



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

CARTOGRAFIAS NA SAÚDE: ensaios da multiplicidade no cuidado

Hevelyn Rosa Machert da Conceição
Túlio Batista Franco
Organizadores

editora



redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

CARTOGRAFIAS NA SAÚDE: ensaios da multiplicidade no cuidado

Hevelyn Rosa Machert da Conceição
Túlio Batista Franco
Organizadores

1ª Edição
Porto Alegre - 2018



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Lúcia Abrahão da Silva - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América

Débora Cristina Bertussi - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Denise Antunes de Azambuja Zocche – Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Proença de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa - Universidade Federal do Piauí, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria das Graças Alves Pereira - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Oswaldo Peralta Bonetti - Ministério da Saúde, Brasil

Odete Messa Torres – Universidade federal do Pampa, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Luiz Narciso Moebus - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Leticia Stanczyk

Projeto Gráfico, Capa e Miolo | Diagramação

Lucia Pouchain

Imagem da Capa

Egon Schiele - The small town II

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C328 Cartografias na saúde: ensaios da multiplicidade no cuidado [recurso eletrônico] / Hevelyn Rosa Machert da Conceição, Túlio Batista Franco, organizadores : – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2018.
233 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-54329-11-2

DOI: 1018310/9788554329112

1. Saúde coletiva. 2. Arte – Saúde. 3. Sistema Único de Saúde – Mulheres – Relações de gênero. 4. Cuidado. I. Conceição, Hevelyn Rosa Machert da. II. Franco, Túlio Batista. III. Série.

CDU: 614

NLM: WA100

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

Apresentação	7
<i>Hevelyn Rosa Machert da Conceição</i>	
Prefácio	11
<i>Túlio Batista Franco</i>	
Moléstias profundas da sensibilidade – a experimentação na produção de saúde	15
<i>Hevelyn Rosa Machert da Conceição</i>	
Saberes ancestrais afrodiaspóricos: trajetórias de uma benzedeira negra na urbe paulistana	39
<i>Bruno Garcia dos Santos</i>	
As drogas maquínicas de Félix Guattari	65
<i>Erick Araujo</i> <i>Vladimir Moreira Lima</i>	
Arte e Cuidado em Saúde: um estudo com base nas narrativas de vida	99
<i>Daniel Noro de Lima</i> <i>Túlio Batista Franco</i> <i>Luiz Carlos Hubner Moreira</i>	
Mulheres gestoras e trabalhadoras no SUS: reflexões sobre seus lugares de fala e os desafios para expressão de subjetividades	135
<i>Mariana Fonseca Paes</i>	
Estratégias de cuidado no território e suas singularidades.....	153
<i>Rafael Morganti Pinheiro</i> <i>Hevelyn Rosa Machert da Conceição</i> <i>Nicola Worcman</i>	
Subjetividade e participação social na Saúde Mental Coletiva.....	177
<i>Marina Ramos da Rocha Paes</i>	
O trabalho em saúde como dispositivo para a educação permanente ...	203
<i>Rafael Chagas</i> <i>Túlio Batista Franco</i>	
Sobre os autores	233

Apresentação

Este livro surge da composição de vários atores e autores que se relacionam com o campo da Saúde Coletiva. A ideia surgiu no grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos do Trabalho e Subjetividade em Saúde – LETRASS-UFF/CNPq, alocado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, a partir de um desejo de compilar diversas narrativas e perspectivas de experiências no cotidiano dos serviços e de produção de conhecimento na saúde. Entendendo a Saúde Coletiva como um campo plural desde seu nascimento, nosso interesse com a obra é oferecer ao público também uma pluralidade de olhares, de escritas e de encontros. Trata-se de um exercício de fomentar a diversidade de produção de conhecimento na área da saúde, contra o cerceamento de conteúdo e de formato que vem acossando metodologias inventivas e escritas criativas.

O livro é tecido por mãos de atores advindos das mais diferentes áreas de formação e também de atuação. De origem na Psicologia, História, Enfermagem, Pedagogia, Farmácia, Filosofia e Odontologia, encontram-se inseridos na assistência à saúde no sistema público, na militância por saúde pública universal e integral de qualidade, na docência e/ou na pesquisa em programas de pós-graduação. Nesse sentido, o ato de pesquisar, assim como o de escrever, passa necessariamente a ser tematizado no conjunto de nossa obra, uma vez que entendemos

que tais práticas também compõem o campo da Saúde Coletiva e contribuem para sua configuração e desenvolvimento. Em diversos momentos dos textos que apresentamos, a produção da pesquisa e do conhecimento aparece como uma pauta problematizando a própria construção do ser pesquisador, o papel dos manuais e protocolos na formação e na atuação dos trabalhadores e a interface com outras disciplinas científicas e não científicas - como a filosofia e a arte, por exemplo.

Considerar a multiplicidade na Saúde Coletiva significa inspirar práticas, saberes, instituições também com a questão dos sujeitos singulares que tornam tudo isso possível: tanto aqueles que ocupam o lugar de usuários dos serviços de saúde, quanto os que operam o cuidado, os que formam novos profissionais e os que se encontram no processo de formação. Portanto, problematizar as singularidades na Saúde Coletiva demanda a construção de um olhar que contemple não somente os sujeitos, mas que também considere os múltiplos modos de levar a vida e a interface desses com o processo de saúde e de adoecimento, assim como o dinamismo dos distintos lugares ocupados pelas pessoas nos encontros da saúde.

Com isso, queremos afirmar conjuntamente a relevância da construção de novas conexões de modo a ampliar o diálogo com teorias e pensamentos de outras áreas, possibilitando o desenvolvimento de ferramentas e dispositivos na saúde que sejam sensíveis às singularidades e possam contribuir para a criação de novas possibilidades de existir no mundo. É pelo compromisso por uma Saúde Coletiva que sustente e dissemine

a pluralidade de modos de vida capazes de potencializar a existência das pessoas que convidamos a leitora e o leitor às páginas que trazemos a seguir.

Hevelyn Rosa Machert da Conceição

Prefácio

*“- Não, pai, eu não estou perturbado.
- De quem você está falando?
- De ninguém em particular: eu só estava pensando nos desenganados sem remédio, nos que gritam de ardência, sede e solidão, nos que não são supérfluos nos seus gemidos: era só neles que eu pensava”.*
(Diálogo entre André e o Pai, no livro Lavoura Arcaica. Raduan Nassar)

O texto em epígrafe reproduz o diálogo entre André, o filho pródigo, no seu retorno de um período de fuga e rebeldia contra o regime opressor que lhe impõe o Pai, e a família. Neste fragmento da sua fala, ele expressa um pensamento atento ao outro, voltado aos que sofrem as agruras da vida. Falar ao Pai de forma ativa, ter argumentos próprios e contrários ao seu pensamento, era um ato de coragem, porque contrapõe-se ao Pai. Este, autocentrado, senhor de si, representante de uma ascese, moral inquestionável, e dono da estética de um ser, acima dos demais, pelos atributos de Pai, detentor quase de uma representação divina diante da família serviente.

