

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

**JULIANE ALMEIDA CHAVES**

**CARTOGRAFIAS DE UMA POLÍTICA EM DEVIR:  
humanização, democracia e equidade**

**NITERÓI  
2023**

**JULIANE ALMEIDA CHAVES**

**CARTOGRAFIAS DE UMA POLÍTICA EM DEVIR:  
humanização, democracia e equidade**

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.

Área de concentração: Clínica e Subjetividade.

**Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos**

**NITERÓI  
2023**

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

C512c Chaves, Juliane Almeida  
Cartografias de uma política em devir : humanização,  
democracia e equidade / Juliane Almeida Chaves. - 2023.  
204 p.

Orientador: Eduardo Passos.  
Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Instituto  
de Psicologia, Niterói, 2023.

1. Humanização. 2. Democracia. 3. Equidade. 4. Racismo. 5.  
Produção intelectual. I. Passos, Eduardo, orientador. II.  
Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III.  
Título.

CDD - XXX

**JULIANE ALMEIDA CHAVES**

**CARTOGRAFIAS DE UMA POLÍTICA EM DEVIR:  
humanização, democracia e equidade**

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.

Área de concentração: Clínica e Subjetividade.

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Eduardo Passos (Orientador) – Universidade Federal Fluminense/UFF

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Cláudia Osório da Silva – Universidade Federal Fluminense/UFF

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros – Universidade Federal do Espírito Santo/UFES

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Élide Azevedo Hennington – Fundação Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Ariadna Patrícia Estevez Alvarez – Fundação Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ (suplente)

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Cristina Mair Barros Rauter – Universidade Federal Fluminense/UFF (suplente)

NITERÓI  
2023

*Dedico esse trabalho especialmente às minhas filhas, Elis e Clara. Essa minha singela intervenção na construção, na invenção de um mundo novo concretamente humanizado e democrático, descolonizado e despatriarcalizado, de cuidado intensivo e equânime dos diferentes dedico a elas e, extensivamente, a todas as meninas e mulheres, meninas e mulheres negras, indígenas, comunidade LGBTQIAPN+ e a quem mais chegar.*

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe que me ajudou a construir a minha autonomia como mulher neste mundo patriarcal.

Ao meu padrasto que sempre investiu, com as dificuldades de um trabalhador assalariado, na minha formação.

Aos meus irmãos pelo apoio incontestado.

Ao meu companheiro, sobretudo, pela parceria no cuidado das nossas filhas.

Ao meu pai que se despediu concretamente desse mundo que lhe era estranho. À sua presença ausente que me permitiu embaralhar os códigos desse mundo.

Às minhas amigas Ludmila, Ariadna e Renata que me acompanharam por todo esse processo complexo - porque atravessado por acontecimentos dolorosos - e me fortaleceram, entre palavras e afagos, com um cuidado intensivo.

Ao meu coletivo de pesquisa, “os desandados”, que vivenciou comigo as dificuldades concretas e imaginárias com as quais lidamos no processo de formação e que me ajudou a ir mais além, situando-me de forma crítica nas questões atuais do mundo que buscamos desconstruir.

Ao meu orientador, por todo o cuidado nesse processo de 4 anos em que a vida me apresentou acontecimentos que demandaram um a mais de energia para seguir. Também pelo *êthos* com que, do lugar de poder que esse mundo lhe reservou, privilegia a potência e, com isso, afirma concretamente o positivo das diferenças, nos ajudando a construir paraquedas coloridos.

À minha banca, meus queridos professores, que, cada qual com o extenso conhecimento acumulado em suas respectivas áreas, mais recentemente ou mais tardiamente, contribuíram com a minha formação crítica. À Cláudia Osorio, à toda a sua potência de agregar e construir um coletivo forte de mulheres pesquisadoras. À Beth Barros, às suas cuidadosas provocações que fizeram com que eu desse início a esse trabalho de pesquisa. À Élide Hennington que, sem saber, pelas suas produções e história, se transformou num esteio para minha resistência minoritária dentro da instituição que trabalho. Ao Hélder Pordeus, uma grata surpresa, pelos

seus investimentos na minha formação que me ajudaram a chegar até aqui, lugar que nem sabia que desejava, mas no qual encontrei uma grande alegria.

Às pessoas e coletivos que indiretamente contribuíram com o meu bem-estar, com a minha Saúde e que me permitiram dedicar o meu tempo a esta formação.

## RESUMO

CHAVES, Juliana Almeida. **Cartografias de uma política em devir: humanização, democracia e equidade.** 202 f. 2023. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2023.

A Reforma Sanitária Brasileira é marcada por uma multiplicidade de movimentos, portanto, de relações de forças que visam tratar da saúde pública com base em diferentes perspectivas ético-políticas. Dentre esses, o movimento de humanização do SUS se sedimenta como política de governo no ano de 2003 por meio da Política Nacional de Humanização/PNH, que cria estratégias de intervenção para afirmar seu paradigma ético-estético-político pautado na afirmação das diferenças. Esta tese tem como tema o HumanizaSUS e como objetivo acompanhar os efeitos das produções desta Política que tem como princípio fundamental, a inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade, analisando-os de forma crítica a partir do referencial teórico da Esquizoanálise, Análise Institucional e Filosofia da Diferença. Utilizando a cartografia como metodologia realizamos uma revisão de literatura, análise crítica de escritos públicos, material de divulgação, documentos e produções científicas e, nos apropriando da Política que, com o fim dos governos reformistas que lhe permitiram a sedimentação, tem se sustentado como política pública, propomos avanços. Tais propostas estão pautadas na convergência entre os conceitos colocados em discussão pela Política, como o humanismo e a democracia, e as demandas coletivas mais atuais do SUS. Com isso, buscamos contribuir com discussões que tem centralidade no que tange os avanços da democracia, na efetivação de uma democracia concretamente participativa. Assim, considerando o privilégio dado ao princípio da Integralidade pela Política, ampliamos o debate que esta propõe em torno do humanismo e da democracia, incluindo de forma mais contundente o Princípio da equidade e as questões atuais mais fortemente associadas a este no SUS. Com isso, incrementamos esse debate incluindo também discussões promovidas por autores e movimentos feministas e anti-racistas, com ênfase no feminismo negro, a respeito de gênero, raça e interseccionalidades. Concluimos de tais discussões que é preciso, no SUS, mais do que enunciar a afirmação das diferenças, é necessário que sejamos precisos a esse respeito, portanto, afirmar o positivo da diferença colocando em xeque privilégios construídos ao longo da história. Além disso, ao afirmar a inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade, o positivo da diferença, uma democracia equânime, portanto, concreta, se faz imprescindível para aqueles implicados com o movimento de Humanização, produzir descolonização e despatriarcalização da subjetividade no campo da saúde pública. Por fim, ao analisar os dispositivos disponibilizados pela Política, concluimos ainda que, diante das consequências da perda de institucionalidade desta, devido ao ampliado grau de autonomia em relação à máquina de Estado, o seu dispositivo ou método privilegiado, a função apoio, resta como seu principal legado. Além disso, diante, tanto das demandas atuais do SUS, quanto das demandas por vir, a formação de apoiadores, ao transversalisar saúde e formação, demonstra potência para promover a contração de grupalidade e a produção de contágio necessárias para sustentar *êthos* que afirmem o positivo da diferença, portanto, a humanização enquanto política em devir.

**Palavras-chave:** Humanização; Democracia; Equidade; Racismo; Gênero.



## ABSTRACT

CHAVES, Juliana Almeida. **Cartografias de uma política em devir: humanização, democracia e equidade.** 202 f. 2023. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2023.

The Brazilian Health Reform is marked by a multiplicity of movements, and therefore relations of forces that aim to deal with public health based on different ethical-political perspectives. Among these, the SUS humanization movement was established as a government policy in 2003 through the National Humanization Policy (Política Nacional de Humanização/PNH), which created intervention strategies to affirm its ethical-aesthetic-political paradigm based on the affirmation of differences. The theme of this thesis is HumanizaSUS and its aim is to monitor the effects of the production of this policy, whose fundamental principle is the inseparability between the production of health and subjectivity, critically analyzing them using the theoretical framework of Schizoanalysis, Institutional Analysis and Philosophy of Difference. Using cartography as a methodology, we carried out a literature review, critical analysis of public writings, publicity material, documents and scientific productions and, appropriating the Policy which, with the end of the reformist governments that allowed it to take root, has sustained itself as a public policy, we propose advances. These proposals are based on the convergence between the concepts discussed in the Policy, such as humanism and democracy, and the most current collective demands of the SUS. With this, we seek to contribute to discussions that are central to advances in democracy, in the realization of a concretely participatory democracy. Thus, considering the privilege given to the principle of Comprehensiveness by the Policy, we broadened the debate it proposes around humanism and democracy, including more forcefully the Principle of Equity and the current issues most strongly associated with it in the SUS. In doing so, we increased this debate by also including discussions promoted by feminist and anti-racist authors and movements, with an emphasis on black feminism, regarding gender, race and intersectionalities. We concluded from these discussions that, in the SUS, we need to be more than just affirming differences, we need to be precise about it, and therefore affirm the positivity of difference by challenging privileges built up throughout history. Furthermore, by affirming the inseparability between the production of health and subjectivity, the positive of difference, an equitable and therefore concrete democracy, it is essential for those involved in the Humanization movement to produce decolonization and depatriarchalization of subjectivity in the field of public health. Finally, by analyzing the devices made available by the Policy, we also conclude that, in the face of the consequences of its loss of institutionality, due to the increased degree of autonomy in relation to the state machine, its privileged device or method, the support function, remains its main legacy. Furthermore, in the face of both the current demands of the SUS and the demands to come, the training of supporters, by transversalizing health and training, demonstrates the power to promote the contraction of groupality and the production of contagion necessary to sustain *êthos* that affirms the positivity of difference, and therefore humanization as a policy in the making.

**Keywords:** Humanization; Democracy; Equity; Racism; Gender.

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde

AI – Análise Institucional

AL – Alagoas

AMPASA – Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

BA – Bahia

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CE – Ceará

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CMI – Capitalismo Mundial Integrado

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COVID-19 – Coronavírus 19

CTH – Câmara Técnica de Humanização

DAD – Departamento de Apoio à Descentralização

DARA – Diretoria de Articulação de Redes de Atenção em Saúde

EAD – Ensino à Distância

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ES – Espírito Santo

EUA – Estado Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBTQIAPN+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não binárias

MA – Maranhão

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde  
NDIC – Núcleo de Difusão da Inteligência Coletiva  
NT – Núcleo Técnico  
NUFOPE – Núcleo de Formação e Pesquisa  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PB – Paraíba  
PE – Pernambuco  
PFST – Programa de Formação em Saúde e Trabalho  
PI – Piauí  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RJ – Rio de Janeiro  
RN – Rio Grande do Norte  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SE – Sergipe  
SP – São Paulo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFF – Universidade Federal Fluminense  
UNICAMP – Universidade de Campinas  
UP – Unidade de Produção  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b>	13
1	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
1.1	INTRODUÇÃO METODOLÓGICA: produzindo ciência na radicalidade do minoritarismo	27
	<b>PARTE I - PLANO EXTENSIVO</b>	32
2	<b>DUAS ONDAS DE CONTÁGIO NA SAÚDE PÚBLICA: contraindo grupalidade por nova produção de saúde</b>	32
2.1	GRUPALIDADE HISTÓRICA: A 8ª CNS e a produção da saúde como direito	35
2.2	PNH E SEUS MARCOS LÓGICOS: produzindo grupalidade por novas produções de saúde/subjetividade	40
2.2.1	<b>Arranjos internos</b>	47
2.3	A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E SEUS MICROTENSIONAMENTOS: da saúde como direito à transformação das práticas	57
3	<b>PNH: um princípio fundamental e um método privilegiado</b>	66
3.1	POR UM OUTRO HUMANISMO: das práticas biopolíticas às intercessoras	67
3.1.1	<b>No plano da clínica</b>	94
3.2	APOIO INSTITUCIONAL: caminho metodológico privilegiado para a transformação das práticas	105
3.3	1ª PARADA: re-construção do processo de pesquisa	119
	<b>PARTE II - PLANO INTENSIVO</b>	125
4	<b>RE-INTRODUÇÃO METODOLÓGICA - Máquinas de Guerra X Estado: modos minoritários de produção de conhecimento</b>	125
4.1	PESQUISAS MINORITÁRIAS NO CAMPO DA SAÚDE: um fazer intensivo	126
5	<b>A PNH E SUAS CONTROVÉRSIAS: novo humanismo e democracia institucional</b>	137
5.1	DEMOCRACIA: equidade e racismo	144

5.2	DEMOCRACIA: equidade e desigualdade de gênero	152
5.3	DISPOSITIVOS: para quê?	168
5.4	A HUMANIZAÇÃO E SEUS DISPOSITIVOS	175
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	191
	<b>REFERÊNCIAS</b>	196

## APRESENTAÇÃO

*Essa pesquisa se inicia em tempos nada calmos, nada tranquilos, em águas nada mansas e não tardou a mudança da maré, turbulências anunciavam tempos ainda mais difíceis na vida e na política, caso nos autorizemos a distingui-las. Daqui já sinalizo que esta não é a perspectiva ética que baseia as próximas páginas e, com isso, anuncio que esta também não é uma pesquisa científica tradicional e não é uma bobagem. Afinal a ciência, a majoritária, é efeito justamente da abertura do pensamento às diversas formas de conhecimento, ela é o resultado do privilégio de um método, o positivista. O nosso objetivo não é tratar dicotomicamente sobre o caminho mais válido para se chegar a um determinado conhecimento, mas, como diz Butler (2023) encontrar a melhor maneira de criar problemas - já adianto que aqui há abertura à performatividade, porque o privilégio é da criatividade, da singularidade – que tenham potência para transmutar a dita realidade. A pesquisadora aqui está e se reconhece implicada com o seu “objeto” e pretende que esta pesquisa seja um ato de cuidado com o coletivo afetado por ele. Pois bem, retomemos as nossas turbulências. Esta escrita inicia e se dá em sua maior parte em meio a um governo de extrema direita, fascista e, não bastasse, encontra em seu princípio uma tragédia mundial, a pandemia de COVID-19, que nos impõe o isolamento, o distanciamento social, o medo da morte. E como não há nada tão ruim que não possa piorar, tal governo dela se aproveita para ceifar a vida, direta e indiretamente, de centenas de milhares de brasileiros, exercendo plenamente o seu poder de deixar morrer. A saúde pública foi fortemente aviltada durante esse período e é sobre este campo que me debruço para cartografar uma política, a Política Nacional de Humanização – PNH ou HumanizaSUS, efeito sedimentado de um movimento que a antecede na RSB e a perpetua como política pública. Essa Política representa justamente o campo científico minoritário com o qual trabalhamos nesta tese, porque trata daquilo que não se pode mensurar por meio do rigor da ciência moderna, as relações humanas, mais especificamente, as relações humanas de cuidado. Essa pesquisa surge a partir de uma provocação na banca de mestrado de uma querida docente que diante dos impasses que surgem no debate propõe que avance no conhecimento crítico desse tema. Fazendo o caminho ao pesquisar e com a ajuda do meu coletivo de pesquisa, me deparo com a fragilidade crítica com que ainda abordo sobre ele. Planejo pesquisa de campo para lidar com tais inconsistências no meu propósito, sempre preocupada com o risco de “mais do mesmo” que entendo poder ocorrer tanto no sentido de uma escrita idealista, asséptica - tão reverenciada pela nossa ciência mor - fazendo apenas a sua historiografia, quanto também*

*incorrer nas repetidas batidas críticas sobre o uso do humanismo como estratégia. As turbulências da vida, o nascimento da minha segunda filha, Clara, e o adoecimento e perda do meu pai, fez com que a estratégia, a minha, precisasse ser repensada, afinal situemos, como nos lembra Lourau (1993), o ato de conhecer precisa lidar com problemas relativos à temporalidade da pesquisa. Dei-me conta de que a questão metodológica era “como”, de uma perspectiva crítica, lidaria com as questões que surgiam nessa cartografia que, confesso, inicia em linhas duras de escrita. Como amolecer tais linhas, torná-las fluidas, dignas da ética que afirmo por meio do método escolhido, a cartografia. Descobri que há multiplicidade nos caminhos possíveis e não há garantias sobre os efeitos destes. Nesse ponto a banca de qualificação e, mais uma vez, o meu coletivo de pesquisa, produziram intercessões fundamentais para os resultados dessa produção. Assim, trabalhei com três pistas-questões: como lidar de forma crítica com o material que colhia? Depois, como lidar com as controvérsias que surgiam a partir de tais críticas? E, talvez, a mais fundamental das questões, como situar a cartografia desta política que representa devires minoritários e que, entendo, não só tornou-se política pública, mas sobretudo, deve manter-se pública? Cheguei a conclusão que, se assim a consideramos, pública, coletiva, não podemos nos furtar de nos apropriar dela, situá-la no tempo, nos problemas atuais para que possamos seguir afirmando o seu princípio fundamental de inseparabilidade entre a produção de saúde e de subjetividade, seu paradigma ético-estético-político, afirmando positivamente as diferenças que não param de emergir. Assim é que escolhi pelo caminho da autoria da crítica, mesmo porque ela já é por si embasada em uma demanda coletiva e pública e, nesse processo, o mais importante é a sua potência interventiva, visto que consideramos que toda pesquisa é intervenção. Sem dúvida não há no campo da saúde, na atualidade, problemática maior quando nos deparamos com a necessidade de avançar sobre as questões éticas no sentido de uma democracia concreta, que a Política busca mobilizar, do que a equidade. E nesse ponto as contribuições acadêmicas e dos movimentos sociais sobre gênero, raça e interseccionalidades estão no centro das discussões que possibilitam a centrifugação de efeitos democráticos e equânimes para os demais minoritarismos. Além disso, como demonstro ao longo desse processo, a própria cartografia nos dá a pista do caminho para e como manter tais princípios públicos, ao garimpar entre dispositivos criados pela PNH aquele que tem maior potência de sustentação fora da institucionalidade perdida ou despotencializada nas mudanças de governo. Convido-os nas próximas páginas não só a conhecer de modo crítico a PNH, as suas contribuições ao movimento de humanização do SUS, sob diversos ângulos, mas sobretudo, incluir-se nesse processo com seu olhar privilegiado e encontrar formas de reverberá-la, se apropriando dela,*

*para continuar fazendo dela, de seus valores, em cada ato de cuidado de nossa saúde pública  
- pensado, realizado ou reivindicado - uma política pública.*



## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema a Humanização do SUS, seus movimentos para a sustentação da dupla tarefa de produção de saúde e de subjetividade no cuidado e gestão da saúde pública brasileira. Tomaremos a denominação Humanização como abreviação, apelido, modo de se referir gentilmente a um processo que inicia em linhas duras, a Política Nacional de Humanização (PNH) que nos deu a dimensão do que concretamente está em jogo, transmutações ético-estético-política da sociedade pela via da saúde pública. Ao delimitarmos o tema Humanização do SUS, na verdade, estamos concomitantemente produzindo uma abertura, pois nele incluímos a PNH e a extrapolamos. Com isso, considerando a sua continuidade para além de governos, o que uma rápida busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nos ajuda a constatar, assumimos já daqui a sua transmutação em política pública.

Buscamos nesta tese trabalhar com um sentido ampliado de política que excede o seu domínio pelo Estado. Na etimologia, a palavra *politikós* está referida a tudo que diz respeito à cidade, de modo que o governo do Estado se coloca apenas como um de seus aspectos. Pensada, então, de forma ampliada, a política não mais é pensada a partir de um centro de poder, passa a ser considerada em sua dimensão micropolítica das relações de poder (Barros; Passos, 2015). Considerando a correlação, no contemporâneo, entre a prática política e atividades de Estado e de governo, faz-se importante distingui-las:

Uma política de Estado se constituiria por meio de ações de cunho estruturante nas quais os governantes que se alternam no poder devem garantir que tal política seja efetivada, devendo seguir e cumprir determinadas linhas, programas e projetos. Ultrapassa a política de governo e é institucionalizada, pois, ainda que se troque de governo, ela permanece. O SUS, por exemplo, é uma política de Estado instituída pela Carta Magna de 1988 (Barros; Pimentel, 2012, p. 7).

Desse modo – consideramos que uma política de Estado por estar inscrita no texto legal e depender de vontade política seja do governo, seja do povo – para que se efetive tem caráter abstrato e estável, enquanto a política de governo, como atualização da vontade dos que estão temporariamente no poder, se faz concreta e mais instável. Por sua vez, a política como efeito do desejo do coletivo colocado em práticas, mais concreta e mais estável, torna-se, portanto, política pública (Barros; Pimentel, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH), política de governo, compreendida como reencantamento do movimento sanitário, buscou resgatar os valores éticos e políticos que criaram o nosso SUS por meio da alteração dos processos de subjetivação dos atores envolvidos

com o cuidado na saúde pública. A partir dela se apostou em “tecnologias relacionais”<sup>1</sup> para a construção de um plano comum que abrisse passagem para mudanças concretas nos modos de produção de saúde.

A “Saúde como direito” foi colocada como um dos três temas resultantes das amplas discussões realizadas por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986). O tema indicava a urgência da necessidade de reformas mais profundas que extrapolavam as administrativas e financeiras. Com isso, ampliou-se o conceito de saúde que passou a abarcar fatores afetivos, sociais, econômicos, políticos, entre outros, e essa ampliação deu o tom ao que convencionamos chamar de Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Com o passar dos anos, diante do esfriamento do movimento iniciado na segunda metade da década de 1970 e tendo o SUS constantemente sido alvo de críticas sobre a qualidade da atenção oferecida à população<sup>2</sup>, um movimento de humanização da saúde pública surge a fim de reafirmar o SUS democrático. Este se dá no sentido da constituição de novos sujeitos comprometidos com o processo da RSB, de democratização da saúde (Paim, 2009).

Em 2003, esforços no sentido da valorização da dimensão subjetiva e social são concretizados com a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – PNH. Um núcleo técnico na secretaria executiva do Ministério da Saúde foi formado para o desenvolvimento de projetos e inovações no modelo de atenção e gestão do SUS. Somaram-se a estes, um grupo de consultores que cooperaram no alcance dos objetivos projetados através da oferta de dispositivos e novas tecnologias<sup>3</sup> que tinham por fim implementar a humanização no SUS.

A partir de então se reafirma o caráter político do conceito de saúde atrelando-o a uma concepção de subjetividade compreendida “[...] como efeito emergente de uma complexa rede de forças biológicas, sociais, culturais e políticas [...]” (Pasche; Passos, Hennington, 2009, p.

---

<sup>1</sup>Faz-se necessário a criação de dispositivos que tenham em vista que “[...] mudanças nos modos de pensar e de fazer ocorrem à medida que os sujeitos entram em relação, constituindo coletivos que possibilitem alterações efetivas nos modos vigentes de produção de saúde.” (Chaves *et al.*, 2014, p. 71).

<sup>2</sup>Há uma complexidade envolvida nos insucessos da qualidade das ações dos serviços de saúde do SUS, embora estes sejam tratados de forma simplista pelas mensagens propagadas, em especial, pelas mídias. Estes limites e distorções são resultantes da longa história de construção da saúde pública no Brasil e desnudam o caráter da relação entre o poder público e os seus cidadãos (Paim, 2009). Segundo Pasche, Passos e Hennington (2009) é preciso realizar um desvio de alvo em relação às críticas ao caráter desumano do cuidado prestado no SUS. Assim, não os indivíduos, mas os aspectos criticados devem ser tomados como efeitos da precariedade das relações de trabalho e de modelos de atenção e de gestão descompromissados.

<sup>3</sup>A noção de tecnologia aqui utilizada foi definida por Merhy (2014) como mais ampla do que costumeiramente a concebemos, não se restringindo somente aos equipamentos ou máquinas. O autor considera também como tecnologias, os saberes constituídos, tanto para a produção de produtos singulares, quanto para organização das ações humanas nos processos produtivos. Para tanto, divide as tecnologias entre duras (equipamentos tecnológicos, normas, estruturas organizacionais), leve-duras (saberes bem estruturados) e leves (tecnologias de relação do tipo produção de vínculos).

4545). Considerando a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade, dupla tarefa do trabalho em saúde, a humanização do SUS teve como desafio, a recomposição das relações clínicas por meio de alterações na dinâmica de gestão do trabalho.

Ao HumanizaSUS, portanto, uma dupla tarefa foi colocada: para uma produção de saúde integral que demandaria uma extensão das intervenções sanitárias para além das práticas médicas e que teria em vista, sobretudo, o ganho de graus de autonomia pelos trabalhadores e usuários do SUS, seriam necessárias novas tecnologias para produção de novos modos de subjetivação (Mehry, 2014). Os modos de fabricação subjetiva e o conceito de subjetividade são, portanto, colocados em evidência em um contexto em que a saúde pública busca se implicar, de fato, com a transformação das práticas de cuidado e gestão.

É, então, com base em valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, corresponsabilização entre estes e solidariedade dos vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva nos processos de gestão, que foram estabelecidas suas diretrizes. Entre estas: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2004).

Os investimentos que culminaram na PNH convocam a todos – usuários, trabalhadores, gestores, formadores e pesquisadores – de um modo especial ao propor uma outra conceituação de humanização e uma mudança de paradigma.

Assim, uma proposição conceitual sobre a humanização na saúde não se contenta em repetir velhos humanismos, ancorados em imagens idealizadas do Homem. Não se reduz a uma concepção de humanização ou de humano como uma medida padrão, definida a partir daquilo que é a norma, do mais frequente, pois este humano “normal” nunca coincide com uma existência concreta (Chaves *et al.*, 2014, p. 71).

A PNH se diferiu, portanto, de perspectivas que se atenam às regularidades, a uma única norma de vida implicada com modos assujeitados de existência e tomou para si um paradigma ético-estético-político<sup>4</sup>. Neste, o ético diz respeito a uma atitude comprometida e corresponsável de seus atores (usuários, trabalhadores e gestores); o estético, ao processo sensível e criativo que produz subjetividades autônomas e protagonistas; e o político aponta para a necessidade de uma organização social solidária e participativa. (Brasil, 2004)

---

<sup>4</sup>Conceitualmente, o ético diz respeito à via da experimentação. “A ética de que falamos é aquela que se põe a ouvir o estrangeiro que se produz no encontro com o outro [...]” (Barros, 2009, p. 323). O estético à via da criação/problematização. “A dimensão estética é a da composição/recomposição de universos de subjetivação.” (Barros, 2009, p. 323). O político, por sua vez, a via da decomposição de verdades “[...] aquilo que põe a funcionar os modos de expressão de subjetividade, opera processos de desindividualização” (Barros, 2009, p. 325).

A afirmação de um paradigma que compreende a necessidade de atitudes e investimentos para alterações estéticas e políticas que comportem a diferença, portanto, novos modos de subjetivação, sempre esteve fortemente vinculado ao meu processo de formação como psicóloga e como trabalhadora da saúde pública. Tentarei a partir daqui introduzi-los no regime de afetabilidade que envolve as minhas implicações com este trabalho, pautado em uma clínica compreendida como inexoravelmente política, e que me levaram a estabelecer um objetivo definido dentro do rigor de um trabalho acadêmico. Este tema marca o meu posicionamento, a minha atitude e as questões que não param de emergir diante da minha história na saúde pública.

Aliada, portanto, desde a graduação, à ideia de uma subjetividade de natureza industrial, maquinica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida (Guattari; Rolnik, 1996), é com o término desta etapa da formação que me encontro efetivamente com a saúde pública e nela construo a minha vida-formação. A caminhada contracorrente na saúde pública parecia, inicialmente, que se daria de modo solitário.

Importante demarcar que este percurso, desde o início, se deu de forma mais contundente pela via da atenção terciária. É justo neste nível que encontramos as maiores problemáticas do cuidado. Privilegiado desde a constituição de nosso sistema de saúde, configura-se como o nicho dos instituídos que buscamos desconstruir diariamente, saúde como ausência de doença, centralização no modelo biomédico, procedimento-centrado<sup>5</sup> (Mehry, 2014), forte hierarquização das relações.

Imersa no campo da saúde pública desde 2012, já tendo passado pela residência em um hospital de assistência, ensino e pesquisa e trabalhado como servidora em uma maternidade da região metropolitana do Rio de Janeiro, vivenciei amplamente as tão faladas mazelas do SUS, violências obstétricas e descasos de toda sorte. Embora alguns isolados e tímidos encontros<sup>6</sup> anunciassem que este percurso não seria de todo solitário, vislumbrava um caminho nada fácil diante das mudanças que precisavam acontecer para que o cuidado implicado com a afirmação da diferença se desse.

---

<sup>5</sup>Mehry (2014) coloca em relação a produção de saúde procedimento-centrada e usuário-centrada. Na primeira, o processo de produção de saúde se esgotaria na realização de um procedimento técnico. No segundo, por sua vez, compreende que o processo produtivo impactaria em ganhos de graus de autonomia pelo usuário.

<sup>6</sup> Torna-se fundamental destacar a importância das minhas companheiras de residência que até hoje se encontram na mesma luta em áreas um pouco menos privilegiadas do ponto de vista de um maior empoderamento de práticas clínico-políticas. A este se somaram diversos outros encontros com companheiros e companheiras que me fizeram perceber que a solidão era apenas hipotética e que na saúde a política ao produzir contração de grupalidade possibilitou tal empoderamento aproximando-nos das pretensões dos reformistas.

Quando me torno servidora de uma organização renomada de assistência, ensino e pesquisa, berço de importantes sanitaristas, onde me firmei profissionalmente, percebo que a realidade do cuidado na unidade hospitalar onde fui lotada pouco tinha a ver com as fantasias que fazia a respeito da organização a que orgulhosamente agora fazia parte. Concluo, portanto, que este parecia de fato ser o modo hegemônico de cuidado no SUS. Contudo, nesta mesma organização pude como formadora e pesquisadora conhecer, estudar, pesquisar sobre a Humanização em campo, além de promover e passar por intervenções importantes pautadas nos seus métodos. Foi justamente esse aparato que me possibilitou apostar que, com investimento, gratas mudanças podem ocorrer, embora estas não se deem sem esforços hercúleos e constantes.

As experiências com intervenções que utilizaram os dispositivos clínico-políticos do HumanizaSUS sinalizavam que as rodas podem facilmente ser convertidas em arenas, servindo para afirmar hierarquias altamente verticalizadas. Acompanhei em minhas passagens pela rede hospitalar do SUS, espaço privilegiado das problemáticas sobre as quais o HUMANIZASUS buscou intervir, “rodas” nada acolhedoras, moralistas, heteronormativas, racistas, necropolíticas<sup>7</sup> (Mbembe, 2016). Por outro lado, também, os acontecimentos indicavam movimentos de vai e vem em relação, sobretudo, aos princípios da PNH que necessitavam de constância dos investimentos contra hegemônicos e era aí que a PNH se interpunha com o peso de “lei” que sua dimensão macropolítica comportava, dando abertura para que micropoliticamente fosse possível encarar e manejar os tensionamentos de modo agonístico sem perder de vista a que veio.

Assim, muitos dos atores afeitos às lutas que afirmam a diferença por meio da transformação das práticas – formados formalmente ou por efeito de contágio – em meio ao embate incessante com as forças que se entrecruzam neste campo e colocando em questão, de modo permanente, as suas próprias práticas, buscavam reafirmar o movimento que dentro da RSB compreendia a saúde, não só como direito a ser guardado na letra da lei, mas como atitude ético-política. Numa postura ético-política interessa saber como isto funciona, o que isto produz. (Rauter, 2015) Atores, portanto, interessados mais nos efeitos do que se produz com suas práticas, sobretudo, nos efeitos-subjetividade, matéria-prima de toda e qualquer produção (Guattari; Rolnik, 2013) já que tinham em vista, em algum grau, a transformação social. Agora

---

<sup>7</sup>Mbembe (2016) aponta a insuficiência do conceito foucaultiano de biopoder para lidar com as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte através da produção de corpos matáveis. A título de exemplo, na saúde pública brasileira, assistimos cotidianamente a apreciação moral que coloca uns em detrimento de outros em condição de não serem investidos com as tecnologias disponíveis, ou seja, alijados em seu direito à saúde e à vida.

podia claramente perceber os movimentos, as cartografias deste campo que indicavam que estamos sempre em movimento e não há nada a dizer em definitivo a respeito das coisas.

Tendo, portanto, me deparado com as tensões de sustentar uma ética destoante ao que hegemonicamente funciona neste campo, que a PNH se interpôs como uma aliada potente na tarefa micropolítica de transmutar as relações e o cuidado na saúde pública e produzir apoiadores<sup>8</sup> através de contágio.

Mergulhar na experiência da saúde pública nos coloca no limite entre a estética (o conhecimento como invenção, como criação e como sensibilidade e a ética (o conhecimento como atitude, como posicionamento no mundo), mas sem podermos esquecer [...] interfaces com a política (o conhecimento como intervenção no mundo, na *polis*) e com a clínica (o conhecimento como cuidado de si e cuidado do outro) (Passos, 2013, p. 107).

Até então, como política de governo, tínhamos a PNH para efetivar o projeto micropolítico de produção de novas subjetividades para alteração nos modos de produzir saúde. Ela ainda ecoava, reverberava. Mas seu entoar aos poucos foi se tornando sussurro diante do chacoalhar de uma serpente<sup>9</sup> (Deleuze, 1992) fascista. Em meados de 2015 discussões por meio de posts na RedeHumanizaSUS<sup>10</sup> repercutiram questões sobre o fim da PNH. O post de Maria de Jesus de Assis Ribeiro “Repúdio ao fim da PNH enquanto política de governo (Ribeiro, 2015), seguido dos posts: de Cleusa Pavan “ Sobre o fim da PNH enquanto política de governo (Pavan, 2015), da própria coordenação da PNH à época “Política Nacional de Humanização compõe novo arranjo de apoio do Ministério da Saúde às regiões de saúde” (PNH, 2015) e de Ricardo Teixeira “*PNH como política de governo: fim ou mudança?*” (Teixeira, 2015) dão a dimensão da grande questão que se coloca após 7 anos da implantação desta política na máquina do Estado. De fato, teria havido perda de institucionalidade da PNH em 2015 ou nos anos que se seguiram? E, mais importante que isso, quais as implicações da perda de institucionalidade desta política que buscou afirmar-se como política pública?

Segundo Foucault (1979), a história “efetiva” dos processos e de seus desdobramentos é resultado de forças que se encontram em jogo e que obedecem ao acaso de uma luta. Tomando,

---

<sup>8</sup>Faço uso aqui de modo informal do termo apoio. Ainda assim, este está pautado no dispositivo apoio institucional previsto na PNH, sobretudo no que tange ao seu objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações e na sua tarefa primordial de ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos a fim de fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança (Brasil, 2010).

<sup>9</sup> Ao comparar as maneiras de viver e as relações nas sociedades disciplinares e de controle, Deleuze (1992) assemelha os meios de confinamento das primeiras aos buracos de uma toupeira e a continuidade dos controlatos, no segundo tipo de sociedade, aos anéis de uma serpente. Esses últimos lhe parecem muito mais complicados, porque mais difíceis de escapar.

<sup>10</sup> A Rede Humaniza SUS (RHS), rede social dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS é um dos principais canais de comunicação e informação online a respeito da PNH.

portanto, a humanização do SUS como um acontecimento, uma proposta de descodificação dos fluxos do cuidado em saúde, uma nova tecnologia política que nos contempla com uma inversão nas relações de força, novos modos de produzir subjetividade e saúde, objetivamos com essa pesquisa acessar a experiência da Humanização do SUS que inicia com a implementação do HumanizaSUS no contexto em que pela via da máquina de Estado, esta pôde produzir-se como política pública. Intentamos, mais especificamente, conhecer como se deu efetivamente as experiências de alteração dos modos de produção de saúde a partir de intervenções que se pautaram na produção de novos modos de subjetivação, por tomá-las como indissociáveis. Como, portanto, partindo dessa prerrogativa – inseparabilidade entre produção de subjetividade e de saúde – pensou-se em contagiar, no concreto, de forma pública e coletiva, com uma perspectiva ética minoritária em nossa sociedade, deflagrando, assim, a produção de um plano comum?

Nessa direção, considerando o caráter único e agudo deste acontecimento que operou um corte transformador do sistema de saúde no Brasil, que proponho, a partir da variabilidade dos pontos de vista, contar mais uma história para quem sabe adiar o fim de um mundo (Krenak, 2019). Para tanto, o objetivo é então cartografar a Humanização do SUS, que tem como marco originário a PNH, os seus movimentos no sentido de dar passagem à uma política de afirmação das diferenças, da modalidade governo para pública, suas linhas duras e flexíveis, o uso que fez das máquinas, também suas controvérsias e suas linhas de fuga, de subjetivação.

Para cartografar tais movimentos envolvidos na construção da inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade, tomaremos como marco de passagem, de política de governo para política pública, a formação de apoiadores. No ano de 2006 todos os esforços e recursos foram aplicados na formação de multiplicadores desta perspectiva ético-estético-política, que buscou transversalizar campo/ponta e gestão como estratégia robusta de investimento na produção de um plano comum na saúde pública (Brasil, 2007b).

Diante dos objetivos desta pesquisa e das minhas implicações com o campo e com os modos de se fazer ciência, optamos por acessar esses movimentos por meio de revisão de literatura embasada no método cartográfico<sup>11</sup>. O método cartográfico busca acompanhar percursos, processos de produção, conexões de rede ou rizomas. A cartografia deflagra, num percurso de pesquisa, uma reversão metodológica, de *metá-hodos* a um *hodos-metá*. Deste

---

<sup>11</sup> Embora a pesquisa tenha sido realizada em base de dados de grande relevância, esta difere de uma revisão sistemática de literatura por não seguir os protocolos desta mas, sobretudo, por não hierarquizar métodos científicos. Também não se trata de revisão integrativa, pois compreende que seleção dos estudos e a interpretação das informações sempre estão sujeitas às implicações dos autores. Afirma-se, com isso, a singularidade de cada processo de pesquisa.

modo, aposta-se na experimentação do método – e não em sua mera aplicação, preservando uma atitude de abertura à indeterminação, ao que vai se produzindo o que demarca o seu *êthos* (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015).

Para começar a conhecer as micropolíticas, as intensidades, investimentos, as múltiplas entradas dessa utopia ativa, faz-se necessário apresentar de forma mais contundente às raízes desse processo, o ideário da PNH tal como aparece em documentos públicos, publicações científicas, materiais educativos e de divulgação, suas reverberações em nível local através da divulgação de experiências exitosas.

Faz-se necessário, ainda, para fazer rizoma, religando os decalques ao mapa<sup>12</sup> (Deleuze; Guattari, 2011b), para o cultivo dessa história tão importante para o movimento de democratização da saúde pública brasileira, conhecer o contexto político em que esta se deu. Como já previsto, o HumanizaSUS, como movimento contra hegemônico, encontraria em seu processo cenários diversos e restrições às potencialidades das suas iniciativas devido à descontinuidade administrativa, por questões político-partidárias e pela rotatividade de profissionais e trabalhadores da saúde em função da precariedade dos contratos de trabalho (Paim, 2009).

É importante ressaltar que o seu processo de implantação e implementação inicia no primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e é durante o governo do Partido dos Trabalhadores, que inclui o mandato de Dilma Roussef, que a humanização foi sustentada como política de governo, o que permitiu que concomitante e continuamente pudesse ser transformada em política pública, contudo, uma fratura ocorre nessa passagem. Os últimos acontecimentos políticos que iniciaram com um processo golpista que se concretizou como impeachment da presidenta eleita democraticamente, empossando o emedebista Michel Temer<sup>13</sup>, deflagraram movimentos antagônicos e extremistas na sociedade. Estes culminaram na eleição, em 2018, de um candidato de tendências liberais e autoritárias com vistas à desconstrução de tudo que caminhava no sentido da produção e reconhecimento da autonomia e diferença, nos colocando, desde então, diante de uma epidemia política de fascismo. (Mizoguchi; Passos, 2020).

---

<sup>12</sup>O conceito de rizoma constitui a base teórica e direção ético-política do método cartográfico. “É preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre n-1 (é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele). Subtrair o único da multiplicidade a ser constituída; escrever a n-1.” (Deleuze; Guattari, 2011b, p. 21)

<sup>13</sup>No governo golpista o ataque à saúde pública se deu com a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos. A EC nº 95 congelou os gastos públicos em áreas fundamentais como a saúde e a educação por vinte anos, engessando importantes políticas públicas.



Considerando as pretensões democráticas da nossa sociedade, e em decorrência disso, as aspirações da população e das vulnerabilidades apontadas por Paim (2009), sofridas pelo SUS diante das mudanças partidárias, de governos e de gestão é preciso encontrar alternativas criativas, fazer uso de nossa capacidade crítica para construir paraquedas coloridos (Krenak, 2019). Por essa via, podemos proteger o SUS de interesses e manobras da política na saúde. Torna-se assim fundamental reafirmar a importância da micropolítica para se efetivar o caráter público do SUS – não o identificando aos governos, Estado ou partidos. “Uma profunda reforma política no Brasil e um movimento permanente em defesa dos valores que sustentam o SUS e a RBS são fundamentais para essa verdadeira publicização.” (Paim, 2009, p. 100).

Não bastassem tantos golpes e crises, além de uma epidemia política, tivemos que lidar, neste processo, com a pandemia de um vírus. O coronavírus ou COVID-19<sup>14</sup>, sua versão atualizada, se interpôs como ameaça à vida, aos seus modos e, de muitas formas, aos sistemas de saúde. De carona nesta estranha linha de fuga<sup>15</sup>, porque associada às desterritorializações<sup>16</sup> que se dão a partir de confinamentos que produzi esse trabalho introdutório. Dividindo o meu tempo entre o isolamento, quando escrevi grande parte desse texto, e o campo de batalha, o trabalho de enfrentamento à pandemia, acompanhei, como já dito anteriormente, mas em proporções muito maiores, tudo que foi construído se desfazer num piscar de olhos. Não mais rodas, não mais Clínica Ampliada<sup>17</sup>, Projetos Terapêuticos Singulares<sup>18</sup>, não mais espaços coletivos, não mais investimentos em novos modos de subjetivação, não mais novos modos de produzir saúde. Por outro lado, velhos modos se impunham: hierarquizações verticalizadas, assujeitamentos, saúde coincidindo unicamente

---

<sup>14</sup>O primeiro caso da doença SARS-CoV-2 foi identificado em dezembro de 2019 em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China. Em janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em março do mesmo ano, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. No Brasil, o primeiro caso do novo coronavírus foi notificado em fevereiro de 2020.

<sup>15</sup>“Como se alguma coisa nos levasse, através dos segmentos, mas também através de nossos limiares, em direção de uma destinação desconhecida, não previsível, não preexistente.” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 101).

<sup>16</sup> Faço referência aqui ao conceito de desterritorialização que diz respeito aos movimentos em que os territórios, as apropriações, as subjetivações fechadas sobre si mesmas, se desfazem de forma ininterrupta (Guattari; Rolnik, 2013).

<sup>17</sup> Diretriz da PNH que busca vencer os desafios de reconstrução das relações clínicas, mudanças nas relações dos trabalhadores da saúde, efetivação da co-responsabilização, construir processos dialógicos, o funcionamento inter/transdisciplinar das equipes multiprofissionais, lidar com a fragmentação dos processos de trabalho (Brasil, 2007a).

<sup>18</sup> O PTS é um dispositivo de gestão da atenção proposto pelo HumanizaSUS, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. O projeto busca a singularidade (a produção de diferenças) como elemento central de articulação (Brasil, 2007a).

com organicidade, desconsiderada em sua dimensão política. Só o que importa é respirar, a urgência é dos respiradores, a saúde está na UTI. Sem dúvida compreendemos as mudanças necessárias diante da urgência que se impôs, mas nem por isso deixamos de temer pelo que viria a posteriori. Contudo, resistimos, continuamos resistindo em nossas micropolíticas cotidianas. Aqui estou resistindo. Sigamos.

Os encontros nesse percurso de vida-formação, contudo, me fizeram perceber que a solidão na defesa de uma ética que é concomitantemente estética e política era apenas hipotética. A PNH ao produzir na saúde contração de grupalidade<sup>19</sup> possibilitou o empoderamento e a visibilidade de práticas que tomam como inseparáveis, a clínica/o cuidado e a política; a produção de saúde e a produção de subjetividade, aproximando-nos assim das pretensões dos sanitaristas reformistas. O SUS que se queria em 1986 na 8ª Conferência de Saúde é o SUS que muitos de nós, mesmo que minoritariamente, ainda queremos.

O que a história das micropolíticas da Humanização do SUS, antecipando os riscos de um mundo que dá as costas para a pluralidade da vida, pode nos servir para adiar o fim do mundo, seguir com nossos sonhos ativos de expansão da existência? O que podemos colher dessa história para seguir sustentado tal ética, quando a Política não mais faz parte da máquina de Estado e, mais do que nunca, a construção deste plano comum precisa ser sustentada pelo público? Além disso, a atual conjuntura na medida em que força a aceção de novos modos de subjetivação, o atravessamento do plano comum de outras experiências, faz pensar nos métodos na saúde pública para produzir contágios a favor da vida na luta contra os fascismos.

É nesse sentido que aqui, ao tentar acessar os planos dessa história recente, ainda presente, mas em risco de desfazimento, que buscamos nos aproximar dos movimentos que conectaram a macro e a micropolítica na sustentação de um *êthos* na saúde pública. Buscaremos, portanto, na sustentação do paradigma ético-estético-político do SUS que queremos, construir rede seguindo a pista de que este seria um processo sempre inacabado, mesmo após a perda de institucionalidade de parte do movimento, alterar o modo de conceber a saúde e, portanto, de cuidar e, mais do que isso, que ao cuidar da saúde pautando-se em novos modos de subjetivação extrapolamos o cuidado de indivíduos e de grupos, trata-se, portanto, de

---

<sup>19</sup> “Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.” (Brasil, 2010, p. 61). A noção de contração indica a existência de uma emergência da grupalidade. O manejo cria condições para a emergência da contração de grupalidade, ou seja, para que haja movimentos em determinada direção ético-política que não se dão somente pela via dos contratos formais pois trata-se de um processo com temporalidade própria a cada grupo. (Passos *et al.*, 2013).

cuidar das diferenças, dos coletivos que compõem a nossa sociedade e de seus modos de conceber a vida.

Para tanto, dividiremos esse processo de pesquisa em dois planos, extensivo e intensivo (Passos; Barros, 2015b) com o intuito de indicar uma modulação na passagem, de um plano ao outro, no modo de escrita e, concomitantemente, o que se privilegia do material colhido. No primeiro, uma escrita mais arborescente com foco nos processos mais macropolíticos, acompanharemos os movimentos de redundância por meio de uma análise crítica de escritos públicos, material de divulgação, documentos e produções científicas. Para isso, seguiremos três pistas que serão desenvolvidas no segundo e terceiro capítulo. No primeiro, acompanharemos com o HumanizaSUS se insere no movimento sanitário brasileiro e, no segundo, como se deu a abordagem do princípio norteador de inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade e a efetivação da tarefa primordial por meio da estratégia privilegiada, formação de apoiadores institucionais.

No segundo, no plano intensivo, por meio de uma escrita rizomática que busca acessar a molecularidade do material colhido, acompanharemos os movimentos de caosmose da humanização, as suas linhas mais flexíveis e de fuga, linhas que nos permitiram, pela sua dimensão mais pública, nos apropriar da Política, tomando-a como processo em curso, como devir. Assim, no quinto capítulo trataremos sobre as controvérsias da Política e diante da abertura que estas proporcionaram, avançamos nas discussões sobre humanismo e produção da diferença, buscando ampliar as problemáticas que envolvem os valores que afirmamos e as nossas implicações com estes. Com esse propósito, seguimos incrementando as discussões sobre democracia e equidade a partir de questões atuais fundamentais para o campo da saúde, gênero, raça e interseccionalidades. Com isso, quem sabe, para além da produção de conhecimento possamos reanimar forças que porventura tenham sido afetadas pelos últimos acontecimentos políticos<sup>20</sup>, potências para o contágio e contração de grupalidade, para a produção de subjetividades implicadas com a transformação das práticas, dos modos de produzir saúde no SUS e, como desdobramento, para além disso, com a ampliação das transformações sociais.

---

<sup>20</sup> Destaco aqui a perda da institucionalidade da PNH, o golpe que tirou do poder um governo de esquerda e abriu brechas para hoje estejamos sob um desgoverno de extrema direita.

## 1.1 INTRODUÇÃO METODOLÓGICA: produzindo ciência na radicalidade do minoritarismo.

Escolher um modo minoritário de fazer pesquisa no campo da saúde, de saída, nos coloca em posição de desembaraçamento das linhas duras às quais a ciência nesse campo, desde sua origem, se aliou. Para nos apoiar nesse processo de desconstrução e desfazimento das segmentaridades positivista, racionalista, mecanicista, seguiremos de carona nas linhas mais flexíveis da esquizoanálise.

A esquizoanálise que se desdobra do movimento institucionalista de modo considerado maximalista (Baremlitt, 1992) propõe um processo de análise permanente sem, a princípio, um método privilegiado. Ao tomar, numa nova inflexão, na primeira obra de Capitalismo e Esquizofrenia, o conceito psicanalítico de desejo, esta vertente buscou introduzir o desejo na produção e a produção no desejo, concebendo este como matéria última de todo o real. Esse modo estabelece uma relação direta entre produção econômica e política, pautada, portanto, numa economia político-desejante e, com isso, incrementa as discussões mais radicais no campo das investigações científicas. Assim, numa perspectiva de imanência se estabelece uma coextensão, não oposição, entre o plano das formas, macro, e das forças, micropolítico.

Deleuze e Guattari, mais a frente, em Mil Platôs, nos oferece um modelo, uma imagem, o rizoma, uma pista para a construção de um modo minoritário de fazer pesquisa. É justamente por meio do conceito de rizoma definido por esses autores que este método encontrará a sua base teórica e sua direção ético-política (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015).

*É preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre n-1 (é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele). Subtrair o único da multiplicidade a ser constituída; escrever a n-1 (Deleuze; Guattari, 2011, p. 21).*

Tal modelo se desdobrou no método de pesquisa cartográfico que tem o objetivo de acompanhar percursos, processos de produção, conexões de rede ou rizomas. Seguiremos, a partir daqui, as pistas de base elencadas em “Pistas do Método da Cartografia” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015) que nos guiarão, tanto ética, quanto tecnicamente, nesse percurso de pesquisa.

O método cartográfico, deflagra um novo modo de caminhar num percurso de pesquisa, uma reversão metodológica, de *metá-hodos* à *hodos-metá*. Deste modo, aposta-se na experimentação do método – e não em sua mera aplicação – “[...] na manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo.” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015, p. 13).

Busca-se, com isso, por meio de um arcabouço teórico-metodológico transdisciplinar, lidar com as problemáticas colocadas inicialmente pelo institucionalismo. Tal referencial nos indica um contexto marcado pelo modelo científico pautado na representação de objetos, que cria uma separação artificial entre sujeito e objeto do conhecimento e que busca pretensamente promover uma representação legítima através de uma hierarquização de ficções tidas como neutras descobertas. Assim, ao método cartográfico se impõe o desafio de desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades.

Os processos nessa perspectiva serão tomados, não como processamento de dados – mas como processualidades. Isto coloca o cartógrafo em posição de sempre começar pelo meio, pois processos de produção de subjetividade sempre estão em curso no território espesso de um campo. Sendo assim, o protagonismo modula do modelo representacional das ciências tradicionais, ou seja, da simples representação de objetos ou da coleta de informações, para uma dimensão sensível, produtiva e coletiva que passa a ser designada como produção ou colheita de dados, apontando assim o caráter construtivista da atividade cartográfica. Pesquisar é sempre um ato interventivo, e o procedimento metodológico de “colheita de dados”, destaca o caráter produtivo, mais do que representativo, da pesquisa (Sade *et al.*, 2013).

A cartografia não visa desconectar o objeto de suas articulações históricas, de suas conexões com o mundo. Seu objetivo é desenhar as redes de forças, suas modulações e movimentos, implicadas no campo. Para tanto, o cartógrafo deve deixar-se levar por esse campo coletivo de forças, não através de um relaxamento, mas de uma concentração sem focalização. Com isso, se impõe como desafio abrir-se ao encontro, mergulhar nas intensidades, de forma a evitar a simples busca de informações. A pesquisa cartográfica se assemelha ao seu objeto-processo e se caracteriza pela processualidade. Desta forma, o acompanhamento desses processos não se dará através de etapas de um protocolo – séries sucessivas e distintas de uma prescrição – mas de passos ou pistas.

Ao tomar a cartografia como direção metodológica, um plano de ação ou de pesquisa deve estar articulada às ideias de transversalidade, de implicação e dissolução do ponto de vista do observador.

Na cartografia, objetivamos, como direção clínico-política o aumento do coeficiente de transversalidade. Diante do fato da organização hegemônica do *socius* se compor opondo vertical e horizontal, em uma rede fria que cria um sistema de rebatimento que hierarquiza e homogeneíza por identificação ou por sujeição, Guattari chama a atenção para os vetores de caotização, movimentos de caosmose. Nesses, acompanhamos “[...] desarranjos e novos arranjos de produção de realidade.” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015, p. 30), desarranjo do

sistema de rebatimento de onde emergem devires minoritários e somente nestes, denominados pelo autor, momentos quentes, deste ponto de vista clínico-político, há possibilidade de intervenção. Diante da crise vivida pelo nosso sistema de saúde nos últimos anos associada à crise da democracia, achamos ser este um momento quente, para retomar por meio da pesquisa, questões ético-políticas que nos convocam em nossas implicações com o nosso campo atuação, portanto, de intervenção.

A partir da noção de implicação desenvolvida pela Análise Institucional, este método de pesquisa marca o lugar que ocupa o pesquisador ao chamar a atenção para a relação de inseparabilidade entre o conhecer e o fazer. Deste modo, considera-se a insustentabilidade de uma posição supostamente neutra em relação ao ato de pesquisar. O pesquisar, portanto, revela o *êthos*, a sua atitude diante do campo pesquisado seja qual for a modalidade de investigação.

Em contraposição ao introspeccionismo do método de primeira pessoa inaugurado pela psicologia e ao método experimental de 3ª pessoa, interpretativo que prega a neutralidade, a dualidade sujeito/objeto, o método cartográfico contrapõe a dissolução do ponto de vista do observador. A partir dos conceitos de autopoiese e de enação desenvolvidos por Maturana e Varela ao reformularem as bases lógicas da biologia do conhecimento, a respeito da experiência do conhecer, passa-se a considerar a sua circularidade fundamental, uma variabilidade dos efeitos de performatividade, a coemergência “eu-mundo”.

O que se afirma, então, é que a cognição é uma maquinação autopoietica, isto é, uma ato de criação de uma máquina que constitui tanto o pólo objetivo o subjetivo do fenômeno cognitivo. A máquina viva por uma ato ou decreto faz emergir bilateralmente os pólos objetivo e subjetivo do conhecimento (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015, p. 121).

Da perspectiva da noção de enação, proposta por Varela, o que interessa é pensar toda experiência como emergindo de uma experimentação, pois a experiência não concerne ao que já está aí como dado inelutável, mas antes a emergência de alguma mudança (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015 p. 126).

A inseparabilidade entre cuidar e conhecer se coloca como paradigma para o cartógrafo. Desta forma, o cuidado enquanto “[...] acompanhamento dos processos de gênese da realidade e do mundo, na direção de uma abertura do coeficiente comunicacional dos sujeitos e dos grupos [...]” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015, p. 110) é a única forma de conhecimento dada ao cartógrafo. Deve-se assim estar suscetível a desestabilização dos pontos de vista e ao colapso do eu. A sua tarefa principal é a de abandonar o caráter proprietário do ponto de vista – pensado como propriedade de um sujeito e condicionada pelo objeto. Numa posição paradoxal, o cartógrafo deve, sem estar atrelado a nenhum ponto de vista, habitar a experiência, possibilitando a dissolução do ponto de vista do observador sem que a observação seja anulada.

O pesquisador, amparado pela cartografia, deve guiar a sua ação lançando-se mais próximo de uma experiência que dá oportunidade ao surgimento da realidade de si e do mundo, se apartando da intenção de distanciamento, cuidando do que advém para conhecer. “O cartógrafo acompanha a emergência de si e de mundo na experiência” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015, p. 129).

A cartografia, enquanto método de investigação processual, requer, ainda, para o seu funcionamento, procedimentos concretos que se constituem como dispositivos. Os dispositivos aqui são definidos como redes produzidas entre elementos – discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas etc.

Deleuze acrescenta, em sua análise sobre a concepção foucaultiana de dispositivo, considerações a respeito da sua composição. Para o filósofo, este seria composto por quatro tipos de linhas: as de visibilidade, de enunciação, de força e de subjetivação. As primeiras estariam ligadas à conformação de regiões de visibilidade e campos de dizibilidade. As forças tratam da dimensão do saber-poder no que tange à luta incessante por afirmação das palavras e das coisas. As linhas de subjetivação, por sua vez, se comportam como potencialidade, a possibilidade de criação de novos modos de existir, possível liame entre os dispositivos, linhas de passagem que franqueiam limites variados de desterritorialização nos modos hegemônicos de dominação.

O trabalho de investigação e os processos de criação do cartógrafo estão em estreita relação com a concepção de dispositivo na medida em que busca desembaraçar as linhas de visibilidade-dizibilidade, de força e de subjetivação. “Trabalhar com dispositivos implica-nos, portanto, com um processo de acompanhamento dos seus efeitos, não bastando apenas pô-lo a funcionar.” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015, p. 79).

Por fim, considerando o objetivo desta pesquisa de fazer o caminho ao andar, nesse processo sanitarista de transformação das práticas no campo da saúde que deflagrou a Política de Humanização do SUS, o método cartográfico foi escolhido como referência. Propomos, tal como Rocha e Aguiar (2003), pensar transformações não como estado teleológico, de equilíbrio a ser alcançado, mas como movimento, exercício permanente. Com isso, somos convidados a deixar de lado idealizações, ainda que momentaneamente sejamos capturados por esse modo de conceber a vida, para nos associarmos a uma prática de pesquisa que concebemos como processo.

Com um *êthos* que não concebe uma separação entre a vida intelectual e a vida militante, seguiremos tais direções metodológicas fazendo uso de dispositivos-registros. Para

tanto, utilizamos o método de revisão de literatura que performatizamos como método de revisão cartográfica de literatura<sup>21</sup>. Com isso, pretendemos acompanhar o movimento de Humanização do SUS, analisando criticamente os processos que desencadeou, seus efeitos – arranjos, desarranjos e novos arranjos possíveis – no campo da saúde pública.

---

<sup>21</sup> Embora a pesquisa tenha sido realizada também em base de dados de grande relevância (BVS) esta difere de uma revisão sistemática de literatura por não seguir os protocolos desta mas, sobretudo, por não hierarquizar métodos científicos. Também não se trata de revisão integrativa, pois compreende que seleção dos estudos e a interpretação das informações sempre estão sujeitas às implicações dos autores. Além disso, embora se aproxime de uma revisão narrativa, buscamos marcar um certo distanciamento em relação ao estatuto de menor relevância dado a este método – ainda que não explicitamente. Estabelecemos, com isso, uma crítica ao escalonamento dos estudos em graus de cientificidade promovido pelo modelo científico hegemônico em sua pretensa busca pela neutralidade.



## ***PARTE I - PLANO EXTENSIVO***

### **2 DUAS ONDAS DE CONTÁGIO NA SAÚDE PÚBLICA: contraindo grupalidade por nova produção de saúde**

Ao iniciar a escrita desta tese, como de praxe, apresento os marcos lógicos da Política sobre a qual pretendo me debruçar para lidar com problemáticas que se colocaram ao longo do meu percurso profissional-acadêmico. Nesse momento, mais uma questão se impõe: a percepção que tenho sobre esta política, que são efeitos desta sobre a minha vida-formação, reflete o que de fato ela representa para a nossa saúde pública? Questionada pelo coletivo de pesquisa<sup>22</sup> sobre o caráter revolucionário que, inicialmente, atribuí a esta, fui movida, na condição agora de pesquisadora, na direção de melhor acompanhar as linhas dos movimentos que a antecederam, os quais, de certo modo, ela buscou resgatar.

Experimento, desde já, os efeitos do método cartográfico, escolhido para percorrer este caminho. A partir da noção de implicação desenvolvida pela Análise Institucional, este método de pesquisa marca o lugar que ocupa o pesquisador ao chamar a atenção para a relação de inseparabilidade entre o conhecer e o fazer (Passos; Barros, 2015). Entende-se, desta forma, que o ato de pesquisar já é por si uma intervenção. Assim, encontram-se em um mesmo plano de produção ou de co-emergência, sujeito e objeto, teoria e prática. “A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação.” (Passos; Barros, 2015, p. 18).

Essa escrita encontra-se atravessada pelos efeitos da pandemia de COVID-19 que ceifou mais de 700 mil vidas, em sua maioria, segundo dados do PNAD COVID-19<sup>23</sup>, pessoas pretas, pardas e sem estudo, muitas delas possivelmente nas unidades do SUS. Concomitantemente à espera pela imunização contra o agente biológico, aguardamos a reversão de um outro contágio.

Anuncia-se a possibilidade de reversão do sinal de contágio de negativo para positivo: da epidemiologia necropolítica a uma nova erótica do contágio [...] E se entendermos que o contágio pandêmico que experimentamos é também subjetivo, e que a subjetividade sempre está e estará em disputa, aparece a condição de qualquer um – ou de um qualquer – como agente efetivo de reversão vetorial através da confecção e

---

<sup>22</sup> Aproveito para marcar aqui o caráter coletivo desta pesquisa. Ainda que seja a pesquisadora principal deste trabalho, muitas são as contribuições, para a sua efetivação, da Roda de orientação, coletivo composto, além do orientador, por pesquisadores em formação a nível de mestrado e doutorado pelo PPG em Psicologia da UFF.

<sup>23</sup> Diversos estudos atestam a subnotificação desses dados.

da disseminação coletiva e singular de outros contágios (Mizoguchi; Passos, 2020, s.p.).

É, então, nesse contexto de problemáticas que atingem de modo particular o campo da saúde, em especial da saúde pública, que começo a pensar a questão central desta tese: Quais os efeitos do movimento de Humanização do SUS em sua perspectiva de contágio positivo? Interessa-nos, neste ponto, primeiramente, ampliar o nosso entendimento sobre os movimentos que promoveram a convergência de forças que inauguraram o empreendimento que tinha como princípio a inseparabilidade de novos modos de produção de saúde e de subjetividade. Distanciando-nos aqui das propostas da ciência moderna, numa atitude de cuidado, visaremos conectar o objeto às suas articulações históricas, às suas conexões com o mundo. Em seguida, somente após esta reconexão histórica, poderemos seguir para os eventos diretamente associados ao objeto-processo desta pesquisa, seus marcos. O nosso objetivo será então desenhar as redes de forças, suas modulações e movimentos, implicadas no campo (Barros; Kastrup, 2015).

Serviremos-nos, para isso, do conceito de analisador<sup>24</sup>, fundamental para o movimento institucionalista. Tal conceito nos servirá tanto para acompanhar acontecimentos<sup>25</sup> que agitaram e investiram maior força na análise da instituição<sup>26</sup> saúde, quanto para propormos uma discussão da noção, cara ao nosso tema, de grupalidade.

---

<sup>24</sup> Lourau (1993) ao abordar sobre a noção de multirreferencialidade, característica das pesquisas em Análise Institucional e que se opõe a de “originalidade das ideias” das ciências tradicionais, nos lembra que o conceito de analisador foi tomado de empréstimo de Félix Guattari que, por seu turno, o “roubou” de Pavlov. Segundo Baremlitt (1992) este conceito é considerado efeito ou fenômeno semelhante aos derivados do inconsciente, formações do inconsciente, formações transicionais ou transacionais, material privilegiado para análise na clínica psicanalítica. Contudo, difere da abordagem psicanalítica no que tange o não privilégio dos efeitos verbais, pois dele é considerada a heterogeneidade de sua materialidade expressiva. Outra distinção diz respeito ao fato deste não ser apenas um fenômeno a ser analisado por terceiro, por exemplo, um analista, mas também por permitir-se a sua própria análise. A AI distingue os analisadores entre históricos e artificiais ou construídos. Os primeiros seriam produzidos pela própria vida histórico-social-natural, ou seja, são resultado das determinações desta. Os últimos, por sua vez, “são dispositivos que os analistas institucionais inventam, introduzem nas organizações para propiciar o processo de explicitação dos conflitos e resolução dos mesmos” (Baremlitt, 1992, p. 72).

<sup>25</sup> Tomaremos a ideia de acontecimento como processo de transformação da história resultante da atividade afirmativa do acaso, consequência de conexões insólitas, que fogem do organizado, do instituído e que faz emergir processos/produções singulares (Baremlitt, 1992).

<sup>26</sup> A análise institucional nos propõe a análise das instituições como algo que está em perpétuo movimento: “... dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo.” (Lourau, 1993, p. 11). Segundo Baremlitt (1992), as instituições são lógicas, árvores de composição lógica (leis, normas, pautas...) que se distinguem em duas vertentes: a instituinte e o instituído. A instituinte diz respeito aos momentos de transformação institucional que tendem a transformar ou fundar instituições. O instituído é o resultado/efeito da atividade instituinte. A fim de se apartar de uma visão maniqueísta, a AI considera ainda que os movimentos instituídos e instituintes comportam ainda outras contradições que têm como resultado a institucionalização. Esta “... é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução.” (Lourau, 1993, p. 12). É importante enfatizar que estas últimas, de fundamental importância para a manutenção do seu dinamismo, estão sempre presentes nas instituições.

De acordo com Rossi e Passos (2014), o conceito-ferramenta forjado por Guattari em “Psicanálise e Transversalidade” permite o questionamento de hierarquias e especialismos de modo deslocalizado e despessoalizado, substituindo assim o conceito de analista. O mesmo comportaria as duas faces de um campo, tanto aquele que possibilita a sua análise, expressando uma problemática, quanto aquele que, por ser dotado de potência para mudança, permite intervenções e desvios.

Em relação a sua primeira face, a da análise, o conceito de analisador foi aproximado pela AI, da concepção psicanalítica de formações do inconsciente, fenômenos que resultam de múltiplas combinações, material privilegiado para análise na clínica. A A.I, portanto, transpõe esta ferramenta, de uma clínica que se atém às problemáticas de um sujeito para o campo das instituições. Com isso, considera-se, para além dos aspectos verbais, a heterogeneidade da materialidade expressiva desses analisadores. Estes podem estar associados tanto aos dispositivos inventados, implantados a fim de colocar de manifesto jogos de força, sendo, portanto, denominados analisadores artificiais ou construídos, quanto serem produzidos “espontaneamente”, como resultado das determinações e da margem de liberdade da vida sócio-histórico-social-libidinal-natural (Baremlitt, 1992). Em relação a sua segunda face, a da intervenção, o mais importante, sobretudo, é que os efeitos de um evento ou o de um “dispositivo montado” só podem ser sentidos a posteriori, quando estes de fato poderão ser qualificados como analisadores (Rossi; Passos, 2014).

Nesse mesmo sentido, propomos aqui considerarmos a grupalidade (Passos *et al.*, 2013) como experiência coletiva que, por efeito de contágio, forma uma rede conectiva, que agencia multiplicidades no sentido da transformação e engendramento de novos modos de subjetivação. Esta pode emergir através de processos sócio-histórico-naturais ou mesmo ser produzida, construída. Chamaremos então, de grupalidade histórica, justamente, uma experiência coletiva que ocorre com aparência de espontaneidade, mas, de fato, é resultante do tensionamento das relações de forças sócio-históricas. Designaremos de grupalidade construída ou produzida, os movimentos de contração de grupalidade para os quais é necessário o preparo de condições para a emergência de movimentos coletivos.

Tomaremos, então, como um movimento de grupalidade histórica, o evento-analisador ocorrido em março de 1986, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco na constituição de uma concepção de saúde que aqueles implicados com uma sociedade mais equânime e solidária buscaram sustentar. Tal como um grande analisador, este evento resultante de múltiplos encontros e força de resistência a uma ditadura que durou 21 anos, caminhou no sentido, do que Baremlitt (1992) caracterizou como destino histórico, da redemocratização do

nosso país, pela via da saúde, constituindo o que costumamos chamar de Reforma Sanitária Brasileira.

Servindo-nos ainda das ferramentas da AI e tomando, portanto, a saúde como uma instituição, acompanharemos a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização. Enquanto instituição<sup>27</sup>, a saúde “[...] regula a produção e reprodução da vida humana e a relação entre os homens” (Baremlitt, 1992, p. 29). Nesse sentido, os esforços do HumanizaSUS se deram no sentido de uma contração de grupalidade que buscou ampliar a saúde a partir de dispositivos construídos, portanto, “não históricos”<sup>28</sup>, que tinham em vista a produção de novos modos de subjetivação no campo da saúde. Esse acontecimento marca um processo que buscou acessar as forças minoritárias que emergiram na década de 70 e ajudaram a ampliar o grau de permeabilidade às diferenças da instituição saúde em nosso país, forças estas que contribuíram para a construção de um dos mais importantes sistemas de saúde do mundo.

## 2.1 GRUPALIDADE HISTÓRICA: A 8ª CNS e a produção da saúde como direito

Apresentaremos neste ponto como a saúde se consolida, no Brasil, como direito a partir dos movimentos que culminaram na Constituição de 88. Este movimento, vale lembrar, se desdobra da definição, lançada pela Organização Mundial da Saúde, em 1946, de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” que fundamentou ações no sentido da promoção da saúde. Tal processo, baseado nesta definição, de acordo com Caponi (1997), caracterizada por seus críticos como subjetiva e utópica, com base na moral e, mais do que isso, politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e exclusão, ganha corpo, em 1978, em Alma Ata com a campanha

---

<sup>27</sup> De acordo com Baremlitt (1992), uma sociedade é um tecido de instituições que se interpenetram e articulam em prol de tal regulação. As instituições são compreendidas como entidades abstratas por mais que possam se concretizar por meio de registros e tradições. E para cumprir a sua função regulatória estas tendem a materialização por meio de grandes ou pequenos conjuntos de formas materiais, dispositivos, organizações, formado por unidades – estabelecimento e equipamentos – e animados por agentes e suas práticas que lhe dão vida, realidade social. Estas são ainda transversalizadas por forças processuais de transformação que as fundam, chamadas instituintes e atravessada por forças estáticas resultantes dessas últimas, os instituídos. De acordo com Lourau (1993), os movimentos instituídos e instituintes, comportam ainda outras contradições que, se apartando de uma visão maniqueísta, tem como resultado a institucionalização. Esta “[...] é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução.” (p. 12).

<sup>28</sup> A expressão aqui é utilizada para tratar de acontecimentos que não foram simplesmente resultantes de processos próprios da vida histórico-social-natural, embora compreendamos que todo processo é histórico.

mundial pela atenção primária, cuja estratégia tinha como foco a universalização da saúde, compromisso assumido por muitos Estados, inclusive o Brasil (Almeida Filho, 2011, p. 13).

De acordo com o trabalho de pesquisa que resultou no texto “As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas” (Brasil, 2009a), a história do Brasil, marcada em suas relações sociais por autoritarismos e exclusões, encontra no campo da saúde um dos avanços mais importantes na luta pela universalidade dos direitos sociais. A mobilização de atores representantes dos mais diversos grupos, pelos movimentos sociais, promoveu o tensionamento necessário para a instituição das condições para democratização do processo decisório em relação ao exercício do direito à saúde inscrita no artigo 6º de nossa Constituição cidadã. O respaldo popular é um marco para a legitimidade do Sistema Único de Saúde e as Conferências, embora entendamos que a luta é permanente e muito se tenha que avançar no enfrentamento de práticas excludentes, têm sido um dos espaços de participação e controle social da política de saúde e da garantia da saúde em toda a sua amplitude política.

Ampliação de direitos sociais implica mudanças de valores e de práticas, redistribuição da riqueza socialmente gerada e redução de privilégios tornando-se, portanto, alvo de maiores resistências. Colocar no marco legal é apenas o primeiro passo; transformar a lei em realidade é resultado de profundas mudanças sociais, que alteram equilíbrios de poder e dependem da existência de sujeitos políticos capazes de promover essas mudanças (Brasil, 2009a, p. 9).

As Conferências Nacionais de Saúde, instituídas em 1937 para serem realizadas de dois em dois anos, foram marcadas por ocorrências irregulares tanto em relação ao tempo, quanto em relação à participação. Ao longo da história das CNSs a participação iniciada com autoridades, se estendeu para técnicos (3ª CNS), especialistas (4ª CNS), membros dos Conselhos de Desenvolvimento Setorial<sup>29</sup> (5ª CNS), chegando, inclusive, a ter a ampliação da participação de representantes de órgãos públicos na 7ª CNS. O tema da participação, inclusive, permeou constantemente os debates, marcados na maior parte do tempo por um caráter técnico, embora não sem modulações ao longo da história. Na 3ª CNS, em 1963, a ampliação do debate em torno da análise da situação sanitária e reorganização do Sistema Nacional de Saúde caracterizado pela centralização, fragmentação institucional, descontinuidade administrativa, verticalidade e exclusão que fomentaram as discussões sobre o Plano Nacional de Saúde (PNS), alimentou movimentos sociais na década de 70.

O período ditatorial brasileiro, pós 64, que abrigou quatro CNSs, também acompanhou esse processo de ampliação progressiva do debate, tanto em relação aos temas, quanto em

---

<sup>29</sup> Estes conselhos eram compostos por representantes dos ministérios da área social (Brasil, 2009a).

relação à participação. Na 6ª CNS há uma reintrodução do debate sobre o Plano Nacional de Saúde que anuncia as demandas sociais sobre a democratização do processo decisório que ali já começava a se expandir. A 7ª CNS<sup>30</sup>, embora tenha sido realizada nos mesmos moldes das anteriores, começa a anunciar a necessidade de mudança tanto do Sistema de Saúde, quanto das CNSs, e em seu relatório final, já fazia referência à participação popular no processo decisório como fator determinante para o alcance das finalidades. Assim, o fortalecimento dos movimentos sociais em torno de reformas mais profundas do Sistema de Saúde, que encontram centralidade nas discussões sobre a necessidade da criação de uma PNS, promoveram a ampliação da participação social dos processos decisórios no âmbito da saúde.

Foi, então, diante deste cenário histórico de democratização da participação e ampliação das discussões sobre o sistema de saúde brasileiro, que acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Sérgio Arouca, então presidente da FIOCRUZ, presidiu a comissão organizadora do evento marcado por um amplo processo de mobilização social, que conseguiu articular a representação de diferentes segmentos da sociedade, estimulando a realização de pré-conferências nos estados.

A 8ª CNS foi a primeira conferência aberta aos representantes da população civil. Chama a atenção essa mudança na configuração do evento base para o capítulo sobre a saúde em nossa Constituição, portanto, para o nosso sistema de saúde, que até hoje tem exigido, em sua defesa, uma luta constante e estrategicamente pensada.

O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de propostas quanto às formas de implantação (Brasil, 1986, p. 1).

Diante da mobilização social provocada pelas pré-conferências estaduais e municipais nas quais os temas foram divulgados e discutidos, houve um extrapolamento das características anteriores, marcadamente técnicas, deste evento. O interesse da sociedade se fez tão intenso, através da representação dos delegados formais e de passeatas que exigiam a participação popular, que foi necessário a realização de uma assembleia para a discussão sobre a incorporação de outros setores da sociedade, representantes da sociedade civil, grupos profissionais e partidos políticos. Assim, ainda que como observadores, o clamor popular foi atendido.

---

<sup>30</sup> Um marco expressivo do Movimento Sanitário foi o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde. Neste evento, em 1979, foi apresentada e discutida no documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” uma proposta de reorientação do sistema de saúde que integrou o seu relatório final.

Quatro mil participantes, dentre esses, mil delegados, contribuíram para a formulação de nosso Sistema Único de Saúde. Em três dias de discussão realizada por 135 grupos de trabalho que teve a participação de 38 delegados e 97 participantes, foram discutidos os temas: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial que subsidiaram as discussões sobre o setor na Constituinte (Brasil, 1986; Brasil, 2019).

Um dos destaques em seu relatório, que, acredita-se, espelha fielmente o momento político deste grande acontecimento analisador, foi a ampliação do conceito de saúde que passou a ser compreendido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Já aí, para além de uma definição mais abrangente deste conceito, são feitas indicações no campo das políticas públicas na medida em que é atribuído ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde e demarcada a necessidade de integração entre as políticas de saúde e as demais políticas públicas, econômicas e sociais.

A saúde como direito é o primeiro tema a ser tratado no documento resultante deste acontecimento que já inicia demarcando as particularidades deste conceito em suas duas primeiras conclusões.

1 - Em seu sentido mais abrangente a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Brasil, 1986, p. 4).

Em sua quinta conclusão, esta relação entre o conceito amplo de saúde como conquista social é salientada e atrelada, entre outras coisas, às condições dignas de trabalho e amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho e a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde.

O texto segue dando indicações sobre a natureza estrutural que limita o desenvolvimento e aplicação do direito à saúde. Assim, remete os obstáculos ao pleno desenvolvimento de nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada à estratificação e hierarquização da sociedade brasileira e às desigualdades sociais e regionais.

Ainda sobre a questão das desigualdades de nossa sociedade, o relatório chama a atenção para a hegemonia de forças históricas marcadamente autoritárias promotoras de políticas sociais de controle das classes dominadas que culminaram, em sua radicalização, no estabelecimento do regime militar. Tais forças teriam, portanto, impedido o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e as correções das distorções geradas pelo modelo econômico.

Diante do histórico, na saúde, do predomínio do interesse empresarial médico-hospitalar e de uma organização pouco eficiente e eficaz, desacreditado pela população, o documento indica algumas problemáticas. Dentre elas, a escassez da participação popular e debilidade da organização da sociedade; e a inadequada formação de recursos humanos tanto em termos técnicos, quanto éticos e de consciência social, ao que se soma a interferência clientelista na contratação de pessoal.

Em suas últimas conclusões da seção “Saúde como direito”, no relatório é reafirmado o conceito ampliado de saúde e indicadas ações que precisavam ser assegurados pelo Estado e, portanto, inseridas em sua Carta Magna. O documento, mais uma vez, chama a atenção para a importância da participação popular, fazendo um apelo ao Estado para o estímulo da participação da população organizada, nos diversos níveis, inclusive nos decisórios, de forma a assegurar o controle social sobre as suas ações. O apelo se estende para a própria população que, instada nos movimentos já iniciados de mobilização, deve continuar promovendo tensionamentos para que a questão da saúde receba atenção prioritária na constituinte. Inicia-se ali, na 8ª CNS, uma campanha nacional de defesa do direito universal e equânime à saúde que será inscrito na Constituição brasileira, sobretudo, como de interesse coletivo e dever do Estado.

Contudo, é importante salientar que as ações e intervenções no sentido garantista dos governos e de seus agentes encontram nas tentativas de definição do conceito de saúde um dos pontos cegos paradigmáticos das ciências da saúde, visto que sobre este pesa a “natureza complexa e múltipla dos processos concretos relativos à vida” (Almeida Filho, 2011, p. 13). Tal ponto, inclusive, levará Canguilhem, cinquenta anos após a sua tese sobre o Normal e o Patológico, em “*La santé: concept vulgaire e question Philosophique*” a excluir o conceito de saúde do âmbito do discurso científico hegemônico, afirmando-o como conceito vulgar e uma questão filosófica (Caponi, 1997). A sustentação, como a do epistemólogo e historiador das ciências, de uma perspectiva teórica aberta para tal conceito, chama a atenção para as implicações das definições ampliadas que, como as da OMS e da VIII CNS, dão abertura para intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos.

De acordo com Caponi (2007) a definição de saúde da OMS, caracterizado pelos críticos como conceito utópico e subjetivo, está fundamentada na ideia de equilíbrio e adaptação e, ainda que leve em conta algum dinamismo neste equilíbrio e busque respostas ativas destes sujeitos, encontra-se centrada num paradigma organicista, sendo ainda moralista e valorativa. Para a autora, tal definição, ao dar ênfase à saúde como bem-estar, superpõe este conceito ao de normalidade, excluindo, assim, as variações e os riscos inerentes à vida. Desse modo, ao se



aproximar do teor do discurso jurídico, mais do que vaga, resultaria conveniente para legitimar estratégias de controle e exclusão em defesa da sociedade.

A definição da 8ª CNS, por sua vez, para a autora, tem seu mérito ao pretender promover a conexão entre sujeitos e sociedade e por estender as estratégias das políticas de saúde no sentido da transformação social. Contudo, esta, vai na contramão das políticas reformistas ao desconsiderar outras intervenções possíveis, além de apresentar alguns riscos ao definir como elemento exclusivo e excludente a determinação social das enfermidades, herança de uma tradição higienista, de base econômica. Dentre esses riscos, destacamos aqueles vinculados à definição da OMS: a redução de todos os fenômenos da existência a dualidade saúde-enfermidade; e, devido à sua amplitude e extensão; a possibilidade de medicalização de todos os âmbitos da existência. Além disso, ao estabelecer uma polaridade entre organismo e meio social corre o risco de legitimar as infidelidades do meio (Canguilhem, 2017) ao invés de combatê-las, questão que será abordada posteriormente a partir das considerações sobre a não inclusão no texto constitucional de pautas de parte do movimento da RSB.

Com isso, consideramos que a PNH, como parte do movimento da RSB invisibilizado na Carta Magna, vai além e, como propõe Canguilhem (2017), entende a saúde como potência – e possibilidade de ampliação dessa potência – para enfrentar as infidelidades do meio, para instituir novas normas de vida. A saúde, deste modo, passa a ser tomada não como conceito vazio, mas que transborda. Assim, neste campo, pôde-se privilegiar as variações, a multiplicidade da vida, a singularidade, o corpo vivo traduzido nos princípios e diretrizes da Política – como também veremos adiante – mais do que o direito de cada um, o direito, de fato, concreto, de qualquer um.

## 2.2 PNH E SEUS MARCOS LÓGICOS: produzindo grupalidade por novas produções de saúde/subjetividade.

Com o intuito de reaquecer através de dispositivos democráticos o movimento iniciado dezessete anos antes, cujo marco foi a 8ª CNS, a Política Nacional de Humanização, criada em 2003 na Secretaria executiva do Ministério da Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, nasce a partir da convergência de três objetivos:

- (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde;
- (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e

(3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (Pasche; Passos; Hennington, 2009, p. 2452).

Este movimento de aproximação do MS ao SUS concreto apresenta, como marco lógico, a publicação de seu documento base, HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização na modalidade cartilha no ano de 2004. O documento publicado em 2011 apresentando os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, esclarece que a política se constitui tanto no sentido de potencializar as experiências de um “SUS que dá certo”, quanto no sentido de apontar os seus limites e desafios. Deve-se destacar, contudo, que não há portarias que regulamentem ou normatizem o HumanizaSUS. A PNH, portanto, caracteriza-se por ser uma política transversal que deixa o seu rastro nas portarias das demais políticas, departamentos e áreas técnicas.

A cartilha (Brasil, 2004) aponta os desafios que o SUS tem enfrentado desde a sua constituição, apesar dos muitos avanços que se deram em relação aos seus princípios organizativos – a descentralização, a regionalização e a participação social – e doutrinários – universalidade, equidade, integralidade. A ênfase sobre os desafios a serem enfrentados recai sobre a produção dos processos de trabalho em saúde pelo seu caráter fragmentário e verticalizado, portanto, sobre as dimensões sociais e subjetivas das práticas de atenção, que implicam em prejuízos na participação da gestão e no compartilhamento do cuidado entre os seus diversos atores.

De acordo com Heckert, Passos e Barros (2009), as discussões a respeito do tema humanização começam muito antes da implantação da PNH na XI Conferência Nacional de Saúde intitulada: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. De acordo com o relatório final (Brasil, 2001) deste evento, a conferência foi marcada pelo caráter participativo da população e houve destaque para a necessidade de humanização do cuidado e ampliação máxima da qualidade técnica da assistência com foco no acolhimento e resolutividade. Desde então, houve uma preocupação com a não individualização das mazelas do SUS, ou seja, de não responsabilização única dos trabalhadores, mas às condições em que estes desempenham o seu trabalho devido, sobretudo, a má gestão dos recursos no âmbito da gestão do trabalho. Além disso, diante da deficiência técnica e ética na formação de profissionais para a saúde pública, o documento ressalta que nunca antes foi dada tanta ênfase à educação na área da saúde. As discussões sobre a formação e as condições de trabalho chamam a atenção, portanto, para a importância da mudança na relação entre o trabalhador da saúde e o SUS.

Como apontou o sanitaria Gastão Wagner Campos em sua conferência no II Seminário HumanizaSUS (Campos, 2009), a história de implementação da humanização do SUS tem seus antecessores, não começava do zero com a implantação da política.

Quando criamos a política de humanização, havia um programa de humanização de hospitais, com perspectiva mais restrita, mas que de certa maneira também fez parte da nossa árvore, da nossa construção. Ninguém escreve a história a partir do zero. Mudamos muita coisa, mas devemos à equipe de psicanalistas, psicólogos. O povo psi que tratava pelo Brasil afora, tentando humanizar os hospitais de forma muito lateral, muito isolada, mas já vinham trabalhando sob a coordenação da Dra. Eliana Ribas (Campos, 2009, p. 1).

Heckert, Passos e Barros (2009) nos lembram que do ano de 2000 a 2002, o PNHAH havia iniciado ações em hospitais criando comitês de humanização que objetivavam a melhoria na qualidade da atenção inicialmente, ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador. Até o lançamento da cartilha que deu publicidade à PNH, a avaliação do processo de humanização do SUS, efetivamente iniciado dois anos antes com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (Brasil, 2001), indicava uma inconsistência do modelo programático do sistema de saúde.

Este modelo, elaborado por um comitê formado por profissionais da área de Saúde Mental, buscava “[...] promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.” (Brasil, 2001, p. 9). Para tanto, foi estabelecido como o seu objetivo fundamental “[...] aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (Brasil, 2001, p. 7). Na ocasião foi apresentado um conjunto de medidas que tinham por fim produzir novos modos de ser e fazer nos serviços de saúde pautados no respeito à vida humana, como forma de garantir o melhor uso da infraestrutura disponível.

As iniciativas que até então tinham por característica a homogeneidade e a normatização, segundo Pasche, Passos e Hennington (2009), na prática, não foram suficientes para promover a produção de abertura do grau de comunicação nas relações necessária para enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde. Além disso, havia ainda, na época, uma imprecisão em relação ao conceito de humanização que se apresentava atrelado às imagens idealizadas do homem tomadas como medida-padrão.

Havia, ainda, uma preocupação característica dos modelos gerenciais modernos com metas e resultados, o que acabava por repetir os modos instituídos de desvalorização das práticas concretas e de responsabilização individualizada dos atores da ponta. A humanização do SUS, pelo viés programático, o afastava do movimento efetivo pelas mudanças das práticas de saúde, que tinham origem no processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980. Diante dos

riscos de verticalização e burocratização em relação a esse modelo, já neste documento inicial, é apresentada uma intenção em relação a PNH: que esta se tornasse em uma vertente orgânica do SUS e operasse de modo transversal por toda a sua rede. Por essa via buscava-se enfrentar um de seus mais árduos desafios: questionar e escapar de modelos relacionais baseados em sistemas de poder hierarquizados que despotencializavam o trabalho vivo<sup>31</sup> (Merhy, 2014).

Em 2003, intensifica-se esta aposta e o tema da Humanização da Atenção e Gestão do SUS ganha nova inflexão: deixa de estar limitado a programas que incluem vários projetos importantes, tais como o “Parto Humanizado” e o “Humanização da Atenção Hospitalar”. A proposta da PNH foi a de se constituir como política que atravessa os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde (MS), buscando traçar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde. No início de 2003, o Ministério da Saúde decidiu fazer uma aposta na humanização como reencantamento do SUS (Hecket; Passos; Barros, 2008, p. 496).

A transversalidade é, então, conceito-ferramenta que passa a operar tanto no sentido macropolítico, ou seja, na relação da PNH com as demais políticas de saúde, como nas práticas concretas, micropoliticamente, buscando alterar efetivamente os modos como as relações se davam historicamente na produção da saúde pública brasileira, propondo a construção de dispositivos permeáveis à troca de saberes e produção de grupalidade. Visto que as principais problemáticas colocadas para que a intenção de reencantamento do SUS se concretizasse estavam ligadas ao que foi inicialmente chamado de cultura e, posteriormente, melhor definido, como modos de subjetivação, duas tarefas indissociáveis se colocaram de forma inequívoca para a humanização do sistema: mudança no processo de produção de saúde e no processo de produção de subjetividade. Deste modo, para a alteração do processo de produção de saúde seriam necessárias novas formas de produzir subjetividades.

Diante da indissociabilidade entre produção de saúde, de subjetividade e de mundo, Pasche, Passos e Hennington (2009) apontavam como desafio da PNH a manutenção dos movimentos – complementares – macro e micropolíticos.

[...] na macropolítica do jogo de forças entre as instâncias gestoras do SUS e os movimentos organizados no campo da saúde e na micropolítica do jogo das forças que, aquém e além das formas individuais e sociais, engendram o mundo e os sujeitos – processos de produção de si e de produção de mundo [...] (Pasche; Passos; Hennington, 2009, p. 4.543).

Assim, visto a inseparabilidade entre gestão e clínica/cuidado, na contramão das tradições gerenciais hegemônicas que tomam o trabalhador como insumo, recurso, torna-se

---

<sup>31</sup> O trabalho vivo em ato “[...] é o momento marcado pela total capacidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima.” (Merhy, 2014, p. 45).

urgente novas perspectivas em relação à gestão dos processos de trabalhos. A via tomada, para tanto, pela política é a da democratização das organizações de saúde e corresponsabilização de todos os envolvidos nas práticas de cuidado por meio da cogestão e da gestão compartilhada. É então em seu Documento Base para Gestores e Trabalhadores (Brasil, 2008a) que a PNH institui o apoiador institucional como função-chave para a deflagração dos processos de mudança necessários.

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio (Brasil, 2008a, p. 52).

É, portanto, transversalizando clínica e política, atenção e gestão, que a PNH se coloca como estratégia política que intervém na saúde pública para transformar práticas de modo que estas – de fato e não só de direito – afirmem e incluam os diferentes modos de vida. Esta intenção pode ser, na política, traduzida pelo seu paradigma ético-estético-político, pois na defesa de todas as formas de existência entende que é preciso haver fluidez na produção de normas que transformam as relações humanas. É, portanto, necessário haver abertura para o novo, para novas produções que acolham as diversas performances do viver. Para tanto, a política nos propõe a construção de um plano comum por meio da tecedura de uma rede que conecta, interfere, contagia numa defesa enfática da vida individual e coletiva (Mehry, 2014).

A revista “Interface – Comunicação, saúde e educação” publicada no ano de 2009 reuniu artigos com algumas reflexões fruto das discussões que ocorreram no Seminário “Humanização do SUS em debate” realizado nos dias 25 e 26 de Junho de 2008, em Vila Velha no Espírito Santo, que marcavam esta preocupação com o risco da perda da força instituinte do movimento HumanizaSUS. Na revista científica que tinha, sobretudo, a intenção de envolver a comunidade acadêmica com os processos de trabalho nos serviços de saúde e universidade estava sinalizado o dilema: “[...] queremos o público porque queremos fortalecer o plano do coletivo, o plano comum, mas não queremos que o Estado e os governos se tornem única expressão do coletivo, o que significaria a privatização das políticas.” (Pasche; Passos; Barros, 2009, p. 491).

Este momento é marcado pela mobilização de universidades e de centros de pesquisa em defesa da Política Pública de Saúde. Não se trataria apenas de afirmar a unidade de um sistema – um sistema único de saúde –, mas também um sistema que nos une ou que pode e deve servir como causa comum: o comum que nos permite a comunicação, a comunidade de interesses e compromissos e a comunhão de sentidos. Reativar este comum dizia respeito, para

a PNH, ao estabelecimento de um conjunto de princípios e diretrizes metodológicos que indicassem um modo de fazer ou um modo de realizar a aposta do SUS.

A educação permanente dos trabalhadores de saúde foi o foco das discussões no Seminário de Vila Velha sobre as apostas da PNH nos processos de formação. Aquele espaço de discussão democrático possibilitou a ampliação da confiança nos processos de formação que passaria, a partir de então, a visar a interface com profissionais responsáveis pela formação e produção de conhecimento no campo da saúde.

Após seis anos do início do processo de reencantamento do movimento susista, em 2009, acontece o II Seminário HumanizaSUS que coloca em roda para discutir os desafios para a humanização do SUS, seus coordenadores, consultores e apoiadores. Até aquele momento havia protagonizado esse movimento na função de coordenadores nacionais: Regina Benevides, Adailton de Almeida e Dário Parshe.

Um dos criadores da PNH, na conferência de abertura do evento, aponta como os principais desafios que ainda precisariam ser enfrentados: a equidade, a produção de saúde em rede e um outro humanismo. Para o conferencista, os problemas em pauta na agenda de discussão diziam respeito principalmente à criação de grupalidade, à corresponsabilidade e ao protagonismo dos sujeitos implicados com os processos de produção de saúde. As problemáticas estavam situadas, portanto, no plano da experiência concreta de construção de um plano comum para efetivação dos princípios do SUS, insustentáveis apenas como abstrações. Para tanto, colocavam-se como necessárias mudanças nos processos de subjetivação: é preciso transformar vidas para transformar práticas. A valorização dessas mudanças, das práticas e dos territórios existenciais foram delimitados, então, como aposta da PNH.

O desafio inaugural apontado se dava no âmbito da equidade, pensar o humano construído coletivamente e um plano comum no qual todos estejam incluídos. Respeitadas as diferenças entre os homens, o SUS demarca a defesa do direito de cada um (universalidade) e de qualquer um (equidade) a toda saúde (integralidade). A saúde se estabelece eticamente, com este princípio, como bem comum, configurando o SUS como política pública universal e equânime.

O segundo desafio aparece no âmbito comunicacional, a transversalidade. A proposta é de embaralhamento dos eixos tradicionais de comunicação, o vertical - que fixava entre os diferentes uma relação hierárquica - e o horizontal - que estabelecia uma relação corporativista entre os iguais. Lateralizar, pôr lado a lado, em roda, tal como nos propõe Campos (2000) em seu método para análise e cogestão de coletivos, essa era a moção. O objetivo é fazer circular a

palavra, o sentido, produzir efeitos de deslocalização do poder, fazer emergir a dimensão potência do poder. Ao fazer circular o poder, acreditava-se, haveria alteração dos modos de dizer, das práticas de gestão, de produção de cogestão.

O princípio de transversalidade, então, se desdobrava em uma diretriz: inseparabilidade entre atenção e gestão, produzindo um modo clínico-político reticular, capilar, rizomático, não só de cuidar, mas de gerir, de gestar. A aposta passa a ser na experiência, na produção de hiperconexão, de uma dinâmica acêntrica, de construção de redes de dispositivos, de trabalhadores, redes sociais produtoras de protagonismo, corresponsabilidade e participação. O sujeito passa aqui da condição daquele que sofre normas, para aquele que institui normas, controla a instituição de normas através tanto de espaços institucionalizados, quanto não institucionalizados. Com isso, coloca-se como meta prioritária, o mapeamento, a visibilidade dos coletivos em rede e de suas conexões.

O desafio em relação a uma outra concepção de humanismo, por sua vez, corresponde a não idealização do homem. Nessa lógica, não se considera que haja trabalhadores desumanos, mas condições precárias de trabalho e de formação. Afirma-se, assim, a produção de novos processos de subjetivação que garantam a produção de novos atores, protagonistas e corresponsáveis, para as práticas de produção de saúde. Pautada numa definição positiva do humano, a aposta é na mudança, nos processos de transformação de si e do outro na constituição de um novo modelo de atenção e gestão e, com isso, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos.

Na conferência *A PNH como um modo de fazer: desafios para a Humanização do SUS* (Brasil, 2009a), é enfatizado o fato de que, até então, teria havido uma ampliação vertiginosa da PNH, do seu ideário e da caixa de ferramentas do SUS. Consultores haviam formado inúmeros apoiadores institucionais para lidar com os problemas de ampliação da clínica, da cogestão, da ambiência, do acolhimento e defesa dos direitos dos usuários. Ao longo dos anos, novos problemas se apresentaram e o grande problema, colocado naquele ano, estava ligado a institucionalidade da PNH. Contudo, assumia-se uma postura de não somente demarcar problemáticas, mas de afirmar a potência política dos tensionamentos inerentes aos processos de cuidado.

Para lidar com a problemática da sustentabilidade da PNH seria preciso lidar com alguns desafios: com o desafio metodológico, relativo à amplitude e demanda extensivista diante da necessidade de intervenções e práticas intensivistas; com o desafio da complexidade, que implica em alterações dos indicadores de saúde com a transformação do cuidado em sua dimensão estrutural; com o desafio político de articulação de mudanças macropolíticas com

mudanças micropolíticas respeitando as diferentes temporalidades de seus efeitos; e com o desafio da dissolvência do núcleo estratégico, visto que a PNH, desde sua inauguração, ocupa uma posição limiar, na borda, em relação à máquina de Estado. Na ocasião delimitava-se, portanto, o desafio de agenciar a oportunidade de criar uma política pública limítrofe, que marca o encontro do Estado com o que se encontra fora dele, mas que, ainda assim, encontrava-se em situação de ser, também, uma política de governo.

Criar condições para efetivação do HumanizaSUS como política pública implicava em prescindir da ação exclusiva do Estado, produzir descentralização, corresponsabilidade, transferência progressiva do seu núcleo estratégico para o coletivo, para a produção de uma implicação alegre com a difícil tarefa de defesa do público pelo público (Barros; Passos, 2005).

### **2.2.1 Arranjos internos**

Mori e Oliveira (2009), que atuaram, respectivamente, como consultora da PNH e apoiadora institucional e integrante do Núcleo Técnico do MS, descrevem os processos de constituição dos diferentes arranjos de funcionamento interno da Política desde a sua implantação em 2003, quando inicia o primeiro mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva, até o fim deste. Consideram a PNH como um movimento que buscou a qualificação do nosso sistema de saúde porque implicado com um novo modo de produzir saúde através da produção de sujeitos por meio de dispositivos e da formação de apoiadores institucionais.

A cogestão, para isso, se interpõe como diretriz estruturante, base para a constituição de um novo modo de trabalho no campo da saúde, como disparadora do exercício de coanálise, codecisão e corresponsabilização. Para a sustentação do princípio de autonomia e protagonismo, a cogestão é estabelecida como diretriz ético-política na medida em que esta buscava a democratização do poder.

As autoras distinguem quatro eixos estruturantes da humanização, da produção de sujeitos nos processos de trabalho: gestão, atenção, formação e comunicação. No eixo da gestão, cujo objetivo era articular a PNH às áreas do MS e às esferas do SUS, destacam a função apoio institucional na gestão dos processos de produção de saúde, base estruturante da política. O apoiador de seu lugar limiar atuaria exercendo pressão externa para articular internamente os objetivos institucionais aos interesses dos trabalhadores.

O apoio institucional é definido como acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da Política. Ação de consultoria que coloca, em análise, os métodos de trabalho instituídos; incentiva trabalho cooperativo



em equipe, de modo democrático, participativo e cogerido; estimula troca dos saberes, enfrentamento das disputas de poder, circulação de afetos, análise dos movimentos institucionais e criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção (Mori; Oliveira, 2009, p. 629).

No eixo da atenção cuidou-se da oferta de dispositivos que incentivavam ações integrais de promoção da saúde e intersetoriais, além de processos de trabalho compartilhado que buscavam a ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos. No da formação, por sua vez, buscou-se compor o conteúdo profissionalizante nos níveis de graduação, pós-graduação e extensão vinculando-se aos processos de formação permanente e às instituições formadoras. E, por fim, no da informação/comunicação, o objetivo foi incluir a PNH na agenda de debates através de atividades educativas e de formação articuladas às informativas e a divulgação e sensibilização dos conceitos e temas que compuseram a política. Lembram que houve uma centralidade da atuação dos consultores nos dois últimos eixos, o que se deu de forma concomitante à articulação com os polos de Educação Permanente.

No trabalho dos consultores contratados pelo MS/PNH – profissionais com experiência no campo da gestão, da atenção, acadêmicos e pesquisadores da saúde dos vários estados da Federação – foram utilizados recursos metodológicos coletivizadores. Tais recursos, rodas de conversas, oficinas, encontros e seminários, tinham como objetivo realizar apoio institucional.

Considerando o modo como a humanização vinha sendo abordada com a PNHAH, alguns desafios estavam colocados. Entre eles, a necessidade de um “olhar avaliativo”, fazer da avaliação um dispositivo da política, para a reconstrução dos pilares teórico-políticos e abertura de outras frentes de trabalho. É importante ressaltar que, com base na Quarta Geração de Avaliadores<sup>32</sup>, o processo avaliativo, nesse caso, caracteriza-se por ser qualitativo, participativo e inclusivo e investe numa pactuação dialógica entre diferentes grupos de interesse para a identificação de indicadores, parâmetros – pontos fortes e fragilidades –, e instauração de dispositivos para o monitoramento (Campos *et al.*, 2009) A avaliação como dispositivo da política se ateu aos modos de implementação dos valores propostos pela PNH nos processos de trabalho através de encontros, rodas e oficinas, respeitando os diferentes saberes e como estes haviam se constituído in loco.

A fragmentação dos processos de trabalho entre o fazer do consultor, técnico-especializado e o fazer do Núcleo Técnico (NT), administrativo, também se colocou como um

---

<sup>32</sup> A Quarta Geração de Avaliadores proposta por Guba e Lincoln (1989) surge da crítica às seguintes características em relação às três gerações anteriores: de supremacia do ponto de vista gerencial; da incapacidade de englobar as diferenças efeito da pluralidade de atores e projetos; e da hegemonia do paradigma positivista que privilegia o modelo quantitativo, estabelece a existência de uma verdade transcendental e toma como neutra a posição do avaliador.

desafio significativo que precisou ser enfrentado internamente. Considerando a concepção da própria política de inseparabilidade entre teoria e prática, conhecimento e execução, foram instauradas estratégias para lidar com a problemática referente ao pouco domínio do conteúdo teórico-metodológico da política pelo NT, como a construção de interfaces no MS, a participação em oficinas externas e a realização de eventos da PNH. Inclusive, a própria coautoria de artigos produzidos por consultores e NT demonstra, como no caso do artigo em questão, a aposta na lateralização da equipe de superar a distinção, característica das divisões hierárquicas, verticalizadas de trabalho, entre quem cuida do objeto-fim e quem cuida dos meios administrativos.

Nesse período inicial de implementação da política, entre os anos de 2003 e 2004, outro desafio foi o da articulação no MS da PNH com as demais políticas e programas. Para este movimentos estratégicos, com participação efetiva de trabalhadores e gestores, foram realizados no sentido da divulgação da política tanto no MS, quanto em âmbito nacional. Entre estes movimentos estão: o Prêmio HumanizaSUS David Capistrano, o Seminário Nacional HumanizaSUS e o Coletivo HumanizaSUS-MS.

O Prêmio destacava e valorizava as práticas de atenção e gestão humanizadas das instituições. O Seminário, pelo seu amplo alcance ao incluir atores diversos – gestores, trabalhadores e usuários, atores e autores do SUS – buscava permitir a divulgação da política e sensibilizar o coletivo para a corresponsabilização. As autoras destacam, desse dispositivo, as Rodas de conversas temáticas realizadas no Café HumanizaSUS, “[...] quando um grupo de secretários, diretores de departamentos e coordenadores do MS discutiram – com a participação da plenária constituída por trabalhadores, usuários e demais gestores –, temas relativos à efetivação do SUS.” (Mori; Oliveira, 2009, p. 631). O coletivo, por sua vez, foi criado para:

[...] colocar em análise a fragmentação dos processos de trabalho dentro do MS e deste com as demais instituições do SUS; garantir a sustentabilidade da PNH como política pública, a partir da apropriação, pelos trabalhadores e usuários, dos seus princípios, diretrizes e dispositivos, fortalecendo-a de tal forma que, independente do governo vigente, ela se mantenha, devido ao seu modo de pensar e fazer saúde (Mori; Oliveira, 2009, p. 631).

As autoras salientam o quanto a metodologia que constituiu o Seminário teve importante efeito de lateralização, fortalecendo o caráter universal da PNH nas políticas públicas. O coletivo, por sua vez, teria inovado os modos de gestão ao permitir a indissociabilidade entre atenção e gestão e a transversalidade entre os diversos sujeitos envolvidos diretamente com a feitura da PNH. Vale ressaltar que, para efeitos de transversalidade, a política foi

propositalmente vinculada à Secretaria Executiva do MS e estrategicamente não-instituída, ou seja, não inserida na estrutura organizacional do MS.

Contudo, devido aos atravessamentos político-partidários, este dispositivo teria sido desviado da sua função de problematização dos processos de trabalho dentro do MS. Na época, segundo as autoras, a gestão apoiava o governo federal vigente, o que provocava uma centralização na figura do gestor principal com ampliação do quadro de recrutamento de pessoal não capacitado para lidar com os modos de gestão participativo e democrático, permitindo a instauração de formas mais autoritárias e burocráticas. Tais mudanças político-partidárias chamam a atenção para a importância do protagonismo dos trabalhadores para lidar com o risco de captura nas mudanças de gestão. Entendeu-se, desse modo, como necessária a capacitação deste Coletivo como apoiador da PNH para que pudesse exercer a função de apoio institucional sob risco de se operar ações/atividades fragmentadas e desconectadas dos princípios que sustentam a política.

Nesse contexto político, uma mudança na gestão do MS no final de 2004 teve grande impacto na política. O secretário executivo, médico sanitário, Gastão Wagner<sup>33</sup> e sua assessora em políticas públicas, coordenadora nacional da PNH, Regina Benevides, deixaram a pasta. Além deles, saem do MS gestores de diversos níveis da organização e importantes atores do HumanizaSUS, entre eles, coordenadores, assessores e consultores externos. Na gestão que deixava a pasta, naquele ano, havia se estabelecido uma afinidade entre a PNH e Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), que reforçava a função apoio<sup>34</sup>, dispositivo que marcava uma aposta na prática da capilarização de políticas públicas com o objetivo de democratizar as instituições, integrar as áreas e políticas do MS e ampliar a autonomia gestora de sujeitos e coletivos.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um processo de formulação e implantação do apoio institucional, inicialmente com dois enfoques: i) apoio à gestão descentralizada do SUS e ii) apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde (Pereira Junior; Campos, 2014, p. 897).

---

<sup>33</sup> Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da UNICAMP e militante com expressiva atuação no campo da saúde pública brasileira, foi o idealizador do método para análise e cogestão de coletivos, o método da Roda, tema de sua tese de doutorado e título de um de seus livros. O mesmo apresenta uma perspectiva que vai na contramão da racionalidade gerencial hegemônica, propondo modos mais democráticos, inclusivos e participativos de gestão na saúde pública.

<sup>34</sup> A PNH, segundo Pereira Júnior e Campos (2014) foi a primeira área do MS a utilizar e conceituar o termo.

Em 2005<sup>35</sup>, a transferência da gestão para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a mudança na coordenação da PNH que passa a ser assumida por Ângela Pistelli, assistente social sanitária, provoca alterações na configuração da HumanizaSUS, de “obra aberta” que se fazia no coletivo, de modo permanente e horizontal, para uma configuração de caráter programático e uma atuação voltada para dentro do MS. Nesse momento, há um investimento nas ações para constituição e implementação dos GTH estaduais. Naquele ano ocorre a 1ª Oficina Nacional dos GTH que teve como objetivo a pactuação da implementação da PNH no país, nos estados e municípios, através de GTHs.

A avaliação positiva do novo gestor da SAS, Dr. José Gomes Temporão, sobre os resultados da implantação dos dispositivos da humanização na cidade do Rio de Janeiro no primeiro semestre de 2005<sup>36</sup>, teria interferido no processo de gestão e construção da PNH no MS, provocando um resgate da política no segundo semestre do mesmo ano. Tal fato acabou estimulando um retorno das discussões sobre produção de saúde e de sujeitos por meio de processos cogestivos. A partir daí, se estabelece um “novo momento” na/da PNH com o retorno do grupo que fundamentou teórico-metodologicamente a política. O modo HumanizaSUS foi (re)pactuado na Oficina Nacional da PNH na cidade do Rio de Janeiro. Há, neste “novo momento” uma reestruturação da equipe, são construídas interfaces, intra e interministeriais, e são realizadas articulações com a sociedade civil. Sobre o projeto de trabalho, a pactuação se dá com foco na atenção, nos processos de trabalho e na produção de disseminação do conhecimento. Tais focos tem em vista: no primeiro caso, o acesso com responsabilização, vínculo e eficácia clínica, a continuidade do cuidado em rede e a garantia dos direitos aos usuários; no segundo, o trabalho criativo e valorizado, a construção de redes de valorização do trabalho em saúde; e no último, o aprimoramento de dispositivos da PNH, formação, avaliação, divulgação e comunicação

Nesta retomada do modo de operar, a gestão dos aspectos técnicos entra nos acordos internos e são pactuados “arranjos de cogestão”.

Estes, “têm certa estruturação e permanência”, já que também podem ser institucionalizados, pois “não estão a salvo de serem capturados pela lógica dominante”. A máquina de produzir controle não opera pulsando, opera como fluxo contínuo”, o que exige da PNH um exercício permanente, para garantir seu modo

---

<sup>35</sup> Nesse ano houve reforma ministerial com a substituição de Humberto Costa pelo deputado e médico mineiro do PMDB José Saraiva Felipe ligado à Michel Temer. Tal mudança teria como objetivo ceder espaço para esse partido no governo.

<sup>36</sup> Quando atuou como gestor de um hospital público do município do Rio de Janeiro, Temporão acompanhou o deslocamento de técnicos e consultores do MS, entre eles os da PNH, para apoiar os hospitais federais devido à uma crise na saúde pública na cidade do Rio de Janeiro.

instituinte de funcionar em cogestão, tanto internamente quanto na qualificação do SUS, por meio de apoio institucional (Mori; Oliveira, 2009, p. 633).

Consideram, contudo, que este novo modo de organização com focos de atuação e equipes matriciais, embora fundamentais para a retomada do processo de cogestão, não garantiria esse modo minoritário de gestão.

Também novas incorporações à estrutura organizativa e um “Pacto Interno” ocorreram. As autoras citam entre as novas incorporações, o núcleo gestor e os moderadores. A gestão colegiada teria avançado com a criação de um Núcleo Gestor (coordenação técnico-política da PNH). Este núcleo era composto por um coordenador, uma consultora e dois trabalhadores do NT e tinha o papel de “articular, instituir e dar visibilidade à implementação da Política nos vários espaços do SUS” (Mori; Oliveira, 2009, p. 633). Neste processo, ainda houve o fortalecimento da Área de Trabalho e eram identificadas “[...] pessoas com perfil de catalisador e com domínio em tecnologia de informação para estimularem conversas e produções intergrupo: os moderadores.” (Mori; Oliveira, 2009, p. 633).

Para o enfrentamento da necessidade de melhor definição de papéis e atribuições articulou-se um desenho da equipe/ arranjo para a cogestão através do “Pacto Interno de cogestão da PNH” formado por: um Coletivo Nacional; uma Coordenação Nacional; um Colegiado Gestor Nacional; um Colegiado e uma Coordenação Regional/ Estadual; uma Coordenação da força-tarefa da PNH na cidade do Rio de Janeiro e regiões Metropolitanas do estado do RJ; um Núcleo Técnico; e uma Consultoria Matricial e Estadual/Regional.

O Coletivo nacional era composto por todos os integrantes da PNH, sendo considerado “o espaço maior de formulação, definição de prioridades, diretrizes, decisões estratégicas e avaliação de resultados.” (Mori; Oliveira, 2009, p. 634). A coordenação Nacional tinha como objetivo “coordenar a política, articular/negociar, nos espaços intraministerial, interinstitucional e com a sociedade civil, a implementação da PNH.” (Mori; Oliveira, 2009, p. 634). O Colegiado Gestor Nacional, cujo papel principal era funcionar como apoio institucional da Coordenação Nacional e representá-la em reuniões/eventos considerados estratégicos, incorporou os integrantes do Núcleo Gestor, coordenadores regionais e um representante do NT.

De acordo com as autoras, as regionais não seguiram a divisão geoadministrativa, mas a dimensão do trabalho com os seguintes arranjos: Região Sul; São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo; Nordeste (dividida em três sub-regiões); Centro-Oeste; e Norte. O Colegiado era o fórum de elaboração e gestão dos projetos regionais, de aprofundamento de discussão e trocas de experiências. O coordenador, no caso da Coordenação Regional/ Estadual,

era indicado por consenso entre coordenação nacional e consultores da região e tinha o papel de articular/negociar a implantação/implementação das ações da PNH nos espaços regional e/ou estadual, e estabelecer interlocução com a Coordenação Nacional. A Coordenação da força-tarefa da PNH na cidade do Rio de Janeiro e regiões Metropolitanas do estado do RJ foi instalada em decorrência da crise na saúde deste município que teve uma câmara técnica com plano de trabalho específico, a Câmara Técnica de Humanização. O Núcleo Técnico era composto por técnicos, trabalhadores de apoio administrativo e o Coordenador Nacional e tinha o papel de desempenhar ações técnico-político-administrativas, intraministerial, interinstitucionais do SUS, articular com a sociedade civil, assessorar a coordenação nacional e consultores. Por fim, na Consultoria Matricial e Estadual/Regional, o trabalho do consultor era referência para determinado tema/dispositivo (apoio matricial), e o do apoiador locorregional exigia conhecimentos/ habilidades diversas.

Desse modo, ser “generalista” e “especialista” no SUS, em políticas públicas de saúde e métodos de intervenção em coletivos, consiste em apoiar ações regionais que exigem saberes-especialidade em conteúdos e métodos específicos; atuar no âmbito nacional em ações consideradas tático-estratégicas e moderar oficinas regionais, quando solicitados pela consultoria regional. Cabendo à consultoria regional, ainda, garantir a capilarização, disseminação e implementação da PNH; escuta da diversidade e das especificidades estaduais/regionais, e elaborar propostas consoantes àquelas regiões (Mori; Oliveira, 2009, p. 634).

O Pacto Interno de cogestão da PNH, como previsto, não impediu os movimentos próprios das relações de saber/poder hegemônicas, mas se deu com o intuito de criar mecanismos para lidar com tais questões entendendo que o exercício da corresponsabilidade precisaria dialogar com o sentido do trabalho, ou seja, com os interesses dos sujeitos envolvidos.

Um novo e complexo cenário<sup>37</sup> se instaurou em 2007 com o início do 2º e último mandato do presidente Lula e mais mudanças na gestão do MS. O então secretário da SAS, José Gomes Temporão, passou a Ministro da Saúde e Adail de Almeida deu lugar a Dário Pasche na coordenação da PNH. Para lidar com tal complexidade, ainda que de certa forma na contramão da ética que embasa as intervenções dessa política<sup>38</sup>, um arranjo território-axial, indissociável

---

<sup>37</sup> Nos referimos aqui às peculiaridades de um segundo mandato de presidente reeleito que cria, muito comumente, um cenário instável de fim de mandato e início de campanha. Ocorrem, nestas ocasiões, articulações políticas, alianças muitas vezes espúrias, que tem como único objetivo a manutenção de um partido ou coligação no poder. Tal acontecimento tem a potência de interferir e interromper processos fundamentais, sobretudo, aqueles que são minoritários no campo das disputas político partidárias.

<sup>38</sup> É importante ressaltar que axial vem de raiz axial ou axioma. Desse modo, uma direção ética que tem em vista o acesso à multiplicidade por meio da produção de cogestão, se faria justamente por modos não axiomáticos, mas rizomáticos, através de redes.

da organização geopolítica, promoveu a ampliação do caráter cogestivo da política que demandou a distribuição do Coletivo Nacional nesses novos arranjos e novos desafios, particularmente, para consultores e NT. O consultor in-loco, por exemplo, a partir da percepção de demanda, promove a articulação da rede para dentro da PNH. Assim, teria sido possível dar uma maior visibilidade à distribuição das tarefas no coletivo.

Destaca-se, na organização axial, três eixos inter-relacionados. No primeiro eixo, houve uma priorização do Apoio institucional locorregional como principal intervenção no que diz respeito ao tema produção de saúde e de subjetividade, entre outras questões<sup>39</sup>. Houve um fortalecimento do Apoio Institucional.

Um aspecto relevante da cogestão na/da PNH é que tem fortalecido, também, o trabalho “para fora”, o apoio institucional: reconstruir o conceito e o método de humanização; intervir na indissociabilidade entre atenção e gestão; incluir toda a rede nas conversas (aumento da transversalidade), e ofertar dispositivos e, ao mesmo tempo, analisar coletivamente o que se dá no âmbito dos processos de trabalho (Mori; Oliveira, 2009, p. 636).

No segundo eixo, co-coordenado por um consultor matricial do campo da saúde do trabalhador e de um consultor integrante do NT, colocou-se em evidência a análise dos processos de trabalho e a saúde do trabalhador. A partir da problematização da inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade foram propostos encontros e diálogo crítico para análise da relação entre o fazer e o pensar, o cotidiano do trabalho e a produção de saúde.

O eixo III, por sua vez, composto Núcleo de Formação e Pesquisa/NUFOPE e o Núcleo de Difusão da Inteligência Coletiva/NDIC, expressava o princípio de inclusão/ampliação dos atores e da rede com incorporação de novos atores contagiados pela política. O compromisso desse eixo, como resultado do processo iniciado com a implantação da PNH, foi dar continuidade à concepção da política – que, por alcançar tal status, já havia se constituído como “corpus instituído” – como obra aberta, portanto, afirmando a inseparabilidade entre o instituído

---

<sup>39</sup> Há, ainda, o fomento de redes, articulação com CONASEMS, CONASS, Diretoria de Articulação de Redes de Atenção em Saúde (DARA) e gestão da Política. Por envolver os dispositivos da PNH, este eixo é confundido com a Política e, portanto, gera dificuldades para ser pensado como eixo. A partir deste, grupos de trabalho específicos e transitórios serão formados para operacionalização de demandas circunstanciais. Foi necessário também avançar no planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito da PNH e consolidar essa frente de trabalho. O Fórum deliberativo deste eixo é o próprio Colegiado Gestor Nacional, portanto, não a figura do Coordenador Nacional. Pela sua importância, há quatro frentes de ação: Fortalecimento do Apoio Institucional; Ampliação e Fomento das Redes de Saúde: coletivos e agenda do MS; Implementação dos dispositivos; Planejamento, Monitoramento e Avaliação/PM&A. Em relação à avaliação, a PNH avança para a construção de instrumentos e sistemática de avaliação do trabalho de todo Coletivo Nacional. O sistema recentemente elaborado indicará quem, o que e como fazer, com indicadores que permitirão avaliar o que foi feito. Avaliar o trabalho de cada trabalhador passa pelo aperfeiçoamento desse processo, em fase de implantação na PNH, ferramenta, portanto, valiosa para cogestão (Mori; Oliveira, 2009, p. 636).

e as forças instituintes. Os processos de formação e de capilarização da rede HumanizaSUS constituíram o objetivo deste eixo.

Na configuração geopolítica, em 2008 ocorre um novo arranjo cogestivo com a estruturação de 8 regiões: Centro-Oeste; Nordeste I (BA, AL, SE, PE); Nordeste II (CE, RN, PI, PB, MA), Norte; Sudeste I (SP); Sudeste II (RJ e ES); Sudeste III (MG), e Sul, além do Coletivo Núcleo Técnico. Além disso, no mesmo ano foi criado um importante dispositivo, uma rede colaborativa, coletiva e participativa: Rede HumanizaSUS. Esta teve como objetivos: “[...] divulgar a política, criar espaços para novos contatos e novos encontros do coletivo nacional ampliado, aumentar sua potência para enfrentar os desafios da humanização do SUS, e divulgar experiências bem-sucedidas no/do SUS.” (Mori; Oliveira, 2009, p. 637).

O Encontro do Coletivo Nacional realizado nos dias 28 e 29 de agosto de 2008, em Brasília, colocou em análise os modos de fazer da PNH como: a heterogeneidade na sua composição, os modos de funcionamento dos coletivos regionais, a distância entre discussões e decisões do Colegiado Gestor e dos coletivos regionais, a fragilidade dos processos comunicativos nas regionais e a dificuldade e complexidade em lidar com práticas de cogestão em um sistema de democracia representativa. Tal análise teve como resultado a pactuação de um novo arranjo de gestão com a extinção da organização axial dos coletivos. O eixo II foi compreendido como estruturante da política, devendo transversalizar as diferentes ações dos planos regionais. O eixo III, por sua vez, se constituiu como frente de trabalho que ficou atrelado à necessidade de oferta da PNH e extinguiu-se o cargo de “consultor matricial”, mas não a função matriciamento, já que se considerava que “[...] todo consultor da PNH é potencialmente matricial para dentro e para fora desta [...]” (Mori; Oliveira, 2009, p. 638). Os consultores, com isso, passaram a ter base territorial e agenda de trabalho pactuada.

Assim, os consultores do extinto eixo II, matriciais e apoiadores institucionais formados pelos processos de formação da PNH, são incluídos nos Coletivos Regionais. A fomentação de redes passa a ser estratégia privilegiada do apoio institucional da Política, a fim de garantir a extensividade das ações micropolíticas e, portanto, torna-se uma diretriz para a sustentabilidade da PNH. (Mori; Oliveira, 2009, p. 638).

Um outro modo de exercício da autonomia pelo viés coletivizador se fez necessário diante do descolamento das ações do consultor matricial dos Planos de Trabalho Regionais. Por isso, após avaliação, houve uma dissolução do papel do consultor matricial, pelo efeito individualizador do modo de fazer deste ao atender demandas pontuais, sendo mantida a função matriciamento, principalmente no atendimento das demandas do apoio institucional dos territórios.



Houve, ainda, uma reafirmação das funções do Colegiado Gestor Nacional e do Coletivo Nacional. O primeiro como instância de análise e avaliação dos trabalhos dos coletivos e o segundo como espaço de compartilhamento, problematização e pactuação das questões apresentadas.

As autoras assinalam o desafio que foi a construção de coletivos de cogestão para dentro da PNH. Embora houvesse um desencadeamento de tensionamentos, este processo teria sido importante para a construção de um olhar crítico que buscava construção coletiva, participativa e compartilhada de corresponsabilidade.

Concluem, apontando algumas fragilidades no funcionamento dos coletivos internos da PNH. Entre elas: a demanda dos consultores da participação dos ex-matriciais, devido às especificidades do conhecimento desses, para a efetivação dos planos regionais; as dificuldades do NT, por diversas questões, de efetivamente transformar a sua identidade associada ao suporte administrativo; a dificuldade de análise do próprio processo de trabalho pelos Coletivos Regionais; e da não apropriação desses últimos da importante estratégia instrumental de planejamento, monitoramento e avaliação dos planos de trabalho regionais, para a cogestão da política (Mori; Oliveira, 2009). Além disso, a proximidade das eleições apontava para um novo cenário político em consequência da inevitável sucessão presidencial que colocou em questão a sustentabilidade da PNH no cotidiano dos serviços. Contudo, acreditavam que avanços internos na cogestão foram importantes para o objetivo de apoio à disseminação e implantação de um novo modo de gestão no SUS.

A questão da sustentabilidade da PNH dentro do aparato organizacional do SUS, sem dúvida, deve ter sido uma problemática nos anos que se seguiram, mas este ainda teria permanecido como “corpus instituído” durante o governo, também petista, de Dilma Roussef. Contudo, um ano antes de tal governo sofrer um golpe político – do qual um dos principais autores foi o seu vice e sucessor, o mesmo que, fruto dessas articulações políticas governamentais ditas necessárias, indicou um dos Ministros da Saúde no governo Lula – que culminou no impeachment da primeira mulher a assumir o cargo de presidente do Brasil, acompanhamos a perda esperada de grande parte de seu caráter instituído.

Desde então, estamos lidando com a sustentabilidade dos princípios da política a partir do que ainda restou de seu instituído, propositalmente instalado transversalmente na máquina estatal de produção de saúde, mas retomando certa clandestinidade de outrora. É diante do pouco conhecimento de muitos gestores sobre as modulações de nossas políticas públicas e de certa autonomia que alguns trabalhadores da saúde ainda têm em algumas organizações, que muitas vezes podemos seguir afirmando certos valores, sustentando – por meio da gestão, da

atenção e sobretudo da formação – políticas que alcançaram os status de “corpus instituído”, mesmo que estas não estejam mais em vigência, fazendo-as re-existir. Desse modo, não falamos delas como passado de uma história linear, mas, em nossos *êthos* e narrativas, as atualizamos fazendo-as permanecer na história por considerar a sua importância para a contração de grupalidade e contágio dos valores que investimos. Sobre esse movimento fundamental, hoje nos debruçamos nesta pesquisa como um modo de mobilizar as forças que ainda estão aí, lhes dando potência, re-existência para resistência.

### 2.3 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E SEUS MICROTENSIONAMENTOS: da saúde como direito à transformação das práticas.

Mattos (2009a) considera que a humanização se inseriu como uma das vertentes da luta pela transformação das práticas no campo da saúde. O início do movimento de luta pela transformação das práticas no campo da saúde nos anos 60 iniciou atrelado às lutas pela saúde da mulher travadas pelo movimento feminista da época. Só posteriormente, esta passaria então a fazer parte do processo de criação do SUS compondo os movimentos instituintes da RSB (Benevides; Passos, 2005).

O tema da transformação das práticas, com isso, não teria tido hegemonia mesmo dentro do movimento não homogêneo da RSB que havia dado centralidade à luta pela saúde como direito, assim, Mattos (2009a) denuncia os microtensionamentos do próprio movimento sanitário. Para ele, este tema vem sendo atravessado por três campos de conhecimento e intervenção: o da integralidade, o da qualidade e o da humanização. O primeiro aparece associado ao princípio do SUS que leva a mesma denominação, ocupa lugar de destaque e é tomado como lugar privilegiado de onde se desdobram os demais (Mattos, 2009a).

O autor, ao tratar sobre questões relacionadas às transformações das práticas de saúde, as suas oscilações e as dificuldades para concretização, destaca a existência de uma certa hierarquização da importância dada aos princípios e diretrizes do SUS de acordo com cada contexto político, tanto devido às próprias características internas do movimento sanitário, quanto ao uso estratégico desses diante de obstáculos políticos. Abordaremos aqui como insidiosamente e de forma híbrida os movimentos pela transformação das práticas foram ganhando força, entrando no debate político seja cooptado pelas forças do socius sob o signo da qualidade, seja emergindo de modo ético-político no enfrentamento das forças hegemônicas,

ainda que imerso numa polêmica institucionalidade, por meio de dispositivos de intervenção, através do HumanizaSUS.

Alguns pontos importantes em relação às conquistas da RSB com a criação do nosso sistema de saúde – a afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado, a visão ampliada sobre as responsabilidades do Estado com a saúde e a formulação de princípios norteadores – ganharam centralidade nesse processo de luta. Contudo, na época em que eram discutidos os pilares do SUS que seriam abrangidos pela Constituição, não teria havido um reconhecimento de todas as aspirações reformistas e, por outro lado, teriam sido incluídas pautas não defendidas pelo movimento.<sup>40</sup>

A implementação do SUS se deu em um cenário político nacional e internacional, marcado pela escalada neoliberal, completamente distinto do esperado pelos sanitaristas. Assim, o SUS no concreto teria diferido, em muitos aspectos, do idealizado por aqueles que lutaram pela sua efetivação na década de 70, ainda que reconheçamos os seus avanços.

Ao abordar a hierarquização em relação aos princípios e diretrizes do SUS, o pesquisador analisa a centralidade das transformações das práticas de saúde, considerando a relação desta questão com a integralidade a partir da análise de dois documentos produzidos no bojo do movimento sanitário que alimentaram o debate sobre a saúde no legislativo, *A questão democrática na área da saúde*, de 1979, e *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*, de 2006<sup>41</sup>.

O primeiro, que embasou o texto constitucional, tinha como destaque a questão democrática. Neste, a má qualidade da atenção era atribuída às características políticas, privatizantes e mercantilistas da época e não à formação dos profissionais de saúde e à racionalidade médica, tecnocrática e autoritária. O segundo documento, por sua vez, colocou como central a questão das práticas, suas contradições e limites concretos para a efetivação do SUS. A partir deste último, então, há uma contundente defesa pela mudança das práticas e do modo de organização dos serviços de saúde. Há, com isso, um deslocamento da análise dos determinantes das práticas para o imperativo ético-político que colocava em risco a sustentabilidade e legitimidade do SUS. Nesse bojo, a humanização e qualidade, apesar de não serem princípios do SUS, tornaram-se questões centrais para as políticas de saúde.

---

<sup>40</sup>Como, por exemplo, a ampla liberdade para a iniciativa privada e o caráter fortemente municipalista do pacto federativo.

<sup>41</sup>Segundo o autor, o primeiro texto foi apresentado pelo CEBES no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em outubro de 1979 e, o segundo, elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária, constituída pelo CEBES, ABRASCO, AMPASA, ABRES e Rede Unida, foi levado para discussão com a Frente Parlamentar da Saúde em conjunto com outras entidades do setor de saúde e de educação e com a sociedade em geral (Mattos, 2009a, p.772)

Com isso, o sanitarista se propõe a examinar os elementos contraditórios da trajetória do movimento sanitário que culminaram na constituição de 88, tomando como referência a vertente acadêmica do movimento sanitário. Destaca, primeiramente, a não homogeneidade do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o divide em três vertentes: a que tem origem na Saúde Pública<sup>42</sup>, a Medicina Social<sup>43</sup> e a Medicina Preventiva. As trocas entre estas vertentes constituíram um projeto híbrido e amplamente consensual, mas, ainda assim, as tensões se mantiveram, transformando em um dos temas mais tensos, àqueles que envolviam as práticas e instituições médicas. Mattos (2009a) examina alguns signos dessa tensão contínua.

O primeiro signo que se deu no seio da Medicina Social foi associado ao impacto das Conferências de Foucault em 1974. Estas teriam produzido uma dialética entre posições que propuseram, de um lado, uma análise crítica da instituição médica e de suas práticas, críticas contundentes à racionalidade médica, aos modos de exercício do poder dos profissionais de saúde e, de outro, uma expansão da assistência médica a ser garantida pelo Estado. A dinâmica dessa dialética traçava um caminho que, em teoria, seria consensual e que resultaria num maior acesso à assistência médica associado à transformação das práticas.

O segundo signo, tese operacional, diz respeito à atuação técnico-política nos níveis de gestão da saúde pública e da assistência médica. O que significou, do lado da saúde pública, a ocupação de cargos de gestão por sanitaristas nas tradicionais unidades de saúde e, do lado da assistência médica da previdência social, o deslocamento de profissionais de saúde com formação em saúde coletiva da ponta da assistência para práticas de gestão do sistema.

O terceiro signo, por sua vez, o da divisão das táticas, deu-se a partir da abertura da possibilidade de se criar estratégia de mudança do sistema de saúde com o fracasso do PREV-Saúde, numa época em que a previdência era controladora de grande parte da assistência médica no Brasil. Houve, à época, a possibilidade de abertura em duas frentes: a condução da Reforma a partir do Ministério da Saúde ou a partir da assistência médica previdenciária. Contudo, essas

---

<sup>42</sup> O autor a difere da velha Saúde Pública moderna centrada na doença e com ações fundamentadas na administração científica, próxima da medicina das doenças infecto-parasitárias e dos modelos de intervenção norte-americanos. A saúde pública a que se refere o autor “ênfatizava a necessidade de se compreenderem as relações entre a saúde e o desenvolvimento econômico e social; defendia o planejamento como central na atuação do Estado na saúde, e abria-se para as teses que buscavam a articulação entre a Saúde Pública e a assistência médica.” (Mattos, 2009a, p. 774).

<sup>43</sup> Do mesmo modo, distingue a medicina social de que trata no texto daquela de base americana. Referia-se, portanto, a uma Medicina Social que “... buscava retomar o ideário da Medicina Social, que, enquanto disciplina, havia perdido o prestígio que teve nos 1800, logo após o advento da microbiologia (e, em seguida, da moderna Saúde Pública). No início dos anos 1970, reiam os princípios da Medicina Social para afirmar: 1) que a saúde deveria ser vista como uma responsabilidade do Estado; 2) que as condições de saúde e da doença tinham profundas relações com as condições econômico-sociais, relações essas que deveriam ser objeto de estudo; e 3) que as ações e intervenções médicas deveriam ser tanto propriamente médicas como sociais.” (Mattos, 2009a, p. 774).

duas frentes se afastaram e se polarizaram diante da divergência em relação ao processo de unificação, na disputa entre os Reformistas da Saúde e os Reformistas da Previdência.

O quarto signo guarda relação com a estratégia política de ocupação de espaços. Está ligado ao gradual afastamento da formação médica na área da Saúde Coletiva que se deu com a retirada da formação dos residentes de medicina preventiva e social das atividades de atendimento médico que acabaram, portanto, formando sanitaristas que, no entendimento do autor, não compreendiam a assistência médica.

O quinto e último signo, refere-se, também, ao gradual afastamento da centralidade da agenda do movimento sanitário do tema das transformações no ensino da medicina e demais profissões da área da saúde, visto que havia uma aproximação cada vez maior com o tema da gestão do sistema.

Em relação à medicina preventiva, o autor chama a atenção para as contribuições do Movimento da Medicina Integral para o tema da transformação das práticas que se deu através da mudança no ensino em algumas universidades, buscando produzir um afastamento da especialização excessiva e dos reducionismos. Teria, na época, havido alguma proximidade deste movimento com o movimento sanitário. Destaca, nos anos 80, experiências alternativas realizadas pela Saúde Coletiva através da denominada medicina comunitária que inseria residentes da medicina preventiva em unidades de saúde próximas às comunidades marginalizadas como tentativa de desenvolver uma medicina mais integral.<sup>44</sup>

Contudo, o deslocamento do Movimento Sanitário de experiências alternativas para os espaços institucionais da Saúde Pública ou da Previdência teria modificado o perfil da militância sanitária com perda do espaço para o tema das transformações. Em suma, o imperativo ético-político implicado no tema da transformação das práticas, embora presente no debate, naquele tempo, ainda não tinha centralidade, não teria sido, portanto, crucial para o amplo consenso do movimento sanitário que antecedeu e culminou na Constituição de 88.

Considerando não ter havido atenção à integralidade das aspirações do movimento sanitário, o autor destaca aspectos relevantes dos desafios enfrentados nas transformações das práticas de saúde. Primeiramente, reconhece que houve uma ampliação do debate e uma retomada da organicidade maior da luta do movimento sanitário na 8ª CNS, contudo chama a atenção para as discrepâncias entre o relatório final desta conferência, que expressa o

---

<sup>44</sup> De acordo com Mattos (2009b), o movimento da medicina integral inicia com discussões sobre o ensino médico americano. Este constrói críticas sobre a atitude reducionista e fragmentária dos médicos, antagonizando, assim, com a medicina de base flexneriana. Desse modo, uma medicina mais integral teria a ver com uma atitude de “recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (p. 50).

pensamento predominante na época e o que restou no texto constitucional após as negociações com o grupo conservador majoritário na Assembleia Nacional Constituinte. Embora, de fato, o movimento sanitário tenha saído vitorioso dessa negociação, o texto constitucional teria ficado aquém das aspirações do movimento sanitarista, tendo como único tópico integralmente acolhido: “a garantia do direito do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde” (Mattos, 2009a, p. 776).

Além disso, a abertura na Constituição dada à iniciativa privada colocava o SUS na condição de não ser, de fato, o único sistema de saúde, o que resultaria numa universalização excludente ao permitir a perda de apoio político das camadas médias da população que aderiram, desde a década de 80, à saúde suplementar. Outra consequência foi a duplicidade de práticas de profissionais de saúde que atuam, concomitantemente, na rede pública e suplementar, onde se obtém ganhos financeiros maiores, assim, podendo reverberar, numa suposta eficácia simbólica fundamental, ainda que não verdadeira, a premissa de superioridade da qualidade das práticas desse último.

Torna-se importante, com isso, as reflexões sobre as noções de qualidade postas no debate simbólico entre o SUS e saúde suplementar, visto que estas estão para além da simples possibilidade de consumo de bens e serviços de saúde. “A qualidade almejada deve ter, como eixo, a garantia do acesso adequado e oportuno às ações e serviços de saúde que tenham potência de responder às necessidades das pessoas, e na medida dessas necessidades.” (Mattos, 2009a, p. 778). Dentro desta lógica, o Princípio da Integralidade, para o mesmo, seria a chave para a reconceitualização desta noção, já que se coloca como uma recusa às formas de reducionismo e estabelece um conjunto de valores que devem pautar as práticas de saúde, o que permitiria uma reversão radical da imagem da qualidade superior da saúde suplementar. Para tanto, faz uso do analisador sofrimento<sup>45</sup>, no que tange à reversão e/ou antecipação deste, como indicador privilegiado para análise dos efeitos/produções das práticas em saúde.

---

<sup>45</sup> “Mas tomemos de modo mais restrito o sentido de integralidade que é expresso no texto da constituição: ela estabelece que o SUS deve se pautar pelo atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais. Há uma diferença fundamental entre as atividades preventivas e as atividades assistenciais, que devem ser articuladas: é que estas se fazem diante de um sofrimento manifesto, enquanto aquelas se fazem antecipando-se ao sofrimento. Integralidade, no sentido evocado no texto constitucional, sugere que as ações e serviços devem se esforçar ao máximo para evitar o sofrimento, mas que não podem permitir que esse esforço se dê às custas da incapacidade de dar resposta ao sofrimento manifesto. Penso que é em torno do sofrimento que podemos e devemos fazer o exame crítico das práticas e das instituições de saúde. O sofrimento (manifesto ou antecipado pelo conhecimento) se impõe aos serviços e aos profissionais de saúde. É ele que dá sentido às práticas do cuidado em saúde. O sofrimento é algo inerente à vida humana, como o são o cuidado e os esforços para reduzir e evitar.” (Mattos, 2009a, p. 778).

Ressalta a atualidade da tensão entre os movimentos para a ampliação do acesso e os de transformação das práticas das instituições de saúde. A sustentação desses últimos pela humanização teria, então, sido fundamental para a sustentabilidade do SUS ao angariar um maior apoio político neste âmbito, tensionando a coexistência do setor suplementar.

Embora ressalte a importância da PNH para o movimento de transformação das práticas no SUS, em sua linha argumentativa, algumas questões paradoxais se colocam. No exame dos signos, Mattos (2009a) já aponta para um posicionamento crítico importante em relação à ocupação de cargos de gestão por sanitarista, com conseqüente afastamento deles da ponta da assistência, entendendo que tal deslocamento seria um obstáculo para o envolvimento destes com a formação. Esse é um ponto delicado que vai de encontro com o que ocorre com a PNH, visto que houve relevante ocupação de cargos na máquina de Estado articulada justamente com a formação de trabalhadores como apoiadores institucionais, principal estratégia de intervenção da Política.

Outra questão relevante levantada pelo sanitarista, complementar à primeira, diz respeito ao paradoxo que se coloca quando atores afeitos ao modo foucaultiano de lidar com as problemáticas institucionais no sentido da insustentabilidade da luta por essa via, usam as instituições e suas organizações como lugar estratégico para o movimento de transformação das práticas.

Até o momento, ao afirmar a importância do movimento HumanizaSUS para os avanços no sentido da transmutação dos modos de cuidar e gerir no SUS e como trabalhadora na máquina de Estado contra os seus modos hegemônicos de controle, considero que nesta luta mais importa as implicações ético-estético-políticas do que as estratégias que se usa. Talvez alguns meios apresentem riscos importantes, dificultem mais o processo e até apresentem momentos de impossibilidade, impedimentos, tornando seus movimentos muito mais lentos. Contudo, não poderia afirmar, de modo algum, sob o risco de inviabilizar o movimento do qual faço parte e que acompanho cotidianamente no concreto, a impossibilidade irrestrita de operá-lo desse lugar, intra-máquina, do qual muitos trabalhadores lutam por transformações no campo do cuidado e gestão da saúde pública.

Outras questões são abordadas e destaques são feitos por pesquisadores no debate<sup>46</sup> com o texto de Mattos (2009). Neves (2009), uma das comentadoras do texto, ressalta o quanto se precisava avançar em relação ao que se propunha no processo de transformação das práticas

---

<sup>46</sup> O texto de Mattos (2009) fez parte da seção debate da Revista Interface de 2009 que teve como tema a Humanização.

pelo HumanizaSUS, denunciando a extensão do campo problemático. Inicia, ponderando as considerações do sanitarista sobre a centralidade do uso do analisador sofrimento como indicador privilegiado para análise das práticas em saúde. Considerando que há positividade no sofrimento enquanto processo constitutivo nos seus embates de re-invenção, questionando, assim: que vida queremos afirmar? Assume, com isso, que, embora haja divergências nos regimes de expressão, há um plano comum que busca afirmar a vida como criação que se dá na radicalidade das experiências que se deslocam dos lugares edificados, embora deles não se apartem. Desse modo, o combate mira não o sofrimento, mas os processos de maus-tratos com a vida<sup>47</sup>.

Demonstra preocupação com os rumos que a problemática vinha tomando diante do risco de se estar tratando a humanização como nova roupagem da integralidade e da qualidade na saúde. Afirma que as ações da humanização em saúde não se dão pela via do que constrange a vida, mas pela via do que a produz. Seriam estas um modo de ‘fazer com’.

O que se afirma, neste modo de fazer, é a indissociabilidade entre os modos de expressão da vida ‘encarnada’ em estratégias/leis/dispositivos/sofrimentos e os índices de estranhamentos e vibração intensiva que enunciam, nestas encarnações, a vida em sua potência radical de perturbar o instituído e de seguir persistindo no desafio de reinvenção das políticas do presente (Neves, 2009, p. 783).

Desse modo, a PNH se colocaria como política de ação transversal. Esta, por entre as diferentes políticas de gestão e produção de cuidado, através de seus indicadores, da análise do que se produziu como aliança, deu visibilidade às táticas cotidianas e saberes instituintes da rede social constituída por trabalhadores, gestores e usuários que no concreto buscam efetivar os princípios do SUS.

Para a pesquisadora, dar centralidade à integralidade teria seus riscos, a captura biopolítica, o controle higienista que se dá na microfísica das práticas de cuidado e gestão. E vai além, colocando como fundamental para o debate, a superação da mera defesa do Estado como provedor da regulação da vida.

Teixeira (2009), também como comentador da exposição de Mattos (2009a), marca a indissociabilidade entre a transformação das práticas de saúde e a transformação de seu campo problemático. Diante da eficácia simbólica da premissa da superioridade das práticas do setor privado, propõe um deslocamento da ideia de melhor resposta aos problemas supostamente iguais de saúde para resposta aos problemas mais interessantes, aos “melhores problemas de

---

<sup>47</sup> A autora distingue dois tipos de sofrimento. Afirma a positividade do sofrimento presente nos processos construtivos da vida em seus embates de reinvenção e se opõe aos maus-tratos com o corpo orgânico produzidos pelas práticas de cuidado e gestão.



saúde”. Este concebe uma indiferenciação entre os modos como se lida com o sofrimento nas práticas preventivas e assistenciais, a premissa de uma sociedade sem sofrimento. Faz referência à dissociação operada na prática médica entre o conhecimento da patologia, da história natural das doenças, que tem em vista a homeostase orgânica para o conhecimento do sofrimento manifesto, bases afetivas do sofrimento que se colocam fora de tal ideal de equilíbrio.

Assim, defende a tese de que a transformação das práticas de saúde, para operarem uma reversão profunda na imagem simbólica da qualidade do SUS, precisa ter em vista “problemas” outros que digam respeito ao apoio aos diferentes modos de andar na vida, sejam estes “normais” ou “patológicos”, isto é, que digam respeito ao aumento da potência de vida, do poder de afetarmos e sermos afetados. Propõe, desse modo, um novo sentido para a produção de cuidado integral: a integração das preocupações com a saúde (corpo orgânico) com as da Grande Saúde (corpo intensivo), produtora de valores intensivos, valores pelos quais lutamos. A humanização, nesse sentido, teria ficado incumbida de reinventar práticas enquanto núcleos de produção de valores para tornar possível e sustentável a radicalização dos princípios do SUS, do SUS como política pública e da saúde como bem comum.

Lima (2009), por sua vez, destaca do texto de Mattos (2009a) o esvaziamento do tema da formação, cenário no qual se começa a gestar o afastamento e resistência dos trabalhadores em relação à dimensão das relações no processo de cuidado. A autora ressalta que as experiências de formação e trabalho têm como efeito a institucionalização de processos de trabalho que poderão se dar no sentido da potência ou da banalização da vida, cuidado e morte.

Passados vinte anos da institucionalização do SUS, estamos diante dos muitos desafios para ressignificar os processos de formação e de trabalho, articulando sua relação não só com a ciência, a técnica, a doença, o sofrimento e a morte, mas também com: a saúde, a vida, a alegria, a felicidade e o prazer, o conhecimento, o afeto e a produção do cuidado fomentador de cidadania, a solidariedade e a inclusão dos atores envolvidos (Lima, 2009, p. 790).

Para ela, os processos de formação centrados em órgãos, com a perda da integralidade da dimensão cuidadora teria, então, como resultado a produção de descuidado. Nesse sentido, como compromisso ético-político com vistas às transformações das práticas de saúde, a construção de um SUS humanizado, seguindo as considerações de Mattos (2009a), se colocaria como um pressuposto inegociável.

Em réplica, Mattos (2009c), diante dos múltiplos sentidos da integralidade e do potencial deste princípio para a distinção de diferentes formas de exercício das práticas de cuidado, reconhece modos de cuidado não reducionistas, mas que levem em conta os seus

efeitos nos diferentes modos de andar na vida. E, para além das divergências teórico-conceituais, entende como fundamental a ampliação do elenco de ferramentas para aqueles que se implicam como ativadores de mudança para convidar outros à análise de novos problemas.

Assim, no acompanhamento de tal debate foi possível observar os tensionamentos existentes no movimento sanitarista, não só no que diz respeito ao que teve centralidade na luta pelo SUS, a saúde como direito, mas também entre àqueles minoritários, ligados à transformação das práticas. Estes colocavam em jogo até que ponto se estava disposto a enfrentar o que se impunha como produção hegemônica de conhecimento e intervenção no campo da saúde pública. É dentro desta rede tensionada que a humanização se coloca como o movimento que apresenta um grau maior de radicalidade no sentido da ruptura com status quo, ainda que efetivamente, a princípio, este tenha estado mais próximo de uma perspectiva reformista.

Com isso, seguiremos com o acompanhamento, ainda por meio do processo de revisão cartográfica de literatura, dos movimentos internos do HumanizaSUS que se deram por meio da institucionalidade, porque de dentro da máquina de Estado. Seguiremos por essas tessituras a partir da tarefa primordial, princípio fundante, da qual se desdobraram as demais estratégias e dispositivos, a de produzir novos modos de subjetivação, entendendo ser esta transformação primordial, portanto, indissociável, da transformação das práticas, dos modos de produção de saúde.

### 3 PNH: um princípio fundamental e um método privilegiado

A Humanização do SUS marcando lugar no plano das lutas pela transformação das práticas, amplia e desloca as discussões do que vinha sendo abordado como determinantes sociais um avanço das questões lançadas nas lutas pela saúde como direito – para as intervenções no concreto das práticas, quando a vida das instituições, as relações humanas, se sobrepõe aos seus prescritos. Nessa passagem do “o que” para o “como”, eleva-se tal discussão a uma potência nada fácil de sustentar no campo da saúde.

De acordo com a cartilha HumanizaSUS (Brasil, 2004) este movimento se coloca como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que “sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (Brasil, 2004, p. 8) e, tem, portanto, como tarefa dupla e inequívoca a produção de saúde e de sujeitos. Desse modo, essa tarefa primária que ocorre num período em que o país assume compromisso com as melhorias das condições de vida de sua população e que, portanto, enquanto luta que busca garantir princípios éticos no trato com a vida, no combate à miséria social, estabelece como um de seus princípios norteadores, a inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade e como método privilegiado, a função apoio institucional.

Como viemos acompanhando no mapeamento deste campo, a PNH precisou marcar a sua posição. As discussões sobre o seu princípio fundante, o da relação de inerência entre produção de saúde e de subjetividade, iniciam atreladas aos esforços de diferenciação em relação às concepções sobre o humanismo da modernidade e, localmente, de investidas políticas de saúde anteriores.

Subjacente a tais discussões, a relação tênue que se coloca entre a política e o *socius*<sup>48</sup> no qual está inserida, se faz todo o tempo presente. Os riscos de captura implicados nesta relação transversalizam grande parte dos escritos sobre o tema, assim como, em detrimento desta, é afirmada a importância da atenção à sua dupla e inequívoca tarefa que se faz, prioritariamente,

---

<sup>48</sup> “A própria forma ou qualidade do *socius* é, pois, produzida, mas como o inengendrado, isto é, como o pressuposto natural ou divino da produção correspondente a este ou àquele grau, produção à qual a forma ou qualidade dá uma unidade estrutural e fins aparentes, sobre a qual ela se assenta e de cujas forças se apropria, determinando as seleções, as acumulações, as atrações, sem as quais estas não tomariam um caráter social. É precisamente neste sentido que dizemos que a produção social é a produção desejante em condições determinadas. Estas condições determinadas são, pois, as formas de gregarismo como *socius* ou corpo pleno, formas sob as quais as formações moleculares constituem conjuntos molares.” (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 455).

por meio de estratégias que levam em conta o plano coletivo de forças, a princípio, compreendido como externo à máquina de Estado.

Além disso, com a maturidade que se dá com a implementação da política ao longo dos anos, tendo esta se tornado expressiva no campo da saúde, acompanhamos novos esforços de diferenciação. Tais esforços de diferenciação passam, então, a se dar tanto em relação às perspectivas com implicações menos críticas, ainda que no campo das transformações das práticas; e àquelas que se aliam às forças hegemônicas, em seus fundamentos e objetivos. Assim, o princípio de inseparabilidade se coloca como uma digital de tal processo, marcando sua função de variação e diferenciação, as suas implicações, ainda que pela via da máquina de Estado, com a saúde pública brasileira.

As discussões internas à política também avançam do sentido do “que se é” para o “como se faz”, portanto, sobre as estratégias políticas de concretização dos seus princípios e diretrizes no campo. Amplia-se, com isso, o tom crítico do debate sobre os efeitos que efetivamente se poderia produzir, considerando as limitações impostas pelo lugar ocupado, intra-Estado, para produzir intervenções radicais, contra-hegemônicas.

Em um suplemento da revista *Interface: comunicação, saúde e educação* de 2009, foram publicados inúmeros trabalhos com o objetivo de socializar reflexões sobre o tema humanização da saúde, frutos de discussões realizadas, em 2008, no seminário *Humanização do SUS em debate*. Serviremos-nos em grande parte deste material, mas também de outras publicações, a fim de continuar acompanhando de que modo se deram os esforços para a construção de um arcabouço teórico-metodológico que embasou o HumanizaSUS no sentido da afirmação da inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade como caminho para alterar os modos de produzir cuidado no SUS.

### 3.1 POR UM OUTRO HUMANISMO: das práticas biopolíticas às intercessoras

O acompanhamento de apontamentos e discussões sobre PNH em seu plano macropolítico, sejam estes realizados por aqueles que estavam visceralmente associados a ela ou não, desvela movimentos que modulam entre algumas vertentes de construção narrativa: as de caráter legitimador-expositivo, as de nuances que vão do risco de deslegitimação às vias de fato e as legitimadoras-propositivas. Na primeira, há um discorrer sobre o processo no sentido de levar o leitor à compreensão da importância deste movimento na luta pela transformação das práticas de saúde e na última, além disso, propõem-se novos modos de intervenção ou de subversão dos modos já dados. Ambas são crítico-positivas no sentido de apontarem os riscos

implicados na política diante da possibilidade de vermos convertidas práticas de potencialização da vida em práticas de controle. A segunda vertente vai se aproximando mais de modos crítico-negativos com versões mais sutis, algo ainda construtivos, que apontam os riscos da Política, como o de se converter em prática de controle – ao mesmo tempo em que a concebe como estratégia política que age sobre os processos de subjetivação que investe na produção de diferença – e versões mais hard que chegam a comprometer o movimento, deslegitimando-o.

Seguindo a primeira lógica, Benevides e Passos (2005a), considerando a humanização como aspecto fundamental das políticas de saúde, propõem uma redefinição do conceito banalizado e criticado no século XX – crítica anti-humanista – a partir da análise do poder foucaultiana. Entendendo, assim, que esta confrontação com o tema do humanismo no contemporâneo se colocaria como caminho para um reposicionamento diante dele.

Situam no texto que tal debate, em 2005, aconteceu num cenário de mudanças na formulação e condução das políticas de saúde dentro do Ministério da Saúde, do qual faziam parte como integrantes da SE, como consultor e diretora de programa na coordenação da PNH. Na época, acompanhavam a reverberação dos princípios construídos neste processo nas novas configurações da máquina de Estado.

A priorização do tema por meio de sua inserção no debate no MS inicia no ano de 2003, quando, diante da tensão entre concepções diferentes, se colocou como necessidade a reavaliação de conceitos e práticas para a construção de um sistema público eficaz. Diante de um duplo problema ou de um problema com dupla inscrição, a fragmentação das práticas e banalização do tema, tal discussão levou a problematização da relação do Estado com as políticas públicas.

Neste ínterim, a SE do MS propôs à PNH, política orientada por um modo coletivo e cogestivo de produção de saúde e de sujeitos no SUS. “A humanização se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.” (Benevides; Passos, 2005a, p. 563). Propõem, com isso, um novo tipo de interação, uma perspectiva de rede descentralizada e corresponsável em defesa da vida.

Na qualificação das práticas de saúde, foram elencados 7 princípios norteadores:

- 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); 2) fortalecimento de

trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) coresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Benevides; Passos, 2005a, p. 563).

O experimentalismo político pós-ditatorial, dos movimentos de resistência ao autoritarismo, dá o tom das forças que se pretendiam reerguer com a política. Buscava-se então, resgatar a potência de problematização dos poderes instituídos por meio de resistências-instituintes. Com isso, propõem tal discussão em torno do tema do humanismo contemporâneo.

A fim de produzir um efeito de desestabilização dos instituídos, recorrem à analítica do poder foucaultiana. Assim como Mattos (2009), situam nos anos 70 a ocorrência de mudanças das concepções de poder sentidas nas práticas concretas discursivas e não discursivas. Nesta mesma década, Foucault esteve no Brasil proferindo conferências que constituíram os estudos do seu período genealógico, o estudo das anti-ciências, textos menores, que faziam aparecer forças históricas do processo de institucionalização dos saberes e que tomava o poder como questão central.

Distinguem duas teses acerca da política. Na primeira, tese tradicional, trabalha-se com a noção de campo, de realidade constituída no qual o Estado ocuparia posição central. Nesta tese, embasada na literatura maquiavélica, o Estado aparece como *locus* de emanção de um poder que vai numa direção única, Estado-governo-política pública. A outra tese, a genealógica, portanto fundamentada nos estudos de Foucault, toma a política como um plano de constituição da realidade. Há aqui uma subversão da tese tradicional a partir do conceito foucaultiano de “governamentalidade” que propõe a construção de uma arte de governar por meio dos estudos de uma literatura antimaquiavélica.

Foucault deu visibilidade, com isso, a um tensionamento de duas tecnologias do poder no século XVI, quando então se gesta a sociedade moderna. Os jogos de poder, então, se darão entre a tecnologia disciplinar e o diagrama de poder soberano da sociedade tradicional. Há, assim, uma modulação, uma passagem com vestígios, de um poder que se exerce pela exterioridade, transcendência e violência que faz morrer ou deixa viver, que incide sobre o território e seus súditos e cujo objetivo é a manutenção da relação do príncipe com o que ele possui para um poder que incide sobre um conjunto heterogêneo de “coisas”, de modo disperso. Diante destas novas incidências, visibilidades e dizibilidades, Foucault destaca a dimensão política do governo colocando em questão a função centralizadora do Estado, visto que agora,

nesta nova topologia política, coloca-se num mesmo plano de imanência o foco de emanção do poder e seu ponto de incidência.

Neste novo regime de poder em que a palavra de ordem é governe-se, “o poder assujeita na justa medida em que subjetiva. Assujeitar e subjetivar são, portanto, ações distintas, porém inseparáveis no exercício do poder na modernidade.” (Benevides; Passos, 2005a, p. 565). O poder, então, na sociedade moderna se exerce continuamente, em mão dupla e é multivetorializado, emana, portanto, de fontes diferentes e igualmente incide em pontos diversos. É, então, a partir da ideia foucaultiana de governamentalidade como desbloqueio das artes de governar no sentido da ampliação da ação de governo, que os autores buscaram problematizar a humanização enquanto política pública gestada na máquina do Estado.

Na modernidade, a máquina do Estado deixa de ocupar o centro do poder e passa a ser apenas um dos pontos de referência na constituição do regime moderno de governamentalidade, plano multivetorializado formado pelos níveis/linhas de governo destacados por Foucault: político (vetor: Estado), econômico (vetor: arte de governar a família e a população) e moral (vetor: governo de si). “Neste caso, a série se altera para governo-Estado-política pública entendendo-se, assim, que é em um regime moderno de governamentalidade que o governo político se faz na referência ao Estado em sua relação com a dimensão pública das políticas.” (Benevides; Passos, 2005a, p. 566).

Considerando tais aspectos da modernidade, os autores na construção do projeto-intervenção no interior da máquina de Estado percebem, deste lugar, a atração, captura, movimentos de absorção e interiorização das linhas de poder. Contudo, também percebem tensionamentos no sentido de uma certa abertura dessas linhas para o fora, para o plano coletivo. A aposta da PNH teria ocorrido justamente na prevalência do plano coletivo, tomado como plano de constituição das políticas públicas, na série governo – Estado – políticas públicas.

Os movimentos instituintes que culminaram no SUS teriam, então, forçado os limites dos instituídos neste campo promovendo a redefinição do conceito de saúde e a recolocação da importância dos atores implicados nos processos de produção de saúde. A dimensão do público aqui se desloca da centralidade do Estado para o plano coletivo. Com isso, buscava-se ressaltar a força emancipatória na base do SUS que

[...] só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde (Benevides; Passos, 2005a, p. 566).

Colocava-se, assim, como imperioso, na reativação do humanismo como movimento instituinte, avançar no campo da saúde coletiva na relação entre produção de saúde e de sujeitos.

Ressalta-se, com isso, a situação paradoxal da experiência revolucionária do criticismo moderno que, ao mesmo tempo em que, no ímpeto emancipatório, recusa a transcendência enquanto valorização da individualidade sem fundamento transcendente, apresenta uma face contrarrevolucionária que resgata a função transcendental e a desloca da figura de Deus, do príncipe, para o Estado-Nação. Esta nova transcendência torna-se figura mediadora da experiência contra a potência da imanência. Na soberania moderna, o Estado-Nação passa a ser o regulador, o poder, usurpado do coletivo, que se enraíza no plano de imanência das relações humanas produzindo modos de expressão que, porque intermediados, são alienados em contratos de subjugação. O contrato social, como vontade geral, pela via da supressão da vontade individual, é o garantidor da supremacia do Estado.

O advento do Estado moderno se dá no contexto de desenvolvimento do capitalismo e produz os reflexos no seu modo de funcionamento. Pautado no capital como princípio de equivalência universal, o capitalismo dá à modernidade a totalidade, a universalidade e a mundialização como características. O coletivo submetido ao imperativo da unidade do capital produz a massa, como totalidade ordenada, princípio de equalização da existência. Esta, representada na unidade/totalidade do Estado, faz com que o capitalismo se torne indispensável para a transcendentalização do governo político do Estado representativo moderno.

O projeto político da modernidade, de acordo com a analítica foucaultiana, teria produzido então uma dupla focalização, individualizadora e massificadora por meio das tecnologias políticas, biopoder e biopolítica. Essas práticas de poder sem lugar privilegiado de emergência exigiam uma função relé, para a ampliação de suas ações de assujeitamento. No campo da saúde, por exemplo, as pesquisas foucaultianas sobre a modulação das práticas e sobre o cuidado médico no século XVIII indicaram, nas tecnologias de cuidado e na discursividade, uma nosopolítica refletida, o tema das doenças associado às novas preocupações, regras de controle da população e de cuidado com o indivíduo. Tais práticas de poder de dupla incidência, segundo o filósofo, estabeleceram relação singular com o Estado moderno. Este, então, passa a ocupar o lugar policialesco, de gestor da saúde da população.

Segundo os autores, essa função de omniconrole, função policial do Estado, se estende da modernidade à atualidade. A reorganização mínima do Estado num cenário de globalização transnacional do capitalismo como formulador de políticas públicas, teria ampliado os seus mecanismos de controle, ainda que tenha havido alteração importante de seu papel como formulador de políticas públicas.



Considerando a realização de alguma concretização do Estado de bem-estar social destaca-se, no Brasil, a relação entre o papel do Estado na formulação de políticas. Assim, nesse cenário de escalada neoliberal, os movimentos instituintes sanitaristas e a concretização do SUS como política de Estado se deram como resistência à tendência mundial. O compromisso da humanização como política pública, portanto coletiva, buscava se aproximar de tais movimentos que resistiram à repressão coletiva por meio do contrato social de um Estado policial.

Numa análise da relação entre a teoria moderna do homem e o Estado de polícia, observa-se que o estatuto do sujeito cartesiano produziu o Homem, figura ideal que compôs com a figura gerencial do Estado-Nação dando passagem à capilarização de funções policiais. Demarca-se, com isso, a incompatibilidade entre a função policial do Estado moderno e os direitos humanos, que deveria salvaguardar o direito de cada homem e de qualquer um. A idealização do direito embasada no ideal humano em prol de uma suposta segurança da sociedade colocava o desafio de, no contemporâneo, pensar o direito num plano comum. A proposta era, então, de desidealização do direito, não pelo retorno da barbárie, mas pela alteração dos mecanismos de representação no campo político.

Desse modo, dar conta da articulação entre direitos humanos e a dimensão humana das políticas públicas de saúde se faz pela via da morte do Homem, da problematização da submissão do homem ao Homem e das políticas públicas ao Estado. Este enfrentamento como utopia ativa, que difere da idealidade, se coloca como compromisso com a experiência singular de qualquer homem, visto que nos encontramos em contínuo processo de humanização.

A PNH diante de tais questões, após a construção de suas bases políticas em 2003, avançava no ano seguinte para a ampliação do seu campo de ação, através da capilarização, de iniciativas na ponta do Sistema, numa inversão das tendências de interiorização do Estado. Desse modo, contribuíam para a compreensão da saúde como processo de produção.

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo é a um só tempo a saúde e os sujeitos aí implicados. Por isso, falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas (Benevides; Passos, 2005a, p. 570).

A ênfase da política, na máquina do Estado, se deu, portanto, no plano coletivo, em tensionamento constante com a sua tendência centrípeta. É, portanto, uma aposta que ocorreu

numa estranha e paradoxal relação com a máquina do Estado em relação agonística com seus movimentos de distanciamento do plano público, coletivo.

Benevides e Passos (2005b), em outro texto do mesmo ano, trabalharam com o conceito de humanização, recolocando o problema agora com ênfase também em questões políticas internas do campo da saúde. De acordo com eles, de 1999 ao ano 2000, ações e programas iam constituindo o campo da humanização.

O debate sobre o tema foi iniciado na XI CNS e do ano deste evento até o ano de 2002 teria ocorrido a implantação e implementação do programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que se deu em um cenário ambíguo, no qual o tema era secundarizado, principalmente pelos gestores, e posto em uma relação tênue com o tema da qualidade. Tal relação de proximidade entre a humanização e a qualidade, por sua vez, chama a atenção para o tema da participação. O modo como se lida com a participação coloca em xeque investimentos em novos modos de gestão associados às estratégias gerenciais mais sutis, mas ainda verticalizadas e heterônomas, que visam sobretudo a eficiência e não uma gestão de fato democrática dos espaços sociais (Coutinho, 2002). Assim, os esforços de implementação da PNHAH por não escaparem desta racionalidade gerencial, tiveram como efeito, a fragmentação de suas ações amplamente tecnicistas. Além disso, neste contexto programático, a fragilidade do conceito de humanização que acabou associado aos voluntarismos, assistencialismo e paternalismo colocaram dois desafios a serem enfrentados pelo movimento de Humanização do SUS, um conceitual e outro metodológico.

O conceito de humanização vinha ganhando destaque no cenário da saúde pública de modo sintomático por meio de padronizações e estereotípias no funcionamento. Este caracterizava-se pela perda do movimento instituinte, pela mudança das práticas de saúde iniciados nos anos 60 pelo movimento feminista, na defesa da pauta da saúde da mulher, e do processo de criação do SUS.

É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços” (Benevides; Passos, 2005b, p. 390).

Embora este movimento tenha se tornado hegemônico no campo da saúde pública, os autores destacaram que a face positiva, o índice do movimento que não se esgotava, permitia a recolocação do problema da humanização ao forçar os limites deste conceito. Deste modo, passam a promover uma defesa, não do homem normal ou homem-figura-ideal, mas a diversidade normativa, as mudanças passíveis de serem experimentadas nos movimentos

coletivos. Tal desidealização do humano exigiu um reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde, transformação de realidade e de si. Sendo assim, a humanização se colocou como estratégia de interferência que teve em vista outras formas de interação entre os sujeitos que constituem o sistema de saúde. A redefinição do conceito de humanização na construção de políticas públicas de saúde ganhou uma outra amplitude porque buscava a alteração de práticas concretas: modos de fazer, trabalhar e produzir nesse campo.

O desafio metodológico foi colocado, então, diante da complexidade de transformar uma política de governo em uma política pública, construir política pública na máquina do Estado. Este desafio, assim, passa a ser tomado, dentro do imperativo de indicação institucionalista, como: é preciso transformar a realidade para conhecê-la. Os meios ganharam consistência considerando a ligação numa pressuposição recíproca entre “o que fazer” com o “como fazer”, conceito e prática, conhecimento e transformação da realidade. O que implicou no enfrentamento do *modus operandi* fragmentado e fragmentador baseado na lógica do especialismo, numa mudança da lógica da racionalidade técnico-burocrática nas práticas de saúde e da compartimentalização/individualização taylorista dos processos de trabalho.

A consideração de tais enfrentamentos, por outro lado, teria colocado aqueles implicados com as transformações das práticas pela via da humanização, diante do risco de confundir a política com um princípio do SUS, em particular, o da integralidade, tal como apontado pelos críticos desse projeto. Assim, considerando que uma política de saúde deve efetivar no concreto das práticas os princípios do SUS, o compromisso que se impõe é com os modos de fazer, com os processos efetivos de transformação, criação da realidade do campo em questão. Com isso, segundo os pesquisadores, uma difícil tarefa se apresentava:

[...] qual o sentido de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do SUS, o que a tornaria ampla e genérica, nem abstrata porque fora das singularidades da experiência, nem que aceite a compartimentalização, mas que se afirme como política comum e concreta nas práticas de saúde? (Benevides; Passos, 2005b, p. 392).

Ao destacar, na nomenclatura SUS, a ideia de único, indicavam o tipo de projeto ao qual queriam se aliar. O projeto era de constituição de um plano comum, de criação de conexão entre os diferentes atores deste campo.

Mas como garantir esta implantação? Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre estes dois processos, o que faz da humanização

um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS (Benevides; Passos, 2005b, p. 392).

Considerando que “é a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas” (Benevides; Passos, 2005b, p. 392) que, para tais mudanças nos processos de fabricação subjetiva o “como fazer”, as “tecnologias relacionais”, tiveram como direção a inseparabilidade entre gestão e atenção e a transversalidade. Em relação ao primeiro, buscou-se construir dispositivos-arranjos para a corresponsabilização, cogestão e grupalização. E em relação à transversalidade, buscou-se meios para mudar formas de relacionamento nas práticas de saúde tendo em vista a ampliação do grau de comunicação, de conectividade e intercessão<sup>49</sup>, com abertura para a diferenciação e invenção a partir do reposicionamento dos diversos atores envolvidos nas práticas de saúde.

Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intersecção dos eixos vertical e horizontal (Benevides; Passos, 2005b, p. 392).

Assim, em detrimento do modelo programático, passou-se a entender que a humanização na qualificação do SUS deveria se colocar como uma política que transversalizasse toda a rede, operando uma construção coletiva, constituindo-se como uma vertente orgânica do sistema que se pretende único. O que implicaria num processo contínuo de contratação e pactuação, aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos. Contudo, a afirmação da humanização como política transversal, que pretendia constituir-se como política pública por meio da máquina do Estado, alerta os autores, deveria garantir o caráter questionador das verticalidades, sob o risco da captura pelos modos hegemônicos.

Em suma, produção de saúde e de subjetividade se colocavam como tarefa dupla e inequívoca da política que deveria se dar numa perspectiva de rede, através de mecanismos permanentes de coletivização e pactuação. “É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão.” (Benevides; Passos, 2005b, p. 393). Assim, propõem a

---

<sup>49</sup> A intercessão está sempre a favor dos movimentos de criação, aciona problematizações a fim de permitir diferenciações, polifonias, dando visibilidade às multiplicidades. (Barros, 2009). Para Deleuze (2013), o essencial são os intercessores, criação - enquanto potência do falso que constitui a verdade - do impossível e, ao mesmo tempo, do possível entre impossibilidades, que se faz em gargalos de estrangulamento. Os intercessores criam de linhas de fuga, saídas, abre palavras, racha coisas, libera vetores.

afirmação da humanização como conceito-experiência, na medida em que, indissociavelmente, buscava descrever, intervir e produzir novas realidades no campo das práticas da saúde pública.

Ainda na lógica da primeira vertente narrativa, Pedroso e Vieira (2009) destacam a importância do princípio de transversalidade para a efetivação do princípio-tarefa fundamental da PNH. Apontam que os princípios doutrinários do SUS, universalidade, equidade e integralidade, implicam na necessidade de mudanças das práticas no sentido da desfragmentação das ações e serviços por meio da conexão dos nós da rede. Tomando a saúde como bem de uso, compreendiam que a PNH se fazia uma política pública de “reencantamento do concreto”, diante do afastamento da humanização do movimento de mudança das práticas de saúde, o que exigiu uma re colocação do problema da humanização como questionamento da relação entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade.

O fortalecimento do SUS que dá certo exigiu o enfrentamento dos modos de produção de saúde vigentes, efeitos do ideário neocapitalista e da tradição degradada dominante na gestão pública brasileira, por meio da produção de novas utopias, de intervenção real nas práticas. Assim, a humanização tornada política, e, por isso, desde então, transversalizando toda a rede SUS, colocou em questão o modo de relação entre programas e setores e entre os seus diversos atores. Transversalizar como princípio da PNH traduziu-se como

[...] colocar os saberes e práticas de saúde no mesmo plano comunicacional, provocando a desestabilização das fronteiras dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, para produção de um plano comum. Não é, portanto, uma comunicação vertical que mantém e sustenta a separação de quem elabora daquele que executa, nem é tão-somente uma prática horizontal que se dá entre iguais (Pedroso; Vieira, 2009, p. 696).

Contudo, chamam a atenção para os riscos implicados ao se colocar em evidência as forças contra o SUS “[...] e sua história de constituição de um modelo não privatista dentro de uma sociedade hegemonicamente capitalista” (Pedroso; Vieira, 2009, p. 696), tendências privatizantes, corporativismos que tomam a saúde como bem de consumo e não como bem comum. Foi preciso não cair em simplismos culpabilizantes e em seus efeitos de desresponsabilização, por um lado, e na idealização que afastava, aqueles implicados com o movimento, do entendimento de que o SUS se faz como processo de construção constante e do sentido coletivo desse modo de fazer saúde, por outro.

Para uma mudança de concepção de modelo de gestão com lógica, há muito sedimentada, é necessário compromisso institucional, individual e coletivo - um desfazer; um desacomodar; um enfrentar desafios; um misturar de saberes para produção de novas tecnologias; um transversalizar de ações - no sentido de criar alternativas, num esforço permanente de co-gestão e corresponsabilidade para

alcançar resultados cada vez melhores para o Sistema de Saúde como um todo. (Pedroso; Vieira, 2009, p. 696).

Para tanto, foi preciso um reposicionamento de gestores e trabalhadores, ainda que se mantivessem a especificidade de tarefas e enfrentamentos devido às disputas de poder. A ênfase, então, precisou se dar, em detrimento de seus aspectos negativos, sobre o SUS que dá certo. O SUS é apartidário, público e não pertence a um governo específico e está, portanto, no limite da máquina de Estado, entre coletivos, redes sociais e o MS, seus programas e áreas.

A responsabilidade da humanização estava ligada às transformações do próprio trabalho como exercício da potência de criação e não como mera execução de tarefa prescrita. O entendimento sobre a humanização precisou se apartar de maniqueísmos encobridores da diferença que promoviam a manutenção de práticas autoritárias de gestão e atenção e isolamento. O princípio da transversalidade teria composto com esse cenário como “busca de novos sentidos de abertura e invenção de modos singulares de existência [...]” (Pedroso; Vieira, 2009, p. 698).

Como parte do paradigma rizomático do saber, tal princípio buscou promover uma multiplicidade de conexões com a inclusão dos diversos atores deste campo na construção de uma saúde em defesa da vida tomada em sua complexidade. Tal feito exigiu atenção à dimensão afetiva deste processo para produção de vinculação, do comum, de tecnologias relacionais inter e intragrupos. Foi preciso compreender o que impedia o trabalho conectivo, afetivo e transversal. A humanização, deste modo, dizia respeito à produção de “[...] novos homens em interação e coconstrutores para novas práticas de saúde [...]” (Pedroso; Vieira, 2009, p. 698) para que O SUS que dá certo emergisse de práticas transversalizadas de produção de saúde que criassem “[...] condições para o aparecimento de novas práticas subjetivas: corresponsáveis, protagonistas e autônomas.” (Pedroso; Vieira, 2009, p. 698).

Ao tratar sobre como o conceito de transversalidade compõe o ideário da PNH como princípio transversalizador, os autores colocam em evidência a posição contra-hegemônica em relação às práticas de controle vigente. Já num sentido contrário, dentro de uma lógica que coloca a PNH num movimento arriscado em vias de deslegitimação, Bernardes e Guareschi (2007) discutiram a relação entre a PNH e as formas de subjetivação no campo da saúde pública e consideram ter sido ela, concomitantemente, além de estratégia política diferenciadora, uma estratégia biopolítica. Para tal formulação, analisaram a cartilha “HumanizaSUS” com base no pensamento foucaultiano de tecnologias de controle, tecnologias epistemológicas e tecnologias de si.

Situam o HumanizaSUS como política que em meio às discussões da saúde como direito buscou “modificar o modo de compreensão dos princípios que norteiam a concepção de saúde estabelecida constitucionalmente como uma questão plural” (Bernardes; Guareschi, 2007, p. 463). A humanização é tomada no texto como objeto-conceito que, na formação de sujeitos, produziu regras discursivas para o coletivo de um campo enunciativo. Esta seria a objetivação das práticas discursivas produzidas pelo SUS, presença em rede no estreitamento da vida com a saúde.

O SUS no movimento de conformação do conceito de saúde, na formação de objetos para esse campo, por meio de seus princípios doutrinários e organizativos, igualou saúde à condição de vida, concepção resultante de processo de lutas por imposição de sentidos. A humanização, por seu turno, entra, enquanto objeto-conceito<sup>50</sup>, como prática discursiva que tem em vista produção de subjetividades.

A humanização tomada como condição de existência, teria, então, produzindo sujeitos-forma ao revés da concepção tradicional de sujeito-substância<sup>51</sup>, resultantes de práticas sociais. “Essas práticas sociais produzem os modos como as pessoas vivem, se relacionam consigo mesmas e com o mundo, ou seja, forjam formas de viver, forjam sujeitos-forma.” (Bernardes; Guareschi, 2007, p. 465). Assim, na constituição de uma ontologia do presente, como tecnologia de vida, a política teria concebido verdades provisórias.

Com base no pensamento foucaultiano, entendem que a formação do saber de si se dá na relação entre os jogos de verdade e as tecnologias políticas, formas de governo de si e do outro. Com isso, as enunciações e visibilidades humanizadoras na contemporaneidade teriam proposto diferentes enunciados e modos de subjetivação, naturalizações de processos políticos, palavras e coisas que precisavam ser rachadas. Para as autoras, o exercício de problematização das formas de subjetivação no contemporâneo implica numa discussão sobre ética tal como propôs Foucault, visto que as tecnologias de vida, operações sobre modos de viver, colocam em relação à constituição do sujeito e os jogos de poder e de verdade.

Para as autoras, as tecnologias de vida ao produzirem sujeitos, tomam o corpo e a vida como objeto tecno-científico. Os mecanismos criados para tentar dar conta da finitude – o que

---

<sup>50</sup> As autoras utilizam a noção de objeto-conceito, com base em Foucault, para sustentar a ideia de que a formação de objetos e conceitos, as regras que são próprias as práticas discursivas, se constituem no próprio discurso que se impõe, como uma espécie de anonimato uniforme, aos que buscam falar de um campo discursivo. Desse modo, os objetos-conceito, não estariam atrelados a um sujeito cognoscente ou psicológico.

<sup>51</sup> A ideia de sujeito-substância está relacionada à crítica deleuziana ao pensamento filosófico tradicional que toma o homem como essência. Assim, o ser humano passa a ser pensado como efeito de práticas sociais, como efeito de produções que forjam modos de viver e de se relacionar consigo e com o mundo, portanto, produção de sujeitos-forma.

tornou o humano objeto de conhecimento – produziu no campo da saúde a necessidade de humanização dos seus sistemas, o que acabou por colocar a humanização na esteira de discussões como mais um dos princípios do SUS.

É possível observar, ao longo das discussões sobre o tema, uma problemática que diz respeito a um certo esforço de localização da PNH dentro do arcabouço doutrinário e organizativo do SUS. Ora a humanização encontra-se associada – não diferenciada – ao Princípio da Integralidade (Mattos, 2009), ora é tomada ela mesma como princípio do SUS. Aqui as autoras, ao tomarem a humanização como princípio, acabam por contrariar o alerta feito anteriormente por Benevides e Passos (2005b), que no intento de fazer dela uma política pública, comum e concreta, buscam diferenciá-la de uma política de Estado ampla, genérica e abstrata.

Numa genealogia da humanização, os autores buscam localizar a PNH no interior dessa história. Inicialmente, a Humanização, como estratégia política encontrou, no século XVIII, a Razão como vetor da subjetivação legitimado pelo discurso psicológico/psiquiátrico, antítese da loucura. O homem colocado no centro do mundo, com a morte de Deus, passa a produtor de conhecimento e a liberdade encontra-se atrelada às tecnologias de conhecimento baseadas na racionalidade cartesiana, na objetivação do sujeito da razão. “A humanização, nesse momento, diz respeito ao sujeito da razão. A humanização do sujeito que conhece a si mesmo por meio do pensamento tem, como regras de existência, a racionalidade cartesiana.” (Bernardes; Guareschi, 2007, p. 466).

Na passagem do século XIX para o XX, uma modulação no campo científico que separou as ciências naturais das ciências do espírito instaurou o controle sobre o que humaniza o sujeito cartesiano, o que dá acesso à verdade da vida por meio do clamor pela neutralidade científica. “A humanização passa a ocupar um lugar de domínio dos sentimentos, emoções e intuições que impedem o exercício da razão. O humano tem que deixar de ser o centro do universo, ao passo que a razão e o método passam a ser os ideais para o progresso da humanidade.” (Bernardes; Guareschi, 2007, p. 467).

Tal processo é incrementado no campo social com as novas problemáticas decorrentes do processo de urbanização, epidemias, endemias e desorganização social. Novas formas de governo se impõem com as estratégias do biopoder, a disciplina e a biopolítica, que passam a investir no controle dos modos de viver. Esta humanização – revés das propostas do HumanizaSUS e por esta amplamente criticada – com isso, passa a conformar tanto a forma-homem que coloca o homem-razão como centro do mundo, quanto o que deve ser governado no homem, atributos que obstaculizam o progresso da humanidade.



Com isso, a vida e a saúde acabam por se constituir como objetos políticos, submetidos a estratégias de governo por meio de políticas públicas, biopolíticas pautadas numa gestão que relaciona ciência e economia. Nesse jogo político, campos de saber objetivam modos de ser pautados numa humanização sustentada no objetivo de progresso social que, na relação com o capital, produz o empobrecimento da população e amplia a necessidade de controles, portanto, de políticas públicas.

Contudo, com a entrada de campos distintos, movimentos sociais e de redemocratização, nas políticas públicas, outras formas de governo passaram a se contrapor às formas hegemônicas. As autoras situam a Conferência de Alma-Ata, na qual as discussões sobre cuidados primários buscavam dar conta da população excluída do setor privado, como evento que deu condições de possibilidade de emergência do movimento sanitarista que culminou na RSB que, no enfrentamento das políticas de saúde capitalizadas, pensou na constituição de uma rede pública pautada na atenção primária e na participação comunitária.

Estes movimentos teriam permitido outras formas de objetivação da humanização pautadas na saúde coletiva, não mais centralizada na razão e no progresso em aliança com o capital privado. Criava-se, com isso, um tensionamento entre o campo tecnocientífico e a reforma sanitária que ampliava o conceito de saúde. “A humanização começa a ser tecida nesse solo que articula relações entre ciência e necessidades de sobrevivência da população. A humanização começa a engendrar-se sobre as noções de coletivo, de comunidade e de redemocratização, e não mais sobre a razão.” (Bernardes; Guareschi, 2007, p. 468).

Este movimento que passa a tomar indivíduo como coletivo provoca deslocamento de uma base mercadológica para bases coletivas, da lógica homogeneizante da população para a heterogeneidade da lógica comunitária. A comunidade então passa a ser alvo dos mecanismos de controle, objetos de governo que enquanto invenções que caducam exigem estratégias momentâneas.

Assim, o conceito de saúde ao se deslocar da ausência de doenças para condições de acesso, às possibilidades de vida permite a emergência de um discurso de humanização atravessado por biopolíticas e pelo coletivo na forma-Comunidade.

A humanização como estratégia política investe na diferença, na heterogeneidade no campo da saúde e atua sobre processos de subjetivação, mas é também uma biopolítica, portanto, dita regras e estabelece controles. Contudo, considerando que o que importa é o que ela produziu, as suas estratégias de controle se impõem, sobretudo, sobre o sistema de saúde, seus modos de relacionamento e relações entre os diversos atores do campo. Desta forma, ao

sustentar-se nas regras do SUS, se colocou como efeito de seus discursos e, concomitantemente, desdobra-o produzindo outros objetos, discursos, conceitos e sujeitos.

A humanização, desta maneira, se fez política por estabelecer diretrizes transversais que atravessam todas as instâncias e ações em saúde. Para as autoras – ao invés de concebê-la, justamente, como intervenção clínico-política para desconstrução das tecnologias vigentes de controle e assujeitamento, ao abrir brechas para a produção da diferença, de singularidades – as suas técnicas teriam se baseado em três formas de tecnologia: de controle, epistemológica e de si. Assim, as autoras seguem uma análise crítica da política através da análise de sua cartilha. De saída, entendem que de acordo com o princípio de inseparabilidade da produção de saúde e de subjetividade, para a sua efetividade, foi preciso conformar sujeitos produzidos em três instâncias de ações: profissionais de saúde, usuários e cidadãos<sup>52</sup>.

Considerando que a proposta da política foi a de operar um corte revolucionário libertando o desejo, sempre constitutivo de um campo social, das amarras da máquina capitalista civilizada que opera uma violenta descodificação e desterritorialização dos fluxos e monta um aparelho repressivo com grande poder de sujeição; considerando, com isso, que foi pela via do desejo que se buscou fazer tal revolução no campo da saúde, e não por dever ou por meio de controles, que as autoras, contrariando os valores que sustentam a política – embora possamos considerar que os usos feitos de seus dispositivos pudessem de fato desvirtuá-los – inusitadamente propuseram o contrário. Para elas, as tecnologias de controle que tecem as relações entre tais instâncias teriam ocorrido de modo impositivo em torno de direitos e deveres relacionados à saúde mediante as diretrizes da co-gestão e co-responsabilidade.

Assim, o usuário, não mais paciente, passaria à condição de sujeito ativo, protagonista. O controle da própria política por meio de acompanhamento e avaliação, seja de indicadores da PNH ou dos processos de avaliação do MS, produziram um modelo de atenção e o sujeito desse modelo. A própria reversão da noção de saúde, através da educação permanente, teria ocorrido, não por controle centralizado, estatal, mas por núcleos de controle, formas de controle transversais, visto que a implantação, a institucionalização da Humanização, enquanto política estatal, teria se dado de forma verticalizada como dever da rede de saúde.

Em sua forma epistemológica<sup>53</sup>, a Humanização teria promovido agenciamento epistemológico do sujeito consigo mesmo, implicava, portanto, num conhecer a si mesmo para

---

<sup>52</sup>Destacam que essa configuração modula ao longo do material, quando são descritos os seus princípios norteadores, para gestores-trabalhadores-usuários.

<sup>53</sup> Para Bernardes e Guareschi (2007) A Política Nacional de Humanização teria sido “[...] tanto um atributo substantivo, no que diz respeito às formas de qualificação dos sistemas de saúde, como capacitações,

dar passagem à mudança necessária de cultura na atenção e gestão. O que se deu por meio de tecnologias de transformação. O “eu” protagonista, agora participativo, conhecerá a si e falará de si numa relação transversal entre pares. Tal processo de constituição de sujeitos-protagonistas, segundo as autoras, operou com uma racionalidade herdeira da modernidade, visto que o imperativo da transformação de si se daria por meio de mudanças de pensamentos e de afetos.

Como tecnologia de si, a Humanização teria forjado formas de cuidado de si. O sujeito considerado vivo, ativo, produtivo e responsável, ator-protagonista se tornaria responsável pelo cuidado de si e, enquanto cidadão, seja ele gestor, trabalhador ou usuário, sujeito de direitos, ficaria incumbido do dever de produzir saúde, em toda a sua amplitude política e como inclusão social, e defender a vida. Contudo, tais diretivas que conformam comunidades e marca corpos se deu como um conjunto de regras, visto ter sido a PNH princípio normatizador nos sistemas de saúde, concomitantemente, agenciador de saúde e de controle.

A Humanização, então, como princípio ético e regulador deveria promover o exercício de reflexão sobre suas próprias normas de produção e apropriação da vida, considerando que estas ao espriar-se pelo tecido social, ao institucionalizar-se, naturaliza formas de subjetivação e tecnologias de poder. Assim, a ética como analisador da política tem por função problematizá-la assim que se torna norma, biopolítica, formas de controle sobre o viver e o trabalhar na saúde.

Talvez possamos propor um desvio nessa formulação que coloca a humanização na esteira das práticas de controle no âmbito da saúde ao diferenciarmos uma perspectiva intercessora de uma perspectiva de controle, seja disciplinar ou biopolítica. Por meio de seus dispositivos-agentes-práticas intercessoras, a política propunha acompanhar os movimentos coletivos do desejo, sinalizando as naturalizações que endurecem linhas e territórios, servindo de passagem, para que devires pudesse se expressar (Barros, 2009). Com isso, a direção era produzir fissuras, aberturas para modos ativos e criativos de vida, não incrementar mecanismos de individualização-massificação, mas abrir caminhos possíveis em meio às impossibilidades que nos cristalizam (Deleuze, 2013).

Caminhando para um extremo mais hard no degradê das críticas em relação à Política, mas ainda de modo ameno, Sá (2009) colocou em discussão os desafios para a produção do cuidado em saúde considerando os processos intersubjetivos e inconscientes do trabalho nesse campo a partir dos referenciais da psicossociologia, teoria psicanalítica e psicodinâmica do trabalho. A autora apresentou como questão a efetividade de propostas prescritivo-normativas

---

treinamentos e modificação na forma de atenção à saúde, quanto uma questão epistemológica, envolvida na produção de conhecimento sobre as formas, cuidados e atenção à vida.” (p. 464).

que não problematizavam o contexto social e político-institucional e que levavam em conta apenas movimentos voluntários conscientes. Assim, colocou em foco como limitações ao trabalho em saúde e sua qualidade, para além dos habitualmente considerados – a precariedade de condições tecnológicas, materiais, de pessoal, o modelo biomédico e assistencial gerencialista dominante – os padrões de sociabilidade, os modos de subjetivação na sociedade contemporânea.

Considerando que teria havido avanços conceituais e práticos, por parte do MS, em relação ao PNHAH, visto que a transversalidade deu capilaridade à PNH, atribui os avanços ao deslocamento do eixo norteador das ações. Da “ampliação do processo comunicacional”, de base gadameriana, para a “produção de sujeitos autônomos” na política, com base na socioanálise, análise institucional francesa e na filosofia da diferença, a PNH, no entendimento da autora, teria produzido intervenções micropolíticas, considerando o peso dos poderes cotidianos, “instituídos” como limites para o exercício de uma comunicação idealizada como transparente e simétrica.

Por outro lado, considerava que a política ainda enfrentaria alguns desafios. Destacou como nó crítico do problema a inadequação do uso do termo “humanização” que acabavam associado às crenças cristãs sobre uma bondade inerente ao ser humano, o que permitia o risco da produção de equívocos nas estratégias de intervenção. Para ela, seria preciso problematizar a natureza sociológica e “psicanalítica” – ambivalência do sujeito e oscilação entre os pólos narcísico e alteritário – que impossibilitavam tal ideal de comunicação. Enfatiza como desafios às iniciativas de humanização, os padrões de sociabilidade e de subjetivação de nossa sociedade.

Com base em Birman, a autora remete às propostas de cooperação e humanização do cuidado em saúde à ética da fraternidade, o que implicaria em um reconhecimento da não autossuficiência do sujeito e uma disposição para se abrir ao outro. Lembra que a fraternidade enquanto produção e manifestação do laço social emergiu na sociedade moderna em contraposição aos modos altamente hierarquizados das sociedades pré-modernas. Contudo, nessa mesma sociedade, na “sociedade do espetáculo”, na “cultura do narcisismo”, paradoxalmente, se produz uma formação ilusória da autossuficiência, contrapartida imaginária do humanismo que alça o homem ao centro do mundo, como característica do modo de subjetivação contemporânea. Essa oscilação entre o pólo narcísico e alteritário, na pós-modernidade, teria sido incrementada pela economia do desamparo o que colocou em cheque o projeto de fraternidade, agora sem lugar, visto como um sonho distante.

A autora destaca que essas questões contemporâneas foram abordadas por diversos estudiosos e destaca, entre essas abordagens a que fala de uma passagem gradual de um *êthos* centrado no público para um culto do privado e do indivíduo, com a desqualificação da política como meio para gestão do bem comum. Nesta “reviravolta imaginária”, política e Estado, são colocados em posição acessória numa “cultura cínico-narcisista” não restrita às elites, que, diante dos refrões “não tem jeito”, “nada mais se deve esperar”, impossibilita o pensamento a médio e longo prazo e a preocupação com o outro. Além disso, chama a atenção para o processo de alheamento em relação ao outro, modelo de subjetivação das elites brasileiras, promotor de uma desqualificação do outro, pobres e miseráveis, como sujeito moral.

Nesse contexto, Sá (2009) entende que propostas como as da humanização passavam pela coragem de afirmar a radicalidade do que está implicado na concepção de humano concebida para além do bem e do mal e de sustentar utopias como saída para os problemas da sociedade contemporânea. O que teria exigido também sabedoria para não se deixar levar pelas armadilhas da “cegueira voluntarista onipotente” e de construir, no cotidiano, aproximações com os projetos utópicos.

Para ela, outras problemáticas estão associadas às especificidades do trabalho em saúde, apesar de compreender que a organização da estrutura assistencial e das práticas em saúde sejam resultantes de processos históricos-sociais com múltiplas determinações. Entre essas, destaca o caráter relacional/intersubjetivo e de intervenção de um sujeito sobre o outro que dá condições tanto para espaços de cuidado, solidários e cooperativos, quanto para o descuido. Chama a atenção para o fato de o cuidado ser atravessado por fenômenos de base biológica e por processos subjetivos, incidindo, portanto, sobre uma “totalidade singular” cujo ato, por se dar no encontro, é sempre único.

Pontua que é preciso levar em conta as consequências do caráter intersubjetivo na sua relação com as variações dos contextos histórico-sociais, como o caráter técnico-científico e as representações e valores. O fato destes serem indissociáveis e de, portanto, haver uma demanda importante de trabalho psíquico, resulta num maior escape às estratégias de controle gerencial pela dimensão relacional. Desse modo, lembra que este caráter não só produz efeitos no cuidado como sofre os impactos das condições materiais e do contexto organizacional e social.

Diante do reconhecimento da centralidade da dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde, visto que esta se dá em parte de modo inconsciente, considera que seria preciso ter humildade em relação às possibilidades de mudança das práticas de saúde, já que este fato não isentava àqueles implicados com a qualidade do SUS da responsabilidade pelas consequências em relação ao que se produz e de, portanto, propor mudanças. Em relação a essas

transformações, entende que uma dupla tarefa estava colocada: a de lidar com os processos intersubjetivos/Ics e a de fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho que permitissem acesso aos processos subjetivos.

Agora, de fato, chegamos ao ponto extremo das críticas que reduzem a potência ou mesmo despotencializam – e que, nesse sentido spinozano, chamamos de negativas – apresentadas em relação às políticas que têm como base princípios e ferramentas da Análise Institucional. Embora não trate especificamente da PNH – e destacamos aqui os poucos textos que apresentam alguma controvérsia direta em relação a ela, o que já se apresenta, per si, como controverso diante de seu caráter dialógico e da proposta de abertura do grau de transversalidade comunicacional – Mendonça Filho (2012) já esboça em “Adeus a política” uma descrença na positividade do “Estado” e propõe uma reflexão no modo como os valores de resistência podem ser torcidos ao ponto de se transformarem em valores de dominação, a política reduzida à função de polícia. Deste modo, chama a atenção para a conversão dos operadores de dispositivos institucionais em operadores de dispositivos de controle social, de biopolíticas.

O autor leva a sua descrença ao nível máximo dando adeus à política, buscando pensar para além e para aquém desta. Entende que os movimentos daqueles que buscaram produzir políticas públicas fazendo alguma resistência ao estado policalesco aliando práticas institucionalistas com as práticas de governo, sob o pretexto de aperfeiçoamento da democracia, não lograram êxito em não exercer uma função de controle da vida e das relações. Estes teriam se tornado uma face menos visível da judicialização ou do excesso legalista estatal, “[...] a forma jurídica condicionando os modos de subjetivação.” (Mendonça Filho, 2012, p. 117). Esta institucionalização das práticas de resistência, que o mesmo entende como cooptação e incorporação de máximas e bandeiras dos movimentos de resistência à ditadura militar, tal como a Reforma Sanitária, acabaram por gerar pseudodiscussões.

[...] indícios da adequação e eficiência política da lógica capitalística na moldagem tática da atualização dos modos de dominação. Separar o questionamento do regime do questionamento da natureza do Estado, permitindo que segmentos menos resistentes se adaptem à atualização capitalística em curso depois da virada da década de 80 [...] (Mendonça Filho, 2012, p. 115).

Num incremento de sua crítica àqueles que adentraram a máquina estatal para pôr em funcionamento tais políticas públicas, toma o uso da expressão militância, amplamente

utilizado em entrevistas realizadas em sua pesquisa de pós doc,<sup>54</sup>, das quais sabemos que, ao menos um representante da PNH participou, e a associa às práticas semicorporativistas que prescindiam de uma bandeira partidária, mas em nada teria fortalecido a multiplicidade do debate ao criar um sistema de rodízio de cargos e funções na maquinaria institucional com mais do mesmo.

Toma como emblemático, neste processo de “prescrições político-procedimentais”, de uma “militância de fachada”, o papel das políticas públicas na área da saúde. Da análise coletiva das implicações ao que chamou de franco engajamento remunerado que remonta, às avessas, os chamados para “tomar partido” dos tempos de resistência à ditadura, coloca em questão a análise de implicação dos peritos especialistas, “práticas de funcionalismo público”, engajados em processos coletivos que fazem uso dos conceito-ferramentas da AI para um suposto aperfeiçoamento de nossa democracia.

Tais considerações se mostram amparadas em ideias produzidas anos antes no texto “Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público?” (Monteiro; Coimbra; Mendonça Filho, 2006) que trabalha com a concepção de Estado Democrático de Direito no Brasil como mito. Este toma as tentativas daqueles que chamou “operadores, diretos ou indiretos, das funções de Estado” como frustradas por estarem amparadas na lógica do poder representativo, não levando em consideração os novos modos de dominação, já denunciados por Foucault em Vigiar e Punir, a ditadura de mercado, expressão da dispersão das forças auto-produtivas ou de produção de subjetividade.

Embora não descarte os avanços que se obteve com as diversas reformas no período ditatorial, quando se lutava “ingenuamente” contra um poder centralizado, pensando ainda haver aí uma certa positividade do Estado, centrado no aspecto mais geral desta máquina, na sua função e não em seus aspectos micro, em suas propriedades, conclui que todas essas ações resultaram em “ilusões Re”

[...] a ideia de que um lugar de poder instituído, como o aparelho de Estado, funciona segundo certas lógicas, e que “ocupá-lo” é, na maior parte das vezes, servi-lo na condição de operador de seus dispositivos e, nesta condição, o operador não muda a máquina, ele a faz funcionar. Experimentando a impossibilidade de transformar o funcionamento das máquinas estatais capitalísticas, mantém-se a crença na possibilidade de reformas através de intervenções nas formulações e implementações de políticas públicas vinculadas ao Estado. (Monteiro; Coimbra; Mendonça Filho, 2006, p. 11).

---

<sup>54</sup> Nesta pesquisa, Mendonça Filho (2012) busca pensar, a partir de exemplos concretos de processos de institucionalização de práticas profissionais em psicologia reconhecidas como Análise Institucional, as questões do “Estado” e da “Política”.

Embora, neste período, ainda acenasse para as novas experiências inauguradas nas lutas pelas liberdades democráticas, “forças coletivas acenando para novas formas de expressão” (Monteiro; Coimbra; Mendonça Filho, 2006, p. 11), sobretudo aquelas que foram se assentando sobre as experiências concretas, os modos micro de enfrentamento, promove certa divisão dessas forças entre internas e externas ao Estado. Contudo, creio que tal divisão pode nos relançar numa lógica estrutural já demonstrado pelo próprio autor, em relação à lógica do poder, como equivocada, um imbróglio. Que lugares são esses, dentro ou fora do Estado? Quem está dentro, quem está fora? De certo, há lugares-chave, privilegiados, mas não como característica fixada, mas pelos efeitos que produz. Chamamos aqui a atenção, amparada pela Política, nos seus efeitos de contração de grupalidade. A questão é: para a reprodução ou produção de quê? Sem dúvida, os tempos atuais, com os avanços das nossas redes de conexões globais, nos dá uma pista de que há riscos em qualquer desses ilusórios lugares e o que está em risco é a vida em sua multiplicidade. De fato, pensar ou repensar a relação Estado e Políticas Públicas, nesse sentido, está para além e aquém de coincidir público e Estado.

Fuganti (2009) ao apontar movimentos que colocam a PNH em vias de deslegitimação, já numa linha crítico-propositiva, chama a atenção para o risco de “mudanças de fachada” quando se lida com estas no campo da intenção, das mistificações da consciência. Ao abordar sobre as mudanças nas práticas de saúde propostas pela humanização do SUS a partir da biopolítica, produção de saúde e outro humanismo, destaca que o essencial são as transformações do trato com a vida humana. Um novo humanismo seria, portanto, para ele, um apelo arriscado por poder mascarar o destrato com as forças mais nobres da vida. Questiona, com isso, se um novo humanismo seria um modo de relacionar as forças do homem, afirmando os processos diferenciais, os modos ativos e criativos. Pois, para ele, seria urgente desconstruir modos compassivos de ser.

A universalidade dos valores e o cuidado como bem/valor universal seriam um complemento para a produção de tal modo de vida. Acredita ser esta uma arapuca e problematiza o que considera ser um apelo universalizante, os inquestionáveis valores universais do homem, àqueles aos quais se fala “em nome de”. Se não há neutralidade na linguagem, nem no pensamento, questiona: o que nos moveria na vontade de produzir cuidado?

Tece, ainda, críticas à noção de um poder inclusivo, visto que todo poder busca incluir, se ampliar. Incluir o que? Em que? Para quê? Quem? Como ficaria a autonomia? Coloca em xeque as próprias políticas de saúde, pois acredita que através delas não haveria ruptura com as velhas formas de poder, com os modos piedosos de ser. Desse modo, sob o pretexto de fazer bem para a vida em geral, para a sociedade, investe-se numa vida dependente, modo



enfraquecedor de se exercer o poder. Com um poder que pressupõe a impotência, o biopoder, investe-se numa vida reativa, não numa vida ativa, biopotência, na qual se produz uma transmutação do desejo, da saúde em ato.

O que estaria em questão em relação à diferença, para ele, é a sua afirmação, não a sua tolerância. Lembra que afirmar a diferença significa investir num modo potente de vida pautada numa autonomia ética, não moral, sob o risco de estarmos em posição de instrumento de expansão do biopoder, do poder normatizador. Acredita que se cuida melhor sem mediação autorizada, sem apelo aos juízes que apenas testemunham a desqualificação da produção de escolhas e afirmação da diferença.

Para o autor, o verdadeiro problema do homem é a cumplicidade com o que o captura, sendo, portanto, essencial que tal compadrio seja desconstruído. Desse modo, o problema da autonomia não passa pela doação, pela tutela, pela piedade, mas por modos ativos de sua afirmação. Este, para ele, é o único comum que não se confunde nem com o público, nem com o universal. Afirmer autonomia, desse modo, é afirmar o meio extremo de encontro de cada singularidade impessoal, de conquista da diferença.

Introduz o conceito de comando para diferir o exercício do poder do da potência<sup>55</sup>, pois acredita que este destituiria o ato de um valor universal produzido pela democracia moderna. Destaca que não se deve confundir a potência como possibilidade, porque ela é ato que abre o movimento intrínseco de diferenciação, processo imanente de singularização. Precisaríamos, portanto, criar gosto pelo comando de potência, não de poder. Sempre há comando, portanto, acontecimentos de afirmação da vida em seus movimentos de diferenciação que não precisam de licença de autoridade, uma afirmação imanente.

Propõe, então, que o universal fosse tomado, não como algo necessário, mas como efeito. E se desejamos a continuidade desse efeito, como o de políticas públicas que afirmem a vida, a questão passaria a ser a da produção de memória de futuro, não de passado. A “[...] condição de continuidade dos movimentos ou dos devires ativos autossustentáveis.” (Fuganti, 2009, p. 677) se daria por qualidades expressivas, não por formas representativas, mas por meio da criação de linhas, visto que as formas são efeito de uma linha de variação, efeito de

---

<sup>55</sup>O autor marca que o poder não deve ser dividido, mas pode e deve ser destituído, visto que “[...] é tudo aquilo que captura e determina a vida de fora, precisando rebaixá-la para ele próprio, como vida diminuída crescer.” (Fuganti, 2009, p. 674). A potência, por outro lado, “[...] cuja atualização é imanente ao meio comum e extremo de acontecimento no qual se efetua necessariamente, criaria as condições da própria existência e da realização das diferenças que atravessam seus devires constitutivos.” (Fuganti, 2009, p. 675).

semelhança e simulacro de identidade que criam a ilusão de existência em si. O essencial é que elas são sustentadas por diagrama de forças.

Numa proposta provocativa, diz preferir produção de singularidade, ao invés de produção de subjetividade, visto que esta última geralmente coincide com produção de assujeitamento do desejo, com a biopolítica. Entende que a produção de singularidade, enquanto biopotência, atualizaria a potência e não a forma e esta é condição de acontecimento. E investir nessa manutenção seria um sentido interessante para o uso das forças de conservação.

Por fim, enfatiza que o que interessa é a produção de aliados para uma vida intensa. Para a afirmação do singular, mais uma vez provoca, a via não seria o público como mediação do meio, mas o comum como imediato do meio. Entende que investir na vida é produzir maneiras intensivas de existir para que a vida possa se libertar do que a submete, inclusive da própria necessidade do SUS. Nesse sentido, alerta para o risco das práticas de saúde serem convertidas em práticas de amortecimento político, de despressurização da panela de pressão social, de abafamento dos movimentos políticos. Defende que a produção de saúde, da grande saúde, passa por alegrar-se pelo fortalecimento do outro e precisa atuar, portanto, nos modos de vida, afirmar a vida liberada do que a submete.

Em suas considerações Fuganti (2009) já sinalizava um possível sentido negativo que tomava os movimentos pela afirmação de modos ativos de vida e da diferença ao assumir-se como política institucionalizada, visto que, para ele, tais modos prescindem de mediação do Estado, de licença de autoridade. Os riscos de captura apontados pelo autor já haviam sido considerados e sentidos por aqueles que estavam intimamente ligados ao seu processo de implantação e implementação, conforme apontado nos textos anteriores.

Proponho aqui pensar tais riscos como uma questão com alcance maior e anterior à PNH, não restrita a ocupação de cargos no topo da hierarquia organizacional ou da inscrição transversal ou mesmo vertical em documentos públicos, ainda que potencializados por tais posições de poder. Creio ser esta uma questão a ser levada também para o âmbito dos trabalhadores da saúde, daqueles que ocupam cargos públicos, concursados ou não, comissionados ou não, mas que estão implicados com o exercício da potência, com afirmação da diferença e da vida intensiva. Pois estes já atuavam nesse sentido antes mesmo de atores se instalarem no MS e, mais ainda, foram convocados, mais do que outras forças políticas, em sua potência micropolítica, para fazer a manutenção desse processo com, sem institucionalidade ou mesmo após a perda desta, para fazer dela uma política pública.

O que coloco em questão é em que medida o embate poder-potência já não estava colocado desde o início do movimento de transformação das práticas – ou antes mesmo dele –

e durante o seu esfriamento. Creio, como trabalhadora da saúde, que esta continua sendo uma questão para aqueles que compõem de certo modo a máquina de Estado contra seus modos de controle e de assujeitamento. Contudo, o que parece ter modulado com a política, num sentido positivo, foi a capacidade de contração do coletivo e de contágio, capacidade paradoxalmente permitida justamente pela ocupação da máquina de Estado numa subversão de seu funcionamento<sup>56</sup>, possibilitando maior abertura na dureza no concreto do campo para intervenções outras. Acredito que tais questões não passem pela deslegitimação das estratégias arriscadas utilizadas, mas nos remetem aos lugares possíveis para essa luta e ao grau de potência desses.

Lancetti (2009), em um texto que dialoga com as ponderações de Fuganti (2009), ao reconhecer o paradoxo das práticas sanitárias, considera tal subversão no uso de dispositivos<sup>57</sup> já instaurados cuja função é questionável e da própria máquina de Estado. Assim, o autor, ao resgatar as experiências de catequização dos povos indígenas pelo padre José de Anchieta e da revolução psiquiátrica santista em 1989, nos remete ao paradoxo do conceito de humanização. Entende que estamos diante deste quando o que se está em questão é o debate de práticas de saúde no âmbito do governo, de Estado. As práticas sob o bojo da humanização tanto podem ser aliadas da reprodução da ordem social, da recuperação capitalista, quanto confrontá-las, aproximando-as das formas de comunismo espontâneo, geração de práticas e enunciações coletivas fundamentadas em relações de afeto.

Recorre ao conceito de trabalhadores afetivos de Negri e Hardt, que diferenciam os modos de atuação que se dão no sentido da manipulação de afetos dos que se dão no da produção de afetos, para introduzir o debate da biopolítica e da humanização. Entende que é preciso elevar à máxima potência a solidariedade, a tolerância e o *caritas*, intensificar os modos de coletivização para explodir as formas humanas e piedosas de cuidar.

[...] nas práticas de saúde, especialmente na saúde pública, somos obrigados, constantemente, a passar pelo meio, ou seja, pelo paradoxo da humanização como domesticação das pessoas e afirmação da vida com sua força de agregação e sua potência advinda de forças vitais pré-pessoais (Lancetti, 2009, p. 798).

---

<sup>56</sup> Deleuze e Guattari (2011a) difere o Urstaat, Estado originário despótico, dos Estados modernos capitalistas e socialistas. Ainda que como abstração a forma originária possa se concretizar nas formações ulteriores, diferente do primeiro, “Como máquina, o Estado já não determina um sistema social ao qual incorpora no jogo de suas funções... ele não deixa de ser artificial, mas devém concreto, ‘tende a concretização’ ao mesmo tempo em que se subordina às forças dominantes.” (p. 293).

<sup>57</sup> Foucault (1979) já havia nos alertado sobre a dupla gênese dos dispositivos: primeiro eles nascem em função de um objetivo estratégico e, em um segundo momento, haveria uma sobredeterminação funcional, pois ele excede o seu primeiro objetivo e este imprevisto possibilita novos usos.

Chama atenção para a importância da atenção básica nesse processo pelo seu aspecto territorial, pelo acesso privilegiado dos territórios existenciais, campo de batalha da Reforma Sanitária. Propõe, com isso, a reinvenção da polícia médica pelo Estado, não como medicalização da violência.

Aquilo que denominamos reinvenção da polícia médica é a intervenção do Estado no cuidado dos corpos, na intervenção nos territórios existenciais, produtores de subjetividade, ativando coletivos operantes, geradores de comunismo espontâneo e de invenção de vidas solidárias e criativas (Lancetti, 2009, p. 799).

Assim, desse lugar privilegiado no qual o poder se capilarizou, seria possível aliar alívio do sofrimento à ativação do comum. Contudo, seria preciso estar atento aos paradoxos das práticas sanitárias que se querem em defesa e afirmação da vida. Enfatiza que precisamos estar alertas à potência biopolítica implicada na produção de saúde.

Oliveira (et al., 2009), também em um viés propositivo, nos alertam sobre os riscos implicados na defesa de um modo de vida, sinalizando os possíveis efeitos de sua desmedida e indicando um modo militante que afirme tecnologias de potencialização dos sujeitos. Assim, a “militância do entre”, rede de proteção coletiva contra a formatação de subjetividades, propõe um deslocamento do objeto da saúde, objeto-sujeito para a relação-entre-sujeitos.

Ao abordarem sobre a questão da militância no campo da saúde nos dão algumas pistas sobre como, no contexto em que a PNH se encontra em evidência, as questões relativas ao princípio de inseparabilidade entre produção de subjetividade e de saúde se articulam a esta temática. Os mesmos iniciam apontando algumas problemáticas em relação às formas autoritárias de militância anteriores à década de 70 marcadas por imagens-referência do agir militante, cujas características falam da hegemonia de uma identidade e de relações de dominação que levaram a um centralismo de poder. Por fim, indicam movimentos de resistência que se dão posteriores a esse período e que marcaram novas formas de militância, a militância do entre.

Os mesmos distinguem quatro formas de centralismo de poder: o “bem comum” e suas representações; o procedimento como oferta de tecnologias de saúde; o usuário e as concepções sobre necessidades/demandas; e a proteção inadvertida da vida. Assim, chamam a atenção para a necessidade de problematização de tais centralismos produzidos e produtores de militância identitária a partir do referencial ético-político do SUS.

Em relação à primeira forma de centralismo, o “bem comum”, apontam que este, quando associado à noção de senso comum, acaba por provocar a reprodução da conformação atual e hegemônica de subjetividades, qual seja, produção capitalística do desejo. Propõem, então, em

contraposição a um comum *a priori*, a partir do conceito de comum proposto por Negri e Hardt, um “agir comum” como afirmação das múltiplas formas de vida a partir da convivência com a diferença onde importa mais “como se vive”. Assim a ética-militância/militância-ética fala de uma transitoriedade e não anulação das diferenças, abertura ao que se produz nos encontros, no entre das relações.

Ainda a partir da ideia de comum, trazem uma importante contribuição ao pontuarem o risco do cuidado homogeneizante, embutido no enunciado constitucional “a saúde como direito de todos e dever do estado”. Para eles, a direção na produção de subjetividade deve contemplar a construção de consensos com a inclusão de dissensos, tendo em vista a emergência das singularidades. Assim, visto que o SUS é uma política pública universal, deveria haver uma superação de tal ideal homogeneizante.

Em relação à segunda forma de centralismo que trata das tecnologias de saúde, os autores tecem críticas às abordagens procedimento-centradas baseadas na racionalidade gerencial hegemônica, mas não no sentido de desvalorizar o uso de procedimentos, mas de apontar como estes têm dificultado as produções subjetivas pautadas nos encontros ao se tentar antecipar os seus efeitos. “Ao considerar-se a produção de saúde como produção de subjetividades, revela-se, no cotidiano dos serviços, a necessidade de se explodir a rigidez inerente a qualquer padronização.” (Oliveira *et al.*, 2009, p. 526). Deste modo, propõem uma nova militância para o SUS baseada numa atitude de abertura ao encontro e que tenha como força motriz a inclusão do dissenso. Contrapõem, assim, ao centralismo dos procedimentos, o centralismo no usuário.

Quanto ao centralismo relacionado ao usuário, destaca-se a linha tênue que há entre a defesa dos interesses do usuário e o controle dos seus modos de vida. A proteção da “vida” como defesa intransigente coloca o militante numa posição arriscada de agente inadvertido de controle da mesma. Quais formas de viver ajudamos a extinguir? Quais modos de vida, como agentes da saúde pública, ajudamos a reproduzir? Se colocam então como questões centrais para se pensar novos modos de militância no SUS.

Além disso, a precariedade, como a forma mais difundida nas condições de trabalho na atualidade, também se impõe aos trabalhadores do SUS. Nesta lógica, o trabalhador tenta dar conta de uma grande quantidade de ações com recursos mínimos, o que, inclusive, entre outras coisas, dá notoriedade ao SUS como exemplo mundial de política pública de saúde. Portanto, é preciso problematizar, ainda, os modos de trabalho no SUS que se encontram submissos a ordem capitalística de produção de subjetividades.

Advertem, a partir de Foucault, sobre o lugar que a vida passa a ocupar como objeto das lutas políticas, o biopoder. Esse sistema de racionalização e controle baseado em tecnologias duras que tem como representante fundamental, a medicina, produziu não só esvaziamento, mas se interpôs como obstáculo, em relação à dimensão relacional do cuidado. Contudo, ainda assim, os conflitos não deixam de gerar ruído. Onde o corpo entra em relação, produzem-se linhas de fuga que se colocam como analisadores dos modos de produção que, tanto podem perpetuar tecnologias de controle, quanto novas tecnologias de potencialização do sujeito. Nesta última, para estes, deveriam se pautar as ações de uma nova militância. Assim, a conjunção do biológico com a potência agenciadora dos afetos coloca-se como saída legítima para uma clínica que atua nos processos de subjetivação. Uma nova noção de homem, de humano, passa pela produção de vida produtora de normas e não assujeitada às já existentes, portanto, pela incitação de produção de novos territórios existenciais.

O SUS como política pública com um projeto libertário deve, através de uma clínica que se quer como rede de conversações, como ato cotidiano de afirmação democrática, enfrentar a proposta neoliberal identitária e centralista. Logo, deve lidar com a captura subjetiva produzida pelas estruturas de poder moderno que nos impõe um duplo constrangimento, a individualização e a totalização, a dominação e a exploração.

A militância do entre seria, então, uma aposta no encontro, na relação, na conexão, na construção de um plano de relações para além do que é denominado produção de saúde. “Nesse entendimento, os saberes constituídos, as técnicas, as experiências, os conceitos, as crenças, as incertezas, o não-saber, enquanto forças-ferramentas, podem se misturar constituindo máquinas disparadoras de produção de subjetividades.” (Oliveira *et al.*, 2009, p. 528).

Trata-se, portanto, de uma rede de produção coletiva. Uma produção coletiva de vida que se daria através do mapeamento dos movimentos de criação dos encontros para que se pudesse agir na dimensão política desses. Fugindo, assim, da formatação de subjetividade ao promover abertura para emergência de um trabalho pautado na subjetividade. Deste modo, mais do que consciência crítica, é preciso afirmar a abertura para a incerteza, para a diferença, para o dissenso, tomando os consensos como transitórios e mutantes. O que coloca aqueles imbuídos de tal causa, em posição de pôr-se em risco diante da não primazia do *a priori* para produzir deslocamento do objeto da saúde do objeto-sujeito para a relação-entre-sujeitos.

### 3.1.1 No plano da clínica

Outros textos, ainda, nessa mesma linha legitimadoras-propositivas, que tratam do princípio que estabelece a coextensividade entre produção de saúde e de subjetividade marcam determinado modo de luta pela transformação das práticas aplicado às questões mais concretas do campo. Podemos dizer que estes escritos com características mais clínicas nos dão a dimensão do grau de capilarização da política e de seus efeitos no concreto, na vida de usuários e trabalhadores do SUS. Estes ainda retomam e acrescentam às discussões que acompanhamos em capítulo anterior sobre o modo como se lida na clínica, marcando as sutilezas que distinguem a integralidade da humanização, com o corpo e a subjetividade, mais especificamente, com o sofrimento<sup>58</sup>. Além disso, já nos apontam algumas pistas a respeito do trabalho do apoiador, seus riscos e suas potências, tema que nos é caro e sobre o qual trataremos mais enfaticamente à frente.

Neves e Massaro (2009), numa passagem da discussão do plano centralmente político, ou macropolítico, para o da clínica, nos apresenta o campo problemático que se coloca para uma política que busca produzir um outro humanismo nas práticas de produção de saúde. É, portanto, para os autores, diante de funcionamento paradoxal de uma biopolítica contemporânea que foi preciso pensar modos de interferir na produção da existência. Para eles, a produção de uma política pública de humanização do SUS se fez no fio da navalha, no tensionamento entre práticas que reafirmavam o funcionamento do biopoder. Isto teria ocorrido, tanto em seus aspectos biológicos, quanto, sobretudo, em relação aos modos de produção de subjetividade e a incontrolável potência desejante da vida, as forças coletivas do desejo, linhas de escape, da resistência.

Entendem que o biopoder, como estratégia da máquina axiomática do capital e como aperfeiçoamento da tecnologia disciplinar, faz uso dos processos moleculares, promovendo uma maior capilarização do controle, conjugando subjetividades de modo a convertê-las, até mesmo, em seus movimentos singulares, em mercadorias. Este passa a abarcar não só os corpos em sua individualidade, mas a massa, a população, exercendo sobre esta não mais o poder do soberano de fazer morrer e deixar viver, mas o poder regulamentador, tal como conclui Foucault (1999), de fazer viver e deixar morrer. No interior do biopoder, acompanhando o pensamento

---

<sup>58</sup> Discussões disparadas pelo texto de Mattos (2009), ao abordar sobre o Princípio da Integralidade e sobre a Humanização, quando o mesmo inclui o analisador sofrimento para abordar possíveis intervenções no campo da saúde. Importante lembrar que o texto de Mattos (2009) fez parte da seção debate da Revista Interface de 2009 que teve como tema a Humanização.

de Pelbart, a medicina se coloca como estratégia biopolítica e é no corpo que se inicia o controle nas sociedades capitalistas, visto que o que passa a entrar nos cálculos explícitos do poder e do saber é a vida e seus mecanismos. E, neste jogo, o poder e o saber, se apropriando destes, num empreendimento ontológico, se tornam eles próprios agentes de transformação da vida.

Ceccim e Merhy (2009) ao tomarem a humanização como estratégia para melhorar a qualidade da resposta assistencial e gerencial do SUS, tratam da humanização do corpo na saúde através da confrontação deste com as suas reificações na clínica. Estas estariam ligadas à soberania dos sistemas profissionais sobre as práticas, a disciplinarização legitimadora das condutas diagnóstico-prescritivas e da produção de mecanismos que estancam a produção de singularidade em nome da longevidade da vida. Contudo, “um trabalho vivo, em ato, faria oposição aos modelos assistenciais impostos ou impositivos, pois, na prática do atender, se presentificaria – resistiria – uma ordem do encontro e as condições da interação, não apenas uma ordem profissional e as condições de trabalho.” (Ceccim; Merhy, 2009, p. 533).

Ao revés de uma clínica voltada para a ausência de sintomas, a clínica do silêncio dos órgãos, onde estes estariam sob controle, a proposta era a de uma clínica da produção de encontros, das sensações afirmativas do viver. Assim, ao considerarem a clínica como ato de encontro, de ressingularização por alteridade, entendem que esta precisaria não só dos órgãos mas, também, de um “corpo sem órgãos”<sup>59</sup>.

Apontam, os autores, para o risco de totalização que o desafio da desfragmentação impõe à estratégia HumanizaSUS. Lembram-nos, ainda, do efeito fragmentador, alvo dos críticos acadêmicos, que os movimentos que apostaram em ações programáticas acabaram por produzir. Para eles, em contraposição a aposta da estratégia da PNHAH em redes de comunicações-coordenadas que prescindia da noção de sistemas de saúde e apostava na dimensão local/individualizante, o maior desafio, desde 2003, para a PNH foi o de armar “redes de guarida”, redes de encontro, de potências, rede de interferências-em-interação.

Assim, tais iniciativas da PNH – maneiras “em rede”, desinstitucionalizadoras dos ordenamentos profissionais e do trabalho que apostariam em uma outra educação, em uma ousada responsividade às necessidades de saúde. Estas seriam substitutivas às modalidades hegemônicas que tomam o outro como caso a ser enfrentado com tecnologias duras e leve-

---

<sup>59</sup> Com Deleuze e Guattari (2011a), acompanhamos a construção do conceito de corpo sem órgãos como aquele que difere do resultante de um modo de produção que organiza um corpo, que constrói um corpo como organismo e que o faz sofrer por não ter outra organização ou organização nenhuma. O corpo sem órgãos, portanto, “[...] nada tem a ver com o corpo próprio ou com a imagem do corpo.” (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 20), é o improdutivo, o estéril, o inengendrado, o inconsumível que “[...] serve de superfície de registro de todo o processo de produção do desejo[...].” (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 24).



duras, pautadas em ações profissional-centradas, nas quais o profissional é o único detentor do saber-poder. Destacam o uso de apoiadores como estratégia do HumanizaSUS.

Nessas apostas, duplos encontros – trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários – exigem, das formulações do HumanizaSUS, processos de condução que levem a momentos de intensa singularização e quase nada de particularização, ou seja, não basta que apoiadores cheguem a esses encontros armados com ferramentas para neles atuarem, tomando o outro como um caso a ser enfrentado e já conhecido **a priori**, instalando as práticas **humanizadas**. Há que se colocar as ferramentas do agir do apoiador a serviço de encontros-acontecimento. Esse desafio implica não só colocar em análise, a todo tempo, o modo de se construírem os encontros, mas centralmente de tornar visíveis os atos cuidadores e os agires pedagógicos que esses encontros contêm (Ceccim; Merhy, 2009, p. 534).

Ao diferir singular (criação) de particular (requalificação), alertavam para a prudência necessária para não se verter “práticas em ato” em “equivalentes gerais de interpretação”, já que a adjetivação de práticas poderia levar a construção de totalização de sentidos à humanização. A implicação fundamental das tecnologias singularizadoras como encontros-agenciamentos é a de que as armas devem estar a serviço dos movimentos em ato. O enfrentamento, portanto, das tensões/paradoxos encontram-se na surpresa das interferências-em-interação.

Em um contexto de preponderância dos fenômenos da medicalização que produzem um perfil de prestação das práticas de atenção em forma de diagnóstico, prescrição e condutas coletivas, os autores lançam algumas pontuações necessárias sobre o que está implicado no plano de humanização. Consideram que a atualização dos processos intensivos do viver, envolve uma produção de atenção que, nos furos das capturas das abordagens generalizadas, nas capilaridades das relações cotidianas, demandam uma certa capacidade de acolhimento do outro como acolhimento em alteridade, que se dá no encontro.

Para tanto, propõem duas aproximações deste plano. A primeira diz respeito à noção de encontro como de ordem micropolítica. Esta abertura aos encontros os coloca sob a alteridade de intercessores, sob distintas possibilidades de subjetivação e nos permitiria ir de processos biopolíticos aos processos de biopotência, de serializações às singularizações. Estes encontros, portanto, seriam intensamente pedagógicos, um universo de processos educativos em ato, devido às diversas trocas entre domínios de saberes-fazer. Na segunda aproximação, por outro lado, as interações, são vividas apenas como paradoxo<sup>60</sup> entre estratégias de resistência e criação num mundo com práticas hegemonicamente despontencializadoras.

---

<sup>60</sup> A segunda aproximação, ao utilizar o termo paradoxo parece aproximar as interações de vivências conflitivas que não vislumbram abertura para encontros que possam fazer a passagem dos processos biopolíticos para os de biopotência.

Por fim, diante das condições de rede que, segundo eles, convergiam para a humanização de práticas de saúde e que abriam outras possibilidades e potencializavam estratégias como a comunidade científica ampliada de pesquisa-ação que se quer produtora de saberes intercessores, promotoras de abertura das experimentações, ampliadora de linhas de conexão, propuseram uma compreensão específica do corpo. Não o corpo território onde evoluem doenças, da clínica da ausência de doenças, corpos capturados pelas tecnologias do imaginário, mas um corpo mais humano, como território de afecções, corpo sem órgãos, corpo do encontro, corpo pré-pessoal.

Chamam a atenção para a construção da modelagem de práticas, nas sociedades ocidentais, que tomam como ideal da saúde o equilíbrio entre as funções dos órgãos. Sendo este resultado de um processo social, prático e discursivo responsável pela subjetivação de vários grupos sociais, tais como os militantes e profissionais de saúde. Resta, como efeito dessas práticas, a fragmentação da compreensão do fenômeno saúde-doença, portanto, a fragmentação do cuidado.

Apontam para a preponderância de uma clínica do corpo de órgãos, onde o particular se sobrepõe ao singular. Estas concepções que reafirmariam a patologização do corpo biológico no plano individual se estendem para o campo da epidemiologia, da saúde pública, no plano coletivo. A patologização do corpo biológico instaura um “modo certo” de ver a vida e o corpo humano. Este é, então, visto como território onde evoluem doenças e não como território para sensações.

A atenção usuário-centrada, de modo diverso à lógica do cuidado baseada no corpo de órgãos, apresenta como elemento determinante – não o saber sobre o corpo, a saúde, o cuidado/cura – a potência dos encontros. Para os autores, as observações sobre a integralidade da atenção, assim como as análises sobre a humanização, ao darem visibilidade mais aos efeitos dos encontros na atenção usuário-centrada do que aos meios, do que ao agir em saúde da atenção centrada em procedimentos.

[...] deve criar, em quem pensa a mudança das práticas de saúde, ocupação com a educação da saúde (o território de produção das novas gerações profissionais) e com a participação social (o território de produção dos movimentos na sociedade), não apenas o desenho da díade gestão-atenção em saúde (território de produção dos serviços) (Ceccim; Merhy, 2009, p. 538).

Os autores destacam dois movimentos de interesse que ocorreram no campo de disputa por territórios de intervenção no campo da saúde: captura ou disruptura/singularização pelo conhecimento e a captura ou disruptura/singularização pelo sensível. O primeiro, no plano

racional-cognitivo, trata daqueles que tomam o corpo como subjetivação, negando o biológico e que entram no jogo da vontade de saber-poder, impondo verdades.

O segundo, no plano imaginal-afetivo, está imerso no campo da criação, são movimentos de resistência nas brechas dos instituídos e sempre com risco de serem capturados por Tecnologias do imaginário e, por esforços conceituais, transformados em palavras de ordem.

Alertam, contudo, que não se tratava de qualificá-los, visto que havia um desdobramento entre tais movimentos. Marca-se, com isso, que a complexificação no campo da disputa, próprio do campo da saúde, teria dado maior visibilidade aos movimentos do plano imaginal-afetivo e estes acabaram por dar passagem aos movimentos do primeiro plano.

Ponderam sobre uma evidência contemporânea, a clínica do corpo de ex-órgãos. Nesta, haveria uma medicalização preventiva, o tratamento do corpo saudável se daria pelo diagnóstico do risco do adoecer e do morrer. Este antecederia o exame através do uso ambulatorial de atos profissionais de saúde utilizados maciçamente em detrimento dos, altamente custosos, atos médicos hospitalares. Deste modo, consideram que este movimento de patologização dos modos de viver é uma sofisticação da medicalização social na medida em que trata de um corpo ex-órgãos, sem sintomas.

Esta forte transição tecnológica no campo da saúde estaria incidindo sobre a regulação dos trabalhadores no sentido de um agir de modo integrado e protocolizado em termos multiprofissionais sobre os processos desejantes, ou seja, sobre a produção de modos de existência. Uma nova forma de gestão para impedir a autonomia e permitir o funcionamento de uma clínica que prescinde de órgãos e promove o controle sobre os modos de cuidado de si faria uso de estratégias disciplinares de modo muito mais conservador, pois já não encontra mais os limites disciplinares do corpo de órgãos, mas se espraiam por todo corpo social como estratégias de controle sobre os modos de cuidar de si, tal como Foucault (1999) já havia nos advertido<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Da primeira tomada de poder, a disciplinar - do homem-corpo - à segunda - do homem-espécie - instaura-se modos massificantes de controle. Estes se dirigem à multiplicidade dos homens enquanto massa global afetada por processos de conjunto (nascimento, morte, doença, etc.). Neste processo assistimos à introdução de uma medicina que terá como função maior a higiene pública. “[...] com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população” (Foucault, 1999, p. 291). “No bojo desse processo, um universo novo de patologias vai sendo construído. Há um processo de medicalização bem sofisticado. Comer certos alimentos, andar ou não, brincar de certo jeito ou de outro, por exemplo, passam a ser vistos como risco.” (Ceccim; Merhy, 2009, p. 539)

Propõem então uma clínica do corpo sem órgãos. Baseada no conceito esquizoanalítico, estabelece que o corpo humano tem o corpo sem órgãos acoplado ao corpo de órgãos, é um corpo povoado por intensidades que passam, circulam. Na clínica do corpo sem órgãos, o corpo corre riscos e sente, nela a experimentação se sobrepõe à interpretação e o esquecimento à anamnese.

Apontam para o lugar privilegiado dos agentes das práticas de atenção devido à importância da visibilidade que se tem das relações humanas, de vivências particulares com as quais nos deparamos no campo da saúde. Seria preciso tirar proveito das infinitas rupturas micropolíticas que ocorrem na construção ampla de processos de subjetivação em meio a medicalização do corpo já sem órgãos.

A produção do “comum de dois” culmina na produção de confiança, confiança que provê acolhimento de autopoieses, que culminam na produção de diferença (defasagem de si) e, portanto, singularização. Sem essa problematização, de fato, não construímos a possibilidade de um devir à humanização, no bojo dos princípios e diretrizes do SUS, pautada pela produção da saúde como produção de vida, um modo autopoietico e solidário de invenção das práticas de atenção. A grande perspicácia, entretanto, estaria na construção de um agir micropolítico e pedagógico intenso: apoiar as desobediências ao instituído/vigente/hegemônico que as humanizações ensejam (antigos ou novos programas) e aproveitar sua oportunidade de política para ser a causa ou motivo de possibilitar a interferência-em-interação, a circulação e a repercussão das vertentes brasileiras de estudo que inspiram e experimentam o contato vivo com processos cotidianos de encontro e alteridade (Ceccim; Merhy, 2009, p. 541).

Machado e Lavrador (2009) nos convocam a pensar a experiência comum de sofrimento relatada por trabalhadores envolvidos com a humanização. Diante da polissemia do verbo sofrer, ao invés de uma perspectiva de exterioridade que nos aproximaria de uma posição de vítima, propõem uma outra compreensão. A proposta seria acolher o sofrimento como perturbação, incômodo que nos leva a novos reposicionamentos, novas ressignificações, a sair de um ensimesmamento, da passividade, mover-se. Portanto, compreendê-lo como sensação de passagem entre estar alheio de si e tomar posse de si, o que incita, provoca a invenção de um “cuidado de si”.

Provocar o desejo do “cuidado de si” não como atividade solitária, mas, como propõe Foucault, como exercício ético, como prática social, uma “boa ação” que não se confunde com “boa intenção”, nos afastando assim da vontade de poder. Tal exercício ético envolveria também uma política, política de si, um governo de si que, nessa mesma linha, não deve ser experimentada na passividade, na sujeição, como vitimar-se. Para eles, foi neste âmbito que se deu uma das grandes problemáticas da PNH, ser experimentada como política de governo, como exterioridade.

Apontam, portanto, a Clínica Ampliada como dispositivo que deveria ter sido pensado na perspectiva do encontro, aberto às porosidades das relações para que fosse possível reinventá-las. O “cuidador”, assim, deveria se permitir “sujar-se”, visto que suas práticas discursivas e não discursivas na produção de saúde não deveriam ser pautadas por moralizações, pelo dever, mas deveriam estar abertas à inventividade e aos desassossegos dos encontros. O desafio seria produzir subjetividades com o compromisso ético de um cuidado amparado no cuidado de si, com intensificação dos encontros, das relações sociais e políticas, de não assujeitamento, nem de si como “cuidador”, nem do outro a quem se propôs cuidar.

A saúde deveria, portanto, ser tomada como potência de vida que não pode ser contida, sob o risco de produzir adoecimentos. A ampliação da clínica, desta forma, deveria estar atrelada à produção inventiva de novos modos de existência, construindo, tal como propõe Agambem, uma “comunidade por vir”, não convertendo a ampliação da rede em ampliação de tutela, em uma pseudo-rede. Tomando-a, com isso, em sua capacidade conectiva de articular as multiplicidades, construindo tal como proposto por Negri e Hardt, “um comum” ou, como por Peter Pelbart, “uma comunidade dos sem comunidade”. “Portanto, abertura a uma potência de vida que se faz na invenção de alianças, de intercessores, num desejo de diferença que reparte diversamente o campo das intolerâncias e do intolerável” (Machado; Lavrador, 2009, p. 518).

As propostas, no âmbito da clínica para a PNH foi, então, a de se constituir como clínica institucional, uma clínica-política, que colocasse em xeque os instituídos, as nossas certezas, as verdades produzidas. Uma clínica que compreendesse que a instituição se constitui também através de processos que são históricos, portanto, provisórios. Assim, a aposta foi em uma clínica que transversalizasse política, crítica e saúde e que deveria ser constantemente analisada porque constituída por tensão de forças que compõem processos de produção de subjetividades. Com isso, entendem que foi preciso pensar um devir clínico que, justamente, provocasse o tensionamento dessas forças e que encontrasse, nessa tarefa, a sua potência, ao convocar-nos a defrontar com as instabilidades do viver.

A partir de uma postura clínica ético-estético-política, a proposta era de pensar a produção de subjetividade como criação de si livre de intenções pautadas em modelos abstratos, totalitários e a produção de saúde como ampliação de potência de vida, pautada em modos indissociáveis de resistir, de afirmar e de criar. Com isso, o “como” efetivar o projeto pensado pela PNH, instigados por tais intervenções clínico-políticas a estarem conectados às forças de singularização, estava também entregue aos encontros e seus efeitos, seriam resultantes da multiplicidade de conexões, das forças que estavam em jogo nesta luta. Portanto, este seria efeito da expansão da rede no sentido da ampliação da potência política, de exercício sobre si

de um “cuidado de si” atento às afecções que ampliam e reduzem a nossa potência, o nosso grau de liberdade diante da vida e de resistência aos modos naturalizados de sobrevida/sobrevivência.

O entendimento de que modificar as práticas de cuidado no âmbito da saúde se daria por meio de outros modos de subjetivação se apresentou de diversas formas, tanto em relação aos modos de produção com os quais se estava implicado, quanto em relação aos meios para isso. A saúde como biopotência, livre de padronizações e dos centralismos dos procedimentos, dos modos de trabalho submetidos à ordem capitalística, com centralismo no usuário e em conformidade efetiva com condição de vida, exigiria produções outras de sujeitos e coletivos.

Desse modo, apostou-se na reativação do movimento instituinte, com a produção de subjetividades autônomas e protagonistas; de singularidades; de potência desejante; de uma criação de si livre de intenções baseadas em modos totalitários, abstratos e comprometida eticamente com o cuidado amparado no cuidado de si; de linhas de escape e resistência; e de afirmação das forças coletivas do desejo. Quanto aos meios, foram propostas a produção: de uma clínica que transversalizasse saúde, política, crítica; de uma perspectiva de rede; coletivização; pactuação; encontro; conexão; construção de um plano de relações; ativação de coletivos capazes de operar um comunismo espontâneo e gerar solidariedade; inclusão de dissensos, intervenções que se dariam no fio da navalha, tensionando com o funcionamento de práticas que reafirmavam o biopoder.

Desta forma, na política e na clínica<sup>62</sup>, os autores, sob perspectivas críticas diversas, positivas, negativas e mesmo deslegitimadoras, nos apresentaram os riscos e as potências da PNH. Em nossa perspectiva instituinte, contudo, preferimos, considerar que todos os autores nos apresentaram melhor as potências do movimento de Humanização no contexto da PNH, ao sinalizar os riscos, os obstáculos, as controvérsias de uma política que se pretendia pública e que, para tanto, usou como estratégia polêmica, ainda que oportuna, tornar-se antes política de governo, portanto, ainda que provisoriamente, parte da máquina de Estado.

Acompanhamos, anteriormente, o movimento sanitário, desde sua ampla composição na RSB até a colocação em pauta de temas como direito à saúde, determinantes sociais e transformação das práticas. Além disso, acompanhamos a relação entre as discussões a respeito deste último tema com movimentos que variavam, em suas implicações, entre a alienação e o radical rompimento com as forças hegemônicas do socius. O movimento de Humanização,

---

<sup>62</sup> É importante destacar que de nossa perspectiva, há entre a clínica e a política uma relação de indissociabilidade. Portanto, optamos por tal distinção buscando um melhor entendimento sobre o ponto de incidência das observações e críticas dos autores.

sedimentando como Política, por sua vez, enquanto parte da multiplicidade que compunha a RSB, marca a sua diferenciação em relação aos demais movimentos justamente por implicar-se com as forças mais radicais. Contudo, por estar localizado numa fronteira, sendo em parte composto e compondo o Estado, um dos maiores representantes do status quo, colocou-se em posição controversa em seu intento de ruptura. Entretanto, para lidar, de sua reconhecida posição delicada, com as transformações no campo da saúde que lhe eram exigidas, visto que afirmava a indiferenciação entre produção de saúde e de subjetividade, construiu meios, dispositivos, que teve como foco principal a lógica dos processos subjetivos.

Desdobrando esta dobra clínico-política se faz possível aproximar os movimentos de produção subjetiva, apontados por Foucault (Deleuze, 2005), dos movimentos disparados pela PNH com o intuito de transformar as práticas de saúde. As produções subjetivas são efeito de flexão das forças do fora<sup>63</sup> e, portanto, derivam das formas codificadas de saber e das relações de força institucionalizadas, mas não depende delas. No plano das lutas, do lado de fora da máquina de Estado, a vida pulsa mais próxima do intensivo, do plano coletivo, mas as forças dispersas encontravam grande dificuldade para o contágio e contração.

Do lado de dentro da dobra<sup>64</sup>, por sua vez, em relação de coextensividade com o fora, há uma maior estabilidade e menor intensidade, o que permite a produção de um perfil temporário de subjetividade (Rolnik, 1997).

[...] dentro é uma desintensificação do movimento das forças do fora, cristalizadas temporariamente num determinado diagrama que ganha corpo numa figura com seu microcosmo; o fora é uma permanente agitação de forças que acaba desfazendo a dobra e seu dentro, diluindo a figura atual da subjetividade até que outra se profile (Rolnik, 1997, p. 2).

---

<sup>63</sup> Deleuze ao desenvolver o conceito de dobra a partir da ideia do duplo na obra dedicada à Foucault nos esclarece “E é isto o lado de fora: a linha que não para de reencadear as extrações, feitas aos acaso, em mistos de aleatório e de dependência.” (Deleuze, 2005, p. 125). “Esse lado de fora informe é uma batalha, é como uma zona de turbulência e de furacão, onde se agitam pontos singulares, e relações de forças entre esses pontos [...] É uma microfísica.” (p.129). Segundo Deleuze (2005), Foucault descobre o elemento que vem de fora, a força, ou como definiria Nietzsche, a “vontade de potência”.

<sup>64</sup> Na mesma obra citada na nota acima, agora tratando sobre lado de dentro da dobra, Deleuze nos diz que este “[...] estará inteiro copresente no espaço do lado de fora da dobra, na linha da dobra.”(Deleuze, 2005, p.126) “[...] todo o espaço do lado de dentro está topologicamente em contato com o lado de fora, independente das distâncias [...]”(Deleuze, 2005, p. 126) “Se o lado de dentro se constitui pela dobra do de fora, há entre eles uma relação topológica: a relação consigo é homóloga à relação com o lado de fora, e os dois estão em contato, intermediados pelos estratos que são meios relativamente exteriores (portanto, relativamente interiores). É todo lado de dentro que se encontra ativamente presente no lado de fora sobre os limites dos estratos. O dentro condensa o passado (longo período), em modo que não são de forma alguma contínuos, mas o confrontam com um futuro que vem de fora, trocam-no e recriam-no.”(Deleuze, 2005 p.127)

Do lado de dentro da engrenagem estatal, as forças estabelecidas e estabilizadas encontram-se um tanto afastadas do plano intensivo da vida, de seu plano de imanência<sup>65</sup>, efeitos de um Estado que ainda se quer codificador dentro de uma política capitalística em que os códigos estão em falência (Deleuze; Guattari, 2011a).

No diagrama dos processos de subjetivação uma zona estratégica<sup>66</sup> indica processos subjetivos que estão em via de atualização, de estratificação. Assim, seguindo tal lógica, novas e/ou renovadas forças que convergiram no sentido de afirmar um outro humanismo, se instalaram, estrategicamente, entre a máquina estatal e o coletivo, ao buscar transformar o *status quo* das práticas no campo da saúde.

Desdobrando ainda mais essa dobra, começaram a ganhar corpo inquietações que se fizeram presentes diante da abordagem dentro-fora da máquina de Estado na execução da tarefa de transformar práticas de saúde, por meio de alterações dos modos de subjetivação. Destaco, deste passo no processo de pesquisa, as pontuações que (quase) colocaram em xeque a sustentabilidade de um movimento de transformação das práticas de saúde implicado com a afirmação da diferença por esta se dar por meio desta máquina. Afinal, não podemos deixar de considerar os importantes avanços do movimento sanitário brasileiro, ainda que este tenha em sua composição, com participação fundamental, agentes<sup>67</sup> do Estado e, como celebrado resultado, a inserção de parte de suas pautas na letra constitucional do Estado Brasileiro. Na lógica da dobra, não haveria um puro dentro e um puro fora da máquina de Estado, menos ainda dentro da lógica da governamentalidade<sup>68</sup> característica de uma cultura capitalística.

---

<sup>65</sup> Deleuze (2005) chama a atenção para a existência de duas concepções opostas de “plano”, o plano de imanência ou de consistência e o plano teológico. O primeiro diz respeito a um plano de composição onde há apenas relações de velocidade entre partículas ínfimas de matérias ainda não formadas, estados afetivos individuantes da força anônima, afetos não subjetivados. O segundo diz respeito ao plano de organização e de desenvolvimento das formas e dos sujeitos, plano de transcendência, de organização do poder, nunca dado, mas inferido, induzido. Esse plano de imanência ou de consistência, seria um plano no sentido geométrico de interseção e instalar-se nele implica-nos com um modo de viver, um *êthos* diante da vida.

<sup>66</sup> “A cada estado atmosférico nessa zona corresponde um diagrama das forças ou das singularidades tomadas nas relações: uma estratégia. Se os estratos são da terra, a estratégia é aérea ou oceânica. Mas cabe a estratégia atualizar-se no estrato, cabe ao diagrama atualizar-se no arquivo, à substância não estratificada, estratificar-se. Atualizar-se é, ao mesmo tempo, integrar-se e diferenciar-se.” (Deleuze, 2005, p.129) “É que as relações de força ignoravam a fissura, que só começa em baixo nos estratos. Elas têm a capacidade de aprofundar a fissura atualizando-as nos estratos, mas também saltar por cima nos dois sentidos, diferenciando-se sem deixar de se integrar. As forças vêm sempre de fora de um fora mais longínquo que toda forma de exterioridade. Por isso não há apenas singularidades presas em relações de forças, mas singularidades de resistência, capazes de modificar essas relações, de invertê-las, de mudar o diagrama instável.” (Deleuze, 2005, p. 129).

<sup>67</sup> Tomando o conceito de instituição da AI como referência e considerando que o Estado é uma instituição, agentes são “seres humanos” que dão suporte e protagonizam a atividade de toda a parafernália que compõe uma instituição. (Barembliitt, 1992).

<sup>68</sup> “Afinal de contas, o Estado não é mais do que uma realidade compósita e uma abstração mistificada, cuja importância é muito menor do que se acredita. O que é importante para a nossa modernidade, para a nossa atualidade, não é tanto a estatização da sociedade mas o que chamaria de governamentalização do Estado... São as táticas de governo que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir ao Estado, o que é público



De acordo com Deleuze e Guattari (2011a), o Estado é uma instituição e uma máquina. Enquanto instituição, encontra-se marcado por contradições de forças – instituídos e instituintes – que o atravessam<sup>69</sup> e o transversalizam<sup>70</sup>. Enquanto máquina codificadora, que já não ocupa mais a posição privilegiada de origem, é marcado ainda por outro paradoxo, o desejo<sup>71</sup>.

O Estado é o desejo que passa da cabeça do déspota ao coração dos súditos, e da lei intelectual a todo o sistema físico que dela se desprende ou se liberta. Desejo do Estado, a mais fantástica máquina de repressão é ainda o desejo, sujeito que deseja o objeto de desejo. Desejo é essa operação que consiste sempre em reinsuflar o *Urstaat* original no novo estado de coisas, em torna-lo tanto quanto possível imanente ao novo sistema, interior a este (Deleuze; Guattari, 2011a, p. 294).

Com isso, por hora, proponho pensar o Estado a partir da ideia de multiplicidade<sup>72</sup>, não como unidade e totalidade da qual se pode estar fora ou dentro. Consideramos, sim, que há hegemonia, em sua composição, dos processos molares, arborescentes, mas também nele estão em curso processos moleculares, rizomáticos. Não se trata, com isso, de desconsiderar as proposições colocadas até aqui, mas de pensar o modo como se articula tal problemática, seus efeitos sobre aqueles que agem micropoliticamente, ainda que como “peça” dessa máquina. Afinal não estamos disputando o valor dos planos, estabelecendo com isso relação dicotômica entre eles, mas buscamos inserir, por meios diversos, o minoritário no campo das lutas.

E é desse lugar que o HumanizaSUS ganha destaque no campo das lutas pelas transformações das práticas no SUS, afirmando mais uma vez a potência desta via e a importância da participação de seus agentes quando os efeitos esperados comungam com os do coletivo. O coletivo tomado aqui como público, nesta perspectiva, se espria pela máquina de

---

ou privado, o que é ou não estatal, etc.: portanto o Estado, em sua sobrevivência e em seus limites, deve ser compreendido a partir das táticas gerais de governamentalidade.” (Foucault, 2009).

<sup>69</sup> Conceito institucionalista que indica a interpenetração a nível da função, do conservador, do produtivo. (Baremblytt, 1992).

<sup>70</sup> Conceito institucionalista que indica interpenetração a nível do instituinte, do produtivo, do revolucionário, do criativo (Baremblytt, 1992).

<sup>71</sup> Ao estabelecer que o desejo é sempre constitutivo do campo social, Deleuze e Guattari (2011a) rompem com o dualismo objetivo-subjetivo. “[...] o desejo está na produção como produção social, assim como a produção está no desejo como produção desejante.” (p. 461). Lembram os autores “[...] que é por desejo que se quer e se faz a revolução, e não por dever.” (p. 457).

<sup>72</sup> O conceito de multiplicidade foi produzido por Deleuze e Guattari (2011b) com intuito de escapar das abstrações que criam oposição entre o múltiplo e o uno. A multiplicidade diz, portanto, respeito ao múltiplo em estado puro, não como fragmento de uma Unidade ou Totalidade. Estes distinguem, sem opor, as multiplicidades entre arborescentes e rizomáticas. As primeiras dizem respeito ao plano macro, extensivo, divisível e molar. As micromultiplicidades, por sua vez, falam do plano molecular intensivo. “Os elementos dessas últimas são partículas, suas correlações são distâncias indivisíveis, seus movimentos são brownoides; sua quantidade são intensidades, são diferenças de intensidade.” (Deleuze; Guattari, 2011b, p. 60). Essas distâncias relativamente indivisíveis se modificam de modo incessante de forma que as suas divisões e alterações não se dão sem que haja mudança a cada vez de natureza, o que dá um caráter intensivo aos seus elementos e relações.

Estado, também a compõe, e, acreditamos, não sem riscos, que pode sim estabelecer com esta, ou com parte desta, um plano comum. Seguiremos então, a partir daqui, para o acompanhamento das discussões sobre o caminho escolhido como prioritário para lidar com tarefa dupla e inequívoca, diferenciadora por e pelo princípio que fundamenta a produção de novos modos de subjetividade ou produção de singularidades atentas e transformadoras dos modos de cuidado, portanto, de produzir saúde no SUS.

### 3.2 APOIO INSTITUCIONAL: caminho metodológico privilegiado para a transformação das práticas.

Até aqui pudemos acompanhar de que modo, nas lutas sanitárias, o movimento de Humanização que desenvolve com a PNH, vem marcando as suas implicações. Percebemos que a heterogeneidade presente no movimento sanitário brasileiro, tal como destacamos, privilegiou a saúde como direito avançando na ampliação deste conceito a partir do entendimento de seus determinantes sociais. Além disso, vimos como a luta que, num movimento de fora para dentro, dos movimentos sociais para a letra constitucional, do público, do coletivo para a máquina de Estado, precisou, de certo modo, deixar de lado outras pautas, tais como as ligadas aos movimentos pela transformação das práticas. No avançar das conquistas por direitos, tais lutas puderam ser retomadas e assim foi, sob diversos aspectos, desde os mais duvidosos porque aliados às forças hegemônicas conhecidamente mais interessadas em perpetuar modos pautados na cultura capitalística, aos mais radicais que se contrapuseram a tais forças.

É justamente como parte deste vetor que a PNH se aliou ao movimento sanitário que retoma a pauta da transformação das práticas através de seu princípio de inseparabilidade entre a produção de saúde e produção de subjetividades. Tais movimentos conhecidamente radicais, por não só romper com as prerrogativas capitalísticas, mas implicar-se com o desmantelamento de tudo que esta sustenta, em relação às lutas do RSB, buscaram se dar num outro sentido, supostamente de dentro para fora, de dentro da máquina de Estado para o coletivo, o público.

Para Ceccim e Merhy (2009), embora comunguem da aposta na mudança das práticas de saúde, a estratégia da humanização também divergia das modalidades pautadas nas boas práticas, pois apostavam na singularização e numa estratégia geral que, de fato, alterasse o modo de produção de saúde do modelo hegemônico. Para eles, o uso de apoiadores de ações de mudanças se colocava como um desafio para a estratégia do HumanizaSUS na aposta de reconstrução de ações institucionais. Essa estratégia, então, tinha como função

[...] penetrar lugares recheados por intencionalidade e conseguir trazer o conjunto dos produtores diretos da atenção para o debate de suas ações, fazendo-os operar intervenções em si mesmos, conduzindo as situações de trabalho para a construção do campo singular da produção de saúde, ou seja, ativando a produção singular do atender e do encontro (Ceccim; Merhy, 2009, p. 534).

Conforme apontado anteriormente por Mori e Oliveira (2009), partícipes da política, o HumanizaSUS como um novo modo de produzir saúde a partir da produção de sujeitos utilizou como meio para tal, a formação de apoiadores. As autoras destacaram, conforme exposto na seção “Arranjos internos”, que esta função se colocava no eixo da gestão, como base estruturante da política e era objetivo final do trabalho de consultores do MS/PNH. De acordo com elas, a experiência com os riscos de captura nas mudanças de gestão, indicava a importância da capacitação do Coletivo HumanizaSUS para produção de autonomia e protagonismo no exercício de tal função. Após um período político conturbado, em 2005, com as mudanças favoráveis à política que demarcaram um novo momento da PNH, possibilitando uma retomada de seu modo de operar, na gestão dos aspectos técnico, mais uma vez, é assinalada a importância deste dispositivo para a garantia do modo instituinte de exercício da cogestão.

Diante da aposta da PNH na inseparabilidade entre atenção e gestão e o seu objetivo central de promover novos modos de gestão e atenção que exigiam vontade política e capacidade de realização de mudança, a função apoio se colocou como peça-chave, dispositivo essencial, para instauração e manutenção de processos de mudanças no campo da saúde. Na época, uma das principais novidades da gestão do trabalho em saúde, esta função, proposta por Campos (2000), com objetivos fundamentados na AI e gestão, tinha como tarefa principal, produzir novos sujeitos; como objeto de trabalho, os processos de trabalho coletivos; e como diretriz, a democracia institucional e autonomia dos sujeitos (Brasil, 2007).

### ***TRABALHO COMO PROCESSO***

Antes de nos aprofundarmos mais na questão central dessa seção, é importante compreendermos como a PNH trata as questões ligadas à gestão do trabalho, como já dito anteriormente, eixo que abarcará a função apoio como estratégia. É importante, ressaltar que, embora sigamos Mori e Oliveira (2009) distinguindo o trabalho como um dos eixos estruturantes da Política, o objetivo, efetivamente, era que este, como dimensão orientadora para intervenções, funcionasse não como centralidade, como órbita, mas como princípio transversal.

O HumanizaSUS foi um importante dispositivo para lidar com as questões associadas aos processos de trabalho no campo do cuidado e gestão da saúde pública: gestão verticalizada e centralizada que tem como efeito a alienação dos trabalhadores em relação ao seu próprio trabalho, desvalorização dos trabalhadores, precarização das relações de trabalho e o pouco investimento em processos permanentes de formação. Este dispositivo teve como grande desafio o “como fazer” para estabelecer uma ética coletiva “[...] nos interstícios das discrepâncias entre princípios e práticas políticas [...]” (Santos-Filho; Barros, 2007, p. 29).

Para lidar com tais problemáticas, afirmou-se o trabalho como processo, como invenção de si e de mundo e apostou-se no aumento do grau de autonomia dos trabalhadores e na ampliação do grau de abertura dos processos de criação ao sustentar a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Os modos de trabalhar são indissociáveis dos modos de subjetivar, pois os trabalhadores são gestores de si e da realidade de trabalho que criam. O trabalho gestor, por definição, é aquele que se move, que é elaborado coletivamente no tempo e muda ao durar (Santos-Filho; Barros, 2007, p. 107).

Além disso, apostou-se ainda na inseparabilidade entre trabalho e saúde. A saúde foi tomada, numa concepção vitalista, como capacidade normativa, portanto, de criação – e não reprodução – e de transformação de normas. As normas, nesta perspectiva, encontram-se submetidas à vida e não o oposto. O trabalho, à revelia dos modos alienantes e individualizantes característicos dos modelos administrativos-burocráticos de gestão que concebem a saúde de modo médico-biologicista e higienista, é tomado em sua vividez, em sua capacidade de produção criativa.

Interessava, desta forma, o modo como o trabalho se organizava e o investimento se deu numa dimensão ética de produção de organizações mais participativas e cogestivas, portanto, que fomentassem o engajamento ativo dos trabalhadores tanto daqueles em função de gestão, quanto da ponta. Os primeiros, provocando e sustentando mudanças e os últimos deslocando-se da posição de mero espectadores de mudanças para uma posição ético-política de gestor do seu próprio trabalho. Assim, o olhar lançado para a dimensão micro de tais processos preocupou-se, sobretudo, com os modos de produção de subjetividade dos trabalhadores, buscando incorporar a voz e o saber destes, por meio de dispositivos que os conectassem em prol de uma produção coletiva em rede de saúde no trabalho.

Uma concepção ampliada de rede e alguns dispositivos da PNH foram fundamentais para a sustentação da dimensão micro dos processos de trabalho e do protagonismo dos trabalhadores da saúde

[...] entre eles encontram-se iniciativas de diferentes ordens: que permitem escuta qualificada de todos os atores e motivação de sua inclusão efetiva (clínica ampliada, equipes multiprofissionais de referência, projetos terapêuticos, sistemas específicos e gerais de escuta); que possibilitam análises e intervenções no espaço de trabalho (ambiência); que reorientam o modelo de gestão (instâncias colegiadas, de cogestão) e que permitem canalizar metas de todos esses âmbitos na ótica de acordos e contratualização (como contratos de gestão) (Santos Filho; Barros, 2007, p. 130).

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) teria funcionado, nessa ocasião, como um fio condutor desse processo ao reunir o saber científico e o saber dos trabalhadores. O objetivo principal do PFST foi conhecer/pesquisar as condições e organização do trabalho, contribuindo na formação dos trabalhadores para análise de seu cotidiano laboral, tendo em vista intervenções para a promoção da saúde nos locais de trabalho (Santos Filho; Barros, 2007). Essa estratégia produziu um dispositivo de confrontação-cooperação entre os diferentes modos de produção de conhecimento, postos em diálogo-confrontação para com-viver, para produzir saber COM, uma comunidade polifônica, a Comunidade Ampliada de Pesquisa.

Ao se aliar processos de trabalho e os princípios do HumanizaSUS, houve ainda um investimento na apropriação dos processos avaliativos, indicadores de valorização do trabalho pelos trabalhadores<sup>73</sup>. Diferente das perspectivas tradicionais que privilegiam “ganhos” quantitativos e que não permitem que o trabalhador tenham uma percepção dos “resultados” de seu trabalho, ficando alijados da possibilidade de análise deste e, portanto, da transformação do que produz, o entendimento era de que, com a Política, ao colher os dados sobre o que produziam e que qualificavam o seu trabalho, estes poderiam fazer destes objeto de análise e decisões participativas e coletivas para a produção de serviços e, também, de subjetividades. Deste modo, tendo como novidade e desafio “[...] o estímulo para o aprofundamento sobre a perspectiva avaliativa (enquanto questão metodológica)” (Santos Filho; Barros, 2007, p. 152) os indicadores de valorização, triangulando técnicas quantitativas e qualitativas, buscaram dar vista, sobretudo, às transformações dos sujeitos numa perspectiva ético-política, tendo em vista a ampliação do protagonismo, autonomia, grupalidade, criatividade para mudanças concretas no cotidiano dos serviços. Interessando, portanto, nessa linha, não somente resultados finalísticos, mas os processos que estes desencadeavam. A medida então do ato de valorização dos trabalhadores era traduzida pelo aumento do coeficiente de apropriação da totalidade dos processos em que estavam inseridos, dos movimentos que estavam conduzindo – a “[...] ampliação efetiva de sua condição de sujeitos.” (Santos Filho; Barros, 2007, p. 157).

---

<sup>73</sup> Entendendo que a valorização tem como direção a reorganização dos processos de trabalho no sentido abordado acima.

## ***FUNÇÃO APOIO***

Ocupando uma região limítrofe entre a clínica/cuidado e a política/gestão, a função apoio como estratégia da Política buscou transversalizar práticas e saberes, produzindo COM o coletivo e não como força externa em relação verticalizada de assessoria ou consultoria. Portanto, diante do caráter interventivo desta, de sua ação política, clínica e institucional, foi gestado, em 2006, o Curso de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) que buscou qualificar sujeitos para a realização desta função. É importante ressaltar que o cenário político indicava uma intenção de perpetuação no poder do governo petista com a formação de alianças políticas que iam de encontro ao *êthos* que se afirmava com esta Política, o que a despotencializava e colocava em dúvida a continuidade – ou as condições para esta – na máquina de Estado.

Esta formação, então, seguindo os esforços para que a PNH se fortalecesse como política pública, aliou os campos da saúde coletiva e SUS, formação em saúde e PNH, em consonância com o princípio de indissociabilidade de produção de saúde e produção de sujeitos. Com isso, o fortalecimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos se deu por meio da imersão de sujeitos em processos grupais ou institucionais, do aprendizado na experiência com proposta metodológica de produção de dispositivos e ferramentas ao longo do processo de formação.

O curso teve como objetivo principal formar 14 formadores e 120 apoiadores institucionais capazes de compreender a complexa dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência a PNH. Seus objetivos específicos foram: (i) Compreender a dinâmica de produção de sujeitos e grupos nas organizações de saúde; (ii) Construir referenciais teóricos e metodológicos para a produção de processos de mudança dos modelos de gestão e de atenção nas organizações de saúde; (iii) Refletir sobre os problemas que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde pública; (iv) Promover processos de mudanças nas práticas de saúde (Brasil, 2007, p. 9).

Em maio daquele ano, no Distrito Federal, mais um importante passo é dado para a implementação da PNH como política pública de saúde, o 1º encontro presencial do curso<sup>74</sup>. Este contou com a presença de 178 participantes entre apoiadores selecionados provindos das diversas regiões<sup>75</sup> do território nacional e a equipe que comporia o Curso de Formação de

---

<sup>74</sup> O curso realizado em grande parte no modo EAD, teve 4 encontros presenciais regionais que ocorreram devido às dificuldades, para sua continuidade, de implantação de planos de intervenção em realidade complexas. Estes encontros, de grande importância, serviram para a reafirmação do compromisso dos sujeitos que compunham o coletivo em formação.

<sup>75</sup> No relatório do final do processo é ressaltado como tal diversidade permitiu perceber as diferenças regionais em relação à condução das políticas públicas, assim como, que haviam diferentes concepções sobre a humanização da saúde.

Apoiadores: formadores, consultores, apoiadores pedagógicos, coordenadores<sup>76</sup>; além de convidados; e núcleo técnico da PNH. Em novembro do mesmo ano inicia o curso e em sua abertura se anuncia o objetivo central deste (per)curso: ampliar o coletivo da PNH para capilarização do SUS, para a garantia do caráter público da política que tem como fim mudar os modelos de produção de saúde.

De acordo com a ata do processo seletivo, os pré-requisitos exigidos para o cargo de apoiador, foram: nível médio completo; engajamento em serviço de saúde, em práticas de atenção e/ou gestão; e disponibilidade e compromisso para trabalhos em equipe e em processos de mudança. Constavam entre os itens da avaliação curricular: formação acadêmica, cursos complementares, experiência, publicações e realizações relevantes na experiência profissional. Entre estes, a experiência era a que possibilitava maior pontuação. O processo seletivo de apoiadores para compor as 14 unidades de produção (UP)<sup>77</sup> ocorreu um mês antes do encontro. Cada coordenador e consultor indicou 2 nomes e, do total de indicados, 16 foram escolhidos pela Coordenação Regional e, destes, 8 foram selecionados pelo Núcleo Coordenador do Curso para cada UP. Além destes, mais dois ou três nomes foram selecionados pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/MS) (Brasil, 2007). Segundo informações do Relatório final do curso, O DAD, co-financiador do curso, se retirou do processo em seu início, deste modo, somente parte do financiamento disponibilizado por este foi utilizado. Além disso, seus técnicos tiveram as inscrições canceladas sob a justificativa de incompatibilidade entre as atividades do curso e a agenda de trabalho diante da necessidade de implementação do Pacto pela Saúde. Também durante o processo, houve indicação de uma técnica pela PNUD/ONU que passou a compor a UP Rio Grande do Sul que construiu um observatório de iniciativas da PNH no estado, “O Observatório de Práticas da PNH: o Patchwork da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul”. Dos 151 apoiadores selecionados, 111 foram certificados, o que configurou o menor índice de evasão nos cursos EAD da ENSP/FIOCRUZ até aquele ano.

A partir dessa estratégia prioritária de formação de novos atores corresponsáveis e protagonistas para a produção de novas práticas de cuidado em saúde buscava modificar, concomitantemente, os modos de cuidar e gerir os processos de trabalho. O entendimento era o

---

<sup>76</sup> Os apoiadores pedagógicos e coordenadores formavam o Núcleo de Coordenação do Curso. O curso foi coordenado por Regina Benevides e Eduardo Passos, ambos provindos do Departamento de Psicologia da UFF e com histórico nos processos de implantação e implementação da PNH, como integrantes da SE, respectivamente, como diretora de programa na coordenação da PNH e consultor.

<sup>77</sup> O conceito de Unidade de Produção é alternativo ao de departamento ou de seção comum às concepções tayloristas ou burocráticas que produzem as Organizações com distribuição desigual de poder, fragmentação, dificultando o trabalho interdisciplinar (Campos, 2013).

de que tal transformação precisaria se dar coletivamente, por meio de práticas de grupalização e do aquecimento das redes. Os apoiadores, amplificadores destas redes, germe potencial, enquanto multiplicadores, deveriam criar, no concreto, formas de contágio das diretrizes e dispositivos do HumanizaSUS.

O relatório final do Curso de Formação de Apoiadores (Brasil, 2007) que se deu por meio de cooperação técnica do MS/SAS/PNH, Departamento de Psicologia da UFF e Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP-FIOCRUZ é introduzido com a indicação de que em 2005 a coordenação da PNH apontou a necessidade de maior investimento na formação de agentes multiplicadores. Como já destacado anteriormente por Mori e Oliveira (2009), aquele teria sido um ano em que a PNH havia ganhado um novo impulso devido a necessidade de deslocamento de técnicos e consultores da PNH para dar apoio aos hospitais federais devido à crise na saúde pública na capital fluminense. Esta teria se tornado ação prioritária da agenda de compromisso da gestão do MS. O curso, então, se colocou como estratégia emergencial para a formação do trabalhador, produção de conhecimento e construção do SUS e surge da confluência das metas e ações descritas no documento geral para a política para 2005/2006 divididas em três eixos centrais:

- Direito à saúde: no qual buscou-se a qualificação da função apoio institucional por meio de processos de formação e educação permanente;

- Trabalho criativo e valorizado: que deu ênfase à indissociabilidade entre atenção e gestão por meio da valorização do trabalhador de saúde, aumentando o grau de participação e cogestão deste nos processos de trabalho; e

- Produção de Conhecimento: que colocou como objetivo o incremento da oferta de processos de formação, educação e conhecimento sobre a PNH, estabelecendo como meta a formação de 200 multiplicadores e como ação, a criação de cursos, de capacitação em Humanização com prioridade, além da atenção clínica, na formação de apoiadores institucionais.

O apoio institucional, diretriz político-pedagógica, amparada no conceito de educação permanente, buscava aliar processos de formação e mudanças no conhecimento e exercício profissional e, para isso, o curso colocou em interação os sujeitos dos serviços, a academia e a gestão nacional da PNH. O processo de formação do apoiador, por exigir uma complexidade de recursos cognitivos, relacionais e técnicos, precisou aliar estratégias pedagógicas e ativação de grupalidade. “A proposta é a da formação de sujeitos dotados de capacidade de disparar, fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde.” (Brasil, 2007, p. 5).



No Curso de Formação de Apoiadores o processo ensino-aprendizagem é entendido como formação-intervenção que constitui uma política de formação que articula produção de conhecimento, interferência nas práticas de atenção e gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável (Brasil, 2007, p. 4).

Numa posição crítica em relação às formas tradicionais de organização da rede de atenção e dos processos de trabalho no campo da saúde baseadas numa lógica piramidal e taylorista, o documento destaca as especificidades do curso. Primeiramente, considerava-se que para a produção de mudanças na organização de serviços e práticas na área da saúde seria preciso transformar os sujeitos implicados com estas. Além disso, tanto a clínica, quanto às políticas públicas, se colocavam como objetos sobre os quais recairiam tais processos de mudança, de modo que se instauravam, como tarefa substantiva desses processos, a ampliação da clínica e reformulação da saúde pública.

Com isso, consideravam-se indissociáveis as transformações da clínica e da saúde pública na medida que entre elas estava estabelecida uma relação de codependência, de coprodução. O processo de formação, diante de tais considerações, contou com um processo de ensino-aprendizagem com foco nas experiências concretas, no acompanhamento dos movimentos disparados nos espaços de intervenção, os sistemas e serviços de saúde e por meio da análise crítica destas, pôde-se identificar possibilidades de transformação.

Por outro lado, o Curso de formação de apoiadores também indicou, desde o seu 1º Encontro Presencial, as micropolíticas e tensionamentos desse processo. Emergiram, no curso, problemáticas em torno das relações de saber-poder e dificuldades para abertura do grau de transversalidade entre os seus diversos atores. Tais dificuldades se deram de forma mais flagrante entre aqueles que ocupavam posições hierárquicas conflitantes na relação entre a posição que ocupavam na formação e a que ocupava em sua função de origem e, também, entre aqueles de diferentes áreas/políticas do MS.<sup>78</sup>

O encontro-fechamento do curso de apoiadores, que buscou, a socialização e compartilhamento das experiências, dar visibilidade a essas produções, propor meios de manter a rede aquecida, permitiu, ainda, uma avaliação coletiva desse processo. Com falas marcadas pela intensidade, em sua plenária, foram sintetizados os efeitos de seu maior investimento, a multiplicação/ampliação da rede de apoio à construção de um SUS que dá certo. Por fim, além de apresentar as iniciativas disparadas, foram feitas propostas de desdobramentos, deixando “claro o desejo coletivo de se continuar este trabalho com a Política Nacional de Humanização

---

<sup>78</sup> O documento refere conflitos entre apoiadores que ocupavam posições hierárquicas superiores às dos formadores na gestão dos serviços. Além disso, refere também a baixa articulação entre a PNH e a DAD, diferentes áreas/políticas do MS, o que culminou, como já apontado anteriormente, no abandono do processo por alguns apoiadores ligados ao DAD (Brasil, 2007).

e multiplicá-lo ainda mais [...] A PNH amplia o debate sobre as práticas públicas de saúde e aparece como novo modo de militar pelo SUS.” (Brasil, 2007, p. 135).

Sem desconsiderar as produções positivas, o incremento teórico, as reflexões e intervenções; a avaliação final do curso também deixou um questionamento: “até que ponto o curso promoveu mudanças na forma de pensar saúde, trabalho e a política pública?” (Brasil, 2007, p. 137). Ou seja, a questão que se colocava era se a formação teria tornado possível o aprofundamento necessário para mudanças de atitude dos profissionais, em suas concepções acerca da realidade, visto que – mesmo considerando o enriquecimento promovido pela multiplicidade de visões – não se poderia perder de vista de qual lugar e posição se defendia tal política. Por fim, diante de questões prioritárias das quais destaco “como garantir a efetiva multiplicação dos atores protagonistas da PNH?” (Brasil, 2007, p. 138) os resultados do curso acabaram por apontar como proposta avanços no campo da formação.

Além dessa importante investida na estratégia em 2006, Mori e Oliveira (2009), destacam que também em 2007, a complexidade do cenário político, embora ainda durante o mandato do presidente Lula, demandou o arranjo axial para ampliação da capilarização da cogestão, o que levou novamente ao fortalecimento do Apoio Institucional, com a priorização do apoio institucional locorregional como principal intervenção em relação à efetivação do princípio de inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade.

Serafim Santos Filho, Elisabeth Barros e Rafael Gomes <sup>79</sup>, como consultores que acompanharam ações de apoio institucional e como formadores de trabalhadores da saúde, com base em experiências concretas, escreveram um importante artigo no qual buscaram realizar um exercício analítico sobre o modo de fazer da PNH a partir da função de apoio institucional. É importante ressaltar que o apoio institucional, ferramenta de gestão da PNH, esteve ligado à qualificação do processo coletivo de trabalho em saúde. A ideia de apoio, deste modo, encontrava-se articulada à valorização do trabalho e à saúde do trabalhador.

Em *A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde*, Santos Filho, Barros e Gomes (2009) afirmam a PNH como conjunto de referenciais e instrumentos que em meio aos processos de trabalho buscaram desestabilizar os instituídos para potencializar outros modos de trabalhar invisibilizados. E, com ênfase na análise dos processos de trabalho, compreendido como atividade situada e como espaços

---

<sup>79</sup> O primeiro coordenando os processos de avaliação e os demais implicados com a valorização do trabalho e saúde do trabalhador.

coletivos de saberes, de negociação e gestão, propõem reflexões sobre os usos dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Para tanto, tratam sobre, a concepção de humano e humanismo; sobre a indissociabilidade entre atenção e gestão e o modo de fazer apoio institucional; e sobre a indissociabilidade entre produção de sujeitos e produção de serviços. Diante da premissa de que produção de trabalho e de subjetividade são indissociáveis, “os processos de trabalho são processos de produção de sujeitos, uma vez que homem e mundo não são realidades já dadas, constituídas a priori, logo o processo de trabalho é processo de constituição de sujeitos” (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009, p. 605), questionavam os autores: o que poderia a PNH? O que estava sendo feito do HumanizaSUS?

Considerando a direção ético-política que se opõe a um humanismo pautado numa concepção de humano que toma “o homem” como abstração, idealidade, modelo geral, propõem um princípio de trabalho que desestabilize tais concepções e vão além no sentido da desidealização dos serviços de saúde. Ao revés dos ideais do humanismo – e de suas promessas normativas – pautado na metafísica da substância (Butler, 2023), nesse outro humanismo, o humano é tomado como sujeito concreto e situado. Trata-se, portanto, de todos nós, homens e mulheres comuns enquanto “um homem” que somos, sem forma dada *a priori*. Assim, mudar um serviço passaria pela compreensão de um processo de trabalho que é feito por humanos em construção.

No entanto, como fazer isso? Entendemos que esse processo tem se efetivado no âmbito da Política em pauta por meio de algumas estratégias: a) convocando todos aqueles que militam no SUS, num movimento de inclusão, para discutir o serviço (inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários); b) incluindo variáveis que atravessam e constituem todo o serviço, todo o processo de trabalho local para análise do processo de trabalho, possibilitando a emergência do que seriam os vetores que produzem os modos de ser e fazer daquele serviço; c) ajudando a disparar esses movimentos e assumindo suas consequências, isto é, exercitando um **apoio institucional** (Campos, 2006, 2003) no sentido de **intervenção-oferta** para ajudar a ressignificar a compreensão do serviço e de suas bases de organização (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009, p. 606).

Destacam, assim, o apoio institucional como estratégia metodológica para o enfrentamento dos desafios do trabalho nesse campo pela via do apoio à cogestão, afirmação e provocação de uma produção de coletivos organizados. “A função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção.” (p. 606).

Diante do princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão, entendem que mudanças nos modos de atenção passam por mudanças nos modos de gestão. Para tanto, atentos aos riscos de conversão de práticas intercessoras em práticas biopolíticas, os pesquisadores acreditam que era preciso incluir os coletivos envolvidos no campo, evitando assim imposições sobre esses. Nesse sentido, lembram que estratégias como Rodas de Conversa e Apoio institucional atendiam a essa perspectiva participativa. Contudo, dão centralidade, devido à intensidade, uma maior potência, à função apoio para a atuação no “entre”, para promover a conexão dos coletivos com os seus processos de trabalho.

Para eles, uma gestão participativa não poderia se dar como prescrição verticalizada, pois, desta forma, o trabalho restaria reduzido à produto. O “como fazer” não poderia estar subsumido ao “o que fazer”, sob pena de perda de potência dos dispositivos que buscavam fortalecer os coletivos locais para que estes tivessem condições de exercer o protagonismo nas discussões e articulações sobre os seus processos de trabalho.

Os autores ressaltaram, ainda, as condições de trabalho e o modo como estava sendo sentido o “trabalho em equipe” diante dos desafios enfrentados na operacionalização da PNH. Ao considerar os processos de trabalho como históricos e os instituídos como efeito de produção dos atores envolvidos nesse campo – trabalhadores, usuários e gestores – entendem que a política buscou, justamente, mobilizar os trabalhadores da saúde no sentido da produção de um trabalho ampliado e articulado à produção de serviços, produção-sustentação da organização e produção de sujeitos.

Em relação às condições de trabalho, os autores destacaram a precarização do trabalho em saúde. As condições precárias do trabalho, geradoras de afetos que costumavam promover a imobilização dos trabalhadores, acabavam por produzir contradições, visto que, ao mesmo tempo em que se clamava por mudanças nos processos de trabalho, o que se observava é que havia uma restrição dos espaços concretos de exercício da autonomia e protagonismo de forma coletiva e participativa.

O “trabalho em equipe” indicava uma fragilidade na compreensão desse modo de trabalho. Além disso, denunciavam que não houve, de fato, superação da fragmentação dos processos, mesmo com a constituição de equipes multiprofissionais.

Diante da questão: em que medida esse saber-fazer da PNH teria dado conta de sua proposta ético-político-metodológica? Ressaltam que o desafio do caminho metodológico traçado pela política deveria levar em conta os reconhecidos avanços nas organizações dos serviços e as situações comuns do cotidiano. Seria esse, então, um desafio para a estratégia apoio institucional,

[...] uma vez que a intervenção é disparada a partir de uma postura metodológica de inclusão das diferentes variáveis que compõem as situações-problema, sem propor soluções para as situações adversas, nem “promessa de solução”. Também não se trata de acolher problemas e queixas em uma perspectiva fatalista (como se condicionados e imutáveis em um dado ambiente que os determinam), muito menos pactuar com a usual percepção dos trabalhadores de que tal situação se deve a uma culpa exclusiva do outro, num contexto de culpabilização e vitimização (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009, p. 608).

Concluem que, diante da premissa de inseparabilidade da produção de serviços e de sujeitos, a direção de intervenção deveria ter buscado incitar “efeitos nos grupos”. Com isso, alterar os posicionamentos e atitudes por meio das análises das situações vividas, incluindo estas como material a ser analisado, já que seriam analisadoras dos modos de gestão que os instituíram.

A concepção de gestão com a qual se deveria percorrer o caminho metodológico proposto pela PNH, de acordo com os autores, deveriam estar ligadas à:

a) compreensão de que o trabalho é produção-invenção de serviços, de produtos, de si mesmo e do mundo (Schwartz, 2007) e de que, no processo de trabalho, a conexão construída é a das relações entre os atores que habitam os serviços (trabalhadores entre si e com estores e usuários); b) compreensão de que o trabalho em saúde é um espaço por excelência dessa produção de serviços e de sujeitos (autonomia, protagonismo (Campos, 2006, 2003, 2000); c) compreensão de que o trabalho é produção de saber, processo de formação permanente, e que essa formação se efetiva na vivência das situações concretas de trabalho, “tornando-se competente” para enfrentar as demandas, criando estratégias para isso (inclusive aprendendo a trabalhar em equipe) (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009, p. 609).

Embasados na descrição da característica inovadora da lógica da competência por Zarifam, que relaciona responsabilidade e autonomia, responsabilidade pessoal e corresponsabilidade, os pesquisadores chamam a atenção para o fato desta visão, na PNH, associar-se à ideia do aumento de autonomia e protagonismo, da capacidade de análise e intervenção sempre remetidas ao coletivo de trabalho. Essa ideia de competência relacionada ao encontro (co)responsável entre trabalhadores é o que se esperava em termos de atitude protagônica, autônoma e emancipatória.

Entende-se, com isso, que o espaço de trabalho é coconstruído, é um espaço de negociação e debate de normas, no qual o trabalhador é o gestor do próprio fazer, considerando que, neste, está em questão, não somente aquilo que se faz, mas também o que não foi possível fazer, as infidelidades do meio<sup>80</sup>, os impedimentos etc. Este é, portanto, marcado por uma

---

<sup>80</sup> A expressão utilizada por Canguilhem (2017), quando, ao definir saúde como “[...] margem às intolerâncias do meio.” (p. 139), destaca a importância dos acontecimentos, daquilo que extrapola as leis e as normas e fomenta a vida enquanto criação, serve de base para o conceito de real da atividade desenvolvido por uma das correntes das Clínicas do Trabalho, a Clínica da Atividade. Para Clot (2010), o real da atividade, engloba as infidelidades

relação dramática entre autonomia e heteronomia. Assim, propõem que a função apoio deveria ter como direção a produção de intervenções “[...] no sentido de ajudar a compreender que a desestabilização faz parte dos processos de trabalho e que o caminho é a mobilização para provocar outras e novas desestabilizações.” (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009, p. 610). Deste modo, ao invés de se pautar numa concepção ideal, homeostática, sobre os processos de trabalho, dever-se-ia produzir coletivos fortes capazes de avaliar e gerir os desequilíbrios, visto que assim afirma-se a potência inventiva que é própria dos vivos. Esse esforço coletivo, corresponsável, deveria se dar, portanto, no sentido de uma concepção de humanização que buscava afirmar-se com a política.

Considerando que os processos de trabalho estão imersos em contextos multivetorializados, operar com “rodas” implicaria em um método de inclusão de problemas-conflitos que se colocariam a partir do saber da experiência de todos os sujeitos.

Esse é o desafio que a PNH julga necessário ser incluído como matéria do trabalho, e é com essa matéria que nos propomos operar. Isto é não neutralizar os movimentos que emergem nos cotidianos de trabalho para começarmos a trabalhar, mas, sim, lidar com tudo isso, esperando transformações que alterem posicionamentos, que produzam outras formas de subjetividade e outros modos de subjetivação. A produção de saúde não está desarticulada da produção de sujeitos (Santos Filho; Barros; Gomes, 2009, p. 610).

Para eles, esta era uma especificidade da função apoio. Para tanto, seria preciso situar a discussão no âmbito da gestão que compreende, tanto a inserção dos sujeitos no trabalho, quanto, como desafio coletivo cogestivo, a gestão dos processos de trabalho. As mudanças pretendidas precisavam ser tratadas a partir dos processos em curso, o que exigiria um deslocamento para o campo da análise coletiva do trabalho. A função apoio se colocava então como provocadora desse ato emancipatório, de exercício coletivo de regulação, de ajuste das normas às necessidades dos sujeitos.

Mais uma vez, os autores nos lembram da contradição presente no embate entre novos modelos de atenção-gestão e a cultura instituída marcada pela verticalização das relações que levavam às fragmentações das ações e sensação de isolamento-solidão no trabalho, sinalizando as dificuldades de efetivação do trabalho em equipe. Com isso, reiteram o quanto é indispensável pautar a importância da comunicação lateralizada, baseada no diálogo e na polifonia, para afirmar a indissociabilidade entre atenção e gestão. Nesse sentido, acreditavam que seria preciso ampliar o debate sobre tal premissa e, portanto, sobre o modo de fazer apoio

---

do meio, aquilo que, no trabalho, extrapola os prescritos e às normas, forçando intervenções criativas que ampliam a potência da vida, portanto, produzem saúde.

institucional colocando em questão as estratégias avaliativas de dimensionamento deste trabalho.

A indissociabilidade entre produção de serviços e de sujeitos, em tese, parecia ter a potência para a efetivação da aposta na inclusão dos diferentes sujeitos na análise e gestão coletiva dos processos de trabalho. Essa estratégia, contudo, precisou enfrentar, sobretudo, os modos hegemônicos de conceber o trabalho que permitissem a produção de desestabilizações produtivas nesse campo. Os processos interventivos no concreto, tanto no curso, quanto na análise dos pesquisadores colocavam em questão a potência deste recurso para fazer desta metodologia, baseada na ideia de um novo humanismo, um modo de afirmar as diferenças.

Podemos concluir, até o momento, que a PNH se ocupou de resgatar uma vertente da luta e, para isso, as intervenções se deram sobre um grupo estratégico. Assim, efetivamente o que a política permitiu foi a reativação da luta pela transformação das práticas, em sua perspectiva mais radical, por meio de um coletivo composto por trabalhadores da saúde. Mas a questão que fica e que diz respeito ao nosso percurso de pesquisa é: quais os efeitos concretos do uso da função apoio como caminho metodológico de ampliação de um *êthos* minoritário? Teria tal dispositivo a potência para tornar públicos os princípios que a política sustentava para que, em algum momento, pudéssemos prescindir dela?

Por ora, seguindo as pistas da minha própria experiência como trabalhadora-formadora e dos movimentos que acompanhamos, a formação de apoiadores institucionais se coloca como escolha estratégica interessante quando pensamos na política pública como devir. Formar apoiadores do intensivismo, como um modo de continuar promovendo a ampliação de nosso *êthos*, sem dúvida é um caminho a ser considerado. Além disso, é preciso levar em conta que a formação tem relação intrínseca com os processos de subjetivação (Deleuze, 2015), com potência para intervir nesses processos. E a transversalização da política – o que hoje nos permite considerar que esta ainda paira como política oficial – nos dá licença para tomá-la como vertente curricular na formação em organizações da saúde e da educação. Assim, a manutenção dessa via, a formação de apoiadores – talvez o principal legado da Política -, nos permite pensar em possibilidades de criação de condições para que, seguindo as linhas do devir, continuemos produzindo contágio e contração de grupalidade em torno de um *êthos* que, pautado no paradigma ético-estético-político que o movimento de Humanização do SUS, a duras penas vem sustentando, afirma as diferenças.

### 3.3 1ª PARADA: re-construção do processo de pesquisa

Com o intuito, não de historiografar, mas de reunir as condições sobre as quais a saúde pública pôde ser atravessada por diferentes relações de força, faremos essa primeira parada do que colhemos desse processo clínico-político que constituiu o HumanizaSUS. Estabelecemos nesta primeira parte da tese três marcos para o estudo a partir das pistas deixadas pela política: a intenção de reaquecimento dos movimentos instituintes da RSB; o estabelecimento de um princípio-tarefa fundamental para a transformação das práticas de saúde, a coextensividade entre produção de saúde e de subjetividade; e sua estratégia privilegiada para a efetivação da tarefa dupla e inequívoca, o apoio institucional.

Em relação ao resgate das forças reformistas, ao admitirmos a heterogeneidade do movimento da RSB, acompanhamos na seção 1.3 que o processo de institucionalização da PNH incidiu sobre um dos vetores que compunha o diagrama de forças do movimento constituinte do SUS, àquele que reunia um coletivo entorno da transformação das práticas de cuidado em saúde. Além disso, este não ocupava posição hegemônica e, mesmo dentro do movimento reformista, constituiu-se como movimento minoritário em disputa agonística constante com outros vetores. Para isso, destacamos na seção 2.1 o caráter ético-político do HumanizaSUS que colocou em xeque o nível de crítica, de aliamento ou alheamento, em relação às forças ao socius. Ou seja, até onde se estava disposto a chegar para transformar a saúde e seus modos de intervir e pensar o cuidado, com que *êthos* se estava implicado diante das práticas de controle da população.

Em relação ao estabelecimento, como princípio-tarefa primordial, da inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade, ao qual somamos, ao longo do estudo, a produção de serviço e de conhecimento, ficou claro que questões importantes se colocaram diante da utopia ativa de investir de modo ético-político nos processos para transformação das práticas no SUS, sobretudo, do lugar constrangedor de onde se partia nesse processo, da centralidade da máquina de Estado. Contudo, ao pensarmos sobre o embate que se coloca nesse ponto, seguimos Foucault: “o ponto mais intenso das vidas, aquele no qual se concentra a sua energia, é exatamente onde elas se chocam com o poder, se debatem contra ele, tentam utilizar as suas forças ou escapar às suas armadilhas.” (Deleuze, 2005, p. 101).

Por fim, na pista estratégica do apoio institucional, o que pudemos perceber foi a ativação de atores que, podemos dizer, de um modo e de outro, fazem parte da máquina de Estado, pesquisadores, educadores, gestores, em suma, trabalhadores implicados com o SUS. Tal estratégia reativa, por sua vez, é uma questão central colocada por diversos autores ao longo



deste estudo e que diz respeito ao uso dos aparatos do Estado como estratégia de contágio e contração de grupalidade para transformar práticas de cuidado na saúde pública.

Reiteramos a complexidade desta questão mais uma vez recorrendo às considerações de Deleuze e Guattari (2011) que nos lembra que, seja nos Estados modernos capitalistas ou socialistas, “como máquina, o Estado já não determina um sistema social, mas é determinado pelo sistema social ao qual se incorpora no jogo de suas funções.” (Deleuze; Guattari, 2011, p. 293). Estes, segundo os autores, participam do Estado despótico originário. “Como não reconhecer nas democracias o déspota que devém mais hipócrita, mais frio e mais calculista, porque ele próprio deve contar e codificar as contas em vez de as sobrecodificar?” (Deleuze; Guattari, 2011, p. 292). O Estado é uma abstração que só toma existência imanente concreta nas formações ulteriores as que lhe deram origem. “Ele só toma sua existência concreta que o fazem retornar sob outras figuras e em outras condições.” (Deleuze; Guattari, 2011, p. 292). E, com isso, destacamos aqui como mais importante, por tomar como questão efeitos e não pré-concepções, a consideração dos autores de que o ponto central para a efetivação do Estado como máquina de repressão - estejamos oficialmente dentro ou fora de seus aparatos - ainda é o desejo (Deleuze; Guattari, 2011).

Deste modo, como vimos ao longo deste trabalho, aqueles que buscaram afirmar um *êthos* por meio da máquina de Estado, assumiram tal estratégia mesmo diante do risco de demonstrar ingenuidade ou de parecer estarem direcionados por uma simples utopia, por um idealismo. Ao assumi-la, estes – pautados pelo institucionalismo –, tinham como perspectiva a própria dissolução da PNH já que seus dispositivos foram atrelados, na máquina, à instituição saúde, seguindo a lógica dos processos de institucionalização que sob a perspectiva da Análise Institucional “[...] é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução.” (Lourau, 1993, p. 12). É importante enfatizar que, para estes, portanto, sabidamente, as forças ou movimentos de autodissolução estão sempre presentes nas instituições e são de fundamental importância para a manutenção do seu dinamismo. Barembliitt (1992) esclarece que a institucionalização trata da natureza transitória e mortal de um dispositivo instituinte, sendo esta uma precondição para o bom funcionamento destes. Sendo assim, a perpetuação destes dispositivos não deveria ser tomada como uma finalidade em si mesma, o que talvez não tenha ficado claro quando os esforços se dão no sentido de tornar a PNH uma política pública. Inclusive, tal problemática fica evidente nas divergências que aparecem nas discussões a respeito do fim da política sobre as quais nos deteremos mais à frente.

Sem dúvida, o investimento na estratégia apoio institucional representou a retomada de parte do movimento da RSB, mas não de todo o movimento, assim como nos indicou a primeira pista. Além disso, retrata uma das faces mais próximas à máquina da qual tanto buscou se apartar. Penso se podemos considerar que houve positividade deste lugar do qual se partiu para promover mudanças nos modos de cuidado e gestão do SUS. O que me ocorre, primeiramente, é que o uso que se fez da máquina foi de, diante de sua função organizadora e centralizadora, pôr para funcionar, num momento propício, durante um governo de base trabalhista que se posiciona como de esquerda – mas que, no seu próprio decurso, investiu em ações e em parcerias que nos dá abertura para relativizá-lo, aproximando-o mais de um posicionamento centro-esquerda – a sua potência macropolítica para a ativação de partículas micropolíticas que representavam forças contra hegemônicas.

Propomos pensar, então, o Estado ou a máquina de Estado sob a lógica da multiplicidade. Tal conceito produzido por Deleuze e Guattari (2011), como vimos, nos permite escapar das abstrações que opõem o múltiplo e o uno. Com base neste conceito, a única distinção, não oposição, possível é entre as multiplicidades arborescentes e rizomáticas. As primeiras dizem respeito ao plano macro, extensivo, divisível e molar. As micromultiplicidades, por sua vez, falam do plano molecular intensivo, de diferenças de intensidade entre elementos e relações. Sendo assim, o grande desafio que se impôs a política foi, em sua aposta de capilarização rizomática, intensivista, interferir nos modos de capilarização arborescentes, extensivistas, próprios às estruturas do Estado.

Alguns acusam os trabalhadores do SUS que se engajaram nesse processo de serem funcionários do Estado ou de governo. Seriam todos? Poderíamos pensar que, assim como a Política se colocou no limiar, muitos dos seus atores também ocupam esse lugar permanentemente. E vejo que foi justamente neste ponto que a política incidiu com toda sua força, catalisando-os. Poderíamos, então, pensar que, assim como existem políticas e funcionários de Estado e de governos, existem políticas públicas e funcionários públicos, em função do público, do coletivo. Não funcionários aliados às forças capitalísticas colonizadoras e necropolíticas, às boas intenções, muito menos alheios a estas e aos riscos que elas impõem a todos imersos na cultura capitalística, estando dentro ou fora desta máquina. Nos dirigimos aqui àqueles marcados pelo desejo do público, do comum e, não à toa, constantemente alvejados por forças contrárias, principalmente durante desgovernos como o que vivemos recentemente.

Falo de atores públicos que, embora vinculados de certo modo ao Estado e, logo, aos governos, estão implicados com o público e historicamente, de modo isolado, tentam sem nenhum ou pouco recurso macropolítico, operar transformações no concreto de seu cotidiano.

Parece que esta tem sido a história das lutas pelas transformações das práticas desde o esfriamento dos movimentos instituintes pós reforma. Sem dúvida, a política, posicionada estrategicamente, somou um quantum exponencialmente maior do potencial interventivo aos modos intensivos, às lutas micropolíticas, muitas vezes solitárias, daqueles implicados com a vida, com o coletivo, e que trabalham em função do público. E o fez, essencialmente, com base em um princípio que estabelece que para haver novas produções nas práticas no campo da saúde é preciso intervir no regime de produção subjetiva majoritário e, concretamente, por meio de dispositivos que tinham como direção duas operações, o contágio e a contração de grupalidade. Na primeira, assimilamos novos atores e na segunda, nos encontramos COM estes e COM aqueles que, por efeitos dos diversos vetores que atravessam e transversalizam a vida, já estavam implicados com um *êthos* que investe na afirmação das diferenças. Nem que por um instante, deixamos de estar solitários.

Desde lá, nos defrontamos na realidade brasileira com reforma administrativa na agenda de governo e lutas antirracistas<sup>81</sup>, feministas, LGBTQIAPN+, indígenas, quilombolas, lutas minoritárias<sup>82</sup>, indissociavelmente, anticapitalistas, em efervescência. De onde sairão as forças para tais enfrentamentos no campo da saúde? Como compor com tais forças?

Diante do devir da história, as novas lutas que se impõem nos dão a dimensão da necessidade constante do grau de ampliação dos investimentos ético-políticos na luta pela transformação das práticas. A luta é, sobretudo, contra a cultura capitalística, contra o Capitalismo Mundial Integrado, e seus sistema de dupla opressão, repressão direta no plano econômico e, fundamentalmente, produção massiva de modos de vida, de subjetividades assujeitadas, submetidas à culpabilização, a segregação e a infantilização, que desconhecemos as dimensões essenciais da vida (Guattari; Rolnik, 2013).

Intencionamos com esta pesquisa não dar ênfase ao negativo que se produziu com a perda da institucionalidade da PNH. Nos referimos aqui ao negativo como modo ressentido com o qual se trata sobre a política após a perda da institucionalidade ao se dar ênfase a perda de uma estrutura, de seus dispositivos. Buscaremos, portanto, ressaltar o que houve de positivo

---

<sup>81</sup> De acordo com Vargas (2021), que realiza estudo sobre a formação na atenção básica, por exemplo, o debate sobre a atitude decolonizante da concepção de saúde coletiva no Brasil é ainda recente para o campo e a dificuldade de superação dos vícios coloniais se coloca como obstáculo para a Reforma Sanitária, embora acredite que ainda possamos apontar movimentos de afirmação diante da epistemologia hegemônica.

<sup>82</sup> Prado (2020) aponta em seu estudo sobre a produção de subjetividade e o cuidado clínico na atenção básica, o não protagonismo, a secundarização do debate racial e de gênero na constituição de políticas públicas. Além disso, chama a atenção para a negligência em relação a essa temática pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e, até hoje, por setores progressistas que defendem um modelo contra hegemônico de saúde, como a Saúde Coletiva.

nesse processo, dando abertura a uma “justa medida” de seus efeitos sobre a ampliação do movimento pela transformação das práticas, sobre o *êthos* daqueles que tinham como princípio a afirmação das diferenças. Sendo assim, colher dela o que ainda nos permite exercer a nossa potência diante do valor defendido, dando concretude ao mesmo. A ênfase é sobre o que pode ainda nos dar condições para promover o contágio e a contração de grupalidade nas lutas que se seguirão. A PNH com a sua estratégia metodológica, ao transversalizar as políticas do SUS, nos deixou um legado para que possamos seguir afirmando os princípios que defendemos minoritariamente, um processo sempre inacabado, portanto, que necessita de impulso constante.

Nós, trabalhadores do SUS, podemos prescindir deste a mais de potência ético-política conquistada na luta pela transformação das práticas que estão e estarão sempre em devir? Certamente podemos continuar afirmando os nossos valores prescindindo de seus dispositivos nas intervenções cotidianas. Mas podemos igualmente fazer uso dos meios de contágio e contração de grupalidade, principalmente no que tange a formação de nossos trabalhadores<sup>83</sup>, o que, sem dúvida, produziu, em alguma medida, o comum, o coletivo, aproximou atores isolados, formou redes. Devemos, sobretudo, nos preocupar agora em como, juntos, não deixar que nos aniquilem<sup>84</sup> – o que já começaram a operar – e não seremos nós a fazermos isso.

A história nos explana como parte da força que têm a potência de converter – ou não – qualquer projeto em política de Estado, de governo, em política pública. A saúde pública teve como nascedouro o movimento público e heterogêneo de luta por direitos, que reconhece os seus determinantes sociais e que afirma a necessidade de transformação de suas práticas. Assim, na origem, o SUS em sua multiplicidade é uma política pública. Algumas forças convergiram majoritariamente para o campo do direito convertendo esta política pública em uma política de Estado, o SUS na letra constitucional. O HumanizaSUS surfou na onda governamental num momento oportuno dando impulso a uma vertente ético-política do sanitarismo brasileiro. Com isso, considero que o SUS em toda a sua multiplicidade é geneticamente público, ora haverá um ganho de potência de um lado, ora de outro, por meio de diversos modos de intercessão,

---

<sup>83</sup> Aqueles que têm ou tiveram a oportunidade de, de algum modo, trabalhar com a formação, direta (de especialidade) e/ou transversal (indiretamente, de outras especialidades), de trabalhadores para o SUS, principalmente àqueles recém-formados (residentes e especializandos) ou em processo de formação (estagiários) em suas especialidades, sabem o quanto esse momento é sensível. Há aí grande abertura para intervenções promotoras de transformações subjetivas com grande potencial de contribuição com mudanças nas práticas de cuidado no SUS. A entrada no campo começa a construir o esboço das implicações, individualistas ou coletivas, com o Estado e/ou governo ou com o público.

<sup>84</sup> Refiro-me às ações de movimentos de extrema direita contra as políticas públicas, sobretudo, àquelas que lidam com movimentos minoritários e seus atores. Estes ganharam força nos últimos anos compondo cada vez mais, em número e potência política, a máquina de Estado.

seja como política de Estado, como política de governo ou por qualquer outros meios que amplifiquem a sua função analisadora-transformadora. De nossa parte, fica a questão: de que modo podemos seguir afirmando as diferenças? De que modo o que se produziu com a PNH pode contribuir com nossa utopia ativa?

## **PARTE II - PLANO INTENSIVO**

### **4 RE-INTRODUÇÃO METODOLÓGICA - Máquinas de Guerra X Estado: modos minoritários de produção de conhecimento**

Extrapolando a linha argumentativa relativa ao nosso campo problemático – qual seja, a relação de interioridade-exterioridade com a máquina de Estado de práticas que têm em vista transformações no campo da saúde numa certa radicalidade em relação a um *êthos* que busca extensionar práticas intensivas – para o nosso campo metodológico, acompanharemos Deleuze e Guattari (2012) em “tratado de nomadologia: a máquina de Guerra” quando estes tratam sobre a relação interioridade/exterioridade da máquina de guerra em relação ao aparelho de Estado cuja função é a perpetuação ou conservação de órgãos de poder. Estes percorrem diversos campos – mitologia, a epopéia, o drama, os jogos, a etnologia, a epistemologia e a noologia – que confirmam a exterioridade da máquina de guerra em relação ao aparelho de Estado e propõem que “não é em termos de independência, mas de coexistência e de concorrência, *num campo perpétuo de interação*, que é preciso pensar a exterioridade e a interioridade, as máquinas de guerra de metamorfose e os aparelhos identitários de Estado [...]” visto que, “um mesmo campo circunscreve sua interioridade em Estados, mas descreve a sua exterioridade naquilo que escapa aos Estados ou se erige contra os Estados.” (Deleuze; Guattari, 2012, p. 25).

Ao tomar o Estado como composto por corpos coletivos, os grandes corpos do Estado, embora organismos diferenciados e organizados, parecem também ter outras aptidões além de dispor do monopólio do poder ou função de repartir localmente seus representantes. Tal aptidão consistiria em constituir-se, ainda que de modo caricatural e deformada, como máquina de guerra, uma ambição nômade. Com isso, os autores procuram pensar que tais corpos coletivos por serem compostos também por franjas ou minorias se constituem, por vezes, como máquinas de guerra, alcançando formas inesperadas. Tais formas chegam a colocar o Estado-organismo em apuros – instantes revolucionários de impulsos de experimentação.

O institucionalismo corrente da qual a esquizoanálise se desdobra, também nos oferece recursos para evitar dicotomias simplistas sobre as relações que estabelecemos com a Máquina de Estado. Por meio de discussões a respeito da noção de Estado Inconsciente (Lourau, 1993), esse novo campo de coerência dentro das práticas de pesquisa (Lourau, 1993) dá a essa relação o devido status de complexidade visto que

[...] Estado está em todo lugar e em todas as cabeças e corpos, sociedade civil ou não... Para a Análise Institucional a transversalidade do Estado é total. Mesmo quando não totalitário; mesmo se democrático... Nossas sociedades são estatizadas até o mais íntimo. Toda análise institucional encontra o Estado; não há reservas indígenas, nem homens protegidos, fora do Estado (Lourau, 1993, p. 68-69).

Nos valeremos de tal argumentação para pensar a perpetuação de uma “ciência menor” ou “nômade”. Das máquinas de guerra que se erigem contra o Estado em suas práticas no campo da saúde, partimos para a nossa metodologia, apostando em uma ciência menor ou nômade. Melhor, pretendemos por meio dessa ciência acompanhar os espaços lisos heterogêneos que esposam multiplicidades rizomáticas, não métricas, ocupá-los sem medi-los. Contudo, isso também não ocorre sem o risco da captura de uma ciência régia, de Estado, que busca medir um espaço a fim de ocupá-lo, de se apropriar dele. Aqui o cientista se coloca entre dois fogos, o da máquina de guerra que o alimenta e o inspira e o do Estado que lhe impõe uma ordem das razões, buscando exercer sobre tal ciência alguma pressão. Em ambos um mesmo problema: “O problema não é um ‘obstáculo’, é a ultrapassagem do obstáculo, uma projeção, uma máquina de guerra.” (Deleuze; Guattari, 2012, p. 27). Mas, “somos de fato forçados a seguir quando estamos à procura das ‘singularidades’” (Deleuze; Guattari, 2012, p. 42).

#### 4.1 PESQUISAS MINORITÁRIAS NO CAMPO DA SAÚDE: um fazer intensivo

De acordo com Rocha e Aguiar (2003) no contexto de introdução das pesquisas de campo na história das ciências menores acompanhamos, desde as pesquisas de campo Lewinianas, movimentos de captura que lançaram as primeiras iniciativas de desestabilização do mito da objetividade num afã utilitarista que não conseguiu romper com o paradigma funcionalista e que culminou num aprimoramento do sistema capitalista. Nesse embate inicial, os movimentos que propiciaram a entrada das pesquisas de campo, embora houvesse um gérmen potencial para um rompimento com a tradição positivista, cooptados pela máquina capitalista, não obtiveram êxito em romper com a cisão teoria e prática, sujeito e objeto.

Na década de 30, particularmente na América Latina, acompanhamos o desenrolar de práticas de pesquisa críticas que conseguiram, ao relativizar a ideia de “verdade”, abandonar as pretensões de neutralidade, objetividade e totalização dos saberes, na articulação teoria-prática, sujeito-objeto, nos ofertando um campo minoritário de produção científica que pressiona a ciência tradicional. Os campos da educação e da saúde, por meio de seus trabalhadores, exerceram protagonismo nesse sentido ao oferecer alternativas ao sistema formal/estatal, novas

formas de organização e produção do conhecimento que visavam, sobretudo, a participação coletiva em busca de transformações políticas. Na década de 70, no Brasil, marcado pela forte repressão política e pela luta do restabelecimento da democracia dos anos de chumbo, assim como ocorre com os movimentos no campo da saúde, também acompanhamos transformações importantes no campo científico. Há, a partir de então, a introdução de novas perspectivas de investigação que questionam as pesquisas tradicionais, o fracionamento da vida social, a dicotomização ciência-política e a participação efetiva dos grupos sujeitos na sociedade.

Nem todas as vertentes críticas, contudo, como apontam Aguiar e Rocha (2007), escaparam<sup>85</sup> também de estabelecer um projeto universal embasado em uma noção determinista e da captura de imagens que equivalem sujeito/grupo à indivíduo que pautam a ciência régia e que acabam por, ainda, provocar a cisão entre homem e mundo, sujeito e objeto, teoria e prática, entre sujeito do conhecimento e sujeito da experiência. Aqui a cisão cartesiana interior/exterior a um “eu” se expressa em estratégias dialógicas marcadas por uma política pedagógica pautada numa relação moral entre saber e poder, na qual a realidade aguarda o seu desvelamento.

As vertentes mais radicais ligadas ao movimento institucionalista, por outro lado, numa crítica a tais cisões e, logo, a uma concepção de sujeito humanista, natural e essencializado, afirmam outros modos de subjetivação, plurais e heterogêneos. Isso exige uma investigação, como a que pretendemos, que considera a multiplicidade e complexidade presentes nas relações homem-mundo, uma abordagem tanto macro, quanto micropolítica.

É, então, no campo das pesquisas-intervenção, inicialmente proposto por Passos e Barros (2000)<sup>86</sup>, resultante do canibalismo da psicologia brasileira sobre os conceitos da AI<sup>87</sup>, mais especificamente da socioanálise que se eleva o tom da crítica à ciência positivista. Este modo de conceber pesquisa que afirma as noções como autonomia e protagonismo, uma das vertentes das pesquisas participativas, considera toda investigação como ato político, acentuando a relação entre gênese teórica e social dos conceitos. Tal concepção provoca então um duplo abalo, tanto na dicotomia sujeito-objeto, quanto na dicotomia teoria-prática de modo

---

<sup>85</sup> Tal como ocorre com correntes que, numa redução do marxismo clássico, tiveram como perspectiva central o enfrentamento das desigualdades de classe pautados num único pressuposto, o corte de classe.

<sup>86</sup> O conceito posteriormente foi desenvolvido por Passos e Benevides (2009) na produção das Pistas do Método da Cartografia. Tal conceito teve como desdobramento a ideia da pesquisa-intervenção participativa sendo aplicado no campo da saúde mental a partir de pesquisas sobre o dispositivo GAM (Sade *et al.*, 2013) e sobre o Comitê Cidadão como estratégia gestiva (Passos *et al.*, 2013).

<sup>87</sup> Lourau (1993) sinaliza a diferença, em relação à Europa, dos campos de pesquisa que se apropriam dos conceitos da AI na América Latina, como por exemplo a psicologia, destacando um melhor uso da AI pelas práticas de pesquisa de nosso continente. Acredita que isto possivelmente se deve à lucidez de pesquisadores de países que vivenciaram regimes autoritários e negaram a psicologização da política.



que “em se apostando no caráter sempre intervencionista do conhecimento, em qualquer de seus momentos todo conhecer é um fazer” (Passos; Barros, 2000).

É com esse mote que seguiremos com nossa pesquisa cartográfica, considerando o seu intensivismo, a sua potência interventiva<sup>88</sup> de provocar movimentos, de contágio e propagação de ações clínico-políticas no plano das políticas públicas (Passos; Kastrup; Ecóssia, 2015, p. 154). Aproveitando as múltiplas entradas que o método cartográfico nos permite em seu repertório transdisciplinar recorreremos à teoria da enação da biologia do conhecimento, à teoria da normatividade de Canguilhem e às considerações sobre o “cuidado de si” em Foucault para considerar possíveis e esperados efeitos de nossa pesquisa minoritária sobre o leitor implicado com o campo da saúde – seja como produtor e/ou como efeito de produção de conhecimento, saúde, de subjetividade.

### ***PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO***

A teoria enativa, perspectiva artificialista ligada à cibernética de segunda ordem<sup>89</sup>, que se opõe aos modelos representacionais, se interpõe no campo das pesquisas cognitivistas por meio de experimentos de bancada embasado em um modelo ético-cognitivo que toma a vida como autopoiese<sup>90</sup> (Maturana; Varela, 1995), como o que toma para si a própria dinâmica de existir. Tal modelo ético-cognitivo estabelece uma dinâmica circular entre o conhecer, o criar e o fazer. Desse modo, a experiência cognitiva, o ato de conhecer, apresenta uma competência ética (Varela, 1996), concreta e em ato, que torna indissociável produção de si e produção de realidade, de mundo. Desse modo, nessa perspectiva, interessa mais o “trabalho duro”, know-how traduzido como habilidade ou capacidade de confronto imediato com um mundo efetivado (enacted) em detrimento do know-what – que se atém a um mundo representado – enquanto conhecimento intencional ou juízo intencional característico da tradição cartesiana. Privilegia-se, com isso, uma prontidão para a ação irrefletida, uma abertura ao acontecimento, a um modo

---

<sup>88</sup> A rigor esta pesquisa não atende as prerrogativas de uma pesquisa-intervenção stricto sensu, mas aposta na capacidade interventiva dos efeitos de seus produtos. Com isso, tomamos essa pesquisa e seus possíveis produtos como dispositivos como veremos adiante.

<sup>89</sup> A cibernética de segunda ordem, fundada por Bateson, concebe o fenômeno do conhecer como fenômeno biológico, que se apoia precisamente na participação do observador na produção do conhecimento (Maturana; Varela, p. 1995).

<sup>90</sup> Maturana, por volta de 1968 compreendeu que “os fenômenos associados à percepção só podiam ser entendidos se se concebesse o operar do sistema nervoso como uma rede circular fechada de correlações internas, e simultaneamente compreendeu que a organização do ser vivo se explicava a si mesma ao ser vista como um operar circular fechado de produção de componentes que produziam a própria rede de relações de componentes que os gerava (teoria que ele posteriormente chamou de autopoiese)” (Maturana; Varela, 1995, p. 39).

de ser não reflexivo mais próximo da experiência de inauguração característico do bebê que nos lança, portanto, num devir criança. O conhecimento, então, vê-se tomado pelo reencantamento do concreto (Varela, 2003), pelo imediato da experiência, um saber-fazer modelado pelo vívido, portanto, corporificado.

Ao tomar desse modo a mente como incorporada, conceberemos as perturbações (breakdowns) – o que na tradição racionalista são tomados como “ruídos” – como fonte da autonomia e criatividade, ativadores de momentos de transição comportamentais, de uma cognição viva, que num processo de circularidade intensiva faz nascer o concreto. Assim, ao ativar a nossa potência de transformação por meio, sobretudo, das crises e perturbações próprias da experiência concreta, do confronto afirmativo das diferenças que comportam as provisórias estabilidades, microidentidades e de micromundos, acreditamos ter mais próximo de nossas mãos o mundo no sentido de que possamos manejá-lo, produzi-lo.

A biologia do conhecimento, ao propor uma revolução paradigmática no campo cognitivo concebe a cognição em sua capacidade de enação, ou seja, de ação, de pôr em ato, estabelecendo uma relação estreita e performativa entre ação e agente no processo cognitivo, ideia esta ligada à afirmação da coemergência sujeito-mundo/objeto tributária da teoria da autopoiese (Maturana; Varela, 1995). Aqui o primado é o da relação, do que se passa entre os termos, é do agenciamento<sup>91</sup>, unidade básica do real, tal como apontam Deleuze e Parnet (1998). Com isso, ao acenarmos para a produção de conhecimento que toma o mundo como sem fundamento – mas não sem fundação – colocamos em foco a dinâmica de autoengendramento, autopoietica, circular da vida geradora de autonomia.

### ***PRODUÇÃO DE SAÚDE***

Por intermédio da epistemologia das ciências da vida, Canguilhem (2017), de modo semelhante à teoria minoritária cognitivista, procura afastar-nos de concepções reducionistas, nesse caso, que tentam equivaler a vida, saúde, aos padrões normais de uma média passível de representação gráfica, cuja única variação seria medida estatisticamente por desvios-padrão. Nesta perspectiva ocorre o enfrentamento de uma ciência que busca lidar com a vida de modo positivista, portanto por meio de normas extrínsecas, afirmando, com isso, o protagonismo do vívido da vida, do que esta produz, cria.

---

<sup>91</sup> “A unidade real mínima não é a palavra, nem a ideia, nem o conceito, nem o significante, mas o agenciamento.” (Parnet; Deleuze, 1998, p. 65).

De acordo com Canguilhem (2017) a saúde tomada de forma idealizada desempenharia apenas o papel de desvalorização da existência e, com isso, o que se buscaria seria apenas uma correção, uma única norma na qual subjaz um amor ao poder que nada mais é do que um abuso de poder. Desse modo, o problema da saúde perfeita estaria nos remetendo a um problema ontológico, o problema da existência da perfeição e, sobre esta, conclui que seria preciso reconhecer a normatividade vital da vida que diz respeito à sua variação e não a um normal ou a sua estabilidade.

A perda da capacidade de variação, da capacidade normativa, seria, desse modo, uma alteração do estado de saúde e, talvez, somente aí pudéssemos nos referir à noção doença. O estado de doença seria aquele que só admite uma única norma, seria justamente uma incapacidade de ser normativo, de instaurar novas normas de vida, na qual a capacidade de tolerância às infidelidades do meio se veem reduzidas, havendo uma perda da capacidade criativa diante da vida.

“Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história.” (Canguilhem, 2017, p. 139). “[...] A vida é essa atividade polarizada de conflito com o meio, e que se sente ou não normal, conforme se sinta ou não em posição normativa” (Canguilhem, 2017, p. 164). Assim, a vida é tomada em sua capacidade instituinte, reafirmando-se ainda a subjetividade como inerente ao homem.

“O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (Canguilhem, 2017, p. 138). Como margem de tolerância às infidelidades do meio, a saúde restitui a existência humana concreta daqueles que vivem entre acontecimentos, não entre leis – mas que as diversifica – e à vida em sua polaridade dinâmica. Desse modo, privilegamos não só autonomia como efeito da produção de conhecimento pautada na autopoiese da vida, mas igualmente como efeito da produção de saúde e, com isso, afirmamos mais uma vez, a sua inseparabilidade da produção de subjetividade.

### ***PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE***

O conceito de normatividade vital em Canguilhem nos remete aos estudos realizados por Foucault apresentados em seu curso no Collège de France nos anos 1980. Neste, o autor trata da relação entre sujeito e verdade, ao abordar o “cuidado de si” por meio das técnicas de existência, *tékhnē tou bíou* (arte de viver) e sobre as transformações destas ao longo do período

grego-helenístico que antecedem as concepções sobre a relação sujeito-verdade na Idade Moderna. A partir do que Foucault (2010) denomina como “momento cartesiano”<sup>92</sup>, estabelece-se uma relação específica entre produção de verdade e de subjetividade que coloca a ênfase no procedimento “conhece-te a ti mesmo”, *gnômai heautón*, que durante toda a Antiguidade, no pensamento filosófico<sup>93</sup>, foi tributária do cuidado de si, *epimèleia heautoû*, em relevo, requalificando-o.

Este momento que concebe o acesso à verdade como conhecimento representacional de objetos diverge de forma substancial, na história da subjetividade, do pensamento antigo no qual a verdade é o acesso ao próprio ser e que diz respeito à determinada prática entendida como espiritual – mas não cristã – de transformação subjetiva. O traço geral dessa ética do saber e da verdade corresponderia, porquanto, a uma atitude – consigo e com outros –, ao seu caráter “etopoético” (Foucault, 2010, p. 212) em que o que está em questão são os efeitos do modo de saber, de conhecer, sobre o sujeito, ou melhor, sobre a sua maneira de agir, de produzir *êthos*.

Nesse novo regime, nessa nova era da história das relações entre subjetividade e verdade, as condições – sejam estas intrínsecas ao ato de conhecimento, as suas regras ou extrínsecas ao indivíduo – “não concernem ao sujeito no seu ser: só concernem ao indivíduo na sua existência concreta” (Foucault, 2010, p. 18). Desse modo, considera-se que o sujeito cognoscente é capaz de acesso à verdade - considerada fundamental ou única – sem que, sobre ele, nenhum efeito advenha. Já aqui destacamos a diferença de concepção em relação ao que se toma como “sujeito” nos dois períodos abordados. No período socrático-platônico em que “conhece-te a ti mesmo”, destacado do texto *Alcibíades*, se desdobra de e já aí recobre a fórmula “cuidado de si”, é da alma que se trata. É essa alma-sujeito – de modo algum de uma alma-substância – implica uma atitude (*Khrêsthai, khráomai*) em relação aos outros, às relações, e também a si mesmo. O caráter catártico, desse modo, coloca-se como indissociável do político. “Quem se ocupa consigo [...] torna-se capaz de se ocupar com os outros” (Foucault, 2010, p.

---

<sup>92</sup> Foucault (2010) destaca que, embora refira-se ao período desse modo, de fato, esta não teria sido uma ruptura abrupta, que teria iniciado com a ciência moderna, da relação entre verdade e sujeito, ou melhor, na correlação entre o acesso ao saber e as modificações profundas no ser do sujeito. Essa transformação lenta teria, então, sido precedida por um conflito entre espiritualidade e teologia – enfatiza, não entre a espiritualidade e ciência – ocorrida durante doze séculos, no período do cristianismo. Ainda, acrescenta que, posteriormente, no século XIX, teria havido um movimento, implícito e sensível, do pensamento filosófico e científico para se repensar as estruturas da espiritualidade, que reencontra o cuidado com o cuidado de si.

<sup>93</sup> Foucault (2010) ressalta que o princípio “é preciso ocupar-se consigo mesmo” é uma antiga sentença da cultura grega, que não inicia com a filosofia, anterior ao período socrático-platônico, que tratava da afirmação de formas de existência ligada aos privilégios políticos de um determinado grupo, mais especificamente aristocratas espartanos.

158) o que em um vínculo de reciprocidade estabelece uma circularidade entre o cuidado de si e o cuidado dos outros.

Ao se aprofundar nos estudos das técnicas para o “cuidado de si” que Foucault (2010) constata que estas estavam inicialmente associadas diretamente à erótica, à relação amorosa com o outro, posteriormente será desconectada e sobreposta à dietética, ao cuidado com o corpo e à medicina e também à atividade social, ao cuidado da família, da propriedade e da economia. Além disso, tais técnicas perdem, na passagem do Alto Império para o Período Cristão, o seu caráter de liberdade – não vinculado a uma estrutura política, à forma da lei nem ao imperativo religioso – na produção de uma vida como obra de arte a ser produzida pelo próprio sujeito numa relação de direção com um outro. Há um processo de autonomização da *tékhnē tou bíos* (arte de viver, técnica de existência) que fundamentou, na Grécia antiga, o “Conhece-te a ti mesmo” subsidiário do cuidado de si que tinha como preceito “ocupar-se consigo mesmo”. O cuidado de si antes ligado à formação do *êthos* – seja para viver melhor, para viver mais racionalmente, para governar os outros – pouco a pouco, transforma-se num viver melhor “para si” onde o que está em questão é a relação consigo mesmo, gérmen do individualismo, o que para Foucault marca, como um acontecimento relativamente importante, na história da subjetividade ocidental.

O essencial é que a forma de objetividade própria do pensamento ocidental deixa nesse processo de tomar o mundo como algo a ser pensado, vívido, tal como propõe Canguilhem, passando o mesmo a ser conhecido, medido por *tékhnē* ou por técnicas como *corpus* de regras. E, neste, o *bíos*, a vida, tomado como exercício de formação, transformação passa de correlato de uma *tékhnē* de cuidado de si para uma forma de prova de si. Com isso, coloca-se para o pensamento ocidental o desafio “de que modo o mundo, que se oferece como domínio de conhecimento da *tékhnē* pode ser ao mesmo tempo o lugar em que se manifesta e em que se experimenta o ‘eu’ como sujeito ético da verdade?” (Foucault, 2010, p. 438).

O biólogo e filósofo chileno Francisco Varela (1996) por meio da teoria da enação faz um movimento semelhante ao se aplicar no estudo da competência ética. A competência ética traduz-se como “[...] um progressivo conhecimento em primeira mão da virtualidade do Si mesmo” (Varela, 1996, p. 68), uma aprendizagem ética, da transformação humana, que se faz por meios pragmáticos tal como as *tékhnē tou bioû* para o “cuidado de si”, estudadas por Foucault. A teoria enativa, no estudo sobre as competências éticas recorre às tradições não

ocidentais<sup>94</sup> – taoísmo, confucionismo, budismo – nas reflexões sobre a experiência ou sobre a aquisição de capacidade de base, no cultivo ativo, implicado, com as próprias atitudes, resultado de um treino ético no qual, não por hábito ou por intenção, se produz um comportamento genuinamente ético, uma consciência inteligente no qual uma pessoa não representa a ética, mas encarna-a (Varela, 1996, p. 38).

O estudo da estética da existência, das artes de viver (*tékhne tou bíou*) indicou que o que se buscava era um discurso subjetivado, uma apropriação, uma incorporação da verdade tanto daquilo que se sabe e pensava não saber, assim como do que não se sabe e que se pensava saber. Seria, para Foucault, um dos traços mais notáveis dessa prática de si que o sujeito deveria tornar-se sujeito de verdade. Trata-se, pois, de colocar o sujeito à prova “[...] em sua função de sujeito que diz a verdade, para forçá-lo a tomar consciência do ponto em que está na subjetivação do discurso verdadeiro, na sua capacidade de dizer o verdadeiro.” (Foucault, 2010, p. 326). A verdade aqui entendida como verdade sobre si mesmo não como – naquele que se inicia com a ascese cristã – jogo do sujeito sobre objetos ou sobre os seus próprios pensamentos, mas, ao contrário, do pensamento sobre o próprio sujeito. De modo que o sujeito age como se deve, progressivamente exercita-se na coisa em que se pensa (Foucault, 2010, p. 319). Além disso, aqui o “Si mesmo” trata do “[...] intelecto enquanto realiza atos espirituais propriamente divinos” (Foucault, 2010, p. 390). A concepção de divino na ascese espiritual, está ligada ao processo ontológico, ao movimento de criação do qual coemerge ser e mundo.

Diante do protagonismo do saber de conhecimento que inicia nos séculos XVI e se recrudescer no século XVII com o cartesianismo e que recobre o saber de espiritualidade, Foucault nos coloca diante da questão “É possível ter do sujeito um conhecimento do mesmo tipo daquele que temos de qualquer outro elemento do mundo, ou ao contrário é necessário um outro tipo de conhecimento?” (Foucault, 2010, p. 283). Assim, considerando que para a geração de preocupações não egocêntricas é preciso, para além do discurso, pensar em práticas de transformação do sujeito. Esta também era uma ocupação dos filósofos do período pré-cristão Greco-Romano. Para o exercício de si, *àskesis*, havia naquele tempo uma preocupação com a *paraskeuè*, produção de equipamentos, preparação, aberta e finalizada, do sujeito para lidar com os acontecimentos da vida. A *paraskeuè*, primeiro suporte da ascese espiritual, que permite aos sujeitos lidar com os acontecimentos da vida na medida em que eles se apresentam, têm como

---

<sup>94</sup> Contudo, Varela, não deixa de destacar a proximidade entre ambas. “Afirmo que a redescoberta da filosofia asiática, em particular da tradição budista, constitui um segundo renascimento na história cultural do Ocidente. A nossa filosofia ocidental que ignorava activamente tal herança comete um erro porquanto, entre outras razões, a Índia e a Grécia partilham um legado linguístico indo-europeu e muitas das mesmas preocupações filosóficas e culturais (Varela, 1996, p. 34).

características, a virtualidade. Desse modo, são dotados de presença permanente acessível, portanto, à experiência. Esse ponto nos remete aos dois movimentos característicos do período Platônico-Socrático e que serão desvinculados dos períodos pré-cristão que se seguirão, qual seja a *askésis* como acesso à verdade<sup>95</sup> e seu desdobramento, a transformação da verdade em *êthos*. O mundo, a verdade, ao alcance das mãos (*prókheiron*) por meio de *Paraskeuê* ou por meios de dispositivos pragmáticos, é esse também o objetivo do método cartográfico, visto a questão política em comum, como produzir um saber-fazer que tem em perspectiva transformar o *êthos*, como assegurar a subjetivação do discurso? ou seja, “encontrar a si mesmo como fim e objeto de uma técnica de vida, de uma arte de viver”? (Foucault, 2010, p. 296), como criar as nossas próprias normas de vida?

Nos estudos sobre as *áskesis*, uma *tékhne*, a da *parrhesía*, do franco-falar, nos ajuda a avançar sobre essa questão que diz respeito à constituição do sujeito ético na relação com o governo<sup>96</sup> de si e o governo dos outros.

*A parrhesía é transmissão nua, por assim, dizer, da própria verdade [...] assegura da maneira mais direta essa paródosis, esse trânsito do discurso verdadeiro de quem já o possui para quem deve recebê-lo, deve dele impregnar-se, deve poder utilizá-lo e deve poder subjetivá-lo (p. 343).*

*Na parrhesía, por certo, trata-se também de agir sobre os outros, não tanto para exigir-lhes algo, para dirigi-los ou incliná-los a fazer uma coisa ou outra [...] trata-se fundamentalmente de conseguir que cheguem a constituir por si mesmos e consigo mesmos uma relação de soberania (p. 343).*

Esta prática nos remete, portanto, ao problema da autonomia com o qual precisamos lidar nesse modo de fazer pesquisa que prima pelo cuidado do outro e que se caracteriza por ater-se, assim como na *parrhesía*, não tanto pelo conteúdo a ser apreendido, mas a ocasião, ao modo e aos efeitos dessa pesquisa. Na *parrhesía* busca-se por meio de certas regras a transferência desta *tékhne* para aquele que, na relação de poder encontra-se em posição assujeitada, permitindo a “intensificação” de sua autonomia. Também na cartografia a orientação é permitir a transversalização das relações, a abertura de graus de autonomia e nesse processo o pesquisador cumpre uma função fundamental.

---

<sup>95</sup> Mais uma vez, é preciso destacar que não tratamos aqui de uma verdade solipsista em torno do sujeito, tal como abordará o movimento subjetivista, nem como, no movimento representacionista de uma única verdade sobre as coisas do mundo, apreendida intencionalmente pelo sujeito da razão. Trata-se de “[...] que eu efetivamente experimento (sentire) como verdadeiras as coisas que digo... e não apenas às experimento, considero-as como verdadeiras, mas ainda as amo, a elas estou ligado e toda a minha vida é por elas comandada.”(Foucault, 2010, p. 364).

<sup>96</sup> De modo diverso do que foi apresentado acima sobre a questão do abuso do poder diante de perspectivas normativas sobre a saúde apontadas por Canguilhem (2017) em relação, a ideia de governo de si e do outro apresentada no texto “A Hermenêutica do Sujeito” (Foucault, 2010), quando associada à ascese espiritual, guarda forte relação com a ideia de cuidado ético de si e do outro.

Nesse ponto, sobre as diversas atividades que englobam o “cuidado de si” associadas ao “cuidado do outro” sobre os quais Foucault trata ao abordar a “questão ética da palavra” em relação às práticas de cuidado de si que envolvem a escrita e a leitura, gostaria de destacar um fenômeno social, o uso da correspondência. Tal fenômeno traz considerações relevantes para a análise de implicação do pesquisador, em seu intuito político-interventivo diante das problemáticas apontadas.

Na ascese filosófica, a correspondência, espiritual, de alma, de sujeito a sujeito, tinha por finalidade “dar ao outro notícias de si mesmo, indagar sobre o que se passava na alma do outro, ou pedir ao outro que desse notícias do que se passava com ele [...]” (p. 322). Esta importante atividade de cuidado de si e de cuidado dos outros, segundo Foucault (2010), tinha uma dupla face:

Com efeito, trata-se, por um lado, nessas correspondências, de permitir àquele que estiver mais avançado na virtude e no bem que dê conselhos ao outro: informa-se do estado em que se encontra o outro e, em retorno, lhe dá conselhos. Mas vemos que, ao mesmo tempo, esse exercício permite àquele que dá conselhos recordar as verdades que fornece ao outro e das quais ele próprio tem necessidade para a sua vida. De sorte que, quem se corresponde com o outro, servindo-lhe de diretor, faz continuamente exercícios de certo modo pessoais, uma ginástica que se destina ao outro, mas também a si, e que permite, por essa correspondência, manter-se perpetuamente em estado de autodireção. Os conselhos dados ao outro são igualmente dados a si mesmo. (Foucault, 2010, p. 322).

Aproximando-nos, de certa forma, da prática da *parrhesía*, precisamos lidar com a função de direção que, a princípio, pela tradição científica vigente, é dada ao pesquisador. Com o compromisso, não só de produzir conhecimento, mas sobretudo com os efeitos desta, o pesquisador precisa lidar com as suas implicações com o tema e com a sua posição na relação forjada por ocasião da pesquisa, visto que nesta há “[...] uma coincidência entre o sujeito da enunciação e o sujeito de seus próprios atos”(Foucault, 2010, p. 367). Assim, a pesquisa cumpre uma “função psicagógica” (Foucault, 2010) de ser um guia nos processos de produção de subjetividade comprometido com constituição do *êthos* daqueles que tomam parte dessa investigação de modo que o discurso coincida com a atitude, na qual coincide sujeito da enunciação e sujeito da conduta.

Vimos afirmando com a PNH a inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade e ao nos lançarmos no campo científico por meio de uma revisão cartográfica de literatura, afirmamos aqui, a inseparabilidade entre a produção de saúde/cuidado, de subjetividade e de conhecimento, porque entendemos que a produção de conhecimento é inseparável da prática de saúde/cuidado e de uma ética da existência pautada na produção de modos de subjetivação que toma como inseparável, como coemergente a produção de mundo e



de si, o que implica indubitavelmente um cuidado de si que se traduz como ação, atitude, *êthos* consigo, com o outro e com o mundo, numa tripla inscrição ecológica – ambiental, social e mental – tal como propõe Guattari (2001) e como exige o nosso tempo, o que reafirma a importância da sustentação do paradigma ético-estético-político nesse processo de pesquisa que busca a um só tempo produzir conhecimento – cuidado/saúde – e novos modos de subjetivação.

## 5 A PNH E SUAS CONTROVÉRSIAS: novo humanismo e democracia institucional

Entro nesse processo de constituir-me como pesquisadora de um tema de interesse de modo, entre o implicado e o sobreimplicado. A implicação, de saída, dentro dos parâmetros científicos hegemônicos, das teorias da objetividade e da neutralidade (Lourau, 1993) poderia ser um problema ou mesmo um impedimento para a sua continuidade. Contudo, a escolha metodológica não só inclui, como afirma a condição de implicação, contanto que esta seja posta em análise.

Até aqui, quase todas as produções escritas, sejam elas digitais ou físicas, permitiram que me mantivesse numa certa zona de conforto em relação a um modo idealizado de abordar o meu “objeto” de pesquisa. Contudo, há sempre uma dimensão não visível dos processos, já denunciada pela AI (Lourau, 1993), que em muito os influencia. A falta de registros públicos contendo discussões mais “quentes” entorno da PNH, se coloca aqui, então, como controvérsia central, visto que a Política tinha como modelo de gestão a democracia institucional e visava a ampliação do grau de transversalidade nas comunicações.

Pudemos acompanhar no capítulo 3 a escassez de produções científicas que, de fato, estabelecessem críticas ao HumanizaSUS, ao seu modo de funcionamento, aos seus princípios, diretrizes e aos conceitos que a embasaram. Destaco aqui a exposição de controvérsias, que considero como versão mais concreta e transversal, contudo restrita ao seu modo de funcionamento, nos posts da RedeHumanizaSUS<sup>97</sup> em meados de 2015. Inclusive, a falta de inclusão dos dissensos públicos sobre a Política, é ainda denunciada em um desses posts “*PNH como política de governo: fim ou mudança?*” (Teixeira, 2015). Nele, Ricardo Teixeira, o ex-consultor da PNH e coordenador da Rede HumanizaSUS, destaca a frequente falta de acolhimento dos novos modos de se fazer e pensar a política ao se referir a afirmação inequívoca do post “Sobre o fim da PNH enquanto política de governo” (Pavan, 2015), lembrando toda resistência para lidar com os redirecionamentos estratégicos e novas composições que, segundo ele, foram necessários ao longo da história da PNH.

Resta perguntarmo-nos, considerando o referencial ético-político da PNH, por que a manifestação dos dissensos, das controvérsias foi tão problemático? Talvez, a pista para tal questão tenha sido dada por Mendonça Filho (2012) na aspereza de suas críticas. O pesquisador

---

<sup>97</sup> Refiro-me aqui aos posts já mencionados na introdução desta tese “Repúdio ao fim da PNH enquanto política de governo (Ribeiro, 2015), “ Sobre o fim da PNH enquanto política de governo (Pavan, 2015), “Política Nacional de Humanização compõe novo arranjo de apoio do Ministério da Saúde às regiões de saúde” (PNH, 2015) e “PNH como política de governo: fim ou mudança?” (Teixeira, 2015).

marca sua posição contrária ao uso da máquina do Estado para a afirmação de valores revolucionários. E, mais do que isso, demonstra uma certeza inabalável na cooptação por esta máquina de atores implicados com o aperfeiçoamento de nossa democracia, com os princípios reformistas, o que teria como efeito um engajamento discutível em práticas de funcionalismo público afirmadoras de valores policialescos. Para ele, haveria uma impossibilidade para driblar a máquina estatal de tão próximo que se estava de seus mecanismos centrais. Quão longe dos mecanismos centrais desta máquina deveremos estar para que possamos ter atitudes que possam ir de encontro ao próprio funcionamento desta, visto que, como já vimos, dela não podemos nos apartar completa e definitivamente?

Ricardo Teixeira acompanha o ex-consultor Eduardo Passos e a ex-coordenadora da PNH, Regina Benevides, ao sugerir que o importante é acompanhar os desdobramentos da política, em particular a sua porosidade “ao fora”. Sem dúvida o seu fim já era esperado, por seguir a lógica dos processos de institucionalização e, não à toa, todo o derradeiro manejo se deu no sentido de permitir a sua transmutação em política pública. Assim, acreditava-se, as forças coletivas poderiam continuar produzindo contágio e contração de grupalidade, em torno dos princípios que a embasaram e sempre ir mais além nas questões que obstaculizam o avançar de seus preceitos éticos, estéticos e políticos.

Gostaria, então, de destacar neste momento, para além das controvérsias que dizem respeito ao modo de funcionamento da Política, duas grandes controvérsias que se conectam e que hoje consigo, nesse processo de análise de implicação, com o risco de me surpreender sobreimplicada, dar-me conta – não sem o auxílio dos coletivos<sup>98</sup> também implicados no meu processo de pesquisa. A primeira delas, amplamente abordada neste trabalho, é a estratégia de afirmar uma potência no humanismo, ainda que travestido de novo. Considerando o amplo debate já disparado no processo de implementação da política a respeito desta temática, gostaria apenas de acrescentar duas problemáticas mais atuais.

A primeira, alvo da crítica de pensadores do século XXI, diz respeito à centralidade do humano na produção dos processos de vida, excluindo, não só humanidades consideradas obscurecidas, sub-humanidades, humanidades periféricas, diferentes cosmovisões, mas todo o cosmos que compõe a existência do vivo, a natureza “como uma imensa multidão de formas” (Krenak, 2019, p.69). Tal modo teria como efeito nos alienar “[...] desse organismo que somos parte, a Terra, [...] passamos a pensar que ele é uma coisa e, nós outra: a Terra e a Humanidade” (Krenak, 2019, p. 16). Os críticos atuais do humanismo questionam se, efetivamente, somos

---

<sup>98</sup> Refiro-me aqui ao coletivo de orientação e àquele que compõe a minha banca.

uma humanidade. Podemos considerar um para além do humano nesse processo de gestão da vida na saúde pública? Ou um reordenamento das relações e espaços tendo em vista a amplitude do cosmos com o qual nos conectamos? De certo, isto seria de fato implodir qualquer humanismo, seja ele novo ou velho e inserir diferentes “racionalidades” e outras ecologias. Contudo, para nos atentarmos para as reservas da vida e tomar o desejo da vida como a pedra de toque de um novo pensamento político antes é preciso passar, inevitavelmente, por um processo ético de restituição e reparação do qual somos fiadores. Processo este que visa a constituição de uma comunidade, melhor, a reinvenção de uma comunidade que, de fato, tome o mundo como um só mundo (Mbembe, 2018a).

A segunda, complementarmente, diz respeito à afirmação de outras humanidades que não “aquela que pensamos ser” ou aquela com a qual nos identificamos (Krenak, 2019). O que desperta questões sobre a potência da Humanização do SUS em relação aos tensionamentos produzidos nesse sentido. No concreto, próximo que se esteve, ou agora mais distanciados, das principais engrenagens do Estado, quais as possibilidades para o desfazimento da centralidade de UM homem branco, heterossexual e cisnormativo nos acontecimentos que se dão no sentido da desconstrução de estruturas arraigadas de produção de novos modos de homens gerirem as relações da vida? “Será que desse lugar ou um pouco mais afastado dele, tem sido possível construir rodas, ou qualquer outro dispositivo, capaz de suspender o céu, ampliar horizontes existenciais, acenar prazerosamente para outros mundos (Krenak, 2019) sem medo de cair, porque atraídos pelas diferenças? Tem sido possível o enfrentamento do medo de fazer cair o mundo majoritário do qual, indubitavelmente, ora fazemos parte?

Todavia, é sobre a segunda controvérsia que buscaremos nos deter de modo mais pormenorizado neste texto, entendendo ser ela um desdobramento da primeira, e esta diz respeito ao movimento de tomar a democracia como modo de funcionamento institucional privilegiado de modo pouco crítico, se considerarmos os elementos atuais que precisam ser incluídos em discussões desse teor. Um adendo: buscaremos problematizar a democracia que conhecemos, entendendo que é preciso ter muita cautela nos tempos atuais sobre essa temática dado os avanços da extrema direita com suas pretensões autoritárias por todo o mundo. Desse modo, a crítica não está fundada no modelo democrático em si, mas no modo como este se constitui e se consolida em nossa sociedade.

Partimos, para a análise da controvérsia que destacamos, da consideração geral de que, se com a PNH objetivamos, ao afirmar as diferenças, demarcar o direito de qualquer um não só de acesso, mas de cogestão do SUS, hoje sabemos que precisamos fazer mais do que isso. É preciso nomear as diferenças, algumas em especial dado os usos, histórico e político, que se fez

delas para uma produção coletiva de subjetividade, que moldou inconscientes, dando a forma e o tom do funcionamento das principais estruturas de nossa sociedade; e considerar o seu “paradigma negativo” (Mbembe, 2018a). É inevitável hoje a necessidade de contar mais umas histórias, sob o risco de construirmos nada mais do que uma política de assimilação e dialéticas da distância, do cinismo e da indiferença.

Mendonça Filho (2012), nesse sentido, mais uma vez, ao nos provocar, nos permite a reflexão a respeito das estratégias que utilizamos para as transformações éticas que buscamos alcançar. O mesmo, podemos inferir, parece propor em seu texto “Adeus à Política” uma via mais radical, que se aproxima da via anárquica, para tais mudanças. A estratégia escolhida pelo HumanizaSUS, por outro lado, é uma aposta na possibilidade de que essa mutação contra-Estado, contra as leis de um Estado que é, em princípio, garantidor de desigualdades (Clastres, 1979), ocorra por dentro de sua própria máquina. Desse modo, ainda que contra o conjunto de instituições que compõem o Estado, esse caminho nos coloca em condição de fiadores de muitos de seus componentes e aqui privilegiaremos o regime político que tem sido privilegiado desde o século XIX, desde o desenvolvimento do capitalismo industrial, (Chauí, 2019), a democracia.

Chauí (2019) na aula “Breve história da democracia” dada recentemente no curso “A Democracia pode ser assim: história, formas e possibilidades” do Seminário internacional “Democracia em Colapso?” demarca a diferença entre a democracia moderna e a democracia originária. O nosso regime político democrático indireto e representativo em muito difere da democracia direta e participativa grega, a qual a PNH recorre, ao propor o Método da Roda, a noção de *Ágora*, para pensar democracia institucional, a cogestão. O modelo democrático que se instaura a partir do liberalismo centra-se na noção de indivíduos considerados livres e iguais, e não nas condições sociais reais marcadas pela desigualdade. Nesta, a democracia se define como garantia da lei e da ordem para o exercício das liberdades individuais, estando aqui a liberdade atrelada à noção de livre iniciativa para a lógica mercadológica da competição.

É importante, com isso, demarcar a noção de democracia à qual se filia a PNH, a participativa. De acordo com Campos, a ideia era “pensar ‘Ágoras’ modernas, espaços de lugar e tempo em que se possam analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como Sujeito.” (Campos, 2013, p. 155). A proposta era então de “algo semelhante àquilo que praticavam as antigas cidades gregas em suas praças públicas – a *Ágora* –, que ora servia aos mercadores, aos artistas e saltimbancos; ora prestava-se a reuniões da Assembleia do Povo que decidia sobre os destinos da cidade.” (Campos, 2013, p. 159).

Contudo, efetivamente, a Política centrou em apenas um dos princípios do SUS, mais integralidade. Como vimos, tal caminho lhe custou o risco de, em muitas circunstâncias, ver-se confundido com o próprio princípio ou relegado à fiador deste. O ponto cego e imprescindível das transformações que miravam à democracia no SUS, entretanto, parece não ter sido considerado pelo HumanizaSUS: a equidade.

A equidade, subsidiária do princípio doutrinário da Igualdade<sup>99</sup> é também uma sofisticação deste, visto que estabelece um parâmetro de distribuição não homogênea dos recursos (Escorel, 2009). Ao se pensar no acesso igualitário ao nosso sistema público de saúde, ao não se considerar as grandes desigualdades presentes em nossa sociedade, desse modo, atendendo igualmente os desiguais, o efeito poderia ser a manutenção das desigualdades, portanto, um impedimento para atingir a igualdade (Paim, 2009). De acordo com Escorel (2009), a equidade é também um conceito político e processual.

Se valores são intrínsecos às decisões eles devem ser explicitados, coletivamente assumidos e permanentemente avaliados e revistos, seja porque os critérios selecionados não se revelaram os mais adequados, seja porque depois os critérios aplicados às situações sofreram modificações e exigem novos critérios e escolhas. Há, portanto, que pensar a equidade em saúde como processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.

Desse modo, a equidade é uma tática para a garantia do acesso universal e igualitário ao SUS, portanto, para lidar com as inconsistências de nossa escalada democrática. Se com todos os esforços empreendidos para se criar a democracia no período Greco-Romano, esta já era marcada por questões de privilégio e desigualdades, que dirá a nossa frágil democracia representativa subjugada à hegemonia de forças econômicas que tem como meta o favorecimento do modo indivíduo de produção de subjetividade.

As produções privilegiadas de tais forças qualificadas como democráticas foram amparadas, hoje podemos afirmar, pelo racismo, pelo sexismo, pela misoginia e por suas interseccionalidades, pela formação, portanto, de subjetividades subalternizadas. Inclusive, tal composição leva a pensadores como Safatle (2019) a desconsiderar qualquer conformação democrática em nosso sistema político. Para o filósofo, a sociedade brasileira tem como elemento central de sua estrutura a perpetuação das relações que foram desenvolvidas no interior da escravidão. Essa perpetuação do modelo latifúndio-escravagista tem um princípio de dualidade ontológica que divide a sociedade entre aqueles que podem alcançar a condição

---

<sup>99</sup> De acordo com Paim (2009) “ a equidade não consta entre os princípios do SUS, seja na Constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde: o princípio central nesses marcos legais é a igualdade.” (p. 57).

de sujeitos e aqueles que estarão relegados à condição de objeto. Desse modo, a função do necroestado brasileiro é a perpetuação das condições marcadas pelas questões de raça, classe e gênero, portanto, da morte, extermínio e espoliação daqueles que não estão em condição de sujeito. Com isso, podemos afirmar que a democracia jamais existiu em determinados espaços geográficos, como, por exemplo, nas periferias das cidades. Mesmo considerada em seus padrões democráticos mínimos, a democracia nunca esteve no horizonte concreto para grande parte da população. Sendo assim, faz sentido, não a defesa desta suposta democracia, ou desta democracia seletiva, mas a criação efetiva de uma democracia que deverá partir da destituição do aparato necropolítico que funda o Estado brasileiro.

Chauí (2019), por sua vez, propõe pensar uma passagem da democracia como regime de governo característico do liberalismo para a democracia como forma da sociedade. Nesta, democracia social, ética e política são inseparáveis, pois voltam-se contra toda a forma de violência. Contudo, a filósofa destaca que, no Brasil, a democracia está permanentemente em colapso devido ao predomínio do privado sobre o público, das relações hierarquizadas, verticalizadas características do autoritarismo e das desigualdades, heranças de nosso passado colonial. Para ela, na sociedade brasileira são estabelecidas diferenças nas relações entre iguais, privilegiados das classes dominantes e desiguais, subalternizados. Entre os primeiros se estabelecem relações de parentesco e para com os últimos, são estabelecidas relações de favor, clientelismo, cooptação e, no extremo, de opressão. Num contexto onde o neoliberalismo se impõe como nova forma de totalitarismo que independe do colonialismo dos Estados Nacionais ou de nacionalismos extremos, a interiorização da culpa de indivíduos que não venceram a “concorrência” da lógica meritocrática manifesta-se expressamente por meio de argumentos racistas, homofóbicos, machistas e religiosos, medos, ressentimentos e ódios sociais que estavam ocultados, mas que nem por isso deixam de operar extermínios no interior da democracia moderna.

No SUS os estudos sobre as desigualdades têm sido fundamentais para o desenvolvimento de um campo de pesquisa que desvela importantes indicadores de privilégio e exclusão associados à raça e ao gênero. Aqui estamos falando, mais especificamente, de homens e mulheres negras, mas sobretudo dessas últimas, pelos graves indicadores sociais e de saúde dessa população e por serem elas a parte expressiva não só de usuários, mas de trabalhadores de saúde das diferentes profissões (Werneck, 2016).

Cabe reconhecer que, como campo de pesquisa, formulação e ação, a saúde da população negra se justifica: pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde,

verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social [...] Como visto, o principal elemento constituinte desse campo é o reconhecimento do racismo com um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida (Werneck, 2016, p. 539).

Para que possamos alcançar uma vertente positiva da diferença, diferença viva de identidades em devir composta por singularidades absolutas, precisamos ultrapassar efetivamente, mais que uma “política da bondade” que não questiona a fundo os preconceitos, mais que uma “política da assimilação” que busca incluir, de modo inadvertido, por meio da adequação às lógicas majoritárias (Mbembe, 2018a). De acordo com Almeida (2018) com as mudanças estruturais, política e econômica, de nossa sociedade globalizada e multicultural e de mercado livres, formas mais sofisticadas de dominação precisaram e precisam ser construídas para manter o status quo. Essas geram um racismo disfarçado no qual a discriminação, não mais individual e direta<sup>100</sup>, tem como efeito a produção de uma humanidade controlada.

A PNH não chegou a alcançar o momento de efervescência das discussões em torno das pautas, caras ao SUS, de raça, gênero e de suas interseccionalidades, mas entendemos que, hoje, não podemos nos furtar a esse debate. A proposta aqui, então, é de acompanhar os processos cartografados até então que nos ajudam a situar tais problemáticas, de modo mais geral, na construção do processo democrático das sociedades capitalistas para que possamos, mais especificamente, incluí-las nas discussões susistas que dizem respeito à produção de equidade. E mais do que isso, inseri-las nas rodas que, buscando incluir a todos e a qualquer um, se propõem a colocar em funcionamento um *êthos* democrático participativo, ainda que consideremos que a estratégia para tanto seja a de produzir graus de abertura democrática.

Desse modo, faremos tal debate a partir da lógica racial e de gênero acreditando que seus desdobramentos se expandem para outros campos de luta. Com isso, nos desvencilhamos do modo hegemônico de fazer ciência, *locus* privilegiado de um discurso autorizado e muitas vezes incontestável sobre a verdade – nem sempre pela força de seus argumentos, mas certamente pelo poder político e econômico de que dispõe. Lourau (1993) nos lembra, como um ambiente majoritariamente heterogestivo, o nosso campo científico é extremamente racista. “As ciências são extremamente racistas. Consideram existentes duas raças de seres humanos: os dominantes e os dominados. A isso, se acrescente o racismo sexual: as mulheres como

---

<sup>100</sup> Tratamento diferenciado e manifestos, seja pela posição de poder ou pelo uso da força, de caráter individual ou coletivo, atribuídos aos membros de grupos racialmente identificados (Almeida, 2018).



dominados. Esta afirmação talvez surpreenda; no entanto, é a verdade nua e crua.” (Lourau, 1993, p. 14).

### 5.1 DEMOCRACIA: equidade e racismo

A participação das instituições de saúde e de ensino, sobretudo da medicina, foi fundamental para a produção e aprofundamento do racismo (Almeida, 2018) e, particularmente no SUS, de acordo com Werneck (2016), as instituições de pesquisa, do ponto de vista da justiça social, têm negligenciado a necessidade de consolidação da equidade no SUS. Alguns autores, sobretudo aqueles contemporâneos, têm promovido discussões interessantes sobre pautas que hoje nos ajudam a lidar, de modo ainda mais crítico, com uma concepção de democracia que se desdobra de questões disparadas quando o humanismo – mesmo o novo – é colocado em xeque.

De acordo com Mbembe (2018) o negro e a raça vêm sendo tratado como sinônimos nos discursos modernos sobre o homem e sobre o humanismo. Esta equivalência, para o filósofo, serviu de base para o projeto moderno de conhecimento e de governo. E ele acrescenta que, desde a formação do sistema de *plantation*, da escravidão nas colônias, passando pelo *apartheid*; até a advento do neoliberalismo com a formação de uma “humanidade supérflua”, constituída por nômades do trabalho, por “empreendedores de si mesmo”, sujeitos do mercado e da dívida; assistimos à universalização da condição negra com a formação de humanidades subalternas, os “novos condenados da Terra” (Mbembe, 2018a). À transformação de mais e mais seres humanos em coisas animadas, “à essa nova condição fungível e solúvel, à sua institucionalização enquanto padrão de vida e à sua generalização pelo mundo inteiro, chamamos o *devoir negro do mundo*.” (Mbembe, 2018a, p. 20).

Até que ponto foram consideradas, nas propostas de tensionamento da Política, a recuperação do estatuto de humanidade àqueles sobre os quais se operou uma desumanização objetiva? E mais, até onde estamos considerando a nossa fobia – enquanto fobia daqueles que precisamos nos diferenciar para reconhecemos a nossa humanidade, daqueles que tiveram a sua humanidade plena negada, daqueles que habitam as “[...] zonas cinzentas de uma cidadania nominal, no seio de um Estado que, apesar de celebrar a liberdade e a democracia, nem por isso deixa de se preservar em seus fundamentos como um Estado escravagista”? (Mbembe, 2018a, p. 63). No cálculo dos tensionamentos, teria sido possível para esses “[...] a participação plena e integral na história empírica da liberdade – uma liberdade que não é divisível, no seio de uma ‘humanidade global.’” (Mbembe, 2018a, p. 65). Quais os meios possíveis para produzir

movimentos autônomos de criação, de autoinvenção dessa humanidade sustada? O filósofo estabelece um limite para uma intervenção política em nosso mundo ainda racial.

Na impossibilidade de partilhar um mundo comum entre eles e nós, a política africana do nosso mundo não tem como ser uma *política do semelhante*. Ela somente conseguirá ser uma política da diferença – a política do Bom Samaritano, que se alimenta do sentimento de culpa, seja por ressentimento, seja por piedade, mas nunca por justiça e responsabilidade. Pode-se dizer que não existe entre eles e nós, similitude nenhuma em termos de humanidade. O laço que a eles nos une não é um laço entre seres semelhantes. Não partilhamos um mundo comum (Mbembe, 2018, p. 98).

No SUS, o racismo tem se configurado como um dos fatores centrais na produção de iniquidades em saúde. Este fato, reconhecido no campo político, não conseguiu derrubar a hegemonia das teorias eugênicas das ciências da saúde. Como um fator estrutural dos determinantes sociais em saúde, o racismo perpetua a produção de uma hierarquização social que tem como resultado a manutenção das vulnerabilidades em saúde. Além disso, a manutenção do *status quo* mantém as desvantagens, disparidade e tratamento desigual, produzidas pelo SUS o que tem como resultado o aumento da mortalidade da população negra (Werneck, 2016) e, podemos acrescentar, de outras populações subalternizadas.

O Racismo, desse modo, estrutura profundamente o escopo da democracia no Brasil, naturalizando as iniquidades produzidas e promovendo o Racismo Institucional, “[...] que continua a ser a nossa Besta” (Mbembe, 2018a, p. 295), a dimensão mais negligenciada do racismo que produz e reproduz a hierarquia racial por meio de condutas excludentes e realização de privilégios. “Dessa perspectiva, ‘racismo institucional’ equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo.” (Werneck, 2016, p. 543).

Entendemos, portanto, que o racismo institucional confronta a noção de democracia institucional. De acordo com Almeida (2021), esta é uma concepção de racismo que manifesta um avanço em relação ao racismo individual, mais facilmente localizável por considerar o racismo como ação isolada de indivíduos, isolados ou em grupo, e não nas sociedades e instituições. É por meio do racismo institucional que as instituições, produzindo consensos, por ação ou omissão, perpetuam privilégios e violências. Com isso, é inegociável a existência de espaços de resistência, de debate sobre as desigualdades raciais. “Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, as instituições que não tratem de maneira ativa e como um problema a desigualdade racial irão facilmente reproduzir práticas racistas já tidas como ‘normais’ em toda a sociedade.” (Almeida, 2021, p. 48). Contudo, vai mais além ao afirmar a tese de que todo racismo é estrutural, pois integra a organização econômica e política da sociedade, sendo, portanto, uma manifestação dentro das normas de uma sociedade. A

instituição, desse modo, é apenas um dos vetores de transmissão do racismo, sobretudo em sua versão dissimulada<sup>101</sup>.

A democracia que conhecemos foi construída sobre o terreno podre de práticas de segregação, violência extrema e terror racial (Mbembe, 2018a, p. 64) que inicia, no primeiro capitalismo, com sistema de *plantation* do complexo escravagista do Atlântico do qual o Brasil, junto com o Caribe e Estados Unidos, foi anfitrião. Este teria sido, de acordo com Mbembe (2018), o “elo notório” para a constituição do capitalismo moderno. Tais práticas foram posteriormente legitimadas, no século XIX, por uma pseudociência humanista que biologizou e generalizou a noção de raça, disseminando estratégias eugenistas, sob a égide do evolucionismo darwiniano e pós-darwiniano.

No século XXI, a lógica da raça, se beneficiando do processo de globalização, produziu novas constantes do racismo e, de acordo com o Mbembe (2018) precisamos dizer “algo terrivelmente atual” acerca do mundo e seguir estes sinais que acenam para um retorno do colonialismo ou sua reprodução nas práticas contemporâneas. Assistimos a um regresso de interpretações biológicas baseadas no pensamento genômico que tratam da diferença entre grupos humanos, o que, longe de marcar o fim do racismo, desvela um novo desdobramento da raça e vislumbra um futuro no qual essa lógica pode servir para criação de transformação de seres vivos por meio de tecnologias reprodutivas, descartando raças “indesejáveis” em nome da segurança ou da minimização dos riscos.

Foucault (1999), tendo em perspectiva o antissemitismo nazista (Almeida, 2018), já havia nos alertado para a introdução do racismo nos mecanismos do Estado a partir da emergência do biopoder. A estatização do biológico, nova forma de apoderamento e governo, foi um dos principais acontecimentos do século XIX. Este provocou mudanças fundamentais do direito político da época, fazendo surgir um novo direito o de “fazer viver” e o de “deixar morrer”. O racismo é condição de possibilidade para o nascimento da biopolítica.

Mbembe (2018b) propõe uma leitura crítica da política como trabalho da morte, necropolítica, que remonta a uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica, de onde surge o terror moderno, o sistema escravagista. Para ele “[...] a noção de biopoder é insuficiente para dar conta das formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte” (p. 71). Assim, propondo uma outra leitura da política a partir de situações mais concretas relacionadas à vida e à morte, lamenta que a crítica política contemporânea, diante da

---

<sup>101</sup> Podemos associar a versão dissimulada do racismo à noção, por exemplo, de discriminação indireta, quando a situação de desigualdade racial é desconsiderada tendo como consequência a manutenção ou incremento das iniquidades.

multplicidade de conceitos de biopoder produzidos na modernidade, tenha privilegiado apenas as teorias normativas da democracia e construído uma ideia de política como exercício da razão, que se equivale à liberdade na esfera pública, como projeto de autonomia e realização de uma coletividade, de homens e mulheres livres e iguais. Esse romance da soberania, como se refere, teria, em recurso às instituições, pensado a capacidade autocriativa da sociedade dentro da lógica de uma razão universal gestada no continente europeu.

Na contemporaneidade essa noção de biopolítica, ainda vigente, desvela a existência de poderes, estatais ou não, capazes de definir “quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável’ e quem não é”? (Mbembe, 2018b, p. 41). De acordo com Almeida (2018), o poder político assumiu a forma do Estado no mundo contemporâneo, ainda que a política não se restrinja a ele. Este Estado racial<sup>102</sup>, que tem por função estabelecer a classificação de indivíduos em classes e grupos, têm alimentado o racismo por meio de uma classificação racial. O racismo, portanto, como dimensão constitutiva dos Estados modernos costuma ser silenciado por um Estado que se vende como impessoal e imparcial, sobretudo, quando precisa se reconfigurar para lidar, num espaço de economia liberal, com o surgimento de novas identidades, mas que por meio de suas instituições continua a naturalizar as desigualdades. No campo da saúde no Brasil este poder tem atuado com o racismo e não contra ele a partir do estreitamento das redes de proteção social, pelo controle da saúde coletiva e individual, pelo negligenciamento da saúde de suas minorias subalternizadas, operando concretamente sua necropolítica.

Contudo, na era da mobilidade global “[...] o exercício do direito de matar já não constitui o monopólio exclusivo dos Estados [...]” (Mbembe, 2018b, p. 52). Há, por outro lado, um mosaico de direitos de governar, uma organização heteronômica na qual “[...] faz pouco sentido insistir entre campos políticos ‘interno’ e ‘externo’, separados por limites claramente demarcados.” (Mbembe, 2018b, p. 53). No capitalismo racial, nesta vasta necrópole, as máquinas de guerra contemporâneas são organizações difusas e polimorfas com capacidade de metamorfosear-se, combinar uma pluralidade de funções de modo que, ora pode apresentar uma organização política, ora aparentar-se a uma empresa comercial num contexto em que o subsídio racial segue servindo para atenuar as crises de acumulação do capital. “O mundo do

---

<sup>102</sup> Almeida (2018), com base em Goldberg, diferencia Estado racial de Estado racista. O primeiro trata dos Estados determinados estruturalmente pela classificação racial e os últimos estão associados aos regimes extremamente violentos como aconteceu na Alemanha nazista, à África do Sul antes de 1994 e aos Estados Unidos antes de 1963. E enfatiza que não haveria uma terceira via.

tráfico dos negros é idêntico ao mundo da caça, da captura, da colheita, da venda e da compra.” (Mbembe, 2018a, p. 240).

A ideia moderna de democracia, de acordo com Mbembe (2018), portanto, é inseparável do projeto de planetarização comercial, que teve como cadeias nodais a *plantation* e a colônia e, assim como o liberalismo, continua a perpetuar a cultura do medo, arbitrando a liberdade e a segurança dos indivíduos por meio da noção de perigo. Para o filósofo, este perigo é, desde então, racial e representado pelo negro. “As ideias modernas de liberdade, igualdade e democracia são, desse ponto de vista, historicamente inseparáveis da realidade da escravidão.” (Mbembe, 2018a, p. 148). Contudo, assim como no campo da economia, no campo da saúde nem sempre é evidente como o biopoder atua na produção de violências concretas cotidianas, o que exige de nós, trabalhadores e trabalhadoras do SUS atenção ainda maior sobre as nossas atitudes – sobretudo aquelas amparadas de modo acrítico na ciência – e sobre as associações que fazemos – sobretudo com práticas institucionais.

Além disso, Mbembe (2018a) complementa as críticas tecidas até aqui, sobretudo por Mattos (2009), sobre a centralidade do direito nas conquistas das lutas reformistas no campo da saúde. O “direito das gentes” inventado pela “terra natal da razão, da vida universal e da verdade da humanidade” (Mbembe, 2018a, p. 29) teve a violência como forma original. Na ocupação colonial, esta forma desvela a gênese de uma biopolítica que, ao produzir estados de exceção, produziu imaginários sociais dividindo as pessoas em categorias. Tal produção ainda perpetua, no concreto da atualidade, um negativo da equidade, direitos diferentes para diferentes categorias de pessoas, produzindo um apartheid de raça, classe, gênero etc.

A partir desse referencial podemos problematizar o uso do modo democrático sem crítica contundente, visto que as questões de raça vêm sendo alvo de problematizações devido à sua relação genética com as estruturas que deram base a essa principal forma de organização política das sociedades de cultura capitalística, a democracia que conhecemos. O que, na atualidade, nos permite colocar em análise até mesmo o paradigma de afirmação da diferença, visto que, a produção da diferença que estabelece uma relação sinonímia entre raça e o “Negro” “sempre foi uma forma mais ou menos codificada de divisão e organização das multiplicidades” (Mbembe, 2018a, p. 74) e foi uma das matérias-primas com as quais se fabricou “[...] a diferença e o excedente, isto é, uma espécie de vida que pode ser desperdiçada ou dispensada sem reservas.” (Mbembe, 2018a, p. 73). Na constituição da humanidade, o negro foi o “[...] testemunho da diferença em seu estado natural-somática, afetiva, estética e imaginária.” (Mbembe, 2018a, p. 92), o princípio de exterioridade que se opunha à inclusão, o elo da separação, a exigência da separação. “Constituindo um mundo à parte, *a parte à parte*, não

podiam se tornar sujeitos por inteiro da nossa vida em comunidade” (Mbembe, 2018a, p. 93), nem “[...] servir de base à experiência de uma cidadania comum” (Mbembe, 2018a, p. 157).

Além e em consequência disso, Mbembe (2018), situando o contexto de construção do racismo, lembra como a fantasia do branco criou marcadores públicos de privilégio que contribuiu para uma “redistribuição profundamente desigual dos recursos da vida e dos privilégios da cidadania em escala planetária”. Não podemos esquecer, portanto, que a raça foi a matriz simbólica para a produção de uma subjetividade das relações coloniais, para a construção de um *êthos* racista que, até os dias atuais, provoca uma supressão de quase todos os privilégios da humanidade para os subalternizados.

A relação entre política e privilégio é velha conhecida. De acordo com Arendt (2007), na origem, a concepção grega de política a afasta de qualquer condição natural. A destruição das unidades organizadas à base do parentesco teria dado uma espécie de segunda vida ao homem com a formação das cidades-Estado. Na *polis* alguns eram desprovidos “[...] de um modo de vida no qual o discurso e somente o discurso tinha sentido [...]” (Arendt, 2007, p. 36), entre eles, aqueles considerados escravos<sup>103</sup> e bárbaros. A liberdade, atributo exclusiva da esfera política, desde a formação das cidades-Estados, é atributo dos iguais<sup>104</sup> e, desde lá, os desiguais são a maioria da população.

Foucault (2010) também destaca como, desde a origem, as questões de privilégio – político, econômico e social – estavam associadas à construção de uma “cultura de si”, Paideia, na construção de *êthos* – modelo ao qual recorreu-se para pensar a metodologia da PNH. Primeiro, o cuidado de si aparece como exercício fora da filosofia e depois como condição de passagem de um privilégio estatutário para uma ação política efetiva. “Entre privilégio e ação política, este é, portanto, o ponto de emergência do cuidado de si.” (Foucault, 2012, p. 35).

Contudo, é preciso atualizar as particularidades das questões de privilégio. Hoje nos deparamos, se não na totalidade, mas em grande medida, com o compartilhamento das condições de privilégio e subalternização. É certo que não estamos todos no mesmo barco, mesmo os subalternizados – tema, que trataremos mais a frente, amplamente discutido pelo movimento feminista negro a partir da concepção de interseccionalidade. É justamente essa condição que incrementa o negativo da produção das diferenças ou a nossa recusa como parte

---

<sup>103</sup> Os escravos aos quais Arendt se refere não são escravos negros, mas como estes, não eram considerados homens – ainda que fossem considerados humanos escravos da sobrevivência, de uma “vida activa” - e serviam aos homens para que estes pudessem exercer a vida política, uma vida reflexiva.

<sup>104</sup> Arendt (2007) diferencia a igualdade na Antiguidade da igualdade nos tempos Modernos. No primeiro caso, a liberdade está relacionada a um “mover-se numa esfera onde não existiam governos, nem governados. Na Modernidade, por seu turno, a liberdade está relacionada à justiça.

do devir negro de uma humanidade cindida, o que nos impele, muitas vezes, pelo desejo de proteção e autopreservação, à perpetuação da secessão. Essa discussão, em relação à Política, nos coloca entre a cruz e a espada e nos interpela sobre o quanto, de fato e no concreto, estamos em condições de puxar cada vez mais a corda que sustenta o mundo que conhecemos, que muitas vezes sentimos que nos convém, e o lugar que ocupamos nele. E do lugar, das implicações com o “trabalho pela vida” (Mbembe, 2018a) de uma recusa, portanto, de nossa redução e de outros, ao estatuto de mero objeto, de coisidade absoluta, no qual buscamos nos desprender dos signos da servidão (Mbembe, 2018a) que os trabalhadores e trabalhadoras dos SUS podem ser interpelados quando assumem a função de apoiadores dos princípios que a PNH representou e/ou ainda representa para a saúde pública.

Considerando tal condição, Mbembe (2018a) aponta um risco e nos provoca. O risco é o das promessas de igualdade e liberdade de um humanismo que manteve em segredo a invenção de uma subjetividade coisificada, o negro. O trabalho da raça, inclusive, de acordo com o filósofo, nega a própria ideia do comum, de uma comunidade humana, é o testemunho vivo das iniquidades. Mais do que isso, o “princípio da raça”, como forma espectral da divisão e diferença humana, é instrumento de estigmatização, exclusão e segregação, isolamento, eliminação e destruição de determinados grupos humanos. Para este, há em nosso mundo, que continua a ser o “mundo das raças”, um “processo de africanização” em curso que apela “[...] à reparação, à restituição e à justiça” (Mbembe, 2018a, p. 114).

Nos cálculos do poder e da dominação, a consciência racista é a expressão da resistência à multiplicidade e tem como efeito tanto uma cegueira em relação ao outro, quanto a sua objetificação. Ao litigar alguns da humanidade, produz uma economia da subordinação que solapa as possibilidades de produção de autonomia. Sendo assim, de que modo os valores que a PNH sustentou podem ajudar a produzir reviravoltas? O quanto seus métodos, ou outros dispositivos criados ou a serem criados, podem dar conta da complexidade envolvida nos processos de produção do negativo da diferença? Como apoiar no sentido de reconhecer “o outro em si” e assumir o desvio pela alteridade para a constituição de um novo saber sobre si?

Visto que a história da modernidade também é marcada por práticas de resistência e ideias antirracistas, o risco é, também, o da reviravolta, de um levante de toda a humanidade subalternizada, ao se dar conta de sua condição *devir negro do mundo*, de reconhecer-se como parte dela. Dito isso e atentos ao risco da mera inversão mimética dessa condição como parte “[...] do projeto de sublevação radical e de autonomia em nome da diferença” (Mbembe, 2018a, p. 23), precisamos nos ater, como propõe o autor, à crítica rigorosa política, ética – e acrescento,

estética – do racismo e das ideologias da diferença<sup>105</sup>. Precisamos reabilitar a singularidade e proclamar a diferença para a construção de um mundo sem raças, nem de senhores, nem de escravos, onde possamos nos tornar homens e mulheres como qualquer outros, afirmando a irreduzível pluralidade do mundo, aliás a única igualdade que compete à comunidade humana.

Tal provocação é um convite para nos desconcertamos e nos permite ir mais além nas discussões sobre humanismos e sobre a democracia no SUS. Assim como Mbembe (2018a), consideramos de suma importância fazermos uma reflexão crítica sobre o mundo de nosso tempo, para pensarmos velhas questões como a liberdade, a heterogeneidade, “[...] a diferença e a vida, o semelhante e o dessemelhante, o excedente e o *em comum*?” (Mbembe, 2018a, p. 23).

Sendo assim, primeiro perguntamos: Com o seu fim como política de governo, a PNH transmutou-se em política pública? Para logo em seguida questionarmos: em que condições? Foi suficiente tomar a democracia institucional como modelo político e o novo humanismo como modelo filosófico na concretização de seu imperativo ético-político? Como lidar com o paradigma negativo da afirmação de diferenças? Avançamos ou poderemos avançar, agora mais distante das engrenagens principais do Estado, nas discussões e intervenções que tensionam as nossas crenças sobre humanismo e democracia? Nesse sentido, como podemos avaliar – de modo qualitativo, participativo e inclusivo – os efeitos da política nacional de humanização, como parte do movimento sanitário brasileiro?

---

<sup>105</sup> Mbembe (2018) esclarece que a ideologia da diferença cultural buscou combater os discursos da teoria política do século XIX, que por meio de uma abordagem universalizante da humanidade estabelecia uma negação ou hierarquização de uma única humanidade, “humanidade em geral”, a partir da lógica racial. Este traço de um discurso que o negro tomou em seu benefício com o objetivo de lidar com o seu desejo de soberania e autonomia e que se apoiou nas bengalas da raça, da geografia e da tradição, contudo, para o filósofo, acabou por reforçar ressentimentos e, o que ele chamou de nevrose de vitimização. Desse modo, propõe que a interrogação sobre a diferença negra se dê a partir da crítica da memória e da tradição para que saídas mais criativas e recreativas, gestos de autodeterminação, possam de fato serem construídos.



## 5.2 DEMOCRACIA: equidade e desigualdade de gênero<sup>106</sup>

Na mesma linha em que vínhamos lidando com a relação entre democracia e raça, Federici (2017) busca desmistificar a natureza democrática da sociedade capitalista a partir da perspectiva de gênero. A partir de um dos fenômenos menos estudados que só emerge da clandestinidade com o movimento feminista – inclusive, que se torna símbolo da revolta feminina – a Caça às bruxas, a autora inclui a violência e guerra contra as mulheres como condição necessária para o desenvolvimento e expansão do capitalismo. Tal genocídio, contemporâneo da colonização e do tráfico de escravos, que teve como maior parte de vítimas mulheres camponesas, inaugura a misoginia de práticas institucionais contemporâneas e da relação entre homens e mulheres. A exploração das mulheres, assim como a escravidão, é então tomada como perspectiva particular para a visibilização das estruturas ocultas de dominação e exploração que estabelece uma relação de ligação intrínseca entre racismo e sexismo.

Com isso, defende que a sujeição das mulheres, a destruição do seu poder por meio do extermínio das “bruxas”, e a acumulação primitiva<sup>107</sup> “[...] foi uma acumulação de diferenças e divisões dentro da classe trabalhadora, em que as hierarquias construídas sobre o gênero, assim como sobre a “raça” [...] se tornaram constitutivas da dominação de classe e da formação do proletariado urbano” (Federici, 2017, p. 119). Além disso, concebe que a acumulação capitalista, que em nada contribuiu com a libertação do trabalhador, nem se caracteriza por um movimento de progresso histórico, na verdade,

---

<sup>106</sup> Embora não nos aprofundemos aqui nas problemáticas relativas à noção de gênero, ao abordarmos sobre a questão da mulher, concordamos com a sugestão de Butler (2023) ao movimento feminista, no sentido de que a tarefa política que nos compete não é de recusa da política representacional, visto que “As estruturas jurídicas da linguagem e da política constituem o campo contemporâneo do poder; conseqüentemente não há posição fora desse campo [...]” (Butler, 2023, p. 23), como vínhamos afirmando a respeito da relação entre a máquina de Estado e as possibilidades de efetivação de políticas públicas minoritárias. Conforme assinala Butler (2023) é preciso operar uma crítica às categorias de identidade, assim como empreender uma crítica radical à necessidade de construir uma base única e permanente de movimentos políticos baseada na ideia de sujeito estável, conforme mais à frente as vozes do movimento feminista negro irão sinalizar a respeito do movimento feminista. Assim, nos aliamos à demanda contemporânea de formular uma abordagem de gênero como uma construção cultural complexa, portanto, em nosso objetivo político se faz importante considerar não só a construção variável da identidade, mas levar em conta outros eixos de relações de poder – classe, raça, etnia etc. (Butler, 2023)

<sup>107</sup> Aqui é importante frisar que a autora faz uma distinção entre a ideia de “transição capitalista” e “acumulação primitiva”. Com isso, esclarece que, sob a sua perspectiva, a “transição capitalista” é uma ficção, pois nada neste processo foi gradual e linear. Este teria sido, ao contrário, uma transformação apocalíptica, sangrenta e descontínua. Para ela, o conceito de “acumulação primitiva” desenvolvido por Marx em “O Capital”, por outro lado, permite o entendimento da conexão entre a reação feudal aos movimentos libertários medievais e o desenvolvimento de uma economia capitalista, ou seja, das condições históricas e lógicas para o desenvolvimento do sistema capitalista.

[...] criou formas de escravidão mais brutais e mais traiçoeiras, na medida em que implementou no corpo do proletariado divisões profundas que servem para intensificar e para ocultar a exploração. É em grande medida por causa dessas imposições – especialmente a divisão entre homens e mulheres – que a acumulação capitalista continua devastando a vida em todos os cantos do planeta (Federici, 2017, p. 119).

A questão histórica mais importante analisada na obra “Calibã e a Bruxa”, a execução de centenas de milhares de “bruxas” no começo da Era Moderna, portanto, dimensiona a relação entre o surgimento do capitalismo e o ataque genocida contra as mulheres. Nos debruçaremos sobre esse trabalho nas próximas linhas visto que este contribui de forma importante para a discussões a que nos propomos sobre democracia no SUS na medida em que articula trabalho, capitalismo, sexismo e racismo.

Na origem, uma das funções da caça às bruxas foi destruir o controle alcançado pelas mulheres sobre a sua função reprodutiva, um dos efeitos do movimento herético. Sendo esta, portanto, uma preparação para um regime patriarcal mais opressor em que se organizou uma nova divisão sexual do trabalho no qual as mulheres restaram confinadas no trabalho reprodutivo. O que revela, de acordo com Federici (2017), que os papéis sexuais na sociedade capitalista, têm caráter construído – portanto, não natural e é neste contexto que o Estado passa a desempenhar papel violento e interventivo sobre as forças sociais disruptivas.

A história das mulheres a partir do fenômeno da caça às bruxas revela um contexto mais amplo da história da servidão. Ao contrário do que costuma ser apresentado, nada havia de estático na história do período pré-capitalista, assim como as relações entre classes não estavam marcadas por submissão e docilidade. A história da revolta do campesinato revela, portanto, o contexto de lutas pela liberdade cujo tema central era o trabalho.

As lutas pela busca de alternativas às desgastadas relações feudais, encampadas pelo campesinato, redefiniram a relação de classe permitindo ganhos mais favoráveis para os trabalhadores. A luta contra a obrigação de prestar serviços militares, contra o pagamento de impostos e encargos, em suma, lutas contra a interpretação de obrigações reguladas por costumes, tradições inventadas, que favoreciam os senhores feudais geraram efeitos importantes. Entre estes, o acesso direto aos meios de sua reprodução, a concessão de “privilégios” e as “cartas de foral” que possibilitaram autonomia na administração da aldeia, “verdadeiras formas de autogoverno local” (Federici, 2017, p. 60). Além disso, a mais importante resolução, a substituição dos serviços laborais pelo pagamento em dinheiro, que estabeleceu uma base contratual para as relações feudais, praticamente acabou com a servidão. Por outro lado, tal resolução cooptou os objetivos da luta contribuindo para a divisão social e a

desintegração da aldeia feudal. A difusão das relações monetárias transformou a divisão de rendimentos em divisão de classes.

Neste ponto, é importante frisar, visto os questionamentos colocados sobre os processos de captura aos quais os trabalhadores encontram-se expostos quando afirmam políticas contra-Estado e ao mesmo tempo o compõe, como desde então, a monetização da vida econômica, a "escravidão do salário", que marca o início do capitalismo, coloca em risco a cooptação dos objetivos das lutas pela liberdade e contra as desigualdades.

Federici (2017) destaca, nos séculos XII e XIII, o papel fundamental dos movimentos heréticos na luta antifeudal, "movimento de protesto que aspirava a uma democratização radical da vida social" (Federici, 2017, p. 70) que reuniu mulheres, homens, trabalhadores do campo e urbanos em torno de uma causa comum. As lutas urbanas, por exemplo, se conectam às linhas do movimento herético porque tinham como causa comum o nivelamento das diferenças, portanto, uma perspectiva mais igualitária consequência do ressentimento popular contra as desigualdades que vinham sendo incrementadas diante dos conflitos entre "peixes grandes" e os "peixes pequenos".

No que tange às questões do feminino, o movimento herético produziu códigos sexuais e reprodutivos contra a natalidade que mais tarde se tornaram alvo de investidas de regulação do comportamento sexual das mulheres pela Igreja e pelo Estado. É pelo reconhecimento do poder do desejo sexual e, por considerar que estes têm como consequência o poder das mulheres sobre os homens, que as escolhas sexuais não ortodoxas dos hereges foram tomadas como postura antiautoritária. A resistência à elevação social das mulheres, proporcionada pelo movimento herético, de acordo com Federici (2017), motivou a perseguição a estas pela via da caça às bruxas. Ademais, uma politização da sexualidade contrarrevolucionária que teve como alvo as mulheres, mais tarde, fará uso do casamento patriarcal como estratégia para quebrar o poder de sua atração erótica. Para a autora, o "recurso sexual" seria parte de um processo social mais amplo que teve como objetivo a divisão e disciplinarização do proletariado medieval.

Federici (2017) destaca que, apesar do que nos apresenta a perspectiva histórica hegemônica<sup>108</sup>, o século XV marcou uma nova era, a idade de ouro do proletariado europeu. Esse momento de elevação de poder para camponeses e trabalhadores urbanos e de virada das hierarquias sociais teve como consequência mais importante, diante de uma certa produção de

---

<sup>108</sup> A representação canônica desse período é do mundo da maldição da dança da morte.

autonomia destes em relação ao seu trabalho<sup>109</sup>, a intensificação da crise do trabalho. Nesta época houve, inclusive, uma redução drástica da diferença entre a renda feminina e masculina. Mas é tomando a sexualidade como subterfúgio para o controle da massa de trabalhadores que as mulheres tornaram-se alvo de práticas de controle do Estado e da Igreja, sobretudo, a partir da catástrofe demográfica provocada pela Peste Negra. Crise que provocou tentativas de aumento da exploração do trabalho por meio do trabalho compulsório e da escravidão.

No século XV, uma contrarrevolução atinge todos os níveis da vida social e política por meio de uma política sexual fragmentadora tocada pelas autoridades políticas da época. A primeira delas, uma maliciosa política sexual, buscou cooptar trabalhadores jovens e rebeldes por meio do sexo gratuito o que “[...] transformou o antagonismo de classe em hostilidade contra mulheres proletárias.” (Federici, 2017, p. 103). Assim, a legalização do estupro – a preparação do terreno para a Caça às Bruxas – debilitou a solidariedade de classe obtida durante as lutas antifeudais. Além deste aspecto, houve também a institucionalização da prostituição gerida por um Estado que passou a ser considerado o “[...] único agente capaz de confrontar a generalização da luta e de preservar as relações de classe” (Federici, 2017, p. 107).

Houve, na passagem do feudalismo para o capitalismo, a formação de um Estado cada vez mais centralizador transformado, diante da perda de controle em relação aos conflitos sociais, em gestor das relações de classe e da reprodução da força de trabalho. Tal configuração do Estado é resultado da unificação dos privilegiados da época, processo em que a burguesia desempenhou papel especial<sup>110</sup>. Esta classe permitiu a restituição do poder à nobreza, consequentemente, o bloqueio da mobilidade social, conquista mais importante da sociedade urbana e da vida comunal medieval. Tal constatação, deste modo, mina a imagem distorcida de um clamor de igualdade da classe burguesa numa suposta defesa da democracia. A desintegração da aldeia feudal e a divisão social produziu uma massa de pobres, portanto, uma divisão de classes que teve como resultado o ódio que acabou destinado, à semelhança do racismo, àqueles que na escala do poder, podemos dizer, estavam ainda mais vulneráveis – pela destituição da propriedade e da renda – às mulheres.

De acordo com a autora, teriam havido três momentos de ataque aos trabalhadores no período de nascimento do capitalismo que atingem as mulheres de um modo particular: o cercamentos dos campos; a Revolução dos Preços; e a assistência social e criminalização da

---

<sup>109</sup> Com as mudanças provocadas pela elevação do poder desses grupos, há uma redução dos modos submissos de relação entre as classes com uma apropriação melhor dos trabalhadores de seu capital e de sua força de trabalho.

<sup>110</sup> De acordo com Federici (2017) houve efetivamente, na época, uma fusão orgânica das famílias burguesas e nobres.

classe trabalhadora. No primeiro, com a produção de dependência resultante da privatização das terras, passagem da economia de subsistência para a monetária, o trabalho das mulheres, mais do que o dos homens, passa por um processo de degradação tanto no sentido produtivo, quanto reprodutivo. Nesse contexto de transição do feudalismo para o capitalismo, instaura-se uma nova modalidade capitalista de acumulação de trabalho não remunerado. A retribuição pelo trabalho produtivo, produção-para-o-mercado compreendida como atividade criadora de valor, quando exercido pelas mulheres, variava entre um valor ínfimo, se comparada ao trabalho masculino, até a falta de qualquer remuneração. Nesse mesmo sentido, o trabalho de reprodução, compreendido aqui como reprodução da força de trabalho, restou completamente desvalorizado. As mulheres, então, são lançadas numa condição de pobreza crônica, dependência econômica e invisibilidade como trabalhadoras.

No segundo, o fenômeno inflacionário que resulta da habilidade da classe dominante de manejar o poder mágico do dinheiro, produziu uma redução dos custos laborais, um colapso histórico nos salários reais, a partir do aumento exorbitante de preços. Tal fenômeno arruinou os pequenos agricultores e formou uma classe de empresários capitalistas empenhados no investimento da agricultura e no empréstimo de dinheiro, cerne da acumulação primitiva. Essa investida que teve como efeito o empobrecimento generalizado da classe trabalhadora atingiu sobretudo as mulheres. Da metade do salário dos homens, estas agora passam a receber um terço, isso quando ainda podiam se manter em funções assalariadas. Inclusive, determinados trabalhos assalariados – agricultura e manufatura – não podiam mais ser realizadas por elas, havendo com isso, em meados do século XVI, uma expansão da prostituição. É importante ressaltar que esse também foi um período de distúrbios generalizados - não mais em prol da “liberdade” e menos trabalho, como outrora – guiados pelo desespero da fome nos quais as mulheres tiveram protagonismo não só pelo papel central no cuidado de suas famílias, mas porque foram as mais atingidas pela alta dos preços. Em resposta, ocorreram muitas repressões a essas insurgências. Não à toa, há um recorde no número de julgamentos de bruxas cujo tema “banquete diabólico” estava associado aos “delitos famélicos” característicos desse período. Importante ressaltar, que a colonização teve papel fundamental para o fim desse processo de fome, revoltas e repressões como veremos adiante.

Tomando como elementos estruturais da acumulação capitalista – e não como pré-condição histórica de seu desenvolvimento – o empobrecimento, as rebeliões e, por conseguinte, a escala do crime, no terceiro momento, Federici (2017), embora não delimite os efeitos sobre as mulheres, situa nesse processo o papel do Estado. O Estado, então, se organiza

nesse período<sup>111</sup> de acumulação primitiva como garantidor da relação entre as classes, disciplinando a força de trabalho, dispersando os protestos sociais e fixando os trabalhadores em trabalhos que lhes eram impostos por meio do processo de cercamento social e de assistência pública<sup>112</sup>.

No século XVII, então, diante da crise populacional e da crise econômica geral, sem precedentes, que atingiu, inclusive, as colônias, a principal iniciativa do Estado, de acordo com Federici (2017), foi a guerra contra as mulheres, traduzida como controle sobre o seu corpo e sobre a sua função reprodutiva. Houve, como efeito desta investida contra as mulheres, um incremento da perseguição às bruxas e um aumento de processos contra mulheres com a redefinição dos crimes reprodutivos (contracepção, aborto e infanticídio) associados, agora, às penas mais severas, como as de castigo e de morte. Surge, nesse contexto, uma política reprodutiva do capitalismo que teve como embrião as teorias expansionistas da população, que iniciam com mercantilismo. A partir daí a família se torna uma instituição-chave e o início do registro demográfico dá ao Estado condições para a supervisão da sexualidade, da procriação e da vida familiar.

A escravização das mulheres à procriação, de acordo com a autora, é reflexo de uma política que coloca essa função a serviço da acumulação primitiva, sob o controle do Estado e dos homens. Federici (2017) ressalta a semelhança dessa alienação do corpo feminino das mulheres da Europa Ocidental, colocado a serviço da reprodução e expansão da força de trabalho, guardadas as devidas proporções<sup>113</sup>, com a condição das negras nas *plantations* coloniais americanas. O aumento populacional que se segue não é, deste modo, efeito de um crescimento populacional natural, mas de produção, portanto, de caráter político. Logo, há uma forte relação entre a desvalorização do trabalho feminino e a criminalização do controle feminino sobre a procriação.

---

<sup>111</sup> A autora lembra que, anteriormente, tal função teria sido ocupada pelo Estado somente no século XIV durante as lutas antifeudais, quando este foi a única organização capaz de enfrentar uma classe trabalhadora que se encontrava unificada regionalmente.

<sup>112</sup> Federici (2017) destaca como objetivo fundamental da assistência pública promovida pelo Estado, a disciplina social, de modo que por meio desta estratégia buscou-se prender os trabalhadores aos seus empregos. Inclusive, há registros de condicionamento do recebimento da assistência ao encarceramento em “casas de trabalho”.

<sup>113</sup> Federici (2017) reconhece a severidade da condição das mulheres negras no século XIX por estas estarem mais abertamente expostas às agressões.

Destacamos, nesse momento, dada a importância dessa referência para o nosso campo de estudo e, mais especificamente, para a Política<sup>114</sup>, a marginalização das parteiras<sup>115</sup> com entrada dos médicos nas salas de parto. Os efeitos dessa intervenção foi, desde então, a diminuição da participação e, conseqüentemente, passividade das mulheres no parto e a priorização da vida do feto. Além disso, há uma dispersão na solidariedade entre as mulheres associadas à sua função reprodutiva<sup>116</sup>.

Na nova divisão do trabalho promovida pelo capitalismo nascente, além da degradação da maternidade, que foi reduzida à condição de trabalho forçado, teria havido, complementarmente, uma redução das mulheres à condição de não trabalhadoras. Além da perda de poder relacionado ao trabalho remunerado, agora restritas, dentro de casa, à tarefa doméstica, trabalhadoras não assalariadas do lar<sup>117</sup> ou, fora de casa, a trabalhos com salários muito inferiores ao masculino, houve, ainda, uma massificação da prostituição. Inclusive, pela força social que esta atividade acaba ganhando, teria havido uma contra investida institucional<sup>118</sup> – avanço da Reforma Protestante e caça às bruxas – com a aplicação de novas restrições a esta prática que acaba por criar um clima misógino intenso<sup>119</sup>.

Na nova ordem patriarcal, qual seja, apropriação dos homens sobre o trabalho feminino, instaura-se uma dupla dependência das mulheres, de seus empregadores e dos homens. A mulher passa, então, a ser compreendida como bem comum, propriedade que substitui as terras perdidas e seu trabalho de reprodução da força de trabalho<sup>120</sup>, ou seja, o investimento na criação de crianças que serão absorvidas pelo mercado de trabalho, passa a ser tomado como recurso

---

<sup>114</sup> A história da PNH que se desdobra da PNHAH, como já foi abordado anteriormente, tem forte relação com intervenções na saúde da mulher, sobretudo, no parto e na reprodução.

<sup>115</sup> De acordo com Federici (2017), estas somente conseguiam se livrar da marginalização, caso cumprissem a função de espiãs do Estado.

<sup>116</sup> De acordo com a autora houve uma proibição expressa da presença de outras mulheres no momento do parto e de qualquer ato de solidariedade entre elas que pudesse culminar no que foi definido como crime de procriação.

<sup>117</sup> Nesse momento, houve uma redefinição da família como lugar de reprodução da força de trabalho e surge a figura da dona de casa. Diante da incapacidade das mulheres de sobreviverem sozinhas, o casamento passa a se constituir como carreira para as mulheres.

<sup>118</sup> A autora situa a campanha dos artesãos, no final do século XV, contra as trabalhadoras desse setor, como condição para a degradação do trabalho feminino.

<sup>119</sup> A autora refere-se à obsessão dos homens pela “luta pelas calças” e pela personagem da esposa desobediente que desafia a hierarquia sexual.

<sup>120</sup> Com a aprovação das leis fabris, marco de um novo período de afluência capitalista, incrementado pela nova fase de expansão colonial que provoca o aumento dos salários e redução da carga horária dos trabalhadores – mudanças que só são possíveis devido a um novo tipo de exploração de modalidade mais intensiva que associa aumento da produtividade ao ritmo da produção - há o primeiro grande investimento das forças capitalistas sobre a reprodução da força de trabalho.

natural. Além disso, ocorre uma apropriação do homem pelo salário da mulher, o que Federici (2017) denomina patriarcado do salário. Tais processos tiveram como efeito a feminilização da pobreza. Uma certa modalidade de família, a burguesa, exerce aí uma função importante.

O modelo de família burguesa, característico do período de transição, se diferencia do modelo de família moderna do século XIX, mas já aí surge uma organização sexual do trabalho característica da organização capitalista e que sustentou – e ainda sustenta – relações sociais diferentes entre homens e mulheres. Na primeira modalidade de família ainda havia o exercício de múltiplos serviços pelas mulheres, sobretudo para a família dos empregadores. Já na segunda modalidade, houve uma consolidação da imagem da mulher/esposa "não trabalhadora" sustentada pelo marido.

Na passagem da família da esfera pública para a privada, conotação moderna, esta instituição se verte em importante mecanismo de controle da apropriação e ocultamento do trabalho das mulheres. Considerada "microestado", "microigreja", nesta, o marido passa a ser o representante do grande Estado. Para Federici (2017), os efeitos da "escravidão do salário" seriam maiores sobre as mulheres, do que sobre os trabalhadores em geral. Inclusive, ressalta o papel da prostituição nesse processo, visto que a honra passa a ser a única propriedade que sustenta as mulheres e sempre a um fio de ser surrupiada – por um simples ato de difamação de um homem – devido ao reforço do poder masculino.

Nesse período de transição, de fortalecimento das bases do capitalismo, no intenso processo de degradação social das mulheres, além de sua desvalorização econômica e social, de sua infantilização legal, houve ainda um processo de "vilipêndio literário" (Federici, 2017). Seja na literatura erudita ou popular, a principal imagem, a de uma vilã, a esposa desobediente, também se impunha como estratégia, a serviço de um projeto político de retirada de autonomia e poder social das mulheres. O capitalismo se expandiu, então, produzindo mistificações por meio da difamação da "natureza" dos explorados.

Federici (2017) traça um importante paralelo entre os projetos de expropriação, campanha de terror, pela via da depreciação cultural e literária das mulheres europeias e dos sujeitos coloniais. Para as primeiras tinha-se como meta a apropriação da força de trabalho e a criminalização do controle sobre a reprodução. Para os povos originários, ditos índios selvagens, o objetivo era a escravização e o saque de seus recursos. Em relação às mulheres europeias, a caça às bruxas foi um momento decisivo para a construção da nova função social e degradação da identidade. Além disso, causou um desmoronamento do mundo matriarcal, das bases de poder das mulheres da Europa pré-capitalista. Então, após dois séculos de terrorismo



de Estado, este novo modelo de feminilidade se instaurou no final do século XVII vinculado à imagem da esposa obediente, cânone completamente sedimentado no século XVIII.

Esse novo período de afluência capitalista, foi incrementado pela nova fase de expansão colonial e é nesse ponto que a história da mulher trabalhadora europeia começa a convergir, de forma direta ou indireta<sup>121</sup>, com a história da escravidão. Este ponto nos interessa particularmente por estarmos levando em conta a questão da equidade tomando como perspectiva o gênero e a raça no trabalho. O caráter global do desenvolvimento capitalista indica e existência desde o século XVI

[...] de uma classe dominante implicada, em termos práticos, políticos e ideológicos, na formação de um proletariado mundial – e que, portanto, elaborava seus modelos de dominação de acordo com o conhecimento que continuamente adquiria em outras partes do mundo (Federici, 2017, p. 410).

A história das mulheres na Europa e dos escravos na América convergem<sup>122</sup> no que tange ao investimento capitalista no aumento da exploração da força de trabalho. E, mais do que isso, pois, o sistema de *plantation*, tendo sido essencial para a história do capitalismo<sup>123</sup>, especialmente para a fase da Revolução Industrial, cria um paradigma das relações de classe, passo crucial para a divisão internacional do trabalho. Separados geograficamente e socialmente, a relação entre assalariados e escravizados passou a ser posta em questão. Se a expansão colonial ao colocar os escravos, desde então como provedores baratos dos "bens de consumo", possibilitando uma aparente melhoria<sup>124</sup> nas condições de trabalho do proletariado europeu, essa também financiou as investidas do Estado contra as revoltas de trabalhadores na Europa.

<sup>121</sup> “Nos referimos aqui, portanto, tanto aos semelhantes métodos ideológicos – desumanizar/desqualificar para temer - sob outras alegações – por exemplo, campanhas anti-idolatria e produção de “modelos etnográficos” como o “canibal, o “infel”, o “bárbaro”, “raças monstruosas” -, que não diretamente bruxaria – “adoradores do diabo”, para justificar genocídios e a escravidão; quanto a uma história de caça às bruxas que se expande além mar e atinge a população negra escravizada e indígenas. Assim como na Europa, a caça às bruxas na América foi, sobretudo, um meio de desumanização e, como tal, uma forma paradigmática de repressão que servia para justificar a escravidão e o genocídio.” (Federici, 2017, p. 382).

<sup>122</sup> É importante ressaltar que o movimento feminista negro apresenta críticas sobre o modo de abordagem das opressões vivenciadas pela mulher negra como desdobramento das opressões à mulher branca. Para tanto, como veremos adiante, desenvolvem a noção de interseccionalidade. (Akotirene, 2020)

<sup>123</sup> Inclusive, de acordo com a autora, tal modelo, o da escravização e colonização, é novamente posto em funcionamento, em grande escala, sempre que o capitalismo está ameaçado com crises econômicas importantes. Sobre este ponto, destaco o uso desta fórmula capitalista, um desdobramento dela, na crise atual que vivemos. Este é o caso da piora exponencial da precarização das relações de trabalho no SUS o que, no contexto da pandemia de COVID 19, atingiu, sobretudo, aqueles trabalhadores que se dedicaram ao combate desta. Hoje, se não demitidos, são impelidos a aceitar condições de trabalho degradantes, subjugados a autoritarismos heterogestivos, ainda veem sua carga horária e de trabalho – resultado das demissões massivas - aumentar e, contraditoriamente, o seu salário reduzir de forma expressiva. Não é demais lembrar que a maior parte da força de trabalho susista é conformada por mulheres negras e não seria, também, demais supor que, no lugar que lhes foi reservado historicamente na escala hierárquica social, portanto não à toa, foram elas as mais atingidas nesse processo de precarização.

<sup>124</sup> Considerando as sutilezas do capitalismo, como Federici (2017), estamos falando aqui de um novo tipo de exploração do trabalhador. Efetivamente o operário europeu só sentirá a melhoria efetiva de suas condições de trabalho – aumento de salário e possibilidade de organização – com o fim da escravidão.

É então, de acordo com Federici (2017), no interior de suas contradições históricas – liberdade e coação; promessa de prosperidade e penúria generalizada; trabalho assalariado e escravidão; acumulação e destruição da força de trabalho – que o capitalismo se reproduz. É no movimento contraditório característico do desenvolvimento do capitalismo que a história das mulheres encontra a história da escravidão no Novo Mundo. A acumulação primitiva ao se alimentar mormente de “trabalho vivo”, acumulação de força de trabalho, impõe um risco à sua manutenção. Tendo como alavanca principal a violência dirigida às mulheres e negros por meio de uma campanha de maximização da exploração do trabalho coloca em risco o seu próprio motor, a força de trabalho e a reprodução desta.

Assim, a caça às bruxas e a escravidão formaram juntos “[...] um imenso laboratório para a experimentação de métodos de controle do trabalho” (Federici, 2017, p. 210). O risco do qual o Estado buscou se proteger enfraquecendo tais relações, contudo, apontava uma possibilidade de aliança entre os oprimidos, representada pela obra “A tempestade” de Shakespeare.

Nesta obra, que não explora a potência libertária de tais relações, Calibã<sup>125</sup> filho da bruxa Sycorax, e dois proletários europeus, Trínculo e Estéfano, representam a possibilidade da construção deste vínculo. Inclusive, Federici (2017) nos lembra a influência da atração exercida pelo Novo Mundo no pensamento Iluminista, sobretudo, sobre a construção de uma noção de liberdade, pautada nos modos de vida dos povos originários, associada à ausência de amo, à ausência de heterogestão. Antes tal concepção era impensável, desconhecida para a teoria política europeia da época. Para além disso, o medo que o Estado tinha dos possíveis efeitos do estreitamento das relações além mar, fez com que fossem criadas fronteiras raciais<sup>126</sup> e a escravidão estabelecida como condição hereditária, naturalizando a hegemonia dos “brancos” que, privilegiados, passam a ter aumentado o seu atributo moral – mesmo aqueles que haviam sido enviados por “degredo” às colônias<sup>127</sup>.

O capitalismo se expande por meio da rede de iniquidades produzidas e de sua capacidade de globalizar a exploração, mas não sem resistências igualmente globais. Nas

---

<sup>125</sup> Considerando o papel das mulheres nativas no enfrentamento às imposições dos colonizadores sobre os seus modos de vida, Federici (2017) chama a atenção para o fato de ter sido Calibã, e não Sycorax, para os revolucionários americanos, o símbolo da resistência à colonização. Além disso, teriam sido os ensinamentos de Sycorax - apreciação dos poderes locais e laços comunitários - fatores fundamentais para a afirmação das lutas pela libertação que Calibã representa.

<sup>126</sup> A autora cita aqui, particularmente, a situação da acumulação do proletariado escravizado nas colônias do Sul dos Estados Unidos e Caribe que se dá a partir da década de 1640.

<sup>127</sup> O acesso ao Novo Mundo nos séculos XVII e XVIII se dava por meio de servidão por dívidas e por “degredo”, como punição aos indesejados (condenados, dissidentes políticos e religiosos, àqueles considerados vagabundos e, devido aos cercamentos, àqueles que acabaram relegados à condição de mendigos).

colônias houve um trabalho dos representantes do Estado de tentar expandir o empreendimento sexista e lá foram encontradas algumas resistências.

Federici (2017), a respeito das alianças entre os oprimidos na época, questiona a natureza da divisão sexual do trabalho nas colônias e nos dá um panorama tanto das linhas duras, quanto das linhas de fuga que se desenharam nesse processo. De certo, a hierarquia racial, que teve como principal estratégia a proibição do casamento inter-racial, preveniu alianças entre as mulheres das colônias, dando maior poder as mulheres “brancas”. É importante ressaltar, nesse ponto, que já começa aí um incremento de uma hierarquização que cruza raça e gênero e que coloca as mulheres negras no chão da base da pirâmide social. Contudo, particularmente nas colônias sul-americanas uma certa “recomposição” permitiu alianças que excederam as fronteiras coloniais e de cores. O racismo como versão colonial do sexismo europeu, estratégia de destruição da vida comunitária, se interpôs como condição necessária para o desenvolvimento do capitalismo. E, nas colônias, a supremacia masculina acaba sendo posta em risco ao permitir o conluio entre as mulheres. As europeias, vitimadas em seu país de origem, agora podiam se identificar com as condições das mulheres colonizadas e a elas se aliar<sup>128</sup>.

Em suma, a nova divisão sexual do trabalho forjada pelo capitalismo, que promoveu uma divisão nas relações de poder por meio da degradação do trabalho e da posição social das mulheres, acumulou, ao trabalho masculino, o trabalho feminino não remunerado. Para Federici (2017), o objetivo desta nova ordem, assim como a raça para Mbembe (2018)<sup>129</sup>, foi dissuadir o antagonismo de classe, transformando a acumulação primitiva, uma acumulação das desigualdades a partir da produção de diferenças deliberadamente construídas. Tal produção de desigualdades separou os trabalhadores entre si e de si mesmo. Deste modo, num processo de autoalienação, o homem trabalhador, que se autocumpliciou com este processo, acabou pagando o preço do que Federici (2017) chamou de “desacumulação primitiva” de seus poderes individuais e coletivos, cujo principal alvo foi o seu corpo.

Não podemos esquecer que a aversão às mulheres, aos “selvagens” e aos africanos escravizados é também uma luta contra o corpo, contra um determinado modo de concebê-lo. Estamos falando aqui do conflito que se estabelece entre o corpo como primeira máquina

---

<sup>128</sup> A autora destaca, para além das influências culturais, a formação de uma rede de relações de compra e venda, estratégia de sobrevivência, estabelecidas entre as mulheres “brancas”, especialmente, as pobres, e escravizadas que cultivavam roças desenvolvendo uma política de autossuficiência.

<sup>129</sup> “A raça não passa de uma ficção útil, uma construção fantasmática ou uma projeção ideológica, cuja função é desviar a atenção de conflitos considerados, sob outro ponto de vista, como mais genuínos – a luta de classe ou a luta de sexos, por exemplo.” (Mbembe, 2018a, p. 28).

efetivamente produzida pelo capitalismo e o corpo dotado de poderes mágicos do mundo pré-capitalista sobre o qual as bruxas tinham jurisdição e que, portanto, as dotavam de um poder fundamental. Particularmente, no campo do trabalho em saúde, e na construção das críticas a este campo, tomando o lugar de uma maioria minoritária conformada pela mulher trabalhadora, pelo trabalhador negro e, especialmente, pela trabalhadora negra, não podemos deixar de tratar sobre este tema. Federici (2017), ressalta, no experimento capitalista, o modo indivíduo de subjetividade que começa a ser forjado desde então. Este é efeito das investidas de controle e disciplina, amplamente abordados por Foucault<sup>130</sup>, sobre o corpo tomado como meio de produção, máquina primária e recipiente de trabalho.

Este corpo, cindido e desumanizado, é resultado da produção do dualismo cartesiano que o define como uma máquina apta a produzir autocontrole e autodisciplina. Além disso, de acordo com teoria política hegemônica da época<sup>131</sup>, este corpo deveria ser submetido ao controle externo cujo principal representante, desde o advento do capitalismo, é o Estado. Nessa matemática, o resultado das principais especulações teóricas da época sobre o corpo, sobre a validade destas fórmulas, é que quando o controle interno – o sujeito cartesiano – falha, o controle externo – no caso, o Estado – deve agir. Embora conclua-se que o racionalismo e o mecanicismo não tenham tido participação direta na caça às bruxas, as produções científicas que se deram no sentido do “desencantamento do mundo” foram utilizadas como meio para atingir o objetivo de erradicação dos modos de existência que ameaçavam o poder político e econômico da época. Por meio dessas produções, em resposta aos medos daqueles que acumulam o poder, das revoltas, subversões, dissidências, que colocam em risco o seu capital, justificou-se todo o terror promovido por mecanismos criados para controlar e para majorar a capacidade produtiva dos trabalhadores.

Tais medos criados em favor da classe dominante, em torno de práticas<sup>132</sup>, crenças e sujeitos sociais que, considerados incompatíveis com a disciplina do trabalho, são tornados perigosos unificaram<sup>133</sup> – e ainda unificam. Paranoia massiva cultivada desde o desenvolvimento da sociedade capitalista e da formação do proletariado moderno, com a Caça

---

<sup>130</sup> Contudo, a autora chama a atenção para o fato de Foucault ter ignorado o papel da Caça às Bruxas nesse processo.

<sup>131</sup> Federici (2017) refere-se ao monismo biológico hobbesiano, que considerado que o corpo físico e fisiológico estabelece com a mente uma ligação mecânica, ação-reação, e somente um controle externo poderia dar conta de possíveis disfunções.

<sup>132</sup> É importante ressaltar, com a autora, que tais práticas passam a ser alvo de repressão política em épocas de mudanças contundentes e de conflitos sociais geralmente por meio de acusações obscuras.

<sup>133</sup> Aqui Federici (2017) destaca a Caça às Bruxas como primeiro terreno de unificação europeia que se deu entre católicos, protestantes e Estados, depois do grande Cisma.

às Bruxas e suas figuras correspondentes, “[...] os nativos americanos colonizados e os africanos escravizados [...]” (Federici, 2017, p. 357). Estes “[...] tiveram um destino similar ao das mulheres na Europa, fornecendo ao capital a aparente inesgotável provisão de trabalho necessário à acumulação” (Federici, 2017, p. 357).

A produção deste novo homem, do homem racional caracterizado essencialmente como adulto, branco e de classe alta, coloca então em xeque o modo como nos constituímos seja como seres subjetivados, quanto, em nossas práticas, como seres subjetivantes. A urgência desta análise de implicação se amplifica, dada a participação das disciplinas do campo da saúde, que inicia com o desenvolvimento da anatomia no século XVI, na produção e reprodução do paradigma científico hegemônico.

Diante da ameaça à racionalização, à responsabilidade individual, de rejeição ao trabalho, de insubordinação, de resistência ao poder, na história do capitalismo, a operação efetuada foi a de “desencantamento do mundo” (Federici, 2017), do mundo da imprevisibilidade dos acontecimentos e dos modos não racionais de lidar com estes. É preciso reencantar o mundo para subverter a ordem constituída. Os contextos de crise e de luta social propiciam a recorrência ao encantado. Faz-se necessário, então, reativar redes de amizade, gossip<sup>134</sup> entre os subalternizados, entre os oprimidos.

Federici (2019) afirma que não houve, de fato, na história do capitalismo moderno, nos últimos 500 anos, democracia no sentido da autodeterminação dos povos e acesso igualitário aos recursos. Contudo, enfatiza a habilidade de nossa sociedade para criar ilusões de democracia quando, na verdade, tem como foco a criação da diferença por meio de hierarquizações, da produção de desigualdades. Afirma, em consonância com Safatle (2019), que a democracia só é acessível para alguns e em determinadas localidades. E para estes, diante de uma democracia que convive contraditoriamente com a exclusão (Davis, 2019), atos supostamente não democráticos, autoritários, são tomados como anormalidades, perversões do sistema e não como parte ou produção dele. Federici (2019) enfatiza, com isso, que a democracia é efetivamente o resultado de muitas lutas<sup>135</sup>, da conexão entre essas lutas,

---

<sup>134</sup> De acordo com Federici (2017) *gossip* que na Idade Média significava “amiga” e remetia aos laços comunitários e ao poder das mulheres, ganha conotação depreciativa com a demonização da relação entre as mulheres.

<sup>135</sup> Federici (2019) aqui se refere às lutas anticoloniais, na África do Sul, contra o Apartheid, e nos EUA pelos direitos civis dos negros e movimento black power. A autora destaca o papel central das mulheres, em especial das mulheres negras, nessas lutas que desafiaram a visão tradicional da esquerda – que marginaliza tais movimentos e, com isso, fechava os olhos para uma nova era de revoluções e de acumulação – e tiveram impacto importante no movimento feminista. Salienta, ainda, o importante papel do “Movimento pela Justiça Reprodutiva” que, ao tomar a proibição do aborto como apenas parte do controle sobre os nossos corpos, entende que a luta da mulher precisa alcançar as mudanças das condições materiais daquelas que são responsáveis pelo trabalho doméstico, um tipo particular de produção capitalista, uma fábrica de trabalhadores. Chama, com isso, a

especialmente de lutas travadas pelas minorias, pelos excluídos, pelos subalternizados. A luta pela democracia que queremos está diretamente ligada à luta pela liberdade e o movimento antirracista sabe bem o que é isso, sobretudo o do feminismo negro. Angela Davis complementa, mencionando a luta de Marielle Franco, que a democracia é uma luta constante. Em língua susista, a utopia ativa democrática é uma luta pela constante ampliação do nosso grau de autonomia. Os oprimidos, esses sim, nos fornece um olhar privilegiado, “de baixo” (Federici, 2019) que desvela o funcionamento do sistema. As mulheres, os negros e, particularmente, a mulher negra – que acumula, não capital, mas opressões<sup>136</sup> – nessa hierarquia invertida do olhar, nos dão a dimensão da totalidade em que estamos imersos.

Ribeiro (2020), ao sinalizar a importância do feminismo negro para o combate ao capitalismo patriarcal, destaca, desse “olhar de baixo”, o olhar étnico-racial para pensar políticas de enfrentamento das desigualdades. Para o movimento feminista negro é preciso nomear as opressões para que possamos combatê-las (Ribeiro, 2019). E é ainda preciso levar em conta a perspectiva interseccional<sup>137</sup> sobre o olhar “de baixo” racializado, portanto, os atravessamentos que dizem respeito, além da raça, à orientação sexual, identidade de gênero e classe, abdicando, assim, de estruturas universais. Assim, abrir mão da universalização da categoria de mulher, por exemplo, nos permite hoje restituir a humanidade negada com a invisibilização da mulher negra<sup>138</sup> como categoria política.

Os atos de descolonização epistemológica<sup>139</sup>, realizados pelo movimento feminista negro ao unir pensamento à prática busca entender e desvelar o uso que as instituições fazem

---

atenção para as novas contrarrevoluções, os novos modos de caçar bruxas, como por exemplo, nos anos 90, a criminalização das mulheres negras que lutaram pela Assistência Social nos EUA, que foram culpabilizadas pelo colapso da economia naquela época e, hoje, a campanha de controle da população promovida pelo Banco Mundial Internacional por meio da criminalização da reprodução, que culpabiliza as mulheres pobres por problemas na economia. O que, no Brasil, nos remete ao teor das críticas àquelas que recebiam o Bolsa Família.

<sup>136</sup> Nos referimos aqui à combinação, ao entrecruzamento – e não da competição ou hierarquização – das opressões que coloca a mulher negra num lugar de maior vulnerabilidade, tornando, portanto, suas lutas indissociáveis. (Ribeiro, 2020)

<sup>137</sup> É importante ressaltar que é Kimberle Crenshaw que inaugura o termo interseccionalidade. O pioneirismo de tal conceito, em disputa no campo acadêmico, é reclamado pelo feminismo negro. “E da mulher negra o coração do conceito de interseccionalidade” (Akotirene, 2020, p. 24). Este, a partir do olhar feminista negro, trata da experiência racializada e não de uma hierarquização de opressões. Desse modo, “A interseccionalidade é sobre a identidade da qual participa o racismo interceptado por outras estruturas.” (Akotirene, 2020, p. 48), “[...] se refere ao que faremos politicamente com a matriz de opressão responsável por produzir diferenças, depois de enxergá-las como identidades.” (Akotirene, 2020, p. 46).

<sup>138</sup> A mulher negra, em sua dupla carência, por ser a antítese da branquitude e da masculinidade, faz com que nos demos conta do caráter oscilante do status social (Ribeiro, 2020).

<sup>139</sup> O movimento feminista negro ao propor a descolonização do pensamento busca promover rupturas no regime de autorização discursiva, que devido ao privilégio epistêmico, diretamente ligado ao privilégio social, delimita quem pode ou não falar. Afinal, “expressar-se não é um direito garantido a todos e todas [...]” (Ribeiro, 2020, p. 86).

da identidade<sup>140</sup> para oprimir ou privilegiar. Considerando que a invisibilidade mata, sinaliza que é preciso investir nos movimentos de deslocamento do pensamento hegemônico, ressignificar identidades, para construir novos lugares de fala<sup>141</sup>, para estimular espaços de compartilhamento, sobretudo, para as subalternidades mais difíceis de serem ultrapassadas como, é o caso da mulher negra. O lugar “outsider” que a mulher negra ocupa dentro do próprio movimento feminista é, portanto, um lugar ainda mais privilegiado para resistir aos sistemas de opressão que negam direitos, à desumanização essencializada pelo discurso hegemônico, para desconstruir o mito da democracia racial<sup>142</sup> (Ribeiro, 2019). Mitos que têm por objetivo produzir ilusões que nos desviam das implicações que de fato, merecem, nossos investimentos e intervenções no sentido da produção de mudanças sociais não só de direito, mas de fato, como é o caso das mulheres ignoradas pelo sistema de saúde.

Como já dito anteriormente, o SUS é formado, em sua maior parte, por usuários e – contrariando as estatísticas que indicam, em geral, a baixa presença de pessoas negras nos ambientes de trabalho<sup>143</sup> – também por trabalhadores negros.

A herança escravista faz com que o mundo do trabalho seja particularmente racista – o que o torna um dos espaços em que a luta antirracista pode ser transformadora. A primeira etapa para isso é sempre questionar o status quo: essa é a melhor maneira de não reproduzir as várias formas de racismo nos ambientes de trabalho. (Ribeiro, 2019, p. 52).

---

<sup>140</sup> Ribeiro (2020) aqui faz referência, inclusive às inclinações anti-identidade dos movimentos de esquerda que criticam a política identitária por entender que estas acabam por promover cisões ao invés de unir grupo minoritários.

<sup>141</sup> De acordo com Ribeiro (2020) a origem desse termo é impreciso, mas acredita que ele se desdobra da tradição feminista sobre o *feminist standpoint*. De todo modo, o conceito de lugar de fala trata do ponto de onde cada um parte para abordar questões relativas às experiências compartilhadas de racismo, sendo, portanto, uma discussão estrutural – não individual e não pós-moderna. À semelhança da noção de implicação da AI, ao considerar que todos, indiscriminadamente, são alcançados, tal conceito não autoriza ou desautoriza a fala de quem quer que seja, é uma postura ética que exige uma análise de nosso ponto de partida social para proferir discursos e adotar atos antirracistas. Desse modo, o lugar de fala diverge da noção de representatividade. É importante ressaltar que, ainda, é preciso considerar que romper com o silêncio daqueles que não tiveram sua humanidade reconhecida não é simplesmente dar ou tomar a palavra, visto que romper com o silêncio exige dos subalternizados um forçar as mordanças carregadas por séculos e, também, lidar com os efeitos do medo, opressões e violências, de uma sociedade ainda supremacista branca e patriarcal.

<sup>142</sup> “Concebido e propagado por sociólogos pertencentes à elite econômica na metade do século XX, esse mito afirma que no Brasil houve transcendência dos conflitos raciais pela harmonia entre negros e brancos, traduzida na miscigenação e na ausência de leis segregadoras.”(Ribeiro, 2019, p. 19). Nesse caso, a situação brasileira se diferenciaria da situação da África do Sul e EUA devido à institucionalização do racismo por meio de leis e práticas oficiais. A autora refere-se nesse trecho a obra de Gilberto Freyre, Casa Grande e Senzala e enfatiza a importância de uma leitura crítica da mesma.

<sup>143</sup> O que não quer dizer que no SUS estas ocupem cargos de gestão. Além disso, Ribeiro (2019) refere a importância das políticas públicas de reparação e equidade como ações antirracistas que visam reduzir desigualdades e destaca, por exemplo, a Lei de Cotas para o Serviço Público Federal de 2017.

E, ainda, entre os seus trabalhadores, o SUS é constituído em maior número por mulheres negras (Werneck, 2016) – subalternizadas e, portanto, afetados pela divisão racial (Almeida, 2018) e sexual (Federici, 2017) do trabalho, portanto, pelas interseccionalidades trabalhistas. Além disso, é importante, sobretudo, considerar que as políticas formais sempre impuseram grande barreira à participação de mulheres negras (Collins, 2019) e que a ausência de uma abordagem interseccional, das diferenças interseccionais (Akotirene, 2020), prejudica a produção de políticas públicas de promoção de equidade no campo da saúde. “As iniquidades de gênero nunca atingiram mulheres em intensidades e frequências análogas.” (Akotirene, 2020, p. 28).

Sendo assim, indo um pouco mais além dos “desenhos de escrita” (Kopenawa; Albert, 2015), buscamos acessar por meio de uma análise crítica os possíveis desdobramentos dessa política pública. Com isso, pretendemos incluir as controvérsias da Política, tais como as que viemos apresentando até aqui, sobretudo, às questões ligadas à produção de um *êthos* democrático participativo, à produção de equidade, que atingem em cheio àqueles que representam o SUS e precisam ter representatividade outra que não a de serem vitimados pelas necropolíticas de nossa saúde pública. Essa é a contribuição dessa tese à luta feminista, à luta antirracista<sup>144</sup>, às lutas do feminismo negro e, espero, por efeito de contágio, às demais lutas de coletivos minoritários. Com isso, perseguimos a história enquanto devir de uma política pública.

O investigador está aqui em posição de dissolver-se e de desconstruir reificações. Como efeito, com tais considerações, visamos contribuir com um a mais da ampliação do grau de transversalidade e sinalizar, também, para a necessidade de uma ampliação cada vez maior do grau de coragem. Com perspectiva ético-política que, não à toa, me aproxima do meu “objeto”, recusava a inviabilidade da estratégia de minar os efeitos nefastos da máquina por dentro. Contudo, embora ainda haja, em parte, alguma recusa nesse sentido – como pesquisadora e trabalhadora dentro da máquina de Estado – o que faz de mim, a um só tempo privilegiada e subalternizada<sup>145</sup> –, proponho agora uma ampliação do olhar para as controvérsias. Contudo, incluí-las no debate nos mantém mais próximo do *êthos* que afirmamos, visto que se estas não

---

<sup>144</sup> Abordamos aqui as questões de gênero e raça pelas implicações destas nos processos de cuidado e trabalho no SUS, mas também buscamos contribuir, ao contar histórias de ponto de vista outros que daqueles que ocupam o lugar de poder, com a ruptura dos regimes de autorização discursiva, com a ruptura do epistemicídio, “o apagamento sistemático de produções e saberes de produções e saberes produzidos por grupo oprimidos.” (Ribeiro, 2019, p. 61).

<sup>145</sup> Ao questionar a legitimidade atribuída aos grupos que estão no poder, Ribeiro (2020) sublinha que “[...] por mais que pessoas pertencentes a grupos privilegiados sejam conscientes e combatam arduamente as opressões, elas não deixarão de ser beneficiadas, estruturalmente falando, pelas opressões a outros grupos.”



forem, de fato, colocadas em questão, poderão transformar todo esforço em impedimento para seguir. Para onde estamos seguindo? Essa é uma pergunta que todos aqueles que empreenderam esforços em produzir uma política de governo tendo em vista a sua transmutação em política pública podem se fazer hoje, porque numa perspectiva processual podemos entender que estamos, como nômades, sempre seguindo, sem *telos*, mas com *êthos*.

### 5.3 DISPOSITIVOS: para quê?

Como vimos, buscamos pensar nesta tese linhas que se movimentam, que quebram e derivam, linhas de saber, poder e subjetividade. Buscamos, com isso, desenredar as linhas, construir mapas, cartografar um dispositivo composto e inseparável de outros dispositivos, conjuntos multilineares, destrinchá-lo em tema, objetivo, problema primário, secundário, terciário [...] seguir as linhas duras da ciência, vectores e sensores, perseguir seus sentidos minoritários e, por fim, clandestinamente, transmutá-la por dentro e para fora da máquina. Para tanto, precisamos nos instalar sobre as linhas, fazer “trabalho de terreno” e, ainda, produzir crise, fraturá-las para descobrir novas linhas (Deleuze, 1996).

Deleuze (1996), como já dissemos, em sua análise sobre os estudos de Foucault sobre os dispositivos, os divide em quatro linhas, as de visibilidade que se pareiam com as de enunciação, as de força e as de subjetivação. O par visibilidade-enunciação revela um regime de luminosidade e de enunciação, refutando qualquer tese que busque sustentar a ideia de um regime geral. As linhas de força revelam a dimensão do saber-poder, são linhas intransponíveis, de contornos definidos que conduzem as batalhas. A linha de subjetivação é uma linha de fuga que escapa das outras linhas, dos saberes constituídos e das forças estabelecidas, dá a dimensão do processo de produção em curso. Importante ressaltar, que nem todo dispositivo disporá de tais linhas. As linhas de subjetivação como as outras, não têm fórmula geral, mas diferente dessas, como extremos limite de um dispositivo, é a que permite passagem de um a outro, pois predispõe linhas de fratura.

Das variações e mutações de agenciamento a que os dispositivos estão sujeitos, para Deleuze (1996), segundo a filosofia do dispositivo foucaultiana, decorrem algumas consequências. A primeira delas: o repúdio dos universais de reflexão, comunicação e consenso, recusa dos processos de racionalização, da razão por excelência. A recusa ao universais se estende, inclusive – e isso nos interessa particularmente, visto que não há receita geral também para a revolução – ao que porventura torne passível bifurcações, desabamentos,

catástrofe da transcendência. No lugar dos universais, propõe, das multiplicidades que compõem o dispositivo, dar destaque às singularidades, aos processos em devir. Desse modo, sem pretensões transcendentais, o valor relativo de um dispositivo não poderá mais ter como parâmetro coordenadas universais. Assim, seguindo Espinoza e Nietzsche, a avaliação de um dispositivo se baseará em critérios imanentes, ou seguindo Foucault, os critérios da avaliação imanente serão estéticos, de vida. Sendo assim, estará na mira avaliativa a estética intrínseca dos modos de existência, os processos de subjetivação, última dimensão dos dispositivos.

São as linhas de subjetivação que dão possibilidade à segunda consequência, a mudança do Eterno para o novo. O novo de que tratamos não diz respeito aos modismos, nem à originalidade dos enunciados, mas à mudança de regime. O novo, o criativo, o variável diz, por outro lado, da capacidade, por meio do enfraquecimento das linhas duras do saber e do poder, de um dispositivo se transformar, se fender, abrir-se para um dispositivo futuro.

De acordo com Deleuze, de todo dispositivo é importante distinguir a história e a atualidade. A história de um dispositivo fala do que somos, é arquivo. A atualidade de um dispositivo, por seu turno, diz respeito ao devir, ao que vamos nos tornando, ao que não seremos mais, é esboço. O primeiro passado recente, o segundo, futuro próximo. Com isso, servirmo-nos da história enquanto arquivo para tirar proveito do que dela surgir para criar o intempestivo, a alteridade, abri-la ao desconhecido.

A análise do arquivo comporta, pois, uma região privilegiada: ao mesmo tempo próxima de nós, mas diferente de nossa atualidade, trata-se da orla do tempo que cerca nosso presente, que o domina e que o indica em sua alteridade; é aquilo que, fora de nós, nos delimita. A descrição do arquivo desenvolve suas possibilidades (e o controle de suas possibilidades) a partir dos discursos que começam a deixar justamente de ser os nossos; seu limiar de existência é instaurado pelo corte que nos separa do que não podemos mais dizer e do que fica fora de nossa prática discursiva; começa com o exterior da nossa própria linguagem; seu lugar é o afastamento de nossas próprias práticas discursivas. Nesse sentido, vale para nosso diagnóstico. Não porque nos permitiria levantar o quadro de nossos traços distintivos e esboçar, antecipadamente, o perfil que teremos no futuro, mas porque nos desprende de nossas continuidades; dissipa essa identidade temporal em que gostamos de nos olhar para conjurar as rupturas da história; rompe o fio das teleologias transcendentais e aí onde o pensamento antropológico interrogava o ser do homem ou sua subjetividade faz com que o outro e o externo se manifestem com evidência. O diagnóstico assim entendido não estabelece a autenticação de nossa identidade pelo jogo das distinções. Ele estabelece que somos diferença, que nossa razão é a diferença dos discursos, nossa história a diferença dos tempos, nosso eu a diferença das máscaras. Que a diferença, longe de ser origem esquecida e recoberta, é a dispersão que somos e que fazemos (Foucault, 2008, p. 148).

Gostaria de destacar, com Deleuze, os estudos de Foucault sobre a cidade ateniense, lugar de invenção de uma subjetivação, o lugar de produção da ficção do homem livre. As técnicas do cuidado de si ou da orientação de si permitiu a maquinação de um modo humano

capaz da produção de novos saberes e novos poderes. Deleuze propõe que, da investigação interrompida de Foucault, invoquemos dispositivos onde as linhas de subjetivação passem, não pela existência estética do homem livre, mas pela existência marginalizada do excluído, tarefa fundamental que o filósofo nos deixa ao fundar o estudo da variação dos processos de subjetivação.

Nesse sentido, essa pesquisa-dispositivo nos permitiu adentrar as discussões sobre democracia e equidade que o movimento feminista, antirracista e feminista negro abre, nos proporcionando novos ares para pensar a problemática controversa em que o conceito de humanização nos lança e para interpelar seus dispositivos. Podemos tranquilamente concluir que a produção de iniquidades, tão cara ao SUS, tem sido fundamental para a perpetuação de uma lógica humanista excludente baseada no negativo da diferença. Lógica cruel que funda a nossa ciência e que esta fecunda por meio de estratégias necropolíticas, negligentes, imprudentes e imperitas<sup>146</sup>, quase sempre latentes, que, sobretudo, quando não deixam viver pior, “deixam morrer” (Foucault, 1999).

A raça tem sido o ponto de reconciliação entre as abordagens político-culturais da humanidade, a universal e a particular. Mbembe (2018) demonstrou como o discurso da diferença cultural que se desdobra da noção de sujeito humano universal, característico da teoria política do século XIX, baseado no sujeito racial, em nada contribuiu para a produção de justiça social, de equidade. Muito pelo contrário, sob o prisma da raça, a distinção de espécies humanas baseadas em propriedades fisiológicas visíveis ou morais discerníveis produziu, a partir de uma hierarquia humana, violências políticas e culturais que quando não negam a humanidade de uns, a inferioriza. E o remédio para a afirmação do negativo de uma diferença em geral, que não escapa da ficção do humano universal, nem da lógica do progresso e da evolução que a antropologia do século XIX funda e que centraliza as teorias coloniais sobre a inferioridade e a desigualdade, é a reabilitação. Tal remédio social, a ortopedia, a normatização, tem sido amplamente produzido e reproduzido pela ciência moderna e administrado de modo cada vez mais latente pelos operadores da saúde pública, que como vimos anteriormente, também sofrem os seus efeitos enquanto trabalhadores atravessados pelas questões de raça, gênero e interseccionalidades.

---

<sup>146</sup> As práticas negligentes expõem uma atitude negativa, um agir descuidado, indiferente ou desatento. Nelas, deixa-se de tomar uma atitude ou conduta esperada para a situação. A prática imprudente, por sua vez, fala de uma atitude positiva, ação precipitada e sem cautela. Nessa mesma linha positiva, a atitude imperita revela a falta de preocupação, não simplesmente com a inaptidão ou falta de qualificação técnica, mas sobretudo, da ausência de conhecimentos elementares e básicos para uma ação crítica que levem em conta, para além da técnica, seus atravessamentos sócio-histórico-políticos (Brasil, 2021).

Para lidar com esta problemática ainda atual que dispositivos precisam ser resgatados ou criados e, por isso, percorreremos as suas linhas. Com isso, agora tentaremos abordar sobre os dispositivos da Política que, no processo de humanização do SUS, foram instalados para dar conta da afirmação do positivo da diferença. Não podemos esquecer que tais artifícios, montagens, caracterizam-se por estar a serviço da produção, da vida, do novo e precisam lidar com acontecimentos que nunca param de obstaculizar esse processo. Por isso, essa pesquisa acompanha a humanização como acontecimento que antecede a PNH como política de governo e que a ultrapassa, porque agora somente política pública, visto que os movimentos que oprimem a vida nunca param de entrar no jogo político.

De acordo com Baremlitt (1992), os dispositivos são máquinas semióticas e pragmáticas não só compostas de forças e elementos heterogêneos, mas ao mesmo tempo as conecta em busca de determinados efeitos. Estes têm tamanho, duração e materialidade variável e seu funcionamento é simultâneo à sua formação. Tais montagens buscam subverter a história, produzir acontecimentos revolucionários, inéditos, transformadores e insólitos. Eles desestruturam, explodem e atravessam territórios, gerando linhas de fuga do desejo e conectam singularidades cuja relação era insuspeitável e imprevisível. Os mesmos não pertencem a sujeitos e indivíduos, mas os inclui, os constitui, os maquina para produzir efeitos disruptivos e encontros ao acaso das intensidades.

Consideramos o caráter “terra sem dono” dos dispositivos da Política que deles nos apropriaremos temporariamente para pensarmos, diante das problemáticas atuais colocadas, efeitos possíveis no sentido de um mais além democrático, considerando a possibilidades de para reavivá-los em seus propósitos ético-políticos, seja para propor novas criações, seja, em último caso, para decretar a sua morte. Um dispositivo poderá ser sepultado, dentro da lógica institucional, quando torna-se função<sup>147</sup>, vira sedimento e perde-se em efeitos outros que não o da afirmação/produção da diferença absoluta.

Deleuze (1996), distingue da filosofia do dispositivo de Foucault, dois grupos de linhas: as linhas sedimentares, de estratificação e as linhas de actualização ou de criatividade. Contudo, o próprio Deleuze (Deleuze; Parnet, 1998), mais tarde, se referirá às três espécies de linhas imanescentes: às de segmentaridade dura, molares; as de segmentaridade bem mais flexíveis, moleculares; e as de fuga, de gravidade ou de celeridade. Essas últimas seriam primevas, elas parem as demais. Sobre cada uma delas se opera uma intensidade diferente de ruptura. Sobre

---

<sup>147</sup> “A função, ela é predominantemente reacionária, conservadora, a serviço da exploração, da dominação e da mistificação, e se apresenta aos olhos não atentos como eterna, natural, desejável e invariável.” (Baremlitt, 1992, p. 35).

as primeiras, as costumeiras, operam-se cortes; sobre as flexíveis, fissuras marcam o limiar de diminuição de resistência ou de aumento de exigência, de modo que já não se suporta mais o que se suportava antes e daí sucede um novo tipo de serenidade ou um novo tipo de angústia. Viemos propor mais do que isso, propomos um novo tipo de crise. Convocamos, desse modo, as linhas erráticas para virem fazer de “todo-o-mundo”, de “todo-esse-mundo” um devir.

As linhas segmentares dependem de máquinas binárias, dicotômicas, anacrônicas, exigem escolhas sucessivas e binárias, se não negro-branco, mestiço; se não homem-mulher, travesti. Tais linhas revelam a complexidade códigos-territórios, os dispositivos de poder que os fixam, visto que compreende que não se tratam de “[...] simples emanações de uma aparelho de Estado preexistente” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 104). Voltemos mais uma vez, por um momento, a pormenorizada, mas não findada, questão do Estado

Foi descobrindo a segmentaridade e a heterogeneidade dos poderes modernos que Foucault pôde romper com as abstrações vazias do Estado e “da” Lei, e renovar todos os dados da análise política. Não que o aparelho de Estado não tenha sentido: ele próprio tem uma função muito particular, enquanto sobrecodifica todos os segmentos, a um só tempo os que ele toma sobre si em determinado momento e aqueles que ele deixa fora de si. Ou antes, o aparelho de Estado é um agenciamento concreto que efetua a máquina de sobrecodificação de uma sociedade. Essa máquina, por sua vez, não é, portanto, o Estado, é a máquina abstrata que organiza os enunciados dominantes, as ações e sentimentos conformes, os segmentos que prevalecem sobre os outros. A Máquina abstrata de sobrecodificação assegura a homogeneização dos diferentes segmentos, sua convertibilidade, sua traduzibilidade, ela regula as passagens de uns nos outros, e sob que prevalência. Ela não depende do Estado, mas sua eficácia depende do Estado como agenciamento que a efetua em um campo social (Deleuze; Parnet, 1998, p. 104).

Sobre as linhas de segmentaridade dura, desse modo, de acordo com Deleuze (1998), precisamos distinguir os dispositivos de poder codificador dos diversos segmentos, a máquina abstrata que os sobrecodifica e regula as suas relações e o aparelho de Estado que efetua tal máquina.

Nesse ponto, com a intercessão de Federici (2017), no capítulo anterior, pudemos cartografar as linhas de continuidade que compõem a nossa Ordem Mundial, o nosso mundo supostamente democrático que buscamos desconstruir e reconstruir de modo mais equânime por meio de uma radicalização na transformação das práticas de saúde. É no período pré-capitalista, de transição do feudalismo para o capitalismo, que em favor dos privilegiados da época, da nobreza à nascente burguesia, que máquinas abstratas, costumes e valores, dão ao Estado o poder de mantenedor de um *status quo*, desigualdades nas relações de classe, por meio da disciplinarização da força de trabalho e contenção dos protestos sociais. Aqui nos interessa dois dispositivos de poder central, a Caça às Bruxas e o colonialismo, dos quais inúmeros outros se desdobraram; a família burguesa; a entrada dos médicos na sala de parto; as leis que

infantilizam, desapropriam e criminalizam as mulheres subjugando-as ao poder patriarcal, atos que impediram o trabalho feminino remunerado e que criminalizam atividades de encantamento do mundo desempenhadas à época majoritariamente pelas mulheres; as noções de perigo e a produção de medo associados a sujeitos indesejados (mulheres, negros, mulheres negras) e suas práticas; as noções de humano, menos humano e des-humano, portanto, a Ciência Moderna e o pensamento humanista hegemônico. Tais linhas encorajadas envolvem um Plano de organização que demandam a educação de sujeitos e harmonização das formas e esse ponto nos interessa particularmente.

Os segmentos das linhas flexíveis, de diferente estatuto, de acordo com o filósofo francês, procedem por limiares, constitui devires, marca contínuos de intensidade e suas máquinas abstratas são mutantes e não sobrecodificantes. Falamos aqui, não mais de um plano transcendente, mas de um plano de consistência, imanente. Nesse plano, arranca-se das formas, partículas que se relacionam por velocidade ou lentidão e dos sujeitos, afetos que operam por individuação, por “hecceidade”. Entre os segmentos, linhas moleculares permitem correr fluxos de desterritorialização. Nesta síntese de três, inclusive, as relações não são de oposição entre os termos, nem de complementaridade, insere-se movimentos de fuga e fluxo. Estas provocam pequenas fissuras, rupturas imperceptíveis, que Deleuze já anunciava, vêm do “sul”. “Dizemos ‘sul’ sem dar muita importância a isso. Falamos de sul, para marcar uma direção que não é mais aquela da linha de segmentos. Mas cada um tem seu sul” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 107) e, acrescento, a Ordem Mundial também tem seu “sul” e hoje nos servimos dele para provocar grandes rupturas inegociáveis, não como o que restou do SUS da constituinte na constituição, como direito, que, como nos alertou Mattos (2019), representa parte do movimento reformista, mas o SUS concreto, equânime, concretamente democrático.

Longe da lógica binária, dualista, concebemos a multiplicidade dos agenciamentos, agenciamentos coletivos. Desse modo, um agenciamento é composto das três espécies de linhas, não há oposição entre as máquinas abstratas sobrecodificantes e entre as mutantes, nem entre os planos de organização transcendente e o plano de consistência imanente. “Não falamos, portanto, de um dualismo entre duas espécies de ‘coisas’, mas de uma multiplicidade de dimensões, de linhas e de direções no seio de um agenciamento” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 108). Desse modo, “[...] a revolução, opressão, poder etc., são linhas componentes atuais de um agenciamento dado [...]” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 108), agenciamentos de desejo. Dos agenciamentos devemos comparar os movimentos de desterritorialização e os processos de reterritorialização. E as velocidades variáveis que percorrem meios e corpos nos movimentos

de desterritorialização podem desaguar tanto em *continuums* de intensidade, quanto em processos de reterritorialização.

Deleuze (Deleuze; Parnet, 1998, p. 110) defende a primazia, não cronológica, das desterritorializações, dos movimentos de fuga. Para ele, uma sociedade se define, antes de tudo, por suas linhas tortuosas, movimentos de fuga constitutivos do campo social, e a nossa sociedade misógina e racista tem origem nos conflitos sociais na passagem do feudalismo para o capitalismo-colonialismo. Os códigos, “as classes”, são a acumulação das reterritorializações que constituem um plano de organização que será sobrecodificado por máquinas abstratas que o Estado efetua. Mas não só o Estado comporta o perigo das linhas sedentárias, a heterogestão, o controle, a opressão, o enquadramento “ a prudência com a qual devemos manejar essa linha, as precauções a serem tomadas para amolecê-la, suspendê-la, desviá-la, miná-la, testemunham um longo trabalho que não se faz apenas contra o Estado e os poderes, mas diretamente sobre si.” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 112). Também as linhas migrantes comportam um risco, o fenômeno “buraco negro”, microfascismos não centralizados pela máquina de Estado, mas igualmente regulados, cada um mergulhado em sua rede molecular, “capilaridades secretas”. Hoje sabemos bem o que são os microfascismo atuais que se capilarizaram pelo mundo através das redes da informática. Por fim, as linhas nômades comportam o pior dos perigos – que elas mesmo secretam e que lhes é próprio – transmutar-se em linhas de destruição, de abolição de si e das outras.

As máquinas da linha de fuga são de guerra. Estas são atravessadas por devires e se opõem às máquinas binárias, às máquinas abstratas sobrecodificadoras, que se utilizam do Estado para disseminar seus códigos.

[...] um dos problemas mais consideráveis que será colocado aos Estados será o de integrar a máquina de guerra [...], o de fazer dela uma peça de sua polícia geral (...). Pode acontecer de a máquina de guerra tornar-se mercenária, ou então de se deixar apropriar pelo Estado quando ela o conquista. Mas sempre haverá uma tensão entre o aparelho de Estado, com sua exigência de conservação própria, e a máquina de guerra, em seu empreendimento de destruir o Estado, os súditos do Estado, e até mesmo de se destruir ou de se dissolver ao longo da linha de fuga (Deleuze; Parnet, 1998, p. 116).

A questão então está para além do Estado, pois o Estado, mesmo o mais centralizado, nada mais é que um experimentador. “É sobre diferentes linhas de agenciamentos complexos que os poderes conduzem suas experimentações” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 119). E é delas também que surgem experimentadores de outras espécies, experimentadores de revoluções mais afeitos às linhas de fuga, condutores cautelosos de máquinas de guerra.

Deleuze (Deleuze; Parnet, 1998) destaca que o problema central das revoluções sempre foi organizacional, não de ideologia, de utopias e, não à toa, as questões minoritárias, tais como o sexismo e o racismo, recolocam o problema da Organização do Mundo. Diante dos pessimismos que se instalam sobre a ideia de revoluções impossíveis ou do risco de retorno dos fascismos concernentes, como já vimos, das linhas flexíveis, a aposta é em um novo tipo de revolução que toma a política como “... uma experimentação ativa, porque não se sabe de antemão o que vai acontecer com uma linha” (Deleuze; Parnet, 1998, p.112).

#### 5.4 A HUMANIZAÇÃO E SEUS DISPOSITIVOS

É importante demarcar que partimos do acompanhamento de linhas de um movimento, a Humanização do SUS, para cartografar uma política de governo, dispositivo composto de forças, elementos heterogêneos e, sobretudo, de efeitos, a PNH. As linhas de tal dispositivo, portanto, são crias de linhas de fuga de uma máquina de guerra instaurada com a RSB. Este dispositivo composto, também por outros dispositivos-arranjos, por um lado, quando tornado função, produziu cortes sobre linhas de segmentaridade dura, que, visando a sua perpetuação na máquina de Estado, constituíram novas codificações, logo, novos planos de organização. Por outro, tal dispositivo, ao privilegiar a afirmação de seus valores, através de fissuras de linhas moleculares, operou transversalizações, novos agenciamentos e, como política pública, permitiu mudanças do Eterno para o novo, criativo e variável.

Os dispositivos oficiais que compuseram da PNH foram descritos em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência. Em seu “Documento base para gestores e trabalhadores do SUS”, por exemplo, foram elencados os seguintes arranjos:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH)
- Colegiado Gestor
- Contrato de Gestão
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial
- Projetos Co-Geridos de Ambiência
- Acolhimento com Classificação de Riscos
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva
- Projeto Memória do SUS que dá certo (Brasil, 2008, p. 26).

Destacaremos, entre estes dispositivos oficiais da PNH, aqueles que, a princípio, nos ajudariam a lidar com a problemática que instauramos a partir da análise de seus efeitos



controversos. Então, como enfrentar os obstáculos que se atualizarão no sentido de desvirtuar o processo de Humanização do SUS e, portanto, de sua democratização concreta, em tempos em que a PNH perde sua força institucional na máquina de Estado e passa a funcionar somente como política pública? E ainda que possa seguir fazendo uso da máquina de Estado, como a sua força instituinte, portanto, conseguirá seguir tensionando uma mudança de regime para lidar, como propôs Foucault, com a existência marginalizada do excluído? Com isso, não podemos deixar de considerar as questões concernentes aos modos como qualificamos a política e os seus efeitos. Lembremos que uma política de Estado como o SUS, pelo seu caráter estável, visto ser esta institucionalizada, embora comporte certa proteção em relação às alternâncias de poder dos governos, por outro lado, pelo seu caráter abstrato, não garante ações concretas, sobretudo, diante da necessidade de intervenções não previstas no código. A nossa cartografia da PNH demonstrou como uma política de governo, embora comporte a potência de instauração no concreto de dispositivos, por estar submetida às alternâncias no poder, se mostra instável. A Humanização, por sua vez, como vertente política pública dos movimentos que instauraram o SUS e se sedimentaram com a PNH (política de governo), por ser efeito do desejo coletivo, por seu caráter concreto e estável, tem a potência necessária para promover as mudanças que precisamos para lidar com novas problemáticas como as que aqui propomos.

Para enfrentar tais problemáticas relativas à mudança na correlação de forças no campo da saúde, portanto do governo oligogestivo, feita por poucos, a PNH propôs em uma de suas cartilhas, a gestão participativa e cogestão (Brasil, 2009b). Esta modalidade de governo, diretriz da Política, tinha como intuito uma gestão de todos por meio do método da tríplice inclusão de sujeitos, coletivos e das perturbações resultantes de relações humanas e dos analisadores que emergem nos grupos. Para tanto, é realizada a distinção de dois grupos de arranjos/dispositivos de cogestão (Brasil, 2009b; Brasil, 2011). Aqui consideraremos que o caminho escolhido foi o de uma desconstrução organizada, estrutural, baseada em um modo político democrático que ainda preserva – como estratégia – hierarquias e verticalizações de poder. Desse modo, o primeiro grupo, tinha como objetivo, desconstruir primeiramente as estruturas heterogestivas mais ao topo da pirâmide, abrindo assim o campo para o exercício da cogestão. O segundo, dentro dessa lógica, seria efeito da primeira desconstrução, diz respeito à continuidade, manutenção, a garantia desses espaços participativos, sobretudo em relação aos usuários/familiares no cotidiano do cuidado, ou seja, a base da pirâmide que compõe o cuidado no SUS. Diante dessa lógica de desconstrução de estruturas de poder, nos deteremos, considerando o que viemos propondo ao longo do texto, lidar com o processo de construção de uma democracia concreta, sobre o primeiro grupo por entendermos que diante dos desafios que

precisam ser enfrentados e que a PNH, como política de governo, não conseguiu desconstruir, precisaríamos ainda avançar sobre essa etapa de produção.

Dentre os dispositivos/arranjos da Política, destacaremos o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), a Câmara Técnica de Humanização (CTH) e o Colegiado Gestor. Tais dispositivos são baseados no método inclusivo, na roda, na lateralização e transversalização das relações e discussões, mas se distinguem em relação ao modo de participação (livre ou representativa), ao tipo de participantes (usuários, trabalhadores e/ou gestores), e aos efeitos privilegiados (perpetuação de um *êthos* e/ou perpetuação dos próprios dispositivos ou do conjunto destes).

A ideia que perpassa o GTH ou Comitês de Humanização, por exemplo, está associada à construção coletiva de um espaço de análise/discussão que tem em vista o exercício de protagonismo. Estes tinham como objetivo, situado e concreto, melhorias dos processos de trabalho e qualidade da produção de saúde para todos (Brasil, 2008b). Podendo ser instalado em qualquer instância do SUS, destes poderia participar qualquer pessoa interessada, trabalhadores, técnicos, funcionários, coordenadores, gestores, usuários etc (Brasil, 2008b).

O Colegiado Gestor configurou-se como espaço cogestivo coletivo e propositivo, de discussão, negociação e definição de prioridades no qual seriam realizados acordos e pactos entre gestores, trabalhadores e usuários/ familiares. Os dois últimos indicados pelos grupos de trabalhadores dos serviços. Com isso, as discussões iniciais deveriam trabalhar sobre a proposta da PNH de um novo modelo de gestão, experimentar a cogestão por meio da experimentação/afirmação das diferenças.

De caráter pedagógico-formativo e embasada no método inclusivo da PNH, a CTH foi criada com o intuito de compartilhar experiências e aprofundar as discussões para o fortalecimento da PNH como política pública. A participação de consultores da PNH e de trabalhadores, representantes dos serviços e multiplicadores da Política, permitia, nesses espaços de formação de grupalidade e de rede, o acompanhamento por meio de indicadores do processo de implementação da Política e o fomento ao contágio de seus valores e princípios.

Ao considerar a história destes dispositivos podemos destacar três pontos: a proposta democrática vigente em função do acesso e do tipo de participação, o respeito ao caráter finito do próprio dispositivo e a condição para manutenção de um *êthos* concretamente democrático que se sustenta de forma autônoma em relação a uma determinada estrutura de poder.

A divisão entre participação livre e representativa indica os limites, as batalhas, que a política precisou enfrentar ao ter que lidar com estruturas arraigadas, linhas de saber-poder. A participação de usuários, trabalhadores dos mais diversos níveis, assim como de gestores,

também dá o tom deste enfrentamento. Nesse quesito, somente o Grupo de Trabalho ou Comitês de Humanização, em sua proposta de estar aberto para participação direta e sem restrições de um coletivo, permitiram maior porosidade às diferenças positivas em torno das questões estruturais que precisam entrar no cálculo da análise/discussão, proposta e deliberações das mudanças estruturais necessárias. Contudo, para tanto, seria importante considerar como estavam dispostas as linhas de visibilidade-enunciação em torno dessa perspectiva ética e, além disso, o grau de abertura e de autonomia dos trabalhadores, sobretudo da ponta, para a participação efetiva destes encontros.

Não podemos deixar de observar, ao acompanhar todo o material produzido em torno da Política, o caráter contraditório presente nos agenciamentos que decorrem dos dispositivos, qual seja, um certo risco de perpetuação que privilegia movimentos de reterritorialização. A perpetuação do dispositivo – que deve se manter enquanto estiver funcionando para a democratização do SUS – ou melhor, o comprometimento do seu caráter finito leva a dois grandes perigos. O primeiro perigo é o dos dispositivos da PNH se cristalizarem como "marcas" de uma política de governo, identificada a uma equipe partidária que ocupou a máquina de Estado. O segundo perigo é o dessa cristalização fechar a política sobre si, de modo que, de tão voltada para dentro da máquina do Estado, chega a perder a sensibilidade para os movimentos da sociedade que articulam as demandas de saúde com outras pautas minoritárias: as pautas decoloniais como as do movimento negro, feminista, LGTBI+ etc. Os dois perigos dizem respeito à necessária abertura do dispositivo de uma política pública. Os dispositivos da PNH precisam se abrir para fora, o que implica na sua possibilidade de desterritorialização, na sua finitude.

No capítulo anterior vimos como as reflexões a respeito do racismo introduziu problemáticas sobre um dos motes da PNH, a afirmação de diferenças. O movimento negro, insere em nossa perspectiva a noção de “negativo da diferença” (Mbembe, 2018a), demonstrando como a violência racial é um pilar da modernidade, a gramática moderna que funda um humanismo (Fanon, 2022) que só lida concretamente com as diferenças a partir de um negativo produzido para dar conta de hierarquias que comportam relações desiguais. O negro – e aqui incluímos, além daqueles que inauguram o rol de condenados da terra, os novos condenados da terra, o devir negro do mundo – sob a égide da raça é o efeito da produção de um não ser, do não humano, sobre os quais o Estado, não o universal e abstrato, mas o concreto, faz recair, como solução primordial, o controle, a punição e a expropriação. Desse modo, não basta simplesmente afirmar as diferenças, precisamos considerar todo o horror que funda a

nossa democracia ocidental – até então, supostamente triunfante – para, não só de direito, mas de fato, falarmos de uma política legítima da afirmação do positivo da diferença (Fanon, 2022).

Neste ponto, se faz importante ressaltar que, assim como o racismo e o machismo/sexismo, a heterogestão é, em sua origem, estrutural, pois se baseia em sistemas de hierarquia de poder verticalizado, criados a partir da produção do negativo da diferença, da compartimentalização do mundo<sup>148</sup> (Fanon, 2022). Assim, tal modelo se fundamenta, tem como base, modos de qualificação do humano codependentes dos sistemas de relações humanas fundados na modernidade com o colonialismo e com o patriarcado, para o controle e tutela daqueles relegados a menos humano ou não humanos. Nesse sentido, um dos riscos da reterritorialização dos dispositivos da PNH, ao não levar o processo de construção do negativo da diferença, é o da retomada da heterogestão estrutural, que perpetua estruturas coloniais e patriarcais que a retroalimenta. Por outro lado, se podemos falar em hierarquias quando conclamamos a afirmação das diferenças pelo seu viés positivo, estas só podem estar associadas à potência de cada ser humano para dar sustentabilidade a um mundo por vir descolonizado, concretamente democrático. A descolonização – e, podemos acrescentar, a *despatriarcalização* – “[...] é simplesmente a substituição de uma ‘espécie’ de homens por outra ‘espécie’ de homens” (Fanon, 2022, p. 31) “[...] é indiscutivelmente uma criação de homens novos.” (Fanon, 2022, p. 32).

Daqui, seguiremos considerando o privilégio da produção de estratégias que foram produzidos pela política, no que tange, não à sua perpetuação na máquina de sobrecodificação, mas acompanhar movimentos que indicam a ativação de linhas de subjetivação. Pois, tais linhas, como vimos, são aquelas capazes de produzir revoluções que poderiam colocar em xeque as questões atuais que obstaculizam a afirmação do positivo da diferença e que tem em vista uma democracia concreta, portanto, equânime. Tomando em perspectiva não mais a história, seu passado recente, mas o seu esboço, tendo em vista o futuro próximo, avaliaremos agora tal dispositivo pelos seus critérios imanentes, estéticos, de vida, aqueles que consideramos, de fato, com potência para o enfraquecimento das linhas duras, para uma mudança efetiva de regime. Assim, nos ocuparemos daqui por diante com a atualidade de dispositivos que se permitam transformar porque preocupados com a multiplicação de valores, e não de si mesmos, porque implicados com a grupalidade, com ampliação de um coletivo com

---

<sup>148</sup> A colonização multiplicou cisões e oposições, forjou classes, criou racismos, “[...] tentou por todos os meios provocar e ampliar a estratificação das sociedades colonizadas.” (Fanon, 2022, p.335).

condições para sustentar o paradigma ético-estético-político proposto para o campo da saúde para que possamos a partir daí pensar nos modos de manutenção de uma democracia concreta.

Fora dos movimentos elementares propostos por meio de cartilhas, houve um dispositivo definido como estratégia na trajetória da Política que podemos avaliar como pedra angular quando estamos considerando todos aqueles construídos: o apoio institucional<sup>149</sup>. Pensar o apoio institucional como dispositivo central nesse momento, é considerar este como, talvez, a única estratégia disponível que tem a potência de prescindir de uma determinada organização de gestão – organização esta que, inclusive, não dispomos mais desde a perda de força institucional da PNH – para a formação de grupalidade e para o contágio não só dos valores que afirmamos, como para lidar, como já dissemos, com as problemáticas que não pararão de surgir para obstaculizar o processo de construção de uma democracia concreta no SUS e, por conseguinte, na sociedade como um todo.

Esta função tem como característica o hibridismo necessário para lidar com a momentos em que há um vacilo na construção da democracia e é, ao mesmo tempo um conceito instituído pela PNH, como vimos anteriormente, já amplamente definido, mas, como o que restou da Política, porta em si o caráter transversal para o contágio e a contração de grupalidade. Isto porque a sua potência reforça justamente o caráter de inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade, um dos princípios metodológicos da PNH. Constatamos, com isso, que não há como alterar o modelo de atenção e o modelo de gestão do trabalho em saúde sem agentes protagonistas e participantes, o que exige um reposicionamento subjetivos dos trabalhadores e usuários do SUS.

Este, portanto, não se trata simplesmente de um dispositivo técnico que pode ser facilmente descartado pelas forças hegemônicas, impedido de funcionar, mas de um *êthos* construído, produzido, contraído, com o qual subjetividades se implicaram. Trata-se, deste modo, de um *êthos* que foi apropriado, por meio do encontro-formação de subjetividades, como que num desdobramento, uma reedição de *tékhne tou bíou*. Como veremos, a formação foi, portanto, um aliado fundamental nessa batalha que tem a Educação como campo intersetorial com o qual precisamos transversalizar, pois assim como a Saúde, este porta um alto coeficiente de autonomia, assim como de desigualdades, no campo da produção de subjetividade.

---

<sup>149</sup> Como vimos anteriormente, função é um efeito indesejado dos dispositivos, dentro da lógica institucionalista e, portanto, de nossa perspectiva ética-estética-política. Assim, a fim de evitar possíveis contradições teóricas, usarei o termo “dispositivo”, ao invés de “função”, quando fizer referência ao apoio institucional. Contudo, visto que o termo “função apoio” é utilizado no documento que embasa as discussões deste texto, ele será mencionado quando fizer referências exclusivamente ao documento em questão.

Para tanto, retomaremos o “Relatório do Curso de Formação de Apoiadores” (Brasil, 2007) no ponto em que este documento nos aproxima de um dos momentos mais democráticos deste processo, os encontros nos quais apoiadores, formadores, coordenadores e consultores puderam expressar as potências e problemáticas dos dispositivos da PNH, sobretudo, do próprio apoio institucional. O primeiro encontro presencial em Brasília que tinha como objetivo a construção de redes afetivas e de trabalho sobre os dispositivos da PNH já apresentava uma importante questão, entre outras: “Como enfrentar na formação a iniquidade, na qual também se constitui o próprio SUS, em algumas regiões?”. Na primeira avaliação geral do encontro, as problemáticas relativas às relações de saber-poder e sobre como inserir um *êthos* contra-hegemônico sem o apoio de gestores, ou seja, dentro da estrutura hegemônica, já se colocava como ponto obstaculizante fundamental e a iniquidade se colocou, nesse percurso, como potente analisador desta utopia ativa.

Colocando em cena instituições como: “i) a avaliação das políticas públicas, ii) o modo de operar dessas políticas, iii) a instituição clientelismo e fisiologismo, iv) a vitimização e tutela dos profissionais de saúde, dentre outros” (Brasil, 2007, p. 50), as iniquidades desvelam as condições estabelecidas para o lugar de fala de determinados “tipos” de humanos. Da tutela ao protagonismo e à autonomia, o caminho a ser percorrido não será o mesmo para qualquer um.

[...] devemos questionar as condições de poder que condicionam e limitam as possibilidades dialógicas. De outro modo, o modelo dialógico corre o risco de degenerar num liberalismo que pressupõe que os diversos agentes do discurso ocupam iguais posições de poder e falam apoiados nas mesmas pressuposições sobre o que seria “acordo” (Butler, 2023, p. 40).

No cálculo da construção da autonomia é preciso contabilizar os efeitos da compartimentalização do mundo (Fanon, 2022), da construção da subalternidade, da colonização do corpo e da subjetividade, que incluem, desde o concreto da miséria fisiológica à culpabilização, segregação, estigmatização e infantilização em graus diversos. A esse respeito, Fanon (2022) nos lembra que por meio das pretensões de igualdade de essência entre os homens, dos ideais democráticos universalizantes que se empenham na garantia da própria lógica ocidental de sub-homens, o racismo de desprezo<sup>150</sup> (Fanon, 2022) busca mascarar-se multiplicando as suas nuances, criando matizes da diferença negativa que faz rivalizar, sobretudo os diferentes, protegendo, assim, o status quo. Um ponto importante a ser

---

<sup>150</sup> Ao descrever a luta pela libertação nacional de países colonizados, Fanon (2022) distingue duas formas de racismo, o racismo de desprezo e o de defesa. O primeiro, característico da burguesia ocidental, diz respeito a uma atitude de desprezo pelo explorado. O racismo de defesa, atribuído no contexto à jovem burguesia nacional, por sua vez, se dá entre os explorados e é baseado no medo de não conseguir se livrar ou voltar a ocupar o lugar do explorado.

considerado é a potência do analisador iniquidade de intervir, como o nomadismo, na visão de horizonte dos privilegiados<sup>151</sup>. De fato as iniquidades que o documento trata são regionais, mas diante de tudo que já foi posto a respeito do racismo e do machismo/sexismo em capítulo anterior, poderíamos estender, sem hesitações, tais considerações para estes temas, diretamente interligados, sobretudo no que diz respeito à raça<sup>152</sup> e, portanto, às interseccionalidades.

Ponderações sobre tais obstáculos voltam a aparecer nos encontros regionais. Para além das problemáticas locais, é colocada como uma das principais dificuldades justamente o enfrentamento do modo hegemônico de se fazer gestão no SUS, as relações políticas. Destacamos do documento, alguns trechos a esse respeito:

Um dos desafios enfrentados no processo de intervenção por parte de alguns apoiadores foi o de envolver e comprometer os gestores com o trabalho que estava sendo desenvolvido. Muitos gestores se mantiveram ausentes das rodas de discussão ou mantiveram modos autoritários de gestão que comprometiam os esforços efetuados pelos apoiadores (Brasil, 2007, p. 35).

[...] enfrentar práticas autoritárias e/ou o descaso dos gestores com a humanização das práticas de saúde ainda é um desafio imenso (Brasil, 2007, p. 38).

O desafio no nordeste foi o de fomentar as redes locais e regionais como estratégia de lidar com a iniquidade, uma vez que o clientelismo atua particularizando, individualizando, segregando, isolando (Brasil, 2007, p. 51).

A principal dificuldade apontada pelo formador e apoiadores tem relação com o fato de que a PNH, que se constrói/construindo protagonismo dos profissionais e usuários do SUS, calcada na indissociabilidade entre atenção e gestão, é contra-hegemônica aos modos hegemônicos com que as políticas de governo (nos níveis federal, estadual e municipal) se fazem. Essas últimas se alimentam da produção de “práticas de dependência, já que visam conseguir votos, eleitores a partir da criação e manutenção de uma relação de dependência clientelista seja com os profissionais seja com os usuários” (Brasil, 2007, p. 76).

Descobri, que predominava em muitos municípios o acolhimento com classificação de eleitor/vereador. A política de humanização encontrava seu adversário: o político clientelista e manipulador (Brasil, 2007, p. 77).

[...] disputa de poder entre diferentes categorias profissionais. As resistências internas também se apresentaram, senão como impeditivas, mas como fator de entrave aos avanços (Brasil, 2007, p. 84).

[...] (as dificuldades institucionais parecem ser maiores que se imagina) (Brasil, 2007, p. 117).

---

<sup>151</sup> Faço essa menção recolocando a questão do nomadismo que, na ocasião do curso, foi posta da seguinte forma: “Cada um funcionou como aquela frase do Brodsky: a diferença entre o camponês e o nômade é que o nômade compromete a noção de horizonte do camponês. Os companheiros do NC foram os nômades durante todo este percurso, fazendo falar e fazer coisas que não imaginava-se conseguir. Até este último momento, conseguimos fazer este relato a partir dos tensionamentos ocorridos a respeito da forma e conteúdo deste relatório. O relatório de Cláudia Abbês funcionou como a escrita nômade, que reinventa os caminhos, provocando o relato-camponês que se mantinha atinente às prescrições (Brasil, 2007, p. 52).

<sup>152</sup> O ponto do documento no qual as iniquidades são colocadas como analisador diz respeito à UP NE. Sabemos que o nordeste brasileiro, o que, com a ajuda dos dados do documento, podemos estender para a região norte, é o local onde as questões de raça, devido à distribuição geográfica da população em nosso país de dimensões continentais, aparecem de forma mais importante. Não à toa é também nessas regiões que os investimentos são menores e a implementação de políticas públicas, portanto, o acesso aos direitos é mais dificultado.

É importante aqui ressaltar que as preocupações em torno deste que consideraremos como principal ponto de enfrentamento para o movimento de Humanização, a baixa política, uma política individualista e individualizante que privilegia as relações de manutenção e disputa de poder, são colocadas aqui num contexto em que ainda dispúnhamos de uma importante estrutura dentro do Ministério da Saúde relativa à PNH que ainda se constituía como política de governo. Com isso, demarcamos, como já havia sido colocado na ocasião, essa problemática, como o principal material de trabalho deste movimento que tem uma ação política como direção. E nesse ponto destacamos do documento a função do dispositivo apoio. O apoiador, mais do que multiplicador de dispositivos de base, de modos específicos de fazer - cujos riscos, como a burocratização, inclusive aparece nas avaliações - se coloca como um facilitador de processos de contração de grupalidade e aquecimento de rede em torno de um *êthos* para o seu contágio, eis o ponto central da formação.

A formação em questão proporcionou ao coletivo o sentimento de ter a potência de articulação e de formação de redes desejado, dando força de ato ao que estava escrito em cartilhas e documentos. Formou-se assim um “exército de resistência” para enfrentar ambientes com pouca cultura de rede.

[...] o curso produziu movimentos e sujeitos ativos nas mudanças que se deseja provocar no SUS (Brasil, 2007, p. 85).

Avalia que houve produção da grupalidade, [...] percebeu que as apoiadoras encontraram suas formas de pedir ajuda e colaborarem entre si (Brasil, 2007, p. 85).

[...] conviveu com disputas políticas locais entre os entes federados e agregou profissionais de saúde com longo percurso junto a PNH e outros que estavam tendo o seu primeiro contato com a política de humanização. Em meio a isto, e apesar disto, [...] houve construção de grande grupalidade, destacando-se os laços de solidariedade e apoio mútuo que permeou todo o trabalho (Brasil, 2007, p. 88).

[...] o curso produziu uma mobilização grande no grupo, possibilitou a criação de fortes laços (Brasil, 2007, p. 95).

Nas falas finais de encerramento muitos se emocionaram e foram às lágrimas, o que demonstra tanto a implicação dos apoiadores, o peso do encargo pelo processo de estudo-intervenção, como a qualidade da rede afetiva e operativa que estava se formando, sendo este coletivo um espaço de compartilhamento, que acolhe, ampara e estimula a solidariedade entre as pessoas (Brasil, 2007, p. 119).

O curso de 2006 também produziu importante material para pensar a formação do apoiador de seu lugar entre.

O apoiador é aquele que está entre: [...] dimensões instituídas e instituintes. Opera no fio da navalha entre 2 lugares. Entre movimentos de dispersão e de concentração de forças; uma mesma ação pede as duas coisas. Está entre o apoiador e o trabalhador; ao mesmo tempo que opera a ação, sofre a ação da ação [...] O apoiador está entre avaliações qualitativas e quantitativas. Entre a rotatividade de gestores e de trabalhadores (Permanência e rotatividade), obstáculos e brechas, saberes e poderes. Entre esferas estaduais, municipais e federais. Entre ofertas e demandas e levando em



conta contextos políticos locais [...] O lugar de apoiador também está entre temporalidades distintas: tempo da ação e tempo previsto. Temporalidade técnica e temporalidade política. Tempo de criação e tempo de fortalecimento. Tempo do fazer e tempo do pensar. Tempo do fazer e tempo do registro da escrita. A função apoio produz angústia e alegria; solidão e rede (Brasil, 2007, p. 109).

Eis algumas considerações fundamentais para a construção desse lugar-entre de uma das observadoras-analistas para a formação. Acrescenta que o que se apresenta como obstáculo é justamente o que potencializa esta função, visto que o seu produto é o modo de fazer, acrescentamos, são técnicas de existência. Sendo assim, o objetivo não se restringe a implantação de um dispositivo, mas é preciso, acima de tudo, levar em consideração as iniquidades que se reproduzem em nossa sociedade nas e por meio das políticas públicas (BRASIL, 2007).

Do encontro de encerramento do curso de apoiadores da Política Nacional de Humanização – humanizaSUS, destacamos a proposta de desdobramento relativa a um dos temas discriminados pelo coletivo: a formação no que tange à manutenção da Rede de Apoiadores e Parcerias com Instituições Formadoras e Capacitações. Dentre as muitas propostas das UPs sobre as possibilidades de manutenção da Rede de Apoiadores, destacamos as mais abrangentes e condizentes com a proposta de tomar a humanização como movimento a ser multiplicado – e não como movimento de replicação das sedimentações, dispositivos-técnicos, visto que a PNH ajudou a construir um novo modo de militar pelo SUS, reinventou a militância cotidiana do SUS.

Desse modo, as propostas que destacamos são: a) Multiplicar o curso de apoiadores; b) Cursos de sensibilização para os trabalhadores da rede de saúde; c) Educação permanente; d) Institucionalização do apoio; e) Formação de mais apoiadores; e) Inclusão de novos atores. E em relação às propostas de parceria com Instituições Formadoras e Capacitações no que tange à multiplicação deste modo de fazer: f) Construir/fortalecer parcerias com unidades formadoras; g) Inclusão da humanização nos currículos e espaços da área de saúde; h) Capacitar gestores e trabalhadores, conselheiros; i) Credenciamento de hospitais para ensino; j) Articulação com residências e estágios curriculares; k) Inclusão da Humanização na grade curricular dos cursos de saúde; l) em suma, Inserção da humanização ao meio acadêmico.

O apoio institucional é a justa medida de um dispositivo, é um dispositivo aberto, sempre em construção. Ele porta em si a qualidade de um dispositivo, é o entre-lugar de reinvenção constante de si e de produção de outros arranjos. Portanto, entre os dispositivos que a PNH construiu para dar conta de sua vocação ética-estética-política, elegemos o apoio institucional como peça fundamental para propósito da equanimização das diferenças, para

afirmarmos, enfim, o positivo da diferença, sobretudo, em tempos sombrios como o que vivemos recentemente – e, de certo modo, ainda estamos vivendo.

O movimento antirracista e anticolonialista<sup>153</sup> nos dá algumas pistas para pensar o apoio como dispositivo com potência para tornar equânime as diferenças, sobretudo, quando consideramos a importância dos efeitos dos dispositivos avançarem e alcançarem efetivamente os usuários do SUS. Para tanto, nos serviremos do novo humanismo fanoniano<sup>154</sup>, anti-imperialista, anticapitalista, anticolonialista, antipatriarcal e antissupremacista branco para pensar modos de “derrubar todas as formas de dogmatismo e dominação que subjagam os povos oprimidos.” (Fanon, 2022, p. 359). Considerando o risco de que o humanismo fanoniano seja tomado como restrito ao homem negro, o abordaremos a partir do duplo fenômeno do racismo e do sexismo (Gonzalez, 1984). Assim, incluímos nessa luta a mulher e, particularmente, a mulher negra, expressão máxima dessa dupla opressão.

A situação colonial brasileira atual diz respeito às interseções de condições objetivas e históricas, mas, sobretudo, a constituição de um *êthos* colonizado por um *socius* que toma como base relações pautadas em hierarquias de estamentos raciais. Em tal configuração, nas relações colonizador-colonizado, o desejo de ascender na gama das cores é efeito da produção de um sentimento de inferioridade, melhor, de inexistência, que questiona desde a colonização fundante quem é ou não homem. “Tenhamos a coragem de dizer: é o racista que cria o inferiorizado.”<sup>155</sup> (Fanon, 2020, p. 107). E, aqui, afirmamos com Fanon (2020), que o princípio do racismo é ser ou não ser racista, de modo que não há graus de racismo ou diferenças entre os modos de exploração, visto que o problema capital que se coloca é o da restituição do homem ao seu devido lugar. Assim, o trabalho de dar cabo ao velho mundo, portanto, de construção de

---

<sup>153</sup> Nos valeremos das pistas deixadas por Fanon (2022) em sua análise sobre as lutas revolucionárias pela descolonização de países africanos, guardadas as devidas proporções dos objetivos que subjazem as utopias ativas dos processos em questão, para pensarmos as contribuições dessa experiência para o trabalho de descolonização da subjetividade a ser empreendido nos e pelos apoiadores institucionais.

<sup>154</sup> Embora utilizemos as duas principais obras do autor, “Os condenados da Terra” (Fanon, 2022) e “Pele Negra, Máscara Brancas” (Fanon, 2020) para abordar o humanismo fanoniano, compreendemos as diferenças entre estas, sobretudo em relação aos modos de enfrentamento do colonialismo e, nesse sentido, ficamos com a análise da situação colonial de ambas, mas nos aliamos com o *êthos* proposto pelo Fanon (2020) pós-colonial. Deivison Faustino (Fanon, 2020) no posfácio da edição brasileira de “Pele Negra, Máscara Brancas” chama a atenção para os problemas relacionados ao modo como o autor martinicano é situado em relação ao humanismo. O autor brasileiro desconsidera que haja uma antecipação anti-humanista na obra de Fanon, situando-o assim ainda dentro do humanismo, mas longe do humanismo ocidental, visto que, em seu forte apelo ao concreto, de uma práxis revolucionária anticolonial, busca superar o universalismo abstrato.

<sup>155</sup> Fanon (2020) se dedica em um capítulo de sua obra a desconstruir a ideia de Octave Mannoni, em a “Psicologia da colonização”, de que o complexo de inferioridade dos negros antecede a colonização. Com isso, o psiquiatra martinicano eleva a potência do *socius* na conformação subjetiva dos colonizados, em nossa leitura, explana a subjetividade como efeito de produção.

um novo mundo concreto, “[...] requer que nos disponhamos a isso, que nos preparemos para isso, exige uma nova conformação” (Fanon, 2020, p. 110).

O lugar entre do apoiador, cidadão brasileiro – quase todos quase brancos ou quase pretos<sup>156</sup> – é também o lugar entre o mundo do colono e o mundo do colonizado, o lugar entre o mistificador e o mistificado. Escravos ora de uma inferioridade, ora de uma superioridade, é preciso resistir ao desejo de transitar da categoria dos escravos para a dos senhores por meio da alienação do outro (Fanon, 2020). Precisamos estar atentos, quando consideramos a formação de apoiadores, à nossa corresponsabilidade no racismo e no sexismo, às nossas próprias contradições sob o risco de assumirmos um *êthos* sexista e racista de defesa (Fanon, 2022), de nos tornarmos, assim, “o artífice mais ardente do trabalho de mistificação e entorpecimento”<sup>157</sup> (Fanon, 2022, p. 167) efeito de uma imposição cultural irrefletida (Fanon, 2020). Mais ou menos subalternizados, o estudo das interseccionalidades nos esclareceu como os apoiadores de uma cultura revolucionária que visa o desaparecimento da espécie minoritária<sup>158</sup> precisarão lidar ainda com a oscilação de seu estatuto no enfrentamento de um humanismo sexista e racista<sup>159</sup> (Fanon, 2022). Fanon (2022) insiste sobre o risco das tentativas de abstração do concreto, visto que a luta contra o colonialismo e, acrescentamos, contra o sexismo, contra a negação sistematizada do outro, não é um procedimento apenas abstrato, intelectual, mas é, sobretudo, um “procedimento político”<sup>160</sup>, portanto, implicado.

---

<sup>156</sup> A menção à música “Haiti” de Caetano Veloso é feita por dois motivos: busca nos remeter à questão do colonialismo – e também do sexismo – que precisa ser tomada como transnacional e, concomitantemente, situar o lugar do apoiador enquanto cidadão brasileiro. De acordo com dados do IBGE (2021) a maior parte da população brasileira se autodeclara parda e é formada por mulheres. Já sinalizamos acima como tais indicadores refletem as formações no campo da saúde – melhores condições de trabalho estão geralmente associadas aos homens brancos e, assim por diante, respeitando a pirâmide do negativo das interseccionalidades, o caráter oscilante do status da mulher branca, o não acesso ao patriarcado pelos homens negros etc.

<sup>157</sup> Fanon (2022) nos convoca, de acordo com Sartre, enquanto país subdesenvolvido, terceiro mundista, e nos explica por meio de sua interpretação das lutas pela libertação de países colonizados, desmontando as táticas do colonialismo, os mecanismos de nossa alienação, o papel assumido pelas lideranças políticas logo após a conquista da independência, fase que ele denomina como nacionalista. Embora o contexto seja diverso, podemos considerar que o risco desta função é pertinente à nossa época neoliberal e neocolonial, por isso, a importância da análise de implicação constante, afinal sabemos bem que a descolonização não se encerra - e não se encerrou de fato - com a independência territorial de países africanos, com a abolição da escravatura (Gonzales, 1984), nem mesmo com a descoberta da existência da civilização negra no século XV (Fanon, 2020). Assim, como nada disso garantiu aos povos oprimidos um certificado de humanidade, a soberania ou a servidão ainda é uma questão atual.

<sup>158</sup> Desaparecimento no sentido do fim de hierarquias de poder que criam condições - desde a guerra contra as mulheres que inicia na transição do feudalismo para o capitalismo, desde a diáspora africana e da colonização - para a vulnerabilização de uma maioria, tornando-a minoritária.

<sup>159</sup> De acordo com Sartre (Fanon, 2022), por meio de seu humanismo racista, o europeu se tornou homem fabricando escravos e monstros.

<sup>160</sup> Fanon (2022) em diversos momentos equivale a luta política à luta armada, mas em certo momento de seu texto difere luta política de luta armada, abrindo a possibilidade de outros meios de enfrentamento para o problema do colonialismo. “Mais aqui se coloca uma pergunta fundamental. Quais são as relações que existem entre luta, o conflito – político ou armado – e a cultura?” (Fanon, 2022, p.246).

Em um mundo no qual “[...] a riqueza não é fruto do trabalho, mas o resultado de um roubo organizado e protegido” (Fanon, 2022, p. 190), no qual a fraternidade proclamada nada mais é que uma união pelo lucro, compreende-se que o trabalho não é uma noção simples, precisa incorporar à luta de classe, o sexo e a raça (Gonzales, 1984). Assim, em seu trabalho, o apoiador deve se livrar da escravidão deste mundo, deste escândalo ético, político e estético (Fanon, 2020), que asfixia quase toda a humanidade, de um humanismo que se supõe universal, mas que, por meio de práticas racistas e sexistas, particulariza os subalternizados para se afirmar. Estamos aqui lidando com as múltiplas e indeléveis feridas deixadas pelo patriarcado e pelo colonialismo, com os germes de podridão que precisam ser extirpados das mentes daqueles que sofrem com a decisão obstinada de recusar qualquer atributo de humanidade, quando lhes convém, a quem lhes interessa (Fanon, 2022). O trabalho concreto na direção da descolonização e da despatriarcalização demandará de todos nós reposicionamento subjetivo, precisará alcançar, mais do que a consciência<sup>161</sup>, “[...] a menor distração do pensamento é uma cumplicidade criminosa” (Fanon, 2022, p. 349) e a passividade só nos serve para nos alinhar ao lado dos opressores. A luta, necessariamente permanente, seja contra as carcomidas fundações da edificação colonial capitalista (Fanon, 2020), seja contra as novas formas de colonialismo e patriarcado, contra o mito negro<sup>162</sup> (Souza, 2021) e, em nosso caso particular, contra a ideologia da mestiçagem, do branqueamento e o mito democracia racial<sup>163</sup>, nesse caso, não se dá somente contra um inimigo externo, mas contra si, contra o pretense lugar natural<sup>164</sup> do subalternizado – da mulher, do negro e da mulher negra etc – que incorporamos. A luta pelo nascimento de um

---

<sup>161</sup> Fanon (2022) trabalha de forma mais manifesta com a ideia de que a luta contra o colonialismo passaria pela conscientização e organização das massas por um terceiro formado politicamente, que oras aparece como partido, oras como elite revolucionária, oras como intelectual em processo de descolonização. Embora consideremos importantes tais indicações, entendemos que o enfrentamento que a luta contra o colonialismo exige está para além da consciência e da organização. Por isso, desdobramos e estendemos aqui esta noção, amparados pelo conceito de subjetivação, que nessa luta é preciso alcançar inconscientes por meio de encontros afetivos, de contrações coletivas. Por isso, de certo modo, equivaleremos o trabalho do apoiador ao daqueles formados politicamente aos quais Fanon se referia.

<sup>162</sup> De acordo com Souza (2021) “O irracional, o feio, o ruim, o sujo, o sensitivo, o superpotente e o exótico são as principais figuras representativas do mito negro” (p. 57). O mito, para a pesquisadora “É uma fala que objetiva escamotear o real, produzir o ilusório, negar a história, transformá-la em ‘natureza’” (Souza, 2021, p. 54). É ainda “[...] um conjunto de representações que expressa e oculta uma ordem de produção de bens de dominação e doutrinação (Souza, 2021, p. 54). “O mito negro se constitui rompendo uma das figuras características do mito – identificação – e impondo a marca do insólito, do diferente.” (Souza, 2021, p.55)

<sup>163</sup> Neusa Santos Souza (2021) destaca o tripé que dá sustentáculo as relações raciais no Brasil, a nossa sociedade de classes multirraciais e racista: o continuum de cor ou a idealização da mestiçagem, o mito da democracia racial e a ideologia do branqueamento. Tais elementos se configuram como dispositivos que permitem que a noção de raça continue exercendo as suas funções simbólicas, valorativas e estratificadoras. Assim, “A categoria racial possibilita a distribuição dos indivíduos em diferentes posições na estrutura de classe, conforme pertençam ou estejam mais próximos dos padrões raciais da raça/classe dominante.” (Souza, 2021, p. 48).

<sup>164</sup> Tal como Gonzales (1984), reolocamos aqui a teoria da gravidade aristotélica que postula haver um “lugar natural” para o qual todos os corpos se movimentam.

mundo humano de reconhecimentos recíprocos, deverá se dar, sobretudo, contra o colono e o sexista que há em cada um de nós. Para tanto, se quisermos alçar um nível diferente da humanização, é preciso inventar, criar, “[...] desenvolver um pensamento novo, tentar criar um homem novo” (Fanon, 2022, p. 328). O *streaptease* de nosso humanismo (Fanon, 2022), esse inesperado espetáculo, demanda que tratemos “[...] muito concretamente de não puxar os homens em direção que os mutile...” (Fanon, 2022, p. 326).

A alienação intelectual dos oprimidos é uma criação da sociedade burguesa e a liberdade, ou como preferimos, a autonomia<sup>165</sup>, exige de nós, sem dúvida, um esforço de desalienação e um ato revolucionário contra qualquer morte de qualquer humano (Fanon, 2020). “Uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo” (Souza, 2021, p. 45), produção discursiva negada para a maioria minoritária desde o princípio da constituição de sua subjetividade, atingindo a identidade, o corpo e pensamento (Fanon, 2020). “Não ao desprezo do homem. Não à indignidade do homem. À exploração do homem. Ao assassinato do que há de mais humano no homem: a liberdade.” (Fanon, 2020, p. 232).

A desgraça e a desumanidade do branco consistem em ter matado o ser humano onde quer que fosse. Consiste em, ainda hoje, organizar racionalmente essa desumanização... Que o instrumento jamais domine o homem. Que cesse para sempre a escravização do homem pelo homem. Ou seja, de mim por outro. Que me seja permitido descobrir e desejar o homem onde quer que se encontre. (Fanon, 2020, p. 242).

Contudo, consideramos com Fanon (2022), que antes e para pensarmos a produção de autonomia, enquanto noção abstrata, é preciso levar em conta a potência destrutiva das desigualdades concretas, a fome e a miséria, que levam, no caso da saúde, à colonialidade do cuidado, à falta de acesso ou ao acesso precarizado aos meios de cuidado daqueles que ocupam a base da pirâmide de nossa hierarquia ocidental, no caso do SUS, os seus usuários. Nesse caso, sabemos bem o papel dessa violência marcada pela fragilização integral da saúde, pelo estrangulamento da mínima potência de vida. O combate coletivo supõe a implicação colegiada daqueles que ocupam permanentemente ou temporariamente a cúpula de nossa hierarquia<sup>166</sup>. Mas, mais do que isso, a luta pela participação maciça das bases subalternizadas na gestão da coisa pública (Fanon, 2022), para a democracia concreta, demandará apoio daqueles imbuídos de princípios revolucionários por utopia ativa e, sobretudo, por aqueles que necessitam de

---

<sup>165</sup> Ao nos apoiarmos na ideia de autonomia, concebemos a liberdade, sempre parcial e provisória, como efeito de um processo implicado. A liberdade processual ou a autonomia, como preferimos, portanto, longe de um ideal, é uma utopia ativa conquistada no enfrentamento constante do que a constrange.

<sup>166</sup> Fanon (2022) destaca a importância, nos países subdesenvolvidos, das elites revolucionárias para o processo de ascensão dos subalternizados para o palco da história.

verdadeiras mudanças no sentido da equidade porque mergulhados na miséria concreta. E a descolonização não se dará por meio de fórmulas demagógicas, mas pela politização das bases, portanto, pela implicação de apoiadores oficiais da descolonização, mas igualmente pela implicação daqueles tornados, acidentalmente, por oportunidade<sup>167</sup>, apoiadores. “É da base que sobem as forças que dinamizam a cúpula e lhe permitem dialeticamente dar um novo salto.” (Fanon, 2022, p. 196).

A linha de frente da fome e da obscuridade, a linha de frente da miséria e da consciência embrionária deve estar presente na mente e nos músculos de homens e mulheres... a vontade de vencer os flagelos que durante séculos as excluíram da história da mente humana, deve se conectar com aqueles de todos os povos subdesenvolvidos (Fanon, 2022, p. 202).

Enquanto cidadãos formados politicamente, os apoiadores deverão prescindir do ímpeto de transmissor de ordens de governos baseados em hierarquias verticalizadas, do ímpeto de fazer uso das bases de seu campo de luta, por meio do temor ou da mistificação, em prol de um projeto de poder e, ao contrário, através da criação de dispositivos, deverá despertar o interesse pela gestão pública coletiva efetiva. Afinal seguimos Fanon (2022) com a ideia de que, para imposição de recuo ao universo racista, “essa nova humanidade, para si e para os outros, não pode deixar de definir um novo humanismo.” (p. 247) e nos objetivos e métodos da luta deverá estar prefigurado esse novo humanismo.

O trabalho do apoiador, então, se dará no sentido de criar condições para governar COM, acreditando na potência de governo daqueles que estão mais ao sul da cultura - em nosso caso, mais ao norte geográfico - não interditando-os nesse processo de tornar-se um povo proprietário (Fanon, 2022). Com isso, é preciso “[...] se livrar da ideia muito ocidental, [...] e logo muito desdenhosa, de que as massas são incapazes de governar.”<sup>168</sup>(Fanon, 2022, p. 186). Para isso, se faz necessário abandonar a linguagem dissimulada, a ação de obscurecimento da linguagem que revela muitas vezes o caráter contraditório de nossas atitudes, “[...] é uma máscara por trás da qual se apresenta uma ação mais ampla de despojamento.” (Fanon, 2022, p. 187). Se faz necessário, assim, adotar uma linguagem concreta (Fanon, 2022).

Nesse processo de investir no avanço de uma democracia concreta sobre as bases, os usuários do SUS, a descentralização e a capilarização ao extremo, deverão ser cada vez mais

---

<sup>167</sup> Refiro-me aqui tanto aos usuários que não procuram os serviços de saúde com esta intenção, quanto aos discentes de cursos de formação biomédicas, por exemplo.

<sup>168</sup> A propósito de sua análise das lutas pela libertação colonial, ao acompanhar experiências edificantes de construção do homem pela instituição revolucionária, Fanon (2022) considera que “Na verdade, a experiência prova que as massas compreendem perfeitamente os problemas mais complicados” (p. 186) e o “[...] o povo quando é convidado a dirigir o país, não retarda e sim acelera o movimento” (p. 188). “As massas estão à altura dos problemas com os quais são confrontadas.” (p.192).

objetos de investimento maciço das lutas anticoloniais e antipatriarcais no campo da saúde. As regiões mortas dos grandes centros – os seus lugares privilegiados de culpabilidade (Gonzales, 1984) pela dominação e repressão – e o interior do país, caminhos já incluídos pelo SUS - mas em sua versão menos política e mais biomédica - precisarão ser alcançados. Desse modo, seja por meio das lutas marginalizadas ou de programas/políticas de governos concretamente progressistas, a função apoio precisa ser capilarizada para se aprofundar na realidade do povo, privilegiando as regiões vulnerabilizadas.

Não resta dúvidas de que é preciso ter ousadia para identificar e cumprir a nossa tarefa (Fanon, 2020). Vislumbramos, com isso, a formação do apoio institucional como meio de multiplicação, de grupalização, de fortalecimento dessa rede em prol da equidade, pois a formação, também, enquanto função entre as formas instituídas e as forças instituintes, entre as linhas duras e as linhas mais flexíveis, é o lugar que nos permite tensionar cada vez mais as cordas e desatar os nós, velhos e novos, que não pararão de brotar na tentativa de minguar tudo que se avançou e que precisamos avançar em termos de equalização das diferenças.

Por fim, essa experiência propôs pensarmos em uma política de formação e sobre esta salientamos que pensar a formação de apoiadores como dispositivo primordial deste movimento que convencionamos chamar humanização, diz respeito, sobretudo, à ampliação e fomento da grupalidade. Desse modo, pensar cursos de formação de apoiadores ou formação de apoiadores em eixos transversais de cursos outros, no limiar da máquina de governo ou de Estado, é privilegiar não mais a manutenção de dispositivos – não que estes não possam ser replicados quando se tem em vista a potência de seus efeitos – mas abrir espaço para a criatividade, para a produção de novas estratégias de multiplicação e contágio crescentes desta prática e pensamento, construir continuamente uma saúde e uma sociedade, sobretudo, equânime para todos os cidadãos. Buscamos a equidade, que do latim *aequanimus* diz respeito<sup>169</sup> à construção de uma igualdade de ânimo para uma intervenção crítica sobre as problemáticas relativas às diferenças. A partir, não de uma intenção de igualdade ou de neutralidade crítica, mas de atenção e intervenção sobre os efeitos das iniquidades, buscamos animar a nossa relação com as diferenças produzindo movimentos de equanimização no SUS e, através dele, na sociedade.

---

<sup>169</sup> Sob ponto de vista terminológico, a expressão “equidade” origina-se do latim *aequitas* e *aequus*. Com efeito, a palavra “*aequus*” significa “igual, justo, parelho”, da qual provém “*aequitas*” que, a seu turno, reveste o sentido de “igualdade, conformidade, simetria”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos esta pesquisa em um momento sanitário e político mundial e nacional conturbado marcado seja pela chegada de uma pandemia que nos impôs o isolamento social, seja pelos avanços de movimentos fascistas, de extrema direita. Este tempo, por todo esforço existencial que nos exigiu, permitiu investimentos em movimentos reflexivos fundamentais para pensar as relações entre saúde pública e sociedade, diferença e equidade. O tempo de retrocessos questiona os avanços democráticos pelos quais lutamos por meio de nossa reforma sanitária e pelos movimentos que a compuseram desde aqueles que tinham como bandeira a garantia de direitos àqueles que defendiam a transformação das práticas, seja de modo menos aguerrido, seja de modo mais radical.

O movimento de humanização, nesse sentido, que antecede e engrossa o caldo da reforma, objeto central de nosso estudo, sem dúvida foi o acontecimento que estremeceu com maior potência as estruturas do campo da saúde por meio da PNH, sobretudo, pelos tensionamentos produzidos nas relações de poder, um dos pontos mais sensíveis de nossa sociedade. Contudo, acompanhamos também as suas controvérsias, algumas delas amplamente debatidas, inclusive, durante a sua implementação. E, importante dizer, trabalhamos sobre tais controvérsias, tomando-as como germes de potencialidade, como pontos que nos permitem manter ativa a nossa utopia. Ao sublinhar os efeitos controversos é porque localizamos neles potencialidades em devir para enfrentar os obstáculos que, enquanto máquinas de guerra, precisamos ultrapassar para seguir. Assim, transitamos por discussões em torno da estratégia de re colocação do humanismo, como novo humanismo, e o polêmico uso da máquina de Estado para as transformações ética-estéticas-políticas que se almejava. Areladas a essas controvérsias somamos o pouco esforço sobre o princípio da equidade e o privilégio de sua manutenção através da simples replicação de dispositivos. Esse, podemos dizer, são no final das contas produtores de efeito rebote pelo uso da máquina de Estado produtora original de um humanismo seletivo.

Antes disso, vimos que a Constituinte não deu conta de toda complexidade em torno das discussões da Reforma Sanitária Brasileira. Não deu conta, portanto, de toda a gama de propostas feitas na ocasião de um dos momentos mais democráticos do SUS e de nossa sociedade, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Resta ainda como desafio atrelarmos mais radicalmente a produção de saúde à garantia de direitos. Contudo, a ampliação e garantia dos direitos demandava mais do que a Lei, demandava olhar sobre o modo como se dá a produção



de saúde em nosso país e tal esforço de visibilidade, sabemos, é indissociável da produção de subjetividade de nosso tempo. Tal produção, maquinada principalmente pelo Capitalismo Mundial Integrado (CMI), é a de indivíduos que se relacionam preponderantemente por meio de hierarquias verticalizadas – que mantêm estruturas coloniais e patriarcais que sustentam privilégios.

Assim, um movimento de transformação das práticas, composto majoritariamente por profissionais de saúde, atento aos condicionantes sociais, mas pouco crítico em relação aos próprios privilégios e, menos ainda, dispostos a colocá-los em questão, não teria sido suficiente para provocar as mudanças que o SUS e a nossa democracia requerem. Seria preciso uma radicalidade maior em, não só para perceber, mas intervir neste campo. E é neste campo de batalha, no qual também devemos nos colocar como alvo, visto que estamos com ele implicados, que o movimento de humanização adentra.

Como dissemos no princípio, a humanização é um movimento complexo de mudança das práticas de atenção e gestão em saúde, formado por platôs. Podemos citar, neste ponto, duas configurações de destaque deste processo que antecederam a PNH, a 11ª CNS e o PNHAH. Da XI CNS destacamos as discussões a respeito da responsabilização única dos trabalhadores pelas mazelas do SUS, incluindo, para a discussão dessa problemática, o modo de gestão, as condições de trabalho e a importância dos investimentos na formação. A PNHAH se coloca como primeira estruturação de tais propósitos. Contudo, pelos ares prescritivos e normativos este desvirtua-se completamente do movimento de origem.

Contudo, ao acompanhar a PNH, objeto de nossa pesquisa, percebemos que esta apresentou não só efeitos de potência, mas efeitos controversos. Assim como a PNHAH, ao fazer uso da máquina de Estado para pôr em funcionamento seu *êthos*, viu-se capturada por intenções igualmente prescritivas e normativas que aparentemente desvelavam um desejo de manutenção de sua estrutura, sucumbindo assim à lógica do jogos de poder, seu principal alvo de intervenção para a transformação das práticas no SUS. Mas, de certo que os movimentos de captura não foram na sua totalidade, nem mesmo majoritários. E destes, mais importantes do que seus efeitos positivos, foram os seus efeitos negativos, ou melhor, omissivos. Tais omissões se deram, sobretudo, sobre as questões ligadas à equidade. Imbuídos da lógica de fazer a crítica a partir dos condicionantes sociais, esquecemos-se de colocar em xeque as iniquidades que, como trabalhadores da saúde, fomentamos quando não colocamos em questão os nossos próprios privilégios. Para transformar práticas não só é necessário localizar, mas nomear as iniquidades e os privilégios, é preciso investir sobre o desejo de abrir mão deste lugar e se incluir em tais movimentos de transformação. E, sem dúvida, os encontros proporcionados pelo

curso de Formação de Apoiadores demonstrou como mesmo entre o seletivo coletivo havia uma hierarquia, nomeadas como iniquidades regionais. Constatamos, com isso, que nem mesmo o corpo da Política conseguiu escapar das armadilhas coloniais, portanto, interseccionais, porque sem dúvida iniquidades regionais demarcam divisões baseadas na raça, diretamente associadas à classe e que se conjugam com as de gênero, no interior de nosso grandioso continente.

Os dispositivos para intervenções sobre a modalidade hegemônica das relações humanas no trabalho criados pela PNH miraram, no âmbito da gestão, sobretudo as diferenças concernentes às categorias profissionais. Contudo, o nosso tempo nos convoca a pensar outras diferenças, outras relações de poder, outras hierarquias, outras iniquidades, outros privilégios que assolam toda a sociedade e, portanto, também a gestão do trabalho em saúde. E estas precisam entrar no cálculo dos dispositivos que buscam equalizar as relações humanas por meio da cogestão. Contudo, se faz importante ressaltar que o modo como se configuram as hierarquias de poder baseadas em categorias profissionais não só está diretamente relacionado às hierarquias de poder que têm como fundamento raça e gênero, como estas últimas o antecedem. Por isso, torna-se necessário sublinhá-las, destacá-las, nomeá-las para que possamos lidar – desde de onde se originam – com o modo como nos relacionamos como sociedade, com o trabalho e com o cuidado.

Entre a oligogestão, a heterogestão e um cuidado efetivamente democrático, elegemos o trabalho como meio do caminho, espinha dorsal de uma estrutura há muito construída, fundada no racismo, na misoginia, no sexismo e nas variantes que se conjugam, que se sobrepõem ampliando violências. Isso porque estamos trabalhando dentro das linhas de nosso sistema político, ainda que falho, a democracia. O caminho eleito foi, então, o da desconstrução de estruturas que compõe esse sistema, sobre as quais a nossa democracia foi construída e que alimentam uma democracia dissimulada e simulada, traiçoeira em relação ao trato com as diferenças e os diferentes.

Refiro-me, quando utilizo o termo democracia simulada, às atitudes que vão desde uma total negação em relação ao fato de que as iniquidades são produzidas as que reconhecem tal produção como externa, como resultantes de superestruturas, mas não reconhecem as suas implicações com ela, como é caso, na RSB, como vimos, das ações privilegiadas pelo Movimento pela Transformação das Práticas. Acrescento como atitudes dissimuladas em relação à concretização da democracia, também, aquelas que reconhecem suas implicações, mas, ainda assim, não chegaram ao ponto de colocar em xeque privilégios e este é o acréscimo de trabalho que estamos propondo ao Movimento de Humanização do SUS.

A democracia simulada, versão mais atual, caracteriza-se por fazer uso de reparações de fachada, uma “farsa de concessões” (Fanon, 2022) respondendo de modo politicamente correto<sup>170</sup> às demandas por transformações sociais reparadoras e sob o pretexto de dar conta da representatividade – mas não do lugar de fala – dos efeitos das iniquidades para submeter, aqueles sobre os quais estas recaem, portanto os vulnerabilizados, às condições de tutela, controle e exploração. É o caso, por exemplo, no SUS, de disponibilização, para os vulnerabilizados, de vínculos precários de trabalho com jornadas de trabalho exaustivas, com salários inversamente proporcionais e com direitos quase inexistentes.

As intervenções que buscaram a desconstrução de tais estruturas com base na cogestão, assim, entendemos, não foram suficientes para que hoje, tomando os princípios que sustentaram a PNH como direção, possamos prescindir de uma estrutura de Estado e/ou de governo. Contudo, quando não abrimos mão da democracia enquanto regime político, apostamos no renascimento do Estado, mirando num outro estado de coisas. Considerando que em muito avançamos, com a PNH, com a humanização transformada em política pública, ao ampliar a publicidade e contagiar coletivamente com os nossos valores, com o nosso *êthos*, como então seguir nesse propósito?

Assim, acompanhando as pistas dos efeitos – de potência e controversos – dos dispositivos criados pela PNH, principal referência do movimento de humanização que afirma as diferenças, destacamos o apoio institucional. Tal dispositivo-limiar foi criado na ânsia de dar conta de um momento decisivo para a transmutação da PNH em política pública e tem como característica fundamental – visto a inseparabilidade entre produção de saúde e de subjetividade – a capacidade de fusão com aquele que o toma como função, porque o submete a uma análise de implicação constante. Com isso, demarca o seu *êthos* efetivamente democrático, portanto, antagônico aos movimentos de manutenção do negativo da diferença, guardando em si a potência que faz coincidir dispositivo-conceito e o dispositivo-estratégia de intervenção. Assim, considerando o nosso perpétuo movimento, que por hora denominamos humanização, privilegiamos esse dispositivo como instrumento capaz de dar seguimento à nossa utopia ativa.

O registro dos encontros proporcionados pelo Curso de Formação de Apoiadores, por suas características democráticas, incrementa todo o nosso percurso bibliográfico e documental, reafirmando a importância desse dispositivo nos ganhos obtidos com a Política e indicando a

---

<sup>170</sup> A respeito das atitudes politicamente corretas por conveniência, no setor público, assistimos a um excesso de palestras, treinamentos, capacitações e Rodas de Conversa vazias – porque não expressam vontade concreta de transformação - sobre raça e gênero e, no campo privado, a inclusão no organograma de novos cargos como analistas de diversidade e compliance.

via para seguirmos, a formação. Por uma política de formação! Pela inclusão da formação de apoiadores em nossa política de formação, essa é a transversalidade que já havia sido indicada em 2020 na 11ª CNS, essa foi a conclusão a qual todo coletivo (apoiadores, formadores, consultores) que compôs o curso de Formação de Apoiadores chegou em 2006, essa é a estratégia que reafirmamos nesse momento tendo passado por tudo que passamos, tendo vivido as experiências que vivemos. Dentro ou fora do Estado, dentro ou fora do governo, sabemos que na formação – sobretudo naquelas mais transversalizadas, porque mais potentes – sempre é possível construir caminhos, visíveis ou clandestinos, para seguirmos contagiando e produzindo grupalidade. Considero aqui formações transversalizadas ou eixos transversais de formação, aquelas ou aqueles que, por apresentarem como característica própria a composição por diferentes (categorias profissionais, negros, mulheres, mulheres negras, indígenas, diferentes orientações profissionais), tem a potência, pelo encontro, de promover uma maior abertura do grau de transversalidade.

Uma formação transversal, tendo como base uma interseccionalidade positiva, que conjuga o positivo das diferenças, é um formação, sobretudo, relacional, afetiva, menos implicada com o ensinamento de dispositivos técnicos, com normatizações, e mais implicada com o encontro efetivo entre os diferentes, com a contração de novas grupalidades.

Por fim, visto que este é um estudo que considera que “a questão não é mais conhecer o mundo, mas transformá-lo” (Fanon, 2022, p. 31), concluímos que, diante da ponta solta que a humanização nos deixa, a formação de apoiadores implicados com a equidade, com a afirmação do positivo da diferença, é uma questão urgente para a democratização concreta do SUS. E como destacamos acima, afirmar o positivo da diferença implica-nos, não só com o racismo e com o sexismo alheio, mas com aqueles que nos alheiam, que nos coloca em posição de alienação do outro e de nós mesmos. É preciso, com isso, num movimento de recusa à amputação do ser, secretar as diferenças negativas para que o humano possa se exprimir num mundo descompartmentalizado. Os problemas decorrentes de nosso modelo ético-político majoritário já perduram há demasiado tempo e as iniquidades que assolam o homem negro, a mulher, a mulher negra – e, por extensão, a todos que se enquadram no rol oprimidos - precisam ser erradicadas (Fanon, 2020). Assim, pautados nos valores e princípios de nossa política pública, afirmamos, sem hesitar, que a produção de saúde é indissociável da despatriarcalização e da descolonização da subjetividade.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K. F; ROCHA, M. L. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020. 152p.
- ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2021. 256 p.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160p. (Coleção temas em saúde).
- ARENDT, H. **A condição humana**. 13 ed. Rio de Janeiro: Forense, [1958] 2007.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, M. E. B.; PIMENTEL, E. H. C. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. **Polis e Psique**, v. 2, n. 2, p. 3-22, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/viewFile/35746/25571>. Acesso em: 05 mar. 2021.
- BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2009.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 23 nov. 2017.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005b. Disponível em: <http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/02/17.1.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.
- BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 462-475, set. 2007. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 16 out. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009a. Disponível em: [https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. **Série B: textos básicos de saúde**. Brasília, 2007a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 19 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de formação de formadores e de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. **Relatório Final**. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS. Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. **Relatório Final**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 16 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo\\_trabalho\\_humanizacao\\_2ed\\_2008.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho_humanizacao_2ed_2008.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 30 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

BRASIL. Ministério Público do Paraná. **Entenda Direito: negligência, imprudência e imperícia**. 2021. Disponível em : <https://comunicacao.mppr.mp.br/2021/05/21553/Negligencia-Imprudencia-e-Impericia.html> . Acesso em: 24 fev. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Folheto. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 19 mai. 2020.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2023.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CAPONI, S.: ‘Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud’. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-307, jul./out., 1997.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

CHAVES, A. G. C. R.; MATIAS, M. C. S.; EIDELWEIN, C. *et al.* Na composição de um mosaico: investigações entre a experiência e o sintoma nos processos de formação em humanização. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Santa Catarina, v. 5, p. 69-78, 2014. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3274/3847>. Acesso em: 03 jan. 2017.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

COUTINHO; M.C. Participação dos trabalhadores: um estudo sobre as práticas e as representações em uma organização participativa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 101-109, jul./dez. 2002.

CHAUI, M. Breve história da democracia. **Seminário Internacional “Democracia em Colapso?”**. Vídeo. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=k1MIsK5D0LQ>. Acesso em: 05 jan. 2020.

CHAUI, M. Breve história da democracia. Curso: a democracia pode ser assim: história, formas e possibilidades. **Seminário Internacional “Democracia Em Colapso?** Apostila. 2019. Disponível em: [apostila\\_curso\\_a-democracia-pode-ser-assim\\_boitempo-sesc-2019-1.pdf](#). Acesso em 05 jan. 2020.

CLASTRES, P. **A sociedade contra o Estado**. Porto: Edições Afrontamento, 1979.

COLLINS; P.H. Feminismo negro e a política do empoderamento. **Seminário Internacional “Democracia em Colapso?** Vídeo. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3xOO50dr3bk>. Acesso em: 05 jan. 2020.

DAVIS, A. A liberdade é uma luta constante. **Seminário Internacional “Democracia em Colapso?** Vídeo. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mAB0ZS19Ndo>. Acesso em: 05 jan. 2020.

DELEUZE, G. As dobras ou o lado de dentro do pensamento. In: **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Ed. Vega - Passagens, 1996.

DELEUZE, G. Os intercessores. In: **Conversações:1972-1990**. São Paulo: Editora 34, 2013. p. 155-172.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 219-226.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 2011a.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**. São Paulo: Editora 34, 2011b.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. Tratado de nomadologia: a máquina de guerra. In: **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**. São Paulo: Editora 34, 2012. 264p. (Coleção Trans).

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

FEDERICI, S. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017. 464 p.

FEDERICI, S. Mulheres e a Caça às Bruxas. **Seminário Internacional “Democracia em Colapso?** Vídeo. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OlqhZmCBvIo>. Acesso em: 05 jan. 2020.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo: Ubu Editora: 2020. 320 p.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.



FIOCRUZ. COVID-19: Novo coronavírus. **Fiocruz**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/coronavirus>. Acesso em: 21 mai. 2020.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

*FOUCAULT, M. A hermenêutica do sujeito. Curso dado no Collège de France, 1981-1982. São Paulo: Martins Fontes, 2010.*

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 667-679, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500017&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

GONZALES, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

HECKERT, A. L. C; PASSOS, E; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Revista Interface: comunicação, saúde educação**, p. 689-94, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KOPENAWA, D; ALBERT, B. **A queda do céu**: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LANCETTI, A. Notas sobre humanização e biopoder. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 797-799, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500033&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500033&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

LIMA, R. C. D. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 789-791, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500031&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500031&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

LOURAU, R. **Rene Lourau na UERJ**: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

- MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 515-521, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.
- MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2009b. p. 43-68.
- MATTOS, R. A. Réplica. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 792-795, 2009c. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500032&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500032&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.
- MATURANA, H; VARELA, F. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas do conhecimento humano. Editorial Psy, 1995.
- MBEMBE, Achille. **Crítica da Razão Negra**. São Paulo: N.1 edições, 2018a.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N.1 edições; 2018b.
- MENDONÇA FILHO, M. Adeus à Política. **Psicol. Soc.**, v. 24, n. esp., p. 112-120, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000400016>. Acesso em: 02 mar. 2022.
- MERHY, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MIZOGUCHI, D. H; PASSOS, E. **Epidemiologia Política**. São Paulo. n-1 edições, 2018.
- MONTEIRO, A. COIMBRA, MENDONÇA FILHO, M. Estado Democrático de Direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público?, **Psicologia & Sociedade**; v. 18, n.2, p. 7-12, mai./ago, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000200002>. Acesso em: 02 mar. 2022.
- MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia; Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.
- NEVES, C. A. B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)?. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 781-795, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500029&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 503-514, 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 523-529, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. de. A Humanização do SUS como uma política do comum. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 491, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 mai. 2021.

PASSOS *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 24-38, ago. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 08 nov. 2021.

PASSOS; BARROS. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, p.71 - 79, 2000.

PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207p.

PAVAN, C. Sobre o fim da PNH enquanto política de governo. **Rede HumanizaSUS**, jul. 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo/>. Acesso em: 07 mai. 2020.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 695-700, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500020](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500020). Acesso em: 16 out. 2020.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS. Política Nacional de Humanização compõe novo arranjo de apoio do Ministério da Saúde às regiões de saúde. **Rede HumanizaSUS**, 07 ago. 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/91684-politica-nacional-de-humanizacao-compoe-novo-arranjo-de-apoio-do-ministerio-da-saude-as-regioes-de-saude/>. Acesso em: 07 mai. 2020.

PRADO, M. F. **A produção de subjetividade e o cuidado clínico na atenção básica**: uma aposta nos processos de desinstitucionalização. Niterói, 2020. 191 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

RAUTER, C. Clínica Transdisciplinar: afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. **Revista Trágica**: estudos de filosofia da imanência, v. 8, n. 1, p. 45-56, 2015.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020. 112p.

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIBEIRO, M. J. A. Repúdio ao fim da PNH enquanto política de governo. **Rede HumanizaSUS**, 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/91613-repudio-ao-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo/>. Acesso em: 07 mai. 2020.

ROCHA, M. L. da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 mai. 2021.

ROLNIK, S. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, DANIEL, S. (Org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. Campinas: Papirus, 1997.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 08 nov. 2021.

SA, Marilene de Castilho. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 651-664, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

SADE, C; FERRAZ, G. C.; ROCHA, J. M. O *ethos* da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. In: PASSOS, E.; ESCOSSIA, L.; KASTRUP, V. **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 66-91.

SAFATLE, V. Limites da Democracia no Brasil. **Seminário Internacional “Democracia em Colapso?”** Vídeo. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=D8HaJXn6Zbs>. Acesso em: 05 jan. 2020.

SANTOS FILHO, S. B; BARROS, M. E. B de. **Trabalhador da Saúde: muito prazer!:** protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. 272p. (Coleção Saúde Coletiva).

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

TEDESCO, S; SADE, C; CALIMAN, L. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: PASSOS, E.; ESCOSSIA, L.; KASTRUP, V. **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 92-127.

TEIXEIRA, R. R. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 785-789, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500030&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2020.

TEIXEIRA, R. PNH como política de governo: fim ou mudança?. **Rede HumanizaSUS**, 2015. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/91722-pnh-como-politica-de-governo-fim-ou-mudanca/>. Acesso em: 07 mai. 2020.

VARELA, F. **Sobre a competência ética**. Lisboa: Edições 70, 1996.

VARGAS, E. R. **Por uma incorporação ativa da vulnerabilidade e do desatino: a GAM e a clínica da formação antirracista em saúde mental na atenção básica**. 376f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.