Lograr um lugar dentro do campo da medicina e, portanto, se afirmar enquanto uma técnica de base científica reforça, de certo modo, o monopólio epistêmico da ciência como única forma verdadeira de conhecimento, em lugar de questionar a própria adoção da ciência como padrão para medir e validar todas as formas de conhecimento. Se a Clínica Ampliada e Compartilhada, bem como a Clínica Centrada na Pessoa, defendem uma proposta contra-hegemônica, afirmando centralidade dos sujeitos no cuidado em saúde, elas precisarão fazer uso de outros modos de construir o conhecimento.

A Medicina Centrada na Pessoa muitas vezes se aproxima de um “roteiro” a ser seguido pelo profissional médico, um “passo a passo” que o guia nas consultas, conduzindo-o para uma postura mais dialógica. Contudo, esse “script” pré-definido faz com que o profissional não se abra à singularidade de cada encontro clínico, ou seja, o que se passa durante a consulta nada mais é que um encontro artificial.

No meu entendimento, isso não se sustenta no cotidiano. Esse ponto é central para discutirmos as limitações dessas abordagens do cuidado que se dispõem a considerar os sujeitos nas relações sem, contudo, priorizar debates tão estruturais em nossa sociedade. A Clínica centrada no encontro entre sujeitos cabe em procedimentos, clínica é política.

Como Bedrikow e Campos (2014) trazem, a Medicina Centrada na Pessoa se esforça para sistematizar problemas emocionais, sociais e culturais relacionados àquele que sofre que podem interferir na experiência de adoecimento de cada um, no curso e recuperação de cada doença. Assim, se dedica a produzir roteiro, sugestões, orientações para o profissional médico consiga se aproximar de tais aspectos da vida da pessoa, como um “*check list*”.

Pretende-se assim instrumentalizar o profissional médico diante dos fenômenos subjetivos, mesmo correndo risco de simplificar tais experiências que dizem respeito à dimensão humana, individual e da social. Ou seja, a proposição de simplificar para compreender, controlar, está também presente, carrega os resquícios da perspectiva da ciência moderna. Para validar tal conhecimento é preciso que ele seja científico, que seja alcançado por meio de uma metodologia ou nos casos citados acima, sejam técnicas bem estabelecidas para se alcançar o conhecimento.

O exercício da clínica e, conseqüentemente da produção do cuidado na ABS é fortemente conduzida por protocolos e fluxos de atenção centralizados na gravidade de sintomas. Nortear a produção do cuidado unicamente pelos protocolos clínicos significa produzir barreira de acesso, tanto para aqueles que acessam o serviço de saúde, tendo suas necessidades de saúde resumidas aos sintomas, diagnósticos e terapêuticas baseadas exclusivamente no saber biomédico, como para aqueles que nem conseguem ingressar na rede de saúde, pois não se enquadram em nenhum protocolo.

A teoria é diferente da prática, diz Juliana. “ u não posso ficar amarrada com o que está escrito na bibliografia, eu tenho que entender aquela problemática”. pesar da promessa de assumir a responsabilidade sanitária de um determinado território e se configurar como porta de entrada do SUS, as equipes de Saúde da Família se sentem constantemente tensionadas ao se tornarem “porta aberta” e, assim, se depararem com a demanda espontânea, que não se encaixa em um daqueles grupos de demanda programada.

Os usuários de saúde mental é um clássico exemplo deste desconforto. Eles não se encaixam e respondem muito mal ao modo prescritivo e protocolar dos serviços de saúde produzir cuidado. Eles furam os fluxos, constroem sua rede, escolhem sua referência. Não a toa que as equipes não especializadas, e mesmo estas, têm tanta dificuldade de suportar esse encontro. As experiências que tive com usuários que tentaram suicídio, para não cairmos do exemplo estereotipado do louco, muito louco, podem nos ajudar nessa compreensão.

As equipes de saúde da Família “cariocas” fazem uso de um protocolo clínico que, entre as várias informações contidas, era possível que o profissional identificasse a necessidade de acionar outro ponto da rede de atenção, os CAPS, por exemplo. Dependendo da situação, das tentativas recorrentes de suicídio, do manejo necessário, o usuário tinha indicação para ser acompanhado por esse serviço especializado. No entanto, muitas vezes quando ele adentrava esse dispositivo, o usuário encontrava muita dificuldade de se identificar ou pior, tinha medo de se identificar com qualquer outro usuário daquele serviço.

Foi assim que, nenhum desses usuários que acompanhei na ESF, compondo a equipe do NASF, vinculou-se ao CAPS, escolhendo os profissionais e o local onde queria ser cuidado e onde se sentiam melhor. Essas experiências me fizeram pensar que o usuário de saúde mental na ABS pode se tornar um importante analisador para discutir a capacidade da ESF de acolher, de se reinventar, de criar, de refazer seus referenciais.

Amanda, médica, diz ter a impressão de que facilita a vida do cuidador, do profissional de saúde ter um diagnóstico definido.

Prescrever um antipsicótico para esquizofrenia é mais fácil do que tratar uma insônia de quem está em uma área com tiroteio. Acho que diminui um pouco a ansiedade quando se encaixa em um CID. Mas isso também é uma crítica que eu faço, nem sempre precisa se encaixar em um CID. O adoecimento é singular, é único, a gente precisa de fato está ali ouvindo.³³

Tenho muitas dúvidas sobre a capacidade da ABS em responder a 80%, 90% dos problemas de saúde de um determinado território. Não por não apostar na sua capacidade de melhorar a assistência prestada à população, mas por considerar a complexidade que é atuar na saúde pública em um país que nunca viveu o Estado de Bem-Estar Social.

³³ Entrevista realizada em maio de 2019 na Clínica da Família.

Embora esteja fortemente envolvida com a proposta da implementação da ESF no Distrito Federal, por defender esse modelo de Atenção Básica à Saúde, por ter encontrado nessa rede sentido para meu trabalho como psicóloga, não posso deixar de considerar que o momento político-econômico do país não está nada favorável à expansão do SUS, pelo contrário. Como dito em outro momento nada está garantido *a priori*, a captura dos discursos progressistas pelos conversadores é um modo bastante comum de atuação. Captura não só dos discursos como das estratégias também.

Quero dizer que, mesmo a ESF sendo um modelo defendido no campo da Saúde Pública para o fortalecimento e qualificação do SUS, os projetos neoliberais facilmente se apropriam dessa proposta, vendendo quase como uma panaceia um médico de família, que tudo vem a resolver. Fazendo uma torção na proposta, a ESF se encaixa perfeitamente na ideia de uma cesta básica para pobres (Merhy, 1998).

Podemos entender melhor os perigos que nos cercam, quando um município como o Rio de Janeiro, por exemplo, considera o mesmo recorte populacional para uma equipe de saúde da família, estando essa equipe na zonal sul ou no Complexo da Maré. Ou então, quando a Política de Atenção Básica de 2017 flexibiliza o quantitativo máximo de usuários sob a responsabilidade de uma equipe de SF, afirmando um quantitativo entre 2000 a 3.500 pessoas adscritas por equipe, mas reconhecendo “outros arranjos de adscrição”, podendo ser maior ou menor.

Seguimos atentos aos processos de captura dos quais não estamos isentos. Essa escrita é ela mesmo efeito de um exercício de estranhamento que propus ao leitor em algum momento anterior. Estranhar mesmo aquilo que defendemos, não para abrir mão, necessariamente, mas para não deixar escapar. Chego ao final dessas linhas entendendo, somente agora, que se trata de um convite para questionar as próprias certezas, e afirmar a não obviedade. É um texto costurado por um tom crítico, o qual concluo de modo bastante inquieta, pois entendo que questionar o modelo hegemônico de produção de saúde parece mais fácil do que colocar minhas próprias defesas em xeque.

Neste sentido, propor uma discussão a respeito do cuidado prestado, na ABS, ao usuário com o rótulo de transtorno mental grave, se apresenta como um desafio importante para pensar os modos de produção de cuidado neste cenário. Ao mesmo tempo em que me impõe uma situação delicada, do ponto de vista do investimento profissional e afetivo que tenho feito ao longo da minha formação/atuação, apostando sempre no fortalecimento de certo fazer clínico na ABS.

O que tenho vivido como trabalhadora do SUS tem exigido de mim um corpo resistente e o ato de pesquisar, nessas circunstâncias, traz a dimensão do risco. O risco de titubear, de ignorar as contradições e limites do campo da saúde pública pelo qual fui formada. Correr o risco de cair em uma visão maniqueísta entre o bem e o mal, entre aqueles que são progressistas e aqueles que não são; entre esquerda e direita.

O momento político que vivemos parece simplificar o debate, tamanha é a cisão produzida. O retrocesso nas várias dimensões da vida não permite críticas internas. Ou se está de um lado ou se está do outro lado. Em um momento em que precisamos defender os poucos direitos que havíamos conquistados, ainda que muitos deles não se efetivaram completamente, parece não deixar tempo para reflexões que abram caminho para avançarmos ou ainda, tememos enfraquecer o lado que escolhemos nessa disputa.

Ao longo de quatro anos, tempo que durou a escrita dessa tese, fui fortemente tomada por esse sentimento de defesa dos “meus pares”. Daí o tom de catástrofe que emerge em certos momentos desse trabalho frente às mudanças ocorridas nas políticas de saúde, como se já não vivêssemos, desde o surgimento do SUS, a ameaça de sua extinção e os tensionamentos internos de grupos divergentes que produziram essas políticas.

Formada, direta ou indiretamente, por esse grupo de sanitaristas que influenciaram fortemente as políticas de saúde na Atenção Básica e as políticas de Saúde Mental nas primeiras duas décadas do século XXI, sobretudo no que diz respeito a produção do cuidado na Atenção Básica, fiquei às voltas com a questão que surgiu na qualificação e que culminou nos desdobramentos das ideias que apresento. O que nos faz tão frágeis diante das mudanças das normativas e ocorreram nos últimos anos no campo da saúde pública?

Essa questão foi desenvolvida com a ideia de produção de subjetividade ainda no capítulo 2 e trouxemos dois grandes eixos que constituem os modos de existência hegemônicos que, por sua vez, produzem efeitos sobre o modo de produção de cuidado. Localizada do lado que aposta no cuidado dos sujeitos e considera a singularidade da experiência do adoecimento, entendo que a discussão em torno da produção do conhecimento científico, do racismo e do capitalismo como operadores dos modos dominantes de se relacionar na sociedade é imprescindível para nós.

No início desse capítulo comecei dizendo do não protagonismo do debate racial, de gênero na constituição das políticas públicas de saúde. Agora direi porque entendo

essa questão como central para discutirmos cuidado em saúde e como percebo as limitações das abordagens de gestão do cuidado que questionaram a Clínica Moderna tradicional, sustentada na ciência positivista como norte teórico para práticas de saúde cotidianas. Como percebo o cotidiano das unidades básicas de saúde.

Se anteriormente produzir críticas dentro do campo da saúde pública que me formei me parecia uma forma de fragilizar essa perspectiva, agora, trazê-las aqui é reconhecer, ainda que tardiamente, a necessidade desse debate para discutir a produção do cuidado em saúde. Se estamos embasbacados com a presença de modos de existência fascistas foi exatamente por não termos dado o protagonismo devido a essas questões que constituem nossa sociedade.

Como nos disse bell hooks (2019) para construir uma teoria feminista é preciso romper com uma ideologia do individualismo liberal. É preciso romper com os métodos de exclusão dominantes na sociedade, formulados pelo poder patriarcal e elitista. Da mesma forma, digo que para construirmos outras formas de cuidado em saúde, que se constituam substancialmente pelo diálogo, pela escuta e respeito ao outro é preciso romper com esses modos de subjetivação dominante, isto é, precisamos olhar para os modos de hierarquização e superioridade que norteiam as relações, sejam eles raciais, de gênero ou de classe, bem como olhar para quem produz conhecimento.

3.3 Por uma ciência feminista para pensar o cuidado em saúde

A centralidade epistemológica da ciência moderna é fruto de um epistemicídio de outras formas de conhecimento, valores, modos de vida, culturas e sociedades diferentes da sociedade europeia e mais recentemente, da sociedade norte-americana. O monopólio do saber científico sobre conhecimento em torno do processo saúde-doença, bem como das tecnologias dele derivadas, do modo de vida moderno, da noção de progresso e desenvolvimento (Tesser, 2006) é resultado da dominação do mundo europeu e norte-americano sobre as culturas do hemisfério sul.

As culturas não europeias (latino-americanas, africanas, asiáticas) imersas em outro regime de sociabilidade possuem outra cosmovisão sobre o mundo, sobre o homem e sociedade que não guarda muitas semelhanças com as culturas dominantes ocidentais e consequentemente, a relação, a compreensão e intervenção sobre o

processo saúde-doença é sustentado por bases diferentes do pensamento biomédico (Tesser, 2006).

A formação dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos é balizada pelo esquecimento, menosprezo e desqualificação de toda e qualquer forma de conhecimento que não seja alcançado pelos meios e técnicas científicas. Assim, os usuários também são ensinados a buscar as causas para todos os males a partir de uma compreensão biológica e ver no tratamento quimioterápico sua salvação. Ensinados a depositarem suas “fichas” em exames complementares e em especialistas para elucidar todo e qualquer problema, os sujeitos doentes respondem passivamente a essa realidade, alienando-se da experiência do adoecer.

O apagamento progressivo de saberes e práticas em saúde-doença presentes das diversas sociedades e culturas importantes para manutenção de uma postura autônoma dos sujeitos e populações no cuidado de si corroboram para a extinção do conhecimento que os sujeitos portam, deixando-os cada vez mais dependentes do olhar do especialista. Esse epistemicídio tem como consequência a homogeneização do conhecimento biomédico sobre os processos de adoecimento e saúde.

Tesser (2006), nesse caminho, dirá que a ciência ao tomar para si, enquanto instituição, a licença epistemológica, esvaziando ou retirando da vida dos leigos a condição de saber e agir sobre si colabora para um projeto não emancipador, isto é, produz cada vez mais dependência e subordinação daqueles que não detêm o conhecimento científico e portanto, se submetem às práticas cada vez mais medicalizantes, tecnológicas e fragmentadoras do ser.

Essa forma de exercer a Clínica está sujeita aos interesses econômicos mercadológicos e se torna refém da produção de alta tecnologia que muitas vezes não cumprem o que prometem, isto é, melhores condições para o sujeito seguir andando na vida. Além disso, essa Clínica mostra-se reducionista e mecânica de forma excessiva, com pouca possibilidade de escuta para as queixas e relatos dos usuários que não se encaixam em um diagnóstico, ofertando terapêuticas pouco efetivas, inacessíveis para a maior parte das pessoas.

Na pós-modernidade, muitas críticas surgirão se contrapondo ao privilégio da ciência como única forma de conhecimento e, mais do que questionar esse monopólio, diferentes correntes de pensamento passarão a questionar quem são os autores que

constituíram o conhecimento científico e, conseqüentemente, definiram toda uma cosmovisão que se tornou hegemônica para compreender o mundo e as pessoas.

Ao lado disso, essas correntes de pensamento refutaram os principais pilares que sustentam o conhecimento científico moderno, como sua pretensa posição de verdade única, garantida pela neutralidade da investigação e pela universalidade de seus achados, podendo ser reproduzidos em qualquer instância, graças à neutralidade, à objetividade e à condição de separabilidade entre sujeito e objeto.

A racionalidade científica como modelo global de conhecimento se torna um modelo totalitário, uma vez que nega o caráter racional às outras formas de conhecimento que não se fundam pelos mesmos princípios (Santos, 2008). A ciência moderna não é a única forma capaz de explicar a realidade e sua hegemonia é resultado de fatores políticos sociais e econômicos.

Existem muitas correntes de pensamento que se opõem à concepção moderna de conhecimento. Proponho aqui a perspectiva de uma ciência feminista antiracista. Tratei inicialmente a ideia de pensamento abissal e pós-abissal desenvolvida por Santos (2009) para desenvolver a afirmação de um epistemicídio produzido a partir da ciência moderna.

Como aponta Nunes (2009), a obra de Boaventura de Sousa Santos nos fornece importantes reflexões críticas sobre a crise da epistemologia desencadeada a partir de sua associação à ciência moderna como saber totalitário. Fazendo uma crítica ao pensamento da modernidade, o autor proporá um pensamento não-abissal, isto é, sua proposta se volta em defesa da diversidade de saberes que produzem conhecimentos sobre a realidade.

O pensamento abissal consiste na divisão do mundo humano do não-humano. Por meio do desenvolvimento da ciência moderna, considerada como única representante do conhecimento universal e verdadeiro outras formas de conhecimento serão anuladas e aqueles que os produzem estarão localizados à margem do lugar onde o verdadeiro conhecimento é produzido (Santos, 2009).

Essa exclusão não será admitida como forma de anulação, extermínio de outros povos e culturas, ela será compreendida como natural e evolutiva e, permitirá que parte da humanidade se constitua como modelo universal. A ciência moderna convertida como modelo de racionalidade hegemônica que, inicialmente, se constituiu como forma de descobrir a verdade e as leis da natureza, estende-se como forma também de

conhecimento sobre o ser humano e a sociedade. Do mesmo modo que foi possível descobrir as leis da natureza, seria igualmente possível desvendar as leis da sociedade utilizando o rigor dos métodos científicos (Santos, 2008).

O pensamento abissal é o modo hegemônico de produzir conhecimento e terá efeitos sobre o mundo e sociedades. Será ele capaz de justificar as atrocidades provocadas pelo continente europeu e, mais tarde pelos norte-americanos, em diferentes regiões que sofreram com o processo de colonização. Colonização aqui entendida de forma bastante ampla, ou seja, para além do domínio territorial e exploração de riquezas naturais.

No decorrer do texto, será possível compreender de forma mais consistente essa conceituação trazida por Santos (2009). No momento ficaremos com essa explicação mais rápida para que não nos tornemos por demais repetitivos. O leitor verá que a ideia de pensamento abissal e pós-abissal estará contida nas formulações dos outros autores e corrente de pensamento que nos servirão de guia nessa discussão.

Na contramão do pensamento abissal, que tem na ciência moderna seu principal aliado, Santos (2009) irá propor o pensamento pós-abissal, isto é, um pensamento que rompa com as dicotomias, hierarquizações produzidas pelo pensamento científico moderno. Desta forma o autor não apenas criticará centralmente a concepção de ciência positivista e seus pressupostos, como questionará seu monopólio como única fonte de conhecimento.

Desta forma, o pensamento pós-abissal é um pensamento “não-derivativo” (Santos, 2009), pois defende uma ruptura radical com o pensamento ocidental moderno. Sua proposta se assenta na ideia de “ecologia dos saberes” (Santos, 2009), isto é, se norteia pelo reconhecimento de formas plurais de conhecimentos e em possíveis inter-relações entre elas que ocorreriam de maneira sustentável e dinâmica. Nesse sentido, a ciência moderna é tomada como apenas uma dessas formas.

A aposta em uma ecologia de saberes converge na ideia de desenvolvimento de um pensamento prático, não abstrato que possibilite ou impeça certas intervenções na realidade e ainda, abandona o entendimento de todo conhecimento tenha como origem única a ciência para que, assim, seja validado. Nem a ciência ou qualquer outra forma de conhecimento podem dar conta de responder todas as intervenções e explicações do mundo real, uma vez que o conhecimento é sempre parcial.

Nesse caminho de que todo conhecimento é conhecimento prático e, portanto, não está descolado de uma realidade, Santos (2009) considera que o conhecimento não é aquilo que representa o real, pelo contrário, o conhecimento surge de sua intervenção sobre ele e a partir dele. Assim, a credibilidade de todo e qualquer conhecimento é diretamente proporcional ao que possibilita ou impede no mundo, ou seja, o conhecimento tem sua dimensão cognitiva ligada a uma dimensão ético-política, contrapondo-se a ideia de neutralidade do conhecimento.

Santos (2009) não nega o valor das intervenções que o conhecimento científico produziu no mundo por meio de tecnologias desenvolvidas. Contudo, esse reconhecimento não deve anular intervenções no mundo que ocorrem por meio de outras formas de conhecimento. Exemplo disso para o autor é a expressividade dos saberes indígenas e camponeses na contribuição para manutenção e preservação da biodiversidade.

Nesse sentido, um pensamento que se propõe pós-abissal não rejeita o conhecimento científico ao afirmar a importância do conhecimento não-científico. O pensamento pós-abissal propõe um uso contra-hegemônico da ciência, isto é, um uso alinhado aos interesses de povos e populações subalternizadas. Assim, a conformação de uma ecologia dos saberes também estabelecerá críticas ao reconhecimento da ciência positivista como única forma de desenvolver ciência, dando ênfase às formas alternativas de conhecimento científico, as quais as ciências feministas e pós-coloniais, por exemplo, forneceram importantes contribuições (Santos, 2009).

O pensamento pós-abissal denuncia a falsa neutralidade do conhecimento científico moderno localizando as relações deste com o momento sócio-histórico ocidental, cujo protagonista está no continente Europeu, isto é, o homem branco. Desta maneira, revela o campo de forças que se estabeleceu desde então e tudo que foi necessário para que a ciência moderna se tornasse, sobretudo, não a forma de explicar a realidade, mas de produzir a realidade.

Produzir uma realidade e não explicá-la, pois no pensamento pós-abissal, a realidade não é algo natural, cuja forma de organização se assemelha à natureza, isto é, ordenada por meio de regras e leis determinadas naturalmente. Se mesmo essa visão de natureza é limitada, a ideia de organização única de uma sociedade é mais insustentável ainda e, não é nada mais do que a eliminação de outras formas de vida, organização, conhecimento, valores, culturas.

A hegemonia do conhecimento científico moderno que surge na Europa e torna-se a única “lente para ver o mundo” (entendam para produzir o mundo) se consolidou sob a condição de um epistemicídio que extinguiu, de forma violenta, outras formas de conhecimento desenvolvidas por diferentes povos e culturas originários de outros territórios em nome da razão, do desenvolvimento e progresso.

Assim, a crítica à ciência moderna não se separa de um contexto histórico- político e da necessidade de tornar visível saberes produzidos por outros autores que, durante séculos, foram ignorados, silenciados, marginalizados e desqualificados. Concordamos com Santos (2009:49) no que diz respeito à sua visão do conhecimento e suas palavras estão alinhadas aos outros autores que trago para ajudar na discussão que se segue.

Não há conhecimento que não seja conhecido por alguém para alguns objetivos. Todos os conhecimentos sustentam práticas e constituem sujeitos. Todos os conhecimentos são testemunhais porque o que conhecem sobre o real (a sua dimensão ativa) se reflete sempre no que dão a conhecer sobre o sujeito do conhecimento (a sua dimensão subjetiva) (Santos, 2009:49).

Como reconhecido por Santos (2009), as epistemologias feministas têm sido centrais para equivoocar as certezas, os dualismos e a pretensa neutralidade da ciência moderna, a qual é expressão cognitiva, ética e política dos seus autores individuais e coletivos: os homens brancos. Embora a perspectiva de uma ciência feminista compartilhe aspectos da crítica à ciência positivista como muitas outras correntes teóricas, se “distingue pela insistência em relacionar as realidades locais/cotidianas – incluindo aí as atividades de feministas – com relações sistêmicas de dominação que articulam, mas extrapolam, as relações de gênero” (Iffin, 2006:635).

As feministas se interessam por um projeto de ciência que se estabeleça como alternativa à perspectiva da ciência moderna denunciando as formas de dominação produzidas por essa perspectiva e refletindo sobre as próprias práticas de dominação e manutenção de privilégios que todas as posições contêm (Haraway, 1995). Nessa afirmação, as feministas não se colocam como exterioridade ao campo de forças que sempre está presente, pelo contrário, situam historicamente, no tempo e no espaço, os próprios conceitos a fim de ultrapassar definições estáticas e valores culturais propagados como se fossem inerentes à humanidade.

Uma ciência feminista assume que toda pesquisa é uma produção política e que a construção de uma epistemologia será influenciada por questões políticas. Ou seja, a

ciência feminista irá sempre localizar o campo de forças, as relações de poder presentes na produção do conhecimento (Ketzer, 2017). Enquanto ato político, a ciência feminista afirma um lugar de fala e pertencimento de onde se constrói o pensamento e a realidade. O que a ciência representa não é uma verdade objetiva científica, mas sim resultado de relações de poder, gênero e raça que define o que será considerado verdadeiro, correto, livre do erro e engano, a depender do sujeito que fala. Trazer esse debate à tona dentro do campo epistemológico é fundamental para se pensar a transformação da sociedade e das relações hierárquicas que se produziram como se fossem naturais.

Sustentamos a mesma perspectiva de Haraway (1995) de que todo conhecimento é localizado social e historicamente. Portanto, a ideia de um conhecimento neutro, puramente racional e, conseqüentemente universal não se sustenta, a não ser para servir ao projeto patriarcal colonizador, machista logrado pelo etnocentrismo europeu.

Diferente da ciência moderna, saberes localizados quebram com as dualidades por ela produzida, como natureza-homem; mente-corpo; objetivo-subjetivo; racional-emocional; sujeito-objeto. Este é compreendido como um ator em interação com o sujeito, retirado da passividade, como se estivesse ali pronto para ser descoberto. Objeto e sujeitos são produzidos no ato em que se forma o conhecimento (Haraway, 1995).

A ciência moderna surge no continente Europeu e sua história e percurso temporal alinham-se, como vimos, com a alteração do regime econômico - do Feudalismo para o Capitalismo. Desde o século XVII, o desenvolvimento dessa forma de conhecimento responde às necessidades do capitalismo, uma vez que ao capitalismo interessa a propriedade dos recursos de produção que, por sua vez, estão na natureza. Assim, um conhecimento que se propõe relevar as leis gerais da natureza possibilita a este homem dominá-la e explorá-la (Quijano, 2009).

inda em relação aos “serviços prestados” pela ciência ao capitalismo, no período iluminista do século XVIII desenvolvido na Europa, a sociedade era vista como um organismo, ordenado e fechado em si mesmo, assim como a ciência compreendia a natureza. Essa visão sustentou a proposição de classes sociais hierarquizadas como naturais da mesma forma que a ciência moderna classificou e ordenou os seres animais, vegetais e minerais (Quijano, 2009).

As características dessa forma de conhecimento perpassavam pela objetividade, neutralidade, racionalidade, precisão. Não por acaso essas qualidades eram atribuídas ao

sexo masculino e o exercício da ciência era reservado a eles (Bandeira, 2008). “Conceitos centrais que pautaram as discussões sobre o conhecimento e a ciência foram construídos com base em estereótipos de gênero” (Ketzer, 2017:98).

As mulheres por sua vez, eram associadas, e ainda o são, ao coração (e corpo), guiadas pelas emoções e afetos, isto é, expressões subjetivas (Keller, 2006). Essas características levavam à ilusão, ao erro, pois não eram frutos da razão. Assim, os seres humanos do sexo feminino eram considerados menos capazes intelectualmente, pessoas não dotadas das capacidades necessárias para o desenvolvimento do conhecimento. Esse estereótipo certamente contribuiu para afastar ou deixar de reconhecer as mulheres como sujeitos da ciência (Giffin, 2006).

O sujeito cartesiano é considerado a fonte de todo o conhecimento e é visto como um sujeito abstrato, “descorporificado” (Ketzer, 2017). Esse sujeito que nega o corpo, regido unicamente pela mente, razão é, na verdade, o sujeito europeu, branco, heterossexual. Ao contrário dessa visão, as feministas reivindicam o corpo, reivindicam uma objetividade corporificada, pois afirmam que o conhecimento é sempre localizado (Haraway, 1995). A teoria sempre é criada em algum lugar e é desenvolvida sempre por alguém.

A insistência em torno da objetividade da ciência permite que aqueles que não são demarcados possam alegar o poder de “(...) ver sem ser visto, de representar, escapando à representação” (Haraway, 1995: 18). Essa ausência de posições não marcadas é privilégio do homem branco produzido nas sociedades pós-industriais, racistas e sexistas.

A invisibilidade é aparentemente garantida pelos métodos científicos capazes de excluir toda e qualquer “interferência” do processo de investigação. Omitindo certos homens, aí me refiro mesmo ao sexo masculino, podem manejá-lo. Enquanto isso, os sujeitos do cotidiano não são vistos como sujeitos partícipes do processo de produção do conhecimento e, portanto, não participam da construção da realidade social, apenas são passíveis de reproduzi-la (Giffin, 2006).

A hierarquia do conhecimento além de presente entre os gêneros, também está fortemente marcada pela questão racial. Entender como raça e gênero operam em conjunto ou independentemente no mundo cognoscente nos ajuda a compreender a limitação da questão do gênero nesse debate.

A concepção de raça estrutura hierarquicamente as populações entre povos superiores e povos inferiores, entre povos desenvolvidos e povos subdesenvolvidos (Grosfoguel, 2009). Desta forma, quando brancos (e aí se incluem mulheres brancas) afirmam desenvolver um discurso neutro e objetivo, não reconhecem que seu pensamento é construído a partir do lugar que ocupam, o lugar de dominação e poder (Kilomba, 2019).

O privilégio epistemológico alcançado pela ciência moderna que se estruturou desde o século XVI está ligado ao poder e à autoridade racial. Kilomba (2019) nos sugere um exercício que entendo se tratar de um exercício de “desvendamento”, pois coloca um holofote sobre as hierarquias de raça e gênero. Qual conhecimento é reconhecido como tal? E qual não é? Qual é reconhecido pela academia? E qual não é? De quem é esse conhecimento? Quem é considerando como alguém que detém conhecimento? E quem não é? Quem tem legitimidade para ensinar conhecimento? E quem não tem? Quem está no centro e quem está fora?

Kilomba (2019) retrata a experiência de desqualificação do seu conhecimento, presenciando o racismo dentro da academia. Comentários, em tom de afirmação, de que sua pesquisa era por demais subjetiva, sem objetividade; muito pessoal, emocional; muito singular. Esses foram alguns dos questionamentos com que autora fora confrontada ao entrar no meio acadêmico.

Ser branco, homem, heterossexual é a norma e quando se é norma esses sujeitos parecem condensar todas as variações de gênero e raça. Assim quando se pensa em homem vem em mente todo um encadeamento de características físicas e comportamentais dominantes compreendidas como sendo naturais, bem como quando se pensa na mulher. Contudo, não há absolutamente nada que define o ser mulher que compreenda todas as mulheres (Haraway, 1994).

A consciência de gênero, raça e classe nos foi imposta a partir da concepção de um modelo ideal de humano propagado pela cultura patriarcal, colonial e capitalista. Foi assim que, como nos disse Fanon (2008), o sujeito racializado foi criado pelo homem branco heteronormativo. O homem negro só se percebe a partir da concepção de raça/cor quando a “norma” lhe diz: você não é homem, você tem cor, você é homem negro. Essa ideia está muito impregnada nas sociedades racistas. Ouve-se muito frequentemente uma pessoa branca se referir a outra pessoa negra como “homem de cor”. o branco não tem cor?

Na visão eurocêntrica não existem perspectivas da realidade ou mesmo realidades, existe somente uma única realidade. Assim, quando mulheres, sobretudo mulheres negras constroem conhecimento, interpretações, suas visões são tachadas de pessoais, subjetivas, parcializadas em contraponto a um conhecimento ideal, universal, normativo. Dessa forma, a ideia de perspectivismo serve somente para aqueles que não são o modelo.

Contudo as intelectuais feministas torcem o que chega como crítica, como desqualificação e positivam sua condição localizada para produzir conhecimento. Para elas, não somente o conhecimento que produzem, mas todo e qualquer conhecimento é parcial e é essa parcialidade que possibilita uma visão objetiva, capaz de produzir novas conexões, aberturas inesperadas com perspectivas que prometem um conhecimento potente para criação de mundos mais democráticos (Haraway, 1995).

O olhar parcial, localizável, crítico dessas formas de conhecimento é uma alternativa vista pelas feministas ao relativismo. Relativizar o conhecimento não é o mesmo que vê-lo como parcial, pois afirmar a parcialidade exige afirmar sua localidade, enquanto o relativismo se apresenta como alternativas não corporificadas, sem sujeito. O relativismo é a cara-metade da totalização, diz Haraway (1995), isto é, de visão única para visões de toda parte e ao mesmo tempo de nenhum lugar.

A objetividade feminista ao negar um lugar de transcendência e a separação entre sujeito e objeto permite que nos tornemos responsáveis por aquilo que aprendemos a perceber (Haraway, 1995). Ao descolar o conhecimento daquele que o formulou, ao não situá-lo no espaço, seus autores não são responsabilizados por aquilo que produzem, tornam-se incapazes de prestar contas (Haraway, 1995).

Nesse sentido, conviveremos com os abusos e danos produzidos em nome da ciência como simples equívocos que poderão ser reconhecidos como tal em virtude do desenvolvimento de novas metodologias, desresponsabilizando seus autores, uma vez que os mesmos apenas não disponibilizavam das técnicas mais adequadas em certo momento histórico.

Não nos esqueçamos de que foram os homens da ciência, no final do século XIX e início do século XX, responsáveis pelo desenvolvimento de teorias raciais que, supostamente, comprovavam a inferioridade de pretos em relação a brancos justificando sua dominação e discriminação (Gomes, 2009). A ciência permitiu que teorias como essas fossem refutadas não pela admissão do seu caráter evidentemente racista, mas

como feito do próprio desenvolvimento da ciência, como se não tivessem nenhuma relação com aqueles que as formularam. Mesmo perdendo sua validade, essa ideia durou tempo suficiente para adentrar o imaginário da sociedade e por lá permanecer viva.

Quando percebemos que a ciência é um dos pilares da construção de uma sociedade e também se constitui a partir dela, não parecerá estranho compreender que teorias como essas configuram um modo de pensar necessário à permanência de uma sociedade baseada na hegemonia da elite classista, racista e masculinista, que se mantém no poder graças ao desenvolvimento de mecanismos que camuflam essa dominação por meio da propagação de seus valores, de seus costumes, de sua moral e aí, nada mais eficiente do que uma produção de conhecimento que se afirma neutra.

Intelectuais negras denunciaram os efeitos de terem sido objetificadas/os pelas pessoas brancas. Não ser visto como alguém que pensa, que produz conhecimento fez com que essas pessoas fossem rechaçadas no meio intelectual e mesmo perante a sociedade que também não os veem como sujeitos igualmente capazes. Os efeitos do epistemicídio vivenciados pelos povos subalternizados vão para além da negação de legitimidade das formas de conhecimentos. O epistemicídio incidiu sobre a cultura bem como sobre seus membros (Carneiro, 2005).

O assassinato de outras cosmovisões não se constituiu como um dos mais eficazes e permanentes instrumentos de dominação étnico-racial unicamente por seus apagamentos. Sua eficiência está na capacidade de incidir sobre os corpos dos sujeitos racializados, produzindo efeitos na produção de subjetividade. Mata-se qualquer possibilidade de que esse sujeito se perceba como sujeito do conhecimento (Carneiro, 2005).

Como *modus operandi* do empreendimento colonial, o epistemicídio, de acordo com Carneiro (2005:97) é também um “processo persistente de produção da indigência cultural”. sse processo abarca desde a negação ao direito de acessar uma educação de qualidade, a dificuldade de acesso aos bens e materiais necessários no processo educacional, como produz a percepção de inferioridade intelectual deslegitimando o conhecimento que esses sujeitos portam e o conhecimento por eles desenvolvidos.

O epistemicídio fere de morte a auto-estima de negros e negras atingida pelas constantes situações de discriminação que vivem no processo educacional. Desta forma, desqualificando-os individual e coletivamente como sujeitos cognoscentes, roubam-lhes

as condições para alcançarem o conhecimento, mutilando a capacidade de aprender (Carneiro, 2005).

O processo colonial a que muitos países foram submetidos criou os não-seres. O Não-ser é criado pelo Ser por meio da negação de todas as características que definem o Ser ideal, isto é, auto-controle, cultura, desenvolvimento, progresso e civilização (Carneiro, 2005). Assim é infundável a necessidade de comprovar e defender a humanidade dos negros, bem como sua condição de sujeito intelectualmente capaz. O peso desse fardo para alunos negros, diz hooks (1995), atravessa o conteúdo e caráter da sua atividade intelectual.

O dualismo entre sujeito e objeto trazido da ciência moderna separou o mundo entre sujeitos cognoscentes e sujeitos não cognoscentes, entre aqueles que pensam e produzem conhecimento e aqueles que não, refletindo o desejo de um poder desmedido. Essa segmentação entre quem é sujeito e quem é o objeto reflete a posição hierárquica entre gênero, raça e classe.

No Brasil, com a abolição da escravidão deu-se um jeito de perpetuar a condição de inferioridade das pessoas escravizadas. O racismo será alimentado por pensadores nacionais que defenderam sob o véu imaculado da ciência e da academia, ou mesmo do lugar de poder que ocupavam, teorias racistas e higienistas. Assim, mecanismos de contenção, exclusão impostos aos recentes libertos, indesejáveis como cidadãos, foram se formando de forma que até hoje seus descendentes sofrem efeitos de exclusão dos processos educacionais, sobretudo no nível superior e pós-graduação.

hooks (1995:445), a partir da sua experiência como docente, considerando também a dimensão de gênero, acrescenta: “todos os anos vejo muitas jovens estudiosas brilhantes darem as costas ao trabalho intelectual por se sentirem tão diminuídas nas instituições por acharem que suas vozes não são valorizadas na sociedade maior”. mundo eurocentrado/norte-americo-centrado deu conta de instituir e naturalizar a consciência de superioridade em uns e em outros, uma consciência de inferioridade.

A discussão trazida anteriormente sobre o racismo e o capitalismo como mecanismos produtores de subjetividade que também atravessam a relação entre profissional de saúde e usuário e assim, produz efeitos sobre o cuidado, interconecta-se aqui com a ideia de produção de conhecimento localizado. A ciência como parte e produtora da realidade sustentou ideias e condutas racistas, bem como é fortemente atravessada pelas questões de raça e gênero.

O conhecimento que se disseminou no mundo a fora é um conhecimento colonizado (Kilomba, 2019) o que se torna cada vez mais urgente a necessidade de descolonizar a ordem eurocêntrica do conhecimento de modo a transformar as relações, os modos de organização das sociedades. Descolonizar o conhecimento significa destruir seu legado patriarcal, centralizado no homem branco europeu que exterminou povos e culturas impondo, na maior parte das vezes pela força, sua maneira de viver, de perceber o mundo.

A concepção disseminada de povos não-civilizados da periferia mundial contrapondo-se à perspectiva de povos desenvolvidos no norte ocidental, justificou as intensas e violentas intervenções políticas, econômicas e sociais por parte das potências imperiais sobre aqueles. Em consequência da visão desse outro como subdesenvolvido, primitivo e atrasado, países europeus invadiram regiões, exploraram suas riquezas e dominaram populações em nome da “missão civilizadora” (rosfoguel, 2009).

Afirmamos a inseparabilidade entre ciência e sociedade, ciência e política. O entendimento de que os sujeitos do conhecimento portam valores e estão localizados dentro de hierarquias sociais exige reconhecer que o entrelaçamento entre ciência e política é inerente à construção do conhecimento, seja isso admitido ou não (Giffin, 2006).

É preciso discutir os efeitos das matrizes de gênero, raça e classe que estruturam a sociedade na academia, tanto ao que tange os interesses que orientam a produção do conhecimento como também, quem o acessa. A academia, sendo local privilegiado, mas não único, de produção do conhecimento, tem o dever ético de colocar essas questões em debate.

Se substancialmente a base teórica que sustenta as formações na área da saúde, sobretudo aquelas mais privilegiadas no que tange ao reconhecimento social e econômico, ainda são norteadas por uma concepção de ciência positivista, olhar para quem tem acesso à formação, à educação também é fundamental para compreender a complexidade que é a defesa de um cuidado em saúde centrado nos sujeitos e populações.

O acesso à educação, à produção de conhecimento de grupos historicamente subalternizados, racializados se mostra não apenas como forma de reparação, de afirmação desse direito. Democratizar a produção de conhecimento é meio para interferir na forma como se produz conhecimento e no conhecimento que se afirma.

Qual a cor da maioria dos médicos e médicas brasileiras? Qual o lugar que ocupam na sociedade?

A produção do cuidado em saúde não será apenas resultado das bases teóricas que o sustentam, será também resultado das diferenças hierárquicas entre aqueles socialmente privilegiados e aqueles em que se questiona o direito à vida. Nesse sentido, as Políticas Afirmativas de cotas raciais, gênero e classe não são apenas formas compensatórias de diminuir a desigualdade de acesso à educação, é o meio pelo qual podemos apostar em uma produção de outra cosmovisão.

É claro que a inserção de outras representatividades no meio acadêmico por si só não garante o desenvolvimento de epistemologias de “perspectiva subalternas” (Grosfoguel, 2009). O fato de alguém situar-se socialmente do lado dos povos oprimidos no que diz respeito às relações de poder, não quer dizer que necessariamente produza um pensamento de fronteira, um pensamento descolonizado, pois o êxito das formas de dominação está juntamente na sua capacidade de capturar modos de ser e de pensar, fazendo com que oprimidos propagem o pensamento dos grupos dominantes (Grosfoguel, 2009).

Contudo, o aumento de mulheres, pessoas negras, indígenas, pobres, LGBT no meio acadêmico enquanto partícipes da produção do conhecimento é essencial para romper com a colonialidade do conhecimento. Kilomba (2019) diz que em decorrência do racismo sofrido por pessoas pretas, elas avaliam e interpretam a realidade de outro modo, questionando os temas, as metodologia dos dominantes. São essas perspectivas historicamente silenciadas que precisam ocupar os espaços sociais e a acadêmicos.

Foram justamente intelectuais situadas à margem, como as feministas negras e latino-americanas, as responsáveis por denunciar que a produção do conhecimento e o que se considera conhecimento está localizada em determinado lugar nas estruturas do poder. O que não poderia ser diferente, já que quem está no centro só enxerga o centro e portanto, não se percebem como inseridos em determinado local.

No pensamento herdado da modernidade o lugar “epistêmico étnico-racial/sexual/de gênero” e o sujeito do enunciado não estão vinculados e foi justamente a possibilidade de esconder essa ligação entre o sujeito que fala e o lugar de onde se fala que possibilitou o desenvolvimento da ideia de conhecimento neutro e universal verdadeiro (Grosfoguel, 2009; Maldonado-Torres, 2009) que anula não somente o autor, tornando-o abstrato, como o lugar de onde o sujeito desenvolve suas teorias.

A teoria feminista negra, por meio de uma contundente crítica aos movimentos feministas que não dialogam com a realidade das mulheres negras e que, pelo contrário, reafirmam privilégios da camada dominante da sociedade marcará diferença nesse debate, defendendo a ideia de que a luta pela igualdade entre homens e mulheres não será suficiente para romper com toda a hierarquia e desigualdade entre as pessoas, as sociedades e culturas.

Como afirma Kilomba (2019) e de modo semelhante (Grosfoguel, 2009), o mundo dividido entre homens poderosos e mulheres subordinadas, não dará conta de responder à supremacia da mulher branca sobre o homem negro. Nesse sentido, quando ngela avis diz “quando uma mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela”, a autora afirma os entrelaçamentos entre raça e gênero para se pensar o lugar que cada corpo ocupa na sociedade e suas consequências.

Hoocks (2019) importante intelectual nesse debate, diz que a luta pela igualdade das mulheres e homens pode ter efeitos relevantes para mulheres de classe social privilegiada, mas impactou pouco na vida das mulheres pobres e pretas. Nesse sentido, a autora segue dizendo que quando mulheres brancas questionam a supremacia branca, elas estão concomitantemente contribuindo para o fim da opressão existente. Desta forma o movimento feminista deve ter como alvo não somente a igualdade entre os gêneros, mas deve defender a necessidade da distribuição de riqueza.

No entendimento da autora, o feminismo, na sua radicalidade, deve defender o fim do elitismo em todas as relações, contribuindo para derrubada das relações de poder e dominação presentes até agora nas culturas ocidentais de modo que o desenvolvimento das pessoas se sobreponha ao imperialismo e à expansão econômica. Portanto o feminismo em nada se assemelha à supremacia feminina em oposição ao masculino, tão pouco diz respeito ao benefício de um grupo específico de mulheres, uma raça ou classe social (hoocks, 2019).

Esse discurso também nos serve para afirmar uma produção de ciência que rompa com os mecanismos de dominação e de superioridade de uns sobre os outros. A criação de outras epistemologias não pode servir para perpetuar desigualdades, hierarquização entre os povos e servir à manutenção de um sistema político-econômico que vive da exploração. Assim, a defesa de políticas públicas de saúde mais democráticas não pode se furtar ao debate central entre gênero, raça e classe.

É na esteira da radicalidade do pensamento feminista negro que proponho pensar o cuidado em saúde na Atenção Básica. A resposta a essa medicina não pode ser uma especialidade entre tantas outras, como a MFC. Santos (2008) já nos advertiu que apostar em uma reforma se utilizando da mesma base epistemológica não transformará as práticas de saúde no cotidiano. desenvolvimento puramente de técnicas “mais humanizadas” como algo que se apreende enquanto um procedimento não se sustenta. É preciso romper com essa base teórica e para isso, se faz necessário outros atores produzindo conhecimento e tendo acesso a ele.

Para o pensamento pós-moderno, não é possível admitir que a ciência moderna ocidental seja a única forma de conhecimento que tem condições de contar uma história verdadeira sobre os homens e a natureza, pois ela nasce em certa cultura e reflete o modo de pensar de certo sujeito, homem europeu e, mais tarde, norte-americano. Ao monopolizar a lente de leitura e compreensão do mundo, inviabiliza, assim, a detecção de outras estruturas conceituais e práticas, também importantes, desenvolvidas por diferentes culturas, como também, impede a autocrítica e a percepção dos limites da ciência moderna (Harding, 2007).

De acordo com os princípios da ciência positivista, é por meio dos métodos científicos, detalhadamente descritos a priori que os valores, os interesses dos pesquisadores podem ser eliminados por meio do controle das variáveis que podem incidir sobre o fenômeno a ser observado. Todavia, essa objetividade não é alcançável, uma vez que o próprio percurso da ciência nos mostrou que suposições sexistas, racistas, classistas moldaram muitos achados científicos no campo da biologia, por exemplo (Harding, 2007).

A ciência sempre esteve em busca de traduzir, converter e universalizar o entendimento sobre as coisas. A imposição de um único parâmetro para todas as traduções do mundo é um reducionismo oportuno daqueles que estão no centro. Estar diante de uma única equação, essa é a fantasia narcísica de algumas versões de cientistas que veem na ciência a possibilidade de hierarquizar os saberes e definir o conhecimento que é válido (Haraway, 1995). Nesse sentido, as práticas conceituais institucionalizadas que se apresentam como universais não expressam nada a mais do que o ponto de vista dos dominantes.

O que chegou às Américas no século XVI não foi somente um sistema econômico que visava à produção de riquezas e excedentes para obtenção do lucro.

Embora essa dimensão seja importante, não é a única herança trazida do continente europeu. Com a expansão comercial europeia, conduzida pelo homem branco/heterossexual/patriarcal/ cristão/militar/capitalista, veio também uma estrutura de poder que ultrapassava os limites econômicos, um outro sistema-mundo (Grosfoguel, 2009).

O europeu trouxe em sua bagagem seus preconceitos culturais que constituíam um apanhado de hierarquizações que envolvia, gênero, classe e raça. Como modelo de progresso, desenvolvimento, ser humano evoluído, os colonizadores brancos dizimaram povos, culturas; dominaram, violentaram, escravizaram pessoas em nome da riqueza que era garantida pelo meio de exploração da matéria prima. Convictos de sua superioridade e imbuídos de “generosidade” em trazer progresso às terras primitivas, os europeus trouxeram também modos de ser e estar.

Essa “caixa de pandora” trazida com europeus ultrapassou o período do colonialismo, isto é, período em que países das Américas, como o Brasil, eram colônias das metrópoles europeias. Mesmo após esses países se tornarem independentes, continuamos a nos constituir sob a ótica da colonialidade, não somente pela dependência econômica relacionada ao capitalismo globalizado, mas, sobretudo, no que diz respeito à manutenção da “matriz de poder colonial” (rosfoguel, 2009).

Ainda que às antigas colônias tenham se organizado em Estados independentes, a lógica de dominação e exploração europeia e, mais recentemente, norte-americana se perpetua. Essa perpetuação se dá em várias dimensões: econômica, social e política e responde ao efeito da colonialidade. Esta consiste na manutenção das formas coloniais de dominação mesmo após o fim das colônias, isto é, o sistema-mundo, a realidade, a forma de estruturação da sociedade nos países colonizados é centralmente influenciada por esse “modelo ideal” a ser alcançado.

Exemplo dessa herança colonial é a permanência da “opressão/exploração cultural, política, sexual e econômica de grupos étnicos/racializados subordinados por parte de grupos étnicos/raciais dominantes” (Grosfoguel, 2009:395). Mesmo em tempo de pós-independência, a divisão entre europeus/norte-americanos e os outros permanece, assim como o efeito desqualificador do não-europeu/norte-americano. Para além da dominação e exploração econômica, a herança colonial também se inscreve na produção de subjetividades, algo que apontamos no capítulo anterior.

Talvez pela invisibilidade que esses processos de produção de subjetividade operam, esse seja o mais danoso efeito do colonialismo. Assim como a ciência se perpetuou no imaginário das sociedades como saber neutro, verdadeiro, transcendental, tornando-se a única fonte do conhecimento, os processos subjetivos de constituição dos sujeitos e coletividade também são atravessados pela ideia de universalidade e naturalidade. O mundo ser naturalmente assim apaga as estruturas não-naturais que os sustentam.

E essa capa da invisibilidade é tão eficaz que mesmo pessoas, grupos do campo progressistas caem nessa armadilha. É o que apontamos quando, no início desse capítulo, dissemos que mesmo o campo multidisciplinar da saúde coletiva constituído por intelectuais, militantes defensores da democracia e dos direitos constitucionais secundarizou o debate racial no desenvolvimento das políticas públicas.

O que trazemos, leitor, é a crítica ao campo da saúde pública que, ao propor, defender de forma clara e contundente a necessidade de se desenvolver outras formas de cuidado calcadas em outra perspectiva de ciência, não incluiu o debate sobre as estruturas raciais que permeiam nossa história e a subjetividade dos nossos atores, usuário e profissional de saúde, já que esses compõem essa realidade.

Mesmo a perspectiva da Clínica Ampliada e Compartilhada e a Clínica Centrada na pessoa que reconhecem os processos subjetivos como parte constituinte das práticas de saúde e chamam a atenção para necessidade de uma relação mais horizontal entre profissional de saúde e usuário que tenham como objetivo modos de andar a vida das pessoas, respeitando e reconhecendo as diferenças, não traz o racismo como dimensão fundante de nossa formação.

Como realizar escuta qualificada, projeto terapêutico singular, reconhecer o conhecimento das pessoas que cuidamos se não percebemos que nós, profissionais de saúde, somos também atravessados pelas hierarquizações de classe, gênero e raça? Nesse sentido, se avançamos pouco na consolidação de novas práticas de cuidado em saúde, isso tem relação a pouca abertura a essas questões.

Complemento junto a isso a necessidade de olharmos para quem são os sujeitos do conhecimento dessas teorizações, qual é a cor e gênero que predominam. Por isso, volto a afirmar como direção, a necessidade de pluralizarmos o ambiente acadêmico, os sujeitos portadores de diploma que irão exercer suas profissões na realidade cotidiana nos diferentes espaços.

O mito europeu da era pós-colonial nos faz acreditar que não precisamos descolonizar o mundo, pois ele se restringe à eliminação das administrações coloniais (Grosfoguel, 2009). Não somos mais colônias, contudo nossa subjetividade é colonizada e os meios de produzi-la ainda estão presentes. Não somos mais colônia, mas pensamos, nos comportamos, mantemos as relações hierárquicas coloniais.

Nesse sentido, a descolonização dos nossos modos de existência passa também por uma descolonização epistemológica, uma descolonização dos modos de produzir conhecimento e dê reconhecê-lo como tal. Para isso, o desenvolvimento de um “pensamento de fronteira” (Grosfoguel, 2009) que se desenvolva a partir da afirmação de outros sujeitos minoritários como produtores de conhecimento é condição preliminar.

Um pensamento de fronteira, um pensamento subalternizado deverá ser anticapitalista, antirracista, antipatriarcal. Ele não se propõe dominante ou o correto, pois nenhum saber deverá ser visto como padrão e ter o lugar de validador de outros saberes sem levar em conta sua condição situada. E temos ainda que nos perguntar se todo conhecimento científico que produzimos contribui para o enriquecimento ou empobrecimento prático de nossas vidas, isto é, esse conhecimento contribui positiva ou negativamente para ao “projeto de felicidade” das pessoas, para usar o termo proposto por Ayres (2009, 2004b).

Ao lado de estabelecermos a disputa dentro do campo científico para pensar outras formas de produção do cuidado alicerçadas em uma aposta democrática, devemos também dar valor ao conhecimento ordinário que todos os indivíduos e coletivos produzem e que os possibilitam dar sentido às suas práticas, o qual a ciência insiste em desconsiderar (Santos, 2008), a fim de não caímos no equívoco de ficarmos reduzidos a uma disputa interna dentro do campo científico-acadêmico e incorreremos na manutenção da supremacia de um saber sobre o outro.

4. Considerações finais

Então chegamos ao fim, sempre provisório, depois de quatro anos dessa escrita coletiva e depois de trinta e dois anos da criação do Sistema Único de Saúde. O tema aqui desenvolvido nos foi forçado pela experiência do usuário de saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Tal experiência nos fez indagar sobre o cuidado em sua

perspectiva integral ao sujeito-louco, que também se encontra com outras experiências de adoecimento, as quais, muitas vezes, são negligenciadas pela Rede Psicossocial à Saúde. Nessa caminhada cartográfica sobre a produção do cuidado em saúde fomos a campo em uma unidade básica de saúde. Sofremos desvios ao trazer a análise das políticas públicas de saúde a partir do golpe parlamentar em 2016.

Duramente afetada pelas mudanças impressas na PNAB 2017 e na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, as páginas escritas dessa análise estão carregadas por um “tom de destruição”. destruição do , destruição de uma Saúde Mental antimanicomial, destruição da Atenção Básica à Saúde, alijando ainda mais a possibilidade de seu fortalecimento enquanto ordenadora da rede de saúde.

Contudo, surpreendida por um questionamento na banca de qualificação, passei os anos seguintes me questionando do porquê de nos sentirmos tão frágeis, referindo-me aos defensores e trabalhadores do SUS, diante das alterações de documentos impressos em papéis. Se as normativas até então não foram suficientes para consolidar outro modelo de atenção à saúde, porque suas mudanças retrógradas o seriam?

Agregamos à nossa caminhada a ideia de produção de subjetividade como o campo onde as práticas de saúde se consolidam no cotidiano nas unidades básicas de saúde. O campo macropolítico forma a sociedade por meio das instituições e por meio da produção de subjetividade. As formas de ser, sentir, pensar, de se relacionar moldadas pelas instituições que criamos atravessam as subjetividades e constituem os modos de vida dos sujeitos.

Guiada por esse caminho, passei a questionar quais seriam os principais acontecimentos que moldam nossa subjetividade e refletem nas práticas de saúde do dia-a-dia. Ao lado dessa questão, a não exclusividade do cuidado fragmentado ofertado ao usuário-louco na ABS ofereceu a outra ponta para a formulação que se deu. O que havia então em comum na população que usa o SUS? Ainda que se pretenda universal, os sucessivos saques sofridos levam nosso sistema cada vez mais para o lado do “pacote mínimo”, de saúde pobre para pobres.

Capitalismo e escravidão. Essas duas diretrizes hegemônicas de institucionalização que modelam nossa vida coletiva e se tornam forças opositoras para a produção do cuidado balizado pela perspectiva da integralidade, da centralidade dos sujeitos, da escuta sensível e inclusiva do outro. Esse Outro criado pela norma, pelo

modelo padrão de humano, cotidianamente excluído do seu cuidado, do conhecimento sobre si e negligenciado pelas instituições que nos regem.

Os acontecimentos recentes na política brasileira nos fez questionar a aposta na produção do cuidado integral em um cenário de laços sociais tão frágeis. À ascensão de Jair Bolsonaro à presidência escancarou o caráter escravocrata, elitista, genocida de nossa sociedade. Essa faceta, menos evidente anteriormente, é resultado de processos de subjetivação dominantes que dão o tom homofóbico, racista, sexista das relações que se estabelecem entre os sujeitos.

Como nos custou caro uma sociedade que encobriu os efeitos perversos da escravidão, mas não os evitou! Pelo contrário, ao encobrir, ao tentar apagar a relação da escravidão com os modos de relações contemporâneos, com a desigualdade social, ofereceu condição para que esses efeitos se perpetuassem violentamente todos os dias.

Ao encobrir seu caráter racista no falso mito da democracia racial, produziu-se a cegueira mesmo entre aqueles setores mais progressistas, como o campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, entendo que esse campo secundarizou o debate racial, desenvolvendo somente em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ainda assim, a questão racial precisa transversalizar o campo da Saúde Coletiva e não somente se constituir como uma política dentro de outra política.

Racismo e capitalismo não se separam. O surgimento das classes sociais, das diferenças de gênero, de raça se entrelaça com o desenvolvimento do capitalismo para além de um sistema econômico. Seu modo de produção transborda para além das mercadorias que produz; ele adentra as relações humanas fomentando ideias como individualidade, competição, fugacidade, instantaneidade.

Não é possível apostar na produção do cuidado integral mais solidário, que exerça a empatia, a escuta, que possibilite a construção de lateralidade entre os sujeitos envolvidos sem centralizar o debate na perspectiva da raça, classe e gênero. Esse cuidado apoiado em tecnologias leves não se apreende, não se desenvolve a partir do domínio de uma técnica como a Medicina de Família e Comunidade pretende resolver a questão.

Sem desinstitucionalizar, sem romper com essas instituições não é possível consolidar essa perspectiva de cuidado em saúde. Continuaremos a nos agarrar aos textos institucionais quando estes forem produzidos em contextos mais favoráveis ou nos veremos diante do apocalipse como o momento que estamos vivendo. Estamos

diante do claro ataque às políticas públicas sem nenhuma dúvida, mas a capacidade de introjeção de uma perspectiva conservadora do cuidado nas práticas cotidianas dos serviços de saúde tem forte relação com aquilo que domina a produção de subjetividade.

Perguntei-me algumas vezes como o debate racial pode ter sido menos central no campo da Saúde Coletiva, campo que me formou, que me fez defensora do SUS, que me faz disponível à produção de um cuidado acolhedor. Mergulhada nessa questão, resgatei seus principais atores, seu lugar de privilégio por serem, em sua maioria, homens brancos, médicos sanitaristas que, de antemão, marcam certo lugar de fala.

Sem excluir a importância desses que direta ou indiretamente me formaram para atuar no SUS, encontro-me com a discussão de uma ciência feminista antirracista como alicerce importante na construção do cuidado integral. Uma ciência feminista antirracista bebe de outras fontes epistemológicas e se posiciona em defesa de outras ciências. Nesse sentido, a ciência feminista se aproxima de tantas outras perspectivas pós-modernas em sua crítica à ciência positivista.

Contudo, essas estudiosas, denunciam a localização dos sujeitos do conhecimento a partir da dominação de raça, classe e gênero. Com elas, pude me dar conta da necessidade de incluir outros sujeitos produtores de conhecimento para construção, de fato, de outras ciências. A desinstitucionalização da ciência hegemônica é condição para repensar o cuidado em saúde e essa questão está ali, apontada pelos autores antimanicomiais.

A desinstitucionalização da loucura, na sua radicalidade, afirma a necessidade de romper com o saber psiquiátrico. Saber esse desenvolvido por essa perspectiva da ciência moderna. Portanto, para alcançarmos ou, para que ainda possamos permanecer firmes na defesa de outro modelo de saúde, é preciso que sujeitos subalternizados tenham acesso, ocupem os lugares de produção do conhecimento e sejam reconhecidos como tal. Talvez esse tenha sido um dos motivos que nos fez caminhar menos do que gostaríamos em direção à consolidação de práticas de cuidado libertadoras.

O acesso à educação de jovens pobres, pretos e pretas, não é somente uma reparação aos 400 anos de escravidão a que seus ascendentes foram submetidos. É o meio para que se possa desinstitucionalizar o campo científico, produzir outros lugares e sujeitos de fala. Desinstitucionalizar me pareceu agora, ao final dessa escrita, o tema transversal da tese.

No final das contas, de certa forma, estava ali, no primeiro capítulo, escrita nos primeiros dois anos, as pistas sobre qual o rumo que essa produção cartográfica tomaria. É uma tese sobre desinstitucionalização, sobre romper com instituições que nos formam, romper com subjetividades que tecem nossos preconceitos e afetam a produção do cuidado em saúde na Atenção Básica à Saúde. Mantemo-nos atentos e abertos ao duro exercício de revelação dos manicômios mentais que nos habitam.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Silvio. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). Disponível em <http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=372> Acesso em 02 abril. 2017.

AMARANTE, Paulo. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. **Saúde e Debate**, n. 45, 1994.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AROUCA, Sérgio. O poder que emana do povo. **Revista de Manguinhos**, 2:18-22, 2003.

ALVERGA, Alex. Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

_____.¹ _____. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: Amarante, P. (org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro:NAU, 2005, p. 45-66.

AZEVEDO, Creuza. da S et al. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. **Rev. Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. n.1, v.1, p. 1-34. set. 2010.

AYRES, José Ricardo de C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 8(14), p.73-92, set. 2003-fev. 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em Maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (org). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 416 pp.

_____. Organizações das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, vol. 18, supl. 2, 2009.

BANDEIRA, Lourdes. A contribuição da crítica feminista à ciência, Rev. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v16, n.1, pp. 288, janeiro-abril/2008.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria prática*. 5ª Ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BEDRIKOW, Rubes; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *História da clínica e a atenção básica*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 183, 22 de set. 2017. Seção I, p.68.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 204, 24 de out. 2011. Seção I, p.48-54.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 de abril 2001. Seção I, p.2.

BRUM, Eliane. Doentes de Brasil. **El País (Brasil)**. Ago/2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/01/opinion/1564661044_448590.html. Acesso em: 02 ago.2019.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Trad. Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rev. Manoel Barros da Motta, 6ª Ed ver. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. 1996/1997. (mimeo).

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser**. Feusp, 2005. (Tese de doutorado), 339p.

CARNEY, Caroline P.; JONES, Laura; WOOLSON, Robert F. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: a population-based Controlled Study. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 21, n. 11, p.1133-7, 2006.

CASHIN, C. E.; ADAMS, N.; HANDON, B. Excess Non-Psychiatric Hospitalization Among Medi-Cal Beneficiaries with Serious Mental Illness in California. **California Mental Health Policy Forum**, Garden Grove, CA, February 7, 2008.

CASTIEL, Luis David; PÓVOA, Eduardo Conte. r ackett & “ r. acketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, nº 1, Rio de Janeiro, jan-fev. 2001.

CASTORIADIS, Cornelius. A Instituição e o Imaginário: primeira abordagem. In: Castoriadis, C. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 5ª edição.

_____. **As encruzilhadas do labirinto I**. Os domínios do homem. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Poder, Política e Autonomia**. In: CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto III: o mundo fragmentado**. Trad. Rosa Maria Boaventura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Imaginação, imaginário, reflexão**. In: CASTORIADIS, C. **Feio e a ser feito: as encruzilhadas do labirinto V**. Trad. Lilian do Valle. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

_____. **Imaginário e a imaginação na encruzilhada**. In: CASTORIADIS, C. **Figuras do pensável**. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos. A morte de Ivan Ilyich, de Leo Tolstoy: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic.,Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuário de drogas/ Conselho Federal de Psicologia – Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

De HERT, Marc. et al. Physical health management in psychiatric settings. **Eur Psychiatry**, v. 25, suppl. 2, pp. 22-8, Jun. 2010.

_____. Physical illness in patients with severe mental disorders. II Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. **World Psychiatry**, v10, pp.138-151, 2011.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Um só ou Vários Lobos? In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol.1. Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro:34, 1995.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 3. Trad. Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro:34, 1996.

_____. Instinto e Instituições. In: DELEUZE, G. **A ilha deserta e outros textos: textos e entrevistas**. Edição preparada por David Lapoujade. Trad. Brasileira. Editora Iluminuras, 2004.

DOMBROVSKI, Alexandre Y.; ROSENSTOCK, Jason. Bridging general medicine and psychiatry: providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. **Curr Opin Psychiatry**, v. 17, p. 523–529, 2004.

FEUERWERKER, Laura. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. In: Feuerwerker, L. (org). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

_____.; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: FEUERWERKER, Laura; BERTUSSI, Débora Cristina.; MERHY, Emerson Elias. (org) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**, 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016, 440 p.

FOUCAULT, Michael. **A História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva AS, 1978.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **O nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. 7ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus:Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.

GIFFIN, Karen. A produção do conhecimento em um mundo “problemático”: contribuições de um feminismo dialético e relacional. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 3, pp. 635-653, setembro-dezembro/2006.

GIUST-DESPRAIRIES, Florence. **Representação e Imaginário**. In: Barus-Michel, J.; Enriquez, E.; Lévy, A. Dicionário de Psicossociologia. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. pp. 174-189.

GOFFMAN, Eving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. 8ª Ed. São Paulo:Perspectiva, 2008.

GOMES, Nilma. **Intelectuais Negros e Produção do Conhecimento**: algumas reflexões sobre a realidade brasileira. In: SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula (org). Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2009.

GONÇALVES, Leandro et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma não agenda? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 8, pp. 160-174, dez. 2019

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986).

GROSGOUEL, Ramón. **Para Descolonizar os Estudos de Economia Política e os Estudos Pós-coloniais**: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global In: SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula (org). Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2009.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, v. 5, 2005. pp. 07-41.

_____. “**m** manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80”. In: B Q H I L L N , Heloisa (rg.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 243-288.

HARDING, Sandra. Gênero, democracia e filosofia da ciência. **RECIIS**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, pp.163-168, jan.-jun., 2007.

HOOKS, Bell. Intelectuais Negras. **Estudos Feministas**. IFCS/UFRJ – PPCIS/UFRJ, vol.3 nº 2/95, p. 465.

HOOKS, Bell. **Teoria Feminista**: da margem ao centro. Trad. Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019.

ILLCH, Ivan. **A expropriação da saúde**. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 1975.

KELLER, Evelyn. Qual foi o impacto do feminismo na ciência? **Cadernos Pagu**, v.27, julho-dezembro de 2006, pp.13-34.

KETZER, Patrícia. Como pensar uma Epistemologia Feminista? Surgimento, repercussões e problematizações. **Argumentos**, ano 9, n. 18. Fortaleza, jul./dez. 2017.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**: Episódios de racismo cotidiano. Trad. Jess Oliveira. 1ªed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna [recurso eletrônico] / Madel Luz; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro : Fiocruz : Edições Livres, 2019.

LYKETSOS, Constantine G. et al. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. **Psychosomatics**, v. 43, n.1, pp. 24–30, 2002.

MCCABE, Marita P; LEAS, Loriane. A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. **Psychology, Health & Medicine**, v. 13, n. 3, p. 303 – 312, May. 2008.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elizabeth. Barros de B. (Orgs.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58.

MALDONATO-TORRES, Nelson. **A Topologia do ser e a geopolítica do conhecimento**: modernidade, império e colonialidade. In: SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula (org). Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2009.

MATHIAS, Maíra. Guinada biomédica?. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/guinada-biomedica Acesso em 02 abril. 2017.

MBEMBE, Achille. **Crítica da Razão Negra**. Trad. Marta Lança. Lisboa:Antígona, 2014.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., MERHY, E.E. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20. parte II.

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

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

_____. et al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**, v. 33/34, em 2011, pp. 89 104.

MORDEN, Nancy E. et al. Health Care for Patients with Seriou Mental illness: Family edicine’s ole. **J Am Board Fam Med**, v. 22, p. 187-195, 2009.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C; FONSECA, Angélica Ferreira Fonseca. Revisão da PNAB numa hora dessas?. 2017. **Aula ministrada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**. Rio de Janeiro. 2017.

MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo, Ática, 1988.

NEVES, Julia; MACHADO, Katia. Atenção Primária à Saúde terá novo modelo de financiamento. **EPSJV/Fiocruz**. Nov/2019. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>. Acesso em: 01 nov.2019.

NUNES, João. **O resgate da epistemologia**. In: SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula (org). Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2009.

ODD, Marian J. et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. **BMC Fam Pract.**,v. 11, p. 92, 2010.

_____ et al. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. **BMC Fam Pract.**; 10: 29, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários**: uma perspectiva global. Lisboa: Coordenação Nacional para Saúde Mental, 2009. Disponível em:< http://www.who.int/portuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 10-12-2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso**, 2019. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estão-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-serviços-com-dinheiro-do-proprio-bolso&Itemid=843>. Acesso em: 06 -07-2019. PAIANO, Marcelle et al. Ambulatório de Saúde Mental: fragilidades apontadas por profissionais. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.3, pp. 1-10, 2016.

PAULON, Simone. A Desinstitucionalização como Transvaloração. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. **Athenea Digital**, n. 10, pp. 121-136, 2006.

PÈLBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.130-8.

PINTO, Hêider. A “nova” Política de Atenção Básica 2017: avanços, silêncios ruidosos e retrocessos esperados. Observatório de Análise Política em Saúde. Disponível em <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/feca8fedel1fbdcebb995be1f6e0c81/1/> Acesso em: 02 abril. 2017

POZZANA, Laura.; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-75.

PRADO, Marina. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde debate**, vol.39, n.spe, pp.320-337, 2015.

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ). **Ministério da Saúde**. Departamento de Atenção Básica. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 20 de Agosto de 2018.

QUIJANO, Anibal. **Colonialidade do poder e Classificação Social**. In: SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula (org). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 2009.

ROBERTS, Lesley. et al. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. **Fam. Pract.**, v. 24, n. 1, p. 34-40, 2007.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2007.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: : NICÁCIO, Maria Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 27-59.

_____; LEONARDIS OTADE; MAURI, DIANA. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “aídes vançados”. In: NICÁCI, aria Fernanda (rg.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 27-59.

SACKETT, David L. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal** 1996; 312, pp. 71-2.

SANTOS, Boaventura dc Sousa. **Um discurso sobre as ciências** 5ª ed. - São Paulo : Cortez, 2008

_____. **Para além do pensamento abissal**: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In: SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula (org). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 2009.

SHATTELL, Mona M. et al. “ he Took the Time to ake ure he nderstood”: mental Health atients’ xperiences of Being nderstood. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 20, n. 5, out., p. 234–241, 2006

SPINOZA. Baruch. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu. 2ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

SOUZA, Flávia de A. O saber-corpo e a busca pela descolonização da saúde coletiva. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 8, pp. 189-202, dez. 2019.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 2, p. 299-322, Maio/Ago. 2013.

TEIXEIRA, Ricardo. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TESSER, Charles. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio modern na saúde. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

_____. Três considerações sobre a “má medicina”. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.273-86, out./dez. 2009.

VASCONCELOS-SILVA, Paulo Roberto.; CASTIEL, Luiz. D. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, nº 3. São Paulo, jun, 2005.

VENTURINI, Ernesto. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Trad. Nilson Moulin. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2016.

WERNECK Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 3, pp.535-549. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em mar/2020.

ZOLNIEREK, Cindy Diamond. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. **J. Adv. Nurs.**, v.65, n.8, p. 1570-83, 2009.

ZOLNIEREK, Cindy Diamond et al. A Medical–Surgical Nurse’s erceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 18, n. 4, p. 226-235, 2012.