A fala do André traz generosidade, alteridade, reconhecimento do sofrimento alheio. Ilustra o que consideramos um dos compromissos fundamentais deste livro, o ato generoso de cuidar, que se expressa de muitas formas, e pode ser conhecido nas experiências relatadas nas páginas que se seguem.

Mas não só por isto. Voltando ao diálogo dos nossos personagens de Lavoura Arcaica, é possível observar que André, cria fissuras no território rígido, da estética arcaica de uma família rural no Brasil, início do século XX. Esta imagem se atualiza ao perceber que este livro também traz narrativas, que andam pelos interstícios do pensamento convencional que estrutura o campo da saúde coletiva. Assim, esta obra não tem a priori uma pretensão de mover territórios, mas delicadamente provocar rupturas no pensamento, pela forma em que são tratados os temas, os seus conteúdos, e especialmente a implicação dos autores com aquilo que propõem.

Este livro fala da saúde coletiva, formas diversas de concebê-la, e principalmente exercê-la como prática discursiva, e modos de fazer saúde. Aqui estão expressas experiências no campo da saúde, que trazem uma grande densidade nas suas narrativas. Há pesquisas que se entrecruzam com histórias, textos estruturados, ensaios. Mas há em comum o olhar para a micropolítica, demarcado por dois vetores que atravessam toda a obra: o primeiro a referência no cotidiano de produção da saúde. O cotidiano é o que há de mais forte na produção da vida e do cuidado, diz respeito ao chão, aos encontros, é intenso, tempo e lugar onde tudo se produz. A micropolítica se confunde com este plano de existência, pois ela fala da ação de cada um, a partir do lugar social e afetivo que ocupam; o segundo, o protagonismo das pessoas, a sua ação indispensável à produção da vida, ao trabalho para produzir o cuidado. Sujeitos em ação é algo que precisa de grande visibilidade

em toda experiência, e neste livro os textos trazem isto muito presente, o reconhecimento que tudo acontece, mediante a ação de pessoas, o que as tornam indispensáveis em qualquer esforço de narrativa e análise destas vivências. Estas questões colocam o livro no lugar das expressões cartográficas. Afinal, as experiências relatadas trazem um alto grau de implicação dos seus protagonistas e autores.

Cada capítulo traz uma experiência singular, que abre e se desenvolve com autonomia em relação aos outros capítulos. De forma que estes podem ser lidos na ordem que o leitor desejar, sem prejuízo para a compreensão dos mesmos. A leitura pode tomar uma ordem segundo os temas que mais afetam o leitor, ou seja, pode ser feita uma leitura pelos fluxos de atração que os temas exercem.

Outra característica desta obra é a ousadia dos autores. Estes avançam para além dos lugares de origem da saúde coletiva, embarcam em voos mais longos, promovendo a vocação transdisciplinar deste campo, acessando várias fontes de conhecimentos, de origens muito diferentes. Desta forma seria adequado falar que os textos produzem uma mestiçagem no livro, misturas produtivas, que dão textura ao pensamento, formando-o como algo genuinamente belo e potente.

Esta obra tem um grande compromisso com a vida em suas diversas e diferentes formas e expressões. Está pautada na realidade dos serviços de saúde, nos modos de existência das pessoas, suas produções de vida ou morte ao longo do tempo. É uma escrita aquecida pelo calor dos afetos, expressando o

movimento cartográfico feito por cada autora e autor.

São textos construídos ao longo de alguns anos, lavrados em pesquisas, estudos, trabalho, convivências etnográficas com os serviços de saúde, que foram desenhando cartografias destes serviços, das vidas que os habitam com tudo o que os atravessam, usuários, trabalhadores, culturas, normas, singularidades, alegrias e tristezas, e muito mais do que se possa perceber no cotidiano da saúde. O livro é um bom instrumento para o ensino no campo da saúde coletiva, e intercâmbio de experiências.

Boa Leitura!

Túlio Batista Franco

Moléstias profundas da sensibilidade – a experimentação na produção de saúde

Hevelyn Rosa Machert da Conceição

Tarde da noite, em alta madrugada, ele senta-se em um café e desenha à caneta letras e palavras no papel. Cansado do intenso trabalho no teatro, com a cabeça borbulhante de pensamentos, escreve sobre o amor e a saudade que sente dela, Génica. É ela, sua amiga e companheira que mesmo distante se faz próxima, a quem Antonin Artaud conta de seus dias.¹ Foi na companhia de teatro de Charles Dullin, em Paris no ano de 1921, que Artaud e Génica encontraram-se pela primeira vez e deram início a um relacionamento. Doravante, sempre que a distância entre os dois se impusesse, trocariam cartas compartilhando a vida cotidiana desde as diferentes cidades onde moraram.

O encontro com Génica inspirava em Artaud sentimentos que ele nunca experimentara antes e a passagem dessas intensidades por seu corpo ganhava a forma de verbo na correspondência que trocavam. Para ele, certa vez, colocar-se em estado de escrever demandava enorme esforço, pois “a alma do homem não está nas palavras”² (ARTAUD, 1973, p.40), ao menos não de modo prévio ou preexistente. A escrita vinha através de um exercício de pensamento que em momentos

¹ A correspondência trocada entre Antonin Artaud e Génica Athanasiou está compilada em “Cartas a Génica Athanasiou – com poemas dedicados a ella”.

² Tradução livre de: “El alma del hombre no está en las palabras”.

singulares de agonia, custava-lhe muito realizar. Já a alma, para Artaud, reside nas intensidades, nos encontros, no estar em relação: “há na sua alma e na minha alma coisas que necessitam se encontrar.”³ (ARTAUD, 1973, p.40) A alma como o plano de experimentação surge nas cartas de Artaud à Génica como requisito fundamental para o cultivo de sua saúde, indicando que para o dramaturgo, havia uma ligação indissociável entre saúde e modo de existência.

A experimentação relacionada à saúde será um dos elementos centrais da reflexão que apresentaremos nesse texto. Com intenção de discutir o processo de saúde e doença a partir da produção de mais vitalidade e potência, construiremos o diálogo com Artaud e Nietzsche de modo a oferecer a perspectiva da grande saúde como interlocutora para o campo da Saúde Coletiva.

O texto apresentado relaciona-se a uma pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva que se interessou em analisar os significados de saúde à época da própria constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Ao longo do percurso da pesquisa, vimos que há grande dificuldade em abordar saúde conceitualmente (CAPRARA, 2003; CZERESNIA, 1999; MARTINS, 2003), sendo que é recorrente abordá-la através de uma distinção em relação ao conceito de doença, uma vez que este parece sustentar de forma mais segura a objetividade científica pretendida. (ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2007; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000)

A manobra de colocar os dois termos – saúde e doença - em oposição confere à saúde o sentido de ser unicamente a ausência de doença, consistindo no que é chamado de conceito negativo de saúde. Os efeitos dessa operação são perversos tanto para o trabalho em saúde, quanto para as políticas públicas e a relação das pessoas com sua própria saúde. Em termos do trabalho em saúde e das políticas públicas, o entendimento de saúde como ausência de doença tende a privilegiar modelos biomédicos de assistência, estabelecendo padrões universais de normalidade. Já no que diz respeito ao modo como as pessoas se relacionam com sua saúde no cotidiano, tal lógica colabora com a disseminação da medicalização dos comportamentos, produzindo modelos ideais de sujeitos saudáveis.

Naomar de Almeida Filho (2000), professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, analisa o lugar do conceito de saúde na epidemiologia e conclui que se trata de um ponto-cego da disciplina, constituindo-se como tema negligenciado pela área da saúde em geral. De outro modo, é vasto o conjunto de pesquisadores e estudos na área da saúde, incluindo aí o campo da Saúde Coletiva, que se debruçam sobre modelos biomédicos e mecanicistas tratando exclusivamente da doença, ou sequer dela, pois segundo o autor, a preocupação da epidemiologia seria, ao fim e ao cabo, “o risco e seus fatores.” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 6)

Por conta disso, para Almeida Filho, teorias construídas sobre esses pilares tendem a abordar de modo incipiente a complexidade do processo de saúde-doença, prejudicando a

³ Tradução livre de: “Hay en tu alma y em mi alma cosas que necesitan encontrarse”.

compreensão da dimensão do sofrimento, do cuidado e da morte envolvida na experiência do adoecer. Dessa forma, entendemos que o investimento no conceito de risco e de patologia como norteador da produção de conhecimento da epidemiologia conecta-se com a construção deste campo científico, e também com a construção de uma experiência do processo de saúde e doença para além da dimensão teórica, influenciando no modo com que se estuda, planeja e percebe a saúde.

De forma a enfrentar o problema que vai se colocando, faz-se necessário considerar o processo de subjetivação operado pelo trânsito do conceito de saúde no meio científico, assim como na vida cotidiana da sociedade. A ideia de subjetivação proposta por Foucault⁴ convida a entender os modos pelos quais nos tornamos sujeitos como processos coletivos em constante andamento. Contra a ideia de identidades estáticas, totalizantes e perpetuamente aderentes às pessoas, tomar a subjetividade como processo em ação demonstra o incessante atravessamento de forças que concorrem na formação das pessoas ao longo de suas vidas.

Ao acionar as relações de poder como fluxos variantes de força presentes em qualquer relação, a ideia de subjetivação problematiza a perspectiva que vê uma única instância emissora de identidades dominadoras de um lado, enquanto está a população de outro, prostrada passivamente. Uma vez coletivos, os processos de subjetivação implicam a todos, envolvendo as singularidades

e considerando os efeitos das relações de poder, o que acaba por deslocar a atenção de um lugar que oferece unicamente o papel de oprimido para ter a chance de vislumbrar as múltiplas formas de resistências que ganham vida a todo tempo.

Torna-se importante pensar os modos de subjetivação na medida em que fazem ver os efeitos que os discursos sobre saúde desencadeiam no modo como construímos nossas vidas em sociedade e como vivenciamos e valoramos as experiências relativas ao processo de saúde e doença. Compreender que uma definição de saúde traça compromissos não só com um campo científico, mas também com a vida das pessoas é um passo fundamental para que possamos encarar os discursos como práticas que põem em funcionamento uma diversidade de coisas, inclusive de relações de poder.

A expressão sensível

Em dias severos, áridos e carrancudos, Artaud fala de um corte em sua alma, uma separação que distancia sua própria alma dele, levando também a noção de si e da vida. Algo como um embotamento profundo e doloroso, privando os sentidos e enfraquecendo o corpo de maneira que todo movimento torna-se pesado e demasiadamente custoso. A debilidade era acompanhada não raro por dores insistentes capazes de arrancarem-lhe a tranquilidade e o sono. A esse sofrimento agudo que o afetava desde muito, Artaud chamou

⁴ Cf: CASTRO, E. Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Vocabulo "Subjetivação". Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 407-409.

certa vez de as “moléstias profundas da sensibilidade.”⁵ (ARTAUD, 1973, p. 89)

No decorrer desses dias de enfermidade, ele experimentava um distanciamento inclusive da sua percepção temporal. O porvir tornava-se nebuloso, desvanecia diante de si enquanto o momento presente se agigantava ao ponto de esmagá-lo em uma “eternidade de inferno, sem saída, sem esperança.”⁶ (ARTAUD, 1973, p. 114) Quanto à perda de energia, Artaud sentia o impacto em sua produção, em sua criação, em sua relação com a vida, como se alijado da expressão sensível de sua consciência, o dramaturgo não se sentia capaz de escrever, ler ou até mesmo pensar. Para ter seu espírito devolvido e tranquilizado era preciso alimentá-lo, incitar-lhe paixão, provocar-lhe o desejo pela vida. Era preciso fazer passar as intensidades.

Artaud expõe também nas cartas à Génica um processo de adoecimento, de diminuição de sua potência de vida. Através de suas palavras, pode-se vislumbrar o impacto que essa experiência produzia em seu modo de existência. No encontro com as forças que atravessam o corpo, este vibra e nele aquelas surtem efeitos dos mais distintos matizes. E pode ser que uma célula, um aparelho ou um órgão passe a apresentar algum “problema”, passe a não funcionar tão “bem”. Como que se torna um inimigo. Eis que algo trava nossa potência e nos encontramos enfermos.

5 Tradução livre de: “molestias profundas de la sensibilidad”.

6 Tradução livre de: “eternidad de inferno, sin salida, sin esperanza”.

No verão de 1922, Artaud conta a Génica: “tive o espírito muito enfermo durante cinco dias, um regresso à neuropatia [...] [no qual] por dentro eu era mais profundo, mas incapaz de expressar-me, paralisado.”⁷ (ARTAUD, 1973, p. 41) O adoecimento visto enquanto um processo de paralisação dos fluxos no corpo se dá por meio de “uma forma de expressão através da dor, onde, desde que seus afetos agenciados encontraram certas passagens negadas fabricaram ‘dores.’” (MUYLAERT, 2011, p. 83) Nesse sentido, as dores trazem as marcas de uma estagnação do movimento, oferecendo-se como saída possível para o transbordamento das intensidades que, de alguma forma, encontraram percalços e resistências em sua passagem pelo corpo.

Diante de uma saúde que sofre embates, Artaud é tomado por uma sensação de encurtamento de sua alma, e pede a Génica: “pense na intensidade do sofrimento que pôde deixar meu espírito nesse estado de ânimo ao invés de pensar em meu estado de ânimo.”⁸ (ARTAUD, 1973, p. 117) O chamado para os afetos é um alerta não só para Génica, mas pode funcionar também como um importante intercessor para nós ao desviar o foco de um estado determinado para privilegiar a experiência dos afetos. Nesse contexto, a doença atua como expressão dos embates travados pelo corpo e seus efeitos manifestam-se à medida que

7 Tradução livre de: “Tuve el espíritu muy enfermo durante cinco días, un regreso a la neuropatía, [...] por dentro yo era más profundo pero incapaz de expresarme, paralizado”.

8 Tradução livre de: “Piensa en la intensidad del sufrimiento que ha podido dejar mi espíritu en este estado de ánimo em lugar de pensar en mi estado de ánimo”.

[...] as modificações nos corpos exteriores, as modificações no mundo, afetam fortemente e determinam os “estados de corpo”, mas estes sempre nos informam muito mais do próprio corpo e, por isso, as modificações que se dão no corpo são ainda mais fortemente capazes de alterar nossas percepções e sensações (bem como nossas possibilidades de ação), ou seja, o modo como somos afetados pelo mundo (e o afetamos). (TEIXEIRA, 2004, p. 70)

Sendo assim, vamos construindo um percurso em que a doença não é entendida como um elemento contrário à saúde, fazendo as vezes de um agente externo que nos toma de assalto e que para o qual a única saída seria sua eliminação absoluta de nosso corpo. Inspirados nos relatos de Artaud, encontramos uma saúde que se compõe de fluxos e de intensidades, ou seja, que se acha constituída pelo movimento. Tal paradigma de uma saúde dinâmica e forjada por lutas conecta-se de modo muito intenso com a aposta na experimentação como medida de saúde, fazendo com que se dê lugar de destaque ao modo como cada um vivencia as situações de sua existência. As experiências que vivemos são consideradas na medida em que nas nossas relações afetamos e somos afetados cotidianamente. Portanto, investir em experimentação é também investir em colocar-se em relação, em encontros, seja entre pessoas, entre pessoas e coisas, etc.

No prefácio de *O Teatro e seu duplo*, Artaud problematiza a cultura contemporânea ao dizer que esta nunca esteve interessada pela vida, mas sim voltada a controlá-la e regulamentá-la. Diante disso, Artaud propõe que deixemos de nos preocupar com uma

cultura assim definida, com uma cultura que “nunca salvou qualquer ser humano de ter fome” e nos esforcemos em “extrair, daquilo que se chama cultura, ideias cuja força viva é idêntica à da fome.” (ARTAUD, 2006, p.1)

Nesse sentido, privilegiar formalmente a experiência no processo saúde e doença oferece um contraponto necessário às análises epidemiológicas tradicionais que tratam doença e cultura como termos em uma relação externa, traduzível na linguagem de fatores determinantes. Isso, pois, no diálogo com nossos referenciais teóricos, a saúde e a doença não possuem apenas um aspecto social: as duas são produzidas socialmente (LANGDON, 2009). No entanto, essa produção social não se limita aos já mencionados “determinantes sociais” da saúde ou da doença, mas ela se refere ao caráter social da própria produção da ciência, uma vez que os campos disciplinares têm um contexto e uma história de constituição, assim como os seus discursos.

Dina Czeresnia (2007) analisa que na tradição biologicista da saúde, a consideração da experiência do outro foi deixada de lado em nome de uma racionalidade responsável por uma abordagem mecanicista do corpo, acarretando em um “esquecimento de que a clínica coloca o médico em contato com homens concretos e não apenas com seus órgãos e funções.” (CZERESNIA, 2007, p. 21) Falar em homens concretos é falar da complexidade da vida e dos inúmeros modos de vê-la e vivê-la. Algo assim que nos parece tão próximo, ao ser confrontado com as práticas em saúde produz ruídos por dar visibilidade a

[...] elementos habitualmente desconsiderados pela racionalidade biomédica por serem ligados à subjetividade dos pacientes, tais como sentimentos diante do adoecimento, isolamento, dor, sintomas 'irrelevantes' por não encontrarem tradução em registros 'objetivos', ou sensações de piora ou inocuidade dos procedimentos (...). (LUZ, 2005)

A saúde e a doença como conceitos que não são estáticos, tampouco universais, exigem, para seu manejo, ferramentas que sejam sensíveis à dinâmica fluida desses processos. Portanto, a instituição de protocolos e manuais rígidos também se acha prejudicada pela perspectiva à qual vamos nos aproximando. Entendendo a doença como uma experiência modificadora do funcionamento do corpo, como uma expressão da estagnação do fluxo das intensidades, vislumbramos enquanto contra-movimento o exercício de facilitar essa passagem e encontrar ainda nessa mesma dor o impulso para fortalecer a vida. Dessa forma, o sofrimento e a dor não excluem de todo a saúde na medida em que são também afirmados como parte da vida e parte da saúde.

A grande saúde e a afirmação da vida

Extraír daquilo que se presta ao empobrecimento e enfraquecimento da vida impulsos para afirmar a existência compõe com a proposta nietzschiana de uma *grande saúde*. Para pensar a construção de uma saúde, Nietzsche colocou em

questão a cultura moderna e o ideal de vida e de homem que esta apresentava. Para ele, os valores predominantes conduziam a uma aposta no além-da-vida, uma espécie de paradigma transcendental que tinha como consequência a negligência da existência neste mundo através de um empenho em apenas conservar-se de forma a alcançar o mundo além e lá, sim, existir plenamente. O alerta de Nietzsche diz respeito a um conjunto de valores estruturantes do modo de vida e responsáveis pela manutenção de uma condição doentia. Tal estado impregnado de doença está relacionado a um movimento contra a vida na medida em que quer a preservação de seu estado e nega o caráter fluido próprio da vida.

A grande saúde como requisito para o investimento nessa vida diz respeito a um ser humano experimentador, distinto do predominante na modernidade, segundo Nietzsche. Distinto, pois é responsável por introduzir uma outra cultura que não seja mais a do rebaixamento da vida, e sim de uma posição que supera esse rebaixamento e afirma a vida. Nietzsche convoca o sujeito que diz sim à vida e é capaz de criar-se a si mesmo. Tais características importantes a esse novo ideal proposto, como a afirmação da vida e a vontade de autopoiesis – autocriação - estariam presentes em todos os atos da pessoa. Eis, portanto, o advento de um ser humano capaz de saúde, já que capaz de criar seus próprios valores ou, como diz Nietzsche, capaz da transvalorização de todos os valores. (NIETZSCHE, 2011) Transvalorar não seria uma mudança do tipo permuta de valores enquanto troca de um pelo outro,

“mas uma mudança no elemento do qual deriva o valor dos valores. A apreciação em lugar da depreciação, a afirmação como vontade de poder, a vontade como vontade afirmativa.” (DELEUZE, 1976, p.143) A partir da afirmação da vida em seu movimento é que desenvolver-se-á quais os valores para uma pessoa em certa altura de sua vida, fazendo da criação desses valores um processo inerente à existência.

A dimensão da experimentação concebe a multiplicidade de caminhos a se aventurar. É a partir da “vivência mais sua” (NIETZSCHE, 2001, p.286) de alguém, daquilo que pode um corpo de onde se parte para a criação de valores e de novas possibilidades de vida. O mapa da caminhada realizada não se presta a ser manual ou roteiro, já que só é possível ver seu desenho ao olhar para trás e só faz sentido àquele que o percorrerá. Assim, o exercício da grande saúde enquanto vontade de afirmação da vida é também o da sensibilidade de escolher caminhos que deem passagem aos afetos. Nessa perspectiva, aquele que diz sim à vida alimenta a vontade de criar e sua postura afirmativa também afirma, necessariamente, a dor e a morte, pois não busca a conservação, e sim o movimento e a expansão.

Sendo assim, a saúde não se opõe à doença, estando, inclusive, aberta a ela uma vez que aberta aos riscos e perigos de traçar sempre novos caminhos e experimentar criar outros valores. Vale, portanto, distinguir na doença, naquilo que adoece e que cai enfermo, o quê de resistência, a inquietação diante dos processos de luta e dominação. Apreender o que se expressa

na enfermidade enquanto parte dos embates os quais nosso corpo trava é condição para o exercício de uma grande saúde. Saúde para libertar a vida aonde quer que esteja estagnada.

Na primavera de 1923 é sobre algumas alegrias passageiras que Artaud escreve a Génica. Com ela é compartilhado esse “feito simples que nada motiva nem traduz”⁹ (ARTAUD, 1973, p. 71) de acender o desejo pela vida, ainda que se sinta pobre de ideias e um tanto sem energia. Artaud fala da força trazida por uma felicidade passageira, do sentimento de fortalecimento da vida surgido com o retorno de sua alma e que se faz intenso o bastante para possibilitar a arquitetura de planos para um encontro com Génica e para um trabalho em uma peça na próxima temporada. O aumento de sua potência de existir incita mais potência por meio do encaminhamento de encontros que o fortalecem. Ao se tornar portador dessa passageira-alegria e dessa passageira-força, o corpo de Artaud se fortalece, ganha saúde e multiplica o desejo pela vida.

Cultivar uma saúde suficientemente porosa a fim de dar passagem às intensidades torna possível a experimentação de outros modos de estar no mundo e outros modos de inventar mundo. Trata-se da transvaloração dos valores em busca da medida de valor que faz sentido para um corpo, aquilo que alimentará a energia da vida fazendo expandir a potência. Dessa forma, compreende-se que saúde não é o mesmo que afastar-se o mais completamente dos riscos e dos

⁹ Tradução livre de: “hecho simple que nada motiva ni traduce”.

perigos da vida, também não é conservar certo estado. Vamos aproximando-nos de uma ideia de saúde que se quer transitória e necessariamente mutante, uma saúde tal “que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar...” (NIETZSCHE, 2001, p. 286)

É com a vontade de expandir a potência de vida que a grande saúde está comprometida. Em seu exercício, o sujeito aproveita os acasos ruins para com eles se fortalecer e extrai de tudo o que vivencia alimento para seu espírito. Sobre um período de doença, Nietzsche conta que só ali, naquelas condições enfermigas nas quais se encontrava, é onde fora possível ter clareza o bastante para desenvolver o pensamento que resultaria em seu livro *Aurora*. A fim de encontrar a medida de saúde há que se “ser no fundo sadio”, enquanto sadio se vincular a uma prática de selecionar naquilo que se vive, tudo quanto aumente a potência de existir, já que para um homem tipicamente sadio: “o estar enfermo pode ser até um enérgico estimulante ao viver, ao mais-viver.” (NIETZSCHE, 2004b, p. 25)

Sorver da cultura o que é tão forte quanto a fome, assim como extrair das experiências, mesmo as de enfermidade, alimento para a potência da vida é o desafio colocado por Nietzsche em sua *grande saúde*. Não só o problema do conceito de saúde é afetado por tamanho desafio, mas também a própria experiência de produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva. A disposição na qual se empreendeu o caminhar da pesquisa tornou-se parte da construção de saúdes possíveis

na medida em que experimentamos também a construção dos valores a compor esse caminhar. Acreditamos, então, que a grande saúde fortalece o caminho percorrido ao trazer à conversa a questão de qual medida de valor baliza nossa vontade de potência. Sendo a vida um processo infinito de abundância de forças, rico de embates e deslocamentos, a grande saúde nos inspira na luta pela potencialização da existência.

Enfrentar as forças de conservação, as relações de poder que atravessam a área da saúde e o papel nela desempenhado pela Saúde Coletiva é problematizar os termos em que a conexão entre ideia de homem e de vida se dá. Considerando o insaciável apetite dos atuais manuais de patologia, torna-se urgente diferenciar sofrimento de doença, assim como distinguir o que é saúde e o que nela pode se prestar a ser objeto das práticas sanitárias. Sofrimento e doença precisam ser distinguidos, na medida em que o sofrer integra os processos da vida em sua condição fluida e inconstante, sem implicar necessariamente a constituição de uma patologia. A saúde nos termos colocados por Nietzsche e Artaud abarca tanto o sofrer como o adoecer, desviando o olhar do que é risco ou segurança, para priorizar aquilo que fortalece nossa potência.

Implicações para a Saúde Coletiva

A entrada da grande saúde na Saúde Coletiva é também um convite, portanto, a provocar interferência e problematização no modo como constituímos os alicerces de

nossos fazeres nesse campo. Um trabalho tal de interpelar, desacomodar e inquietar as definições de saúde com o murmurar insistente da proposta nietzschiana tem força para nos instrumentalizar no campo a fim de compreender as relações aí existentes entre determinada ideia de saúde e determinada ideia de vida e de homem. É também uma oferta de movimento capaz de nos compelir a pensar e tamanha força faz-se bem-vinda para arrastar os termos em que se dispõe uma proposta de saúde articulada com as práticas sanitárias. Entender que existem diversas formas de se cuidar da saúde e de se entender saúde, ou seja, que habitamos um espaço onde coexistem diversos modelos de saberes e práticas disputando entre si nos posiciona diante de um campo aberto, onde as forças que o constituem são passíveis de tensionamento.

Em estudo sobre a articulação da Antropologia com a Saúde Coletiva, Garnelo e Langdon (2005) mostram que a busca por ampliação do conhecimento na área da saúde na interface com outros campos de saber, via de regra, vem responder a uma demanda específica por maior controle da população para operar mudanças de hábitos sintonizadas aos parâmetros universais do modelo de sujeito saudável. Através dessa lógica, os valores portados pelo outro interessam apenas na medida em que podem tornar mais eficiente o exercício do poder sobre esse outro, com finalidade de facilitar a aderência e a aquiescência deste em relação às práticas operadas pelas instituições de saúde.

Diante disso, a interlocução entre distintas disciplinas

– Antropologia, Filosofia, Medicina, Psicologia, etc. - pode ser frutífera no sentido de desnaturalizar as práticas e os saberes da Saúde Coletiva ao lançá-la no campo social, questionando suas pretensas neutralidade e universalidade. É necessário situar a assistência sanitária como um, entre vários sistemas terapêuticos existentes que vão funcionar com mais ou menos sucesso a depender de como irão se relacionar com os sujeitos complexos aos quais destinam suas ações.

A formação e a atuação do profissional da saúde e também a construção de serviços e de modelos assistenciais ganha, dessa forma, um provocador e insistente interlocutor, desacomodando-nos dos lugares rígidos constituídos ao longo do tempo. Ao afirmar a não existência de uma saúde essencial, Nietzsche conclui que

Depende do seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, de seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o *que* deve significar saúde também para seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais deixarmos que o indivíduo particular e incomparável erga a sua cabeça, quanto mais esquecermos o dogma da “igualdade dos homens”, tanto mais nossos médicos terão de abandonar o conceito de uma saúde normal, juntamente com dieta normal e curso normal da doença. E apenas então chegaria o tempo de refletir sobre saúde e doença da *alma*, e de situar a característica virtude de cada um na saúde desta: que numa pessoa, é verdade, poderia parecer o contrário da saúde de uma outra. Enfim, permaneceria aberta a grande questão de saber se podemos *prescindir* da doença, até para o desenvolvimento de nossa virtude, e se a nossa avidez de conhecimento e autoconhecimento

não necessitaria tanto da alma doente quanto da sadia; em suma, se a exclusiva vontade de saúde não seria um preconceito, uma covardia e talvez um quê de refinado barbarismo e retrocesso. (NIETZSCHE, 2001, p. 144-145)

Se a grande saúde nos convidou a considerar a história singular das pessoas e os valores que são construídos, fazendo rachar aquilo que ora se apresenta como único e preexistente, as cartas de Artaud nos permitiram puxar os fios que estabelecem conexões entre o sentir-se saudável e os modos de estar no mundo. Perseguir essas ligações e essas rupturas é importante já que nos instrumentaliza para os embates que hoje enfrentamos. Dessa forma, podemos a certa altura sacar daquilo que nos aparece no caminho uma força tal como a da fome a fim de potencializar nossos movimentos.

Diante disso, acreditamos que a Saúde Coletiva não guarda somente uma aposta em oferecer explicações diferentes, mais ricas, mais complexas para os problemas de saúde do Brasil. Pelo contrário, interessa-nos lançar mão desse campo em sua potência de gerador de problemas. Não se trata de buscar diferentes soluções para os mesmos problemas, mas de reposicionar os problemas, relançá-los e expô-los ao combate com diferentes forças para que possamos extrair daí aquilo que fortalece e potencializa a vida.

Como diz Ricardo Teixeira (2004) em seu artigo intitulado *A grande saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgãos*, a tarefa do profissional diante da pessoa a qual presta seu serviço não é tanto a de fornecer uma resposta

tal qual um manual, uma prescrição ensimesmada, mas sim a de questionar, de tornar-se um intercessor, perguntando-a sem descanso sobre o que traz potência a sua vida. E, nesse encontro, construir o plano terapêutico mais adequado àquela pessoa, incluindo a contribuição que poderá o profissional realizar nesse processo. A fluidez que a grande saúde advoga como inerente à vida, faz-se presente também no cuidado, demandando que o profissional não somente considere os valores daquele que se coloca à sua frente, mas também, e principalmente, que construa em conjunto com eles os encaminhamentos para o caso.

A experiência da doença como modificadora da forma como o sujeito se percebe no mundo e em suas relações, emerge como sinalizadora da obstrução da expressão dos afetos e pode ser que no encontro com o profissional de saúde, esses dois atores possam trabalhar conjuntamente na construção de outras passagens, favorecendo o movimento e a fluidez dos afetos. Fazer com que o cuidado se conecte com o que há de potente na vida do usuário de um serviço de saúde não significa excluir a doença de seu horizonte de trabalho, mas sim enxergar elementos que carregam força e vitalidade mesmo em uma situação de maior fragilidade.

O avanço do processo de medicalização vem mostrando que há algum tempo a doença já não é o único objeto das intervenções sanitárias. A sexualidade, a estética, o aprendizado, a alimentação, o lazer, entre outros, são exemplos de atividades atravessadas pela regulação da área da saúde. Ficar retido ao que

saúde deve ou não significar pode fazer com que se perca de vista a articulação tramada com esse conceito justamente em sua polissemia e pluralidade, como a promovida pela medicalização. Como vimos, ao construir-se na aliança com o discurso científico, a medicalização universaliza seus códigos, ao mesmo tempo em que desacredita as práticas que respondem a outras racionalidades. Padronizar os processos da vida é investir em uma vida incapaz de criar as próprias condições de existência, de criar valor. E, se há alguma ideia de saúde na qual apostamos, esse não pode ser o compromisso dela.

Esperar que do termo saúde extraia-se apenas um conceito descritivo para então vê-la como importante para o campo das ciências da saúde parece ser de pouca utilidade já que em nome da saúde tantas práticas têm se desenvolvido e tantos efeitos têm sido por elas produzidos. A contribuição da análise pode advir do enfrentamento de saúde como um plano complexo que diz respeito, primeiramente, à vida das pessoas – vida em todas as suas dimensões, não somente em sua definição de objeto da biologia. Junto ao processo de definir saúde, faz-se necessário também apontar qual o lugar das práticas em saúde frente ao conceito. Ou seja, é preciso discutir o que, naquilo que significa saúde, pode caber à intervenção da área da saúde.

Por fim, acreditamos que a perspectiva aqui proposta, em parceria com Nietzsche e Artaud, pode ser explorada como ferramenta geradora de problemas, inventiva, capaz de criar novas questões para o campo da Saúde Coletiva, problemas que atravessem as fronteiras disciplinares, que possibilitem

outras construções de saber, outras experiências, outros modos de vida. Se criar é fabular, como diz Deleuze, então fabulemos junto da grande saúde.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.3, n.1, mar. 2000.

ARTAUD, A. **Cartas a Génica Athanasiou – con poemas dedicados a ella**. Buenos Aires: Siglo Veinte, 1973.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, jul./ago. 2003.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out./dez. 1999.

_____. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 19-29, 2007.

GARNELO, L.; LANGDON, E. J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA JR, C.E. (Orgs.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

LANGDON, E. J. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n.2, p. 323-6, 2009.

LUZ, M. Novas Práticas em Saúde Coletiva. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA JR, C.E. (Orgs.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, set. 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

MUYLAERT, M. **Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral**. São Paulo: Editora Escuta, 2011.

NIETZSCHE, F. W. **Assim falou Zaratustra** - um livro para todos e para ninguém. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. **A gaia ciência**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

TEIXEIRA, R. R. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, fev. 2004.

Saberes ancestrais afrodiaspóricos: trajetórias de uma benzedeira negra na urbe paulistana

Bruno Garcia dos Santos

*B'èkòkolo bá juba ilè.
Ilè á lanu fún-un
Olójó òní.
Ìbà re o!¹⁰*

O excerto de um *ibá Sàngó*¹¹ coletado e apresentado por Sálámí (1990, p. 81) representa uma fórmula de evocação do Tempo para os iorubas. O tempo aqui é entendido em uma dimensão pluriversal, já que se estende para além da noção cronológica reiterando relações entre indivíduo, comunidade e universo. Neste sentido, saudar o tempo é abrir caminhos para uma reflexão acerca das cosmovisões extra ocidentais que ao serem reelaboradas e reinventadas no contexto da diáspora africana passam a sinalizar valores civilizatórios que apontam para noções avessas à lógica hegemônica da modernidade ocidental.

Na tentativa de agir na contramão de abstrações cartesianas e contribuir para o debate atual acerca do projeto de

¹⁰ Tradução: *Quando a minhoca saúda a terra / a terra se abre para que ela entre / Oh, Senhor do Hoje, eu te saúdo!* (SÁLÁMÍ; RIBEIRO, 2015, p. 38)

¹¹ De acordo com Sálámí e Ribeiro (2015), a palavra *ibá* pode ser entendida enquanto “forma de saudação aos orixás, ancestrais, mestres e anciãos. Antes de qualquer oferenda a um orixá, por exemplo, antes mesmo da entonação de seus *oríkis* [evocações], realizam-se as saudações. Tem por finalidade a obtenção de auxílio e proteção de forças para realização do destino humano. Espera-se, através desse gesto de respeito, favorecer o acesso à força vital. Quando dirigidas aos mais velhos constituem sinal de respeito, e quando dirigidas aos ancestrais solicitam permissão para iniciar algo” (SÁLÁMÍ; RIBEIRO, 2015, p. 432). Nesta perspectiva, *Ìbá Sàngó* traduz-se como Saudação a Xangô, divindade ioruba associada ao fogo, aos raios e aos trovões, conectada aos seres humanos e aos ancestrais.

decolonialidade racial e epistêmica do poder, do saber e do ser, o presente artigo propõe uma investigação sobre a permanência de práticas ancestrais de cura herdadas de matrizes africanas no município de São Paulo, tendo em vista uma experiência de vida em particular: as memórias compartilhadas da benzedeira Maura Garcia Cardoso, mulher negra de 94 anos, residente do bairro Água Rasa, Zona Leste do município de São Paulo (SP).

Tal elaboração é resultado de um processo iniciado em 2008 pelo qual a colaboradora da pesquisa partilhara de suas experiências e trajetórias enquanto mulher negra e benzedeira na urbe paulistana. E para recorrer às narrativas de Maura, foi preciso acessar as ferramentas teórico-metodológicas fornecidas pela História oral, a fim de compor um estudo no qual a consciência do sujeito-narrador-colaborador o torne protagonista último da história. Maura, ao ser reconhecida pelo ofício¹² da benzeção em sua comunidade, passa a desempenhar um papel importante diante do “complexo horizonte de possibilidades que constrói o âmbito de uma subjetividade compartilhada.” (PORTELLI, 1996)

Neste sentido, os testemunhos orais são partilhados a partir de um diálogo entre historiador e entrevistada, o que pode permitir, segundo Thompson (1992; 2002), o desenvolvimento de um processo de colaboração mútua e até mesmo de produção comunitária, promovendo à história

e aos sujeitos envolvidos grandes benefícios. A respeito desta interação entre pesquisador e narrador (a) / entrevistado (a), Portelli (apud RODRIGUES, 2010, p. 198-199) completa:

Quanto menos os historiadores revelam sobre sua identidade e seus pensamentos, maior a probabilidade de que os informantes expressem seu testemunho nos termos mais amplos e seguros, limitando-se às camadas mais superficiais de sua consciência e aos aspectos mais públicos e oficiais de sua cultura.

Por isso, é preciso deixar-se interceptar pela oralidade pois, segundo Portelli (apud RODRIGUES, 2010, p. 196), “ela nos surpreende com elementos que, embora eventualmente fragmentários e difíceis de narrar, parecem ser mais consistentes não só com a presença da subjetividade, mas igualmente com a objetiva realidade das coisas.”

Sobre as práticas ancestrais de cura

As práticas de benzimento estão inseridas no universo da religiosidade de inúmeros povos e culturas. Em contexto latino-americano, povos das Américas, de África e da Europa se encontraram e constituíram saberes que caracterizam a riqueza de valores e expressões inerentes a estas práticas. No entanto, esta pesquisa busca investigar tais práticas sob o prisma da diáspora, prezando para a herança de povos e culturas de matrizes africanas.

Tendo em vista tais considerações, é possível constatar que a ação das benzedeadas(os), ervateiras(os) e/ou rezadeiras(es)

12 O termo *ofício* será empregado neste artigo de acordo com a seguinte definição: “5. Tarefa com que uma pessoa se compromete; incumbência, missão, mister.” (HOUAISS, 2001) Tal definição aproxima-se do termo *dom*, como considera a própria benzedeira, colaboradora da pesquisa, quando se refere à prática por ela desenvolvida.

fundamentam-se a partir de uma relação com o sagrado, ou seja, tais agentes sócio históricas(os) atuam como mediadoras(es) de uma conexão estabelecida com a(as) divindade(s) e seres intercessores, a partir de um diálogo com forças espirituais a fim de promover a cura, minimizar as aflições do corpo, da mente e/ou do espírito de suas/seus consulentes.

Em decorrência das adversidades cotidianas, os processos de cura estão frequentemente associados às relações sociais, compreendidas a partir de cosmovisões as quais o mundo dos vivos e dos não vivos, representados pela figura dos antepassados e/ou entidades, resultam em interações importantes para o encaminhamento de soluções ou o restabelecimento de um dado equilíbrio.

De acordo com Oliveira (1985, p. 74), a atuação social desempenhada pela(o) benzedeira(or) se configura enquanto um exercício de solidariedade, posto que estas práticas propõem uma releitura dos dogmas religiosos e da medicina através de uma relação de freguesia. Nesta mesma medida, tal atuação também pode ser entendida, segundo Sodré (2015), como expressão de um eu-comunitário, já que a relação entre benzederia(or) e suas/seus consulentes se desenvolve no âmbito de uma “história orientada pelo fio condutor da ancestralidade.” (SODRÉ, 2015, p.242) Trata-se de uma particularidade ancestral africana no espaço-tempo do mundo contemporâneo.

A este respeito, é importante pontuar que o termo ancestralidade aqui é concebido de acordo com a definição sugerida por Leite (2008). Segundo este autor, ancestralidade

corresponde a “um conjunto de práticas diferenciais constituindo parte do conjunto sintético de elementos estruturadores de processos sociais em sociedades da África Negra.” (LEITE, 2008, p. 17)

Ao combinar os conhecimentos sobre as rezas, as plantas e acerca do potencial energético de todos os elementos da natureza, as múltiplas estratégias de cura, provenientes de saberes não hegemônicos, assumem a sua legitimidade no local onde se desenvolvem, pois, a popularidade da(o) benzedeira(or) dependerá da dimensão do seu trabalho no seio da comunidade, atendendo primeiramente aqueles que participam do seu núcleo familiar, a sua comunidade e o grupo social dos bairros adjacentes ou da região sobre a qual se situa a(o) detentora(or) dos saberes que constituem tais ciências.

Neste sentido, ao tratar de culturas orais africanas, Antonacci (2014) assera:

Sem normas e prescrições doutrinárias, a vida transcendental de povos africanos de línguas orais se concretiza em experiências, sensações, intuições, emoções de seus próprios corpos e mentes, comunitariamente socializados e educados na equivalência de todos os sentidos, com memória e inteligência plasticamente esculpidas em gestos, ritmos, rituais, metáforas e jogos mentais, resguardando e atualizando seus cosmos. (ANTONACCI, 2014, p. 265)

Repertórios de tais experiências parecem ser reelaborados por negras(os), descendentes da diáspora. Benzedieras(os) performam ao atualizarem saberes ancorados

em rastros de memória de povos africanos. Aqui, a saúde é entendida a partir de uma dimensão cósmica e sobretudo comunitária sobre a qual a espiritualidade é partícipe na manutenção da vida dos seres.

Cartografias desiguais no pós-abolição

Para que as práticas ancestrais de cura sejam estudadas nos fluxos de uma história do tempo presente, uma breve contextualização da conjuntura brasileira no pós-abolição faz-se necessária a fim de melhor situá-las.

Os países da diáspora africana, em particular o Brasil, são herdeiros das práticas que constituem a estrutura sociocultural, a história e a memória de seus descendentes. No entanto, tais países vivenciaram um processo que não oferecera o devido reconhecimento aos povos/culturas de matrizes africanas, sobretudo por conta dos interesses político-econômicos e das interpretações equivocadas que negligenciaram e estereotiparam o universo vasto e diversificado constituído pelo continente africano.

Enquanto polo gravitacional da economia brasileira no inaugural século XX, São Paulo foi o maior ponto de atração de capitais e população de todo o país (ROLNIK, 2014) tendo em vista, sobretudo, a próspera expansão da cultura cafeeira na região. Vale salientar que dentre tais grupos, os imigrantes italianos em São Paulo, como atentam Ribeiro e Frias (2015), foram beneficiados por políticas públicas federais, enquanto

marginalizava-se o segmento negro da população. O processo de imigração transformou a cidade de forma a reforçar um projeto de racialização como marca de tudo que se pretendia moderno. Modelos deterministas de interpretação social e histórica passaram a revigorar um discurso que apostava no futuro “branco, pacífico e ordenador”.

Assim, de maneira geral, selando o fim da monarquia e concomitante à implantação do regime republicano no Brasil, buscou-se a incorporação do desenvolvimento científico e tecnológico no país, a fim de legitimar o potencial do novo governo e a identidade nacional a partir de uma perspectiva progressista voltada para o projeto de civilização. Logo, são implantadas medidas de remodelação da estrutura urbanística e projetos de disciplinarização da população (RAGO, 1985), na tentativa de construir uma nova ordem social adequada ao ritmo da modernidade ocidental que representava a Europa no século XX.

Desde então, até o início de 1960, foram estabelecidos no país projetos modernizadores que abrangiam os setores econômico e sociocultural. A busca pela modernidade era condição *a priori* imbuída de “positividade” (ORTIZ, 1998), ou seja, era iminente a busca de um modelo de desenvolvimento a partir do prisma do progresso e da ciência, marcas profundas das tendências eurocêntricas e positivistas. É neste contexto que se intensifica um processo de reestruturação das políticas públicas sobre o qual se torna mais evidente o defrontamento entre as culturas urbana e rural. A primeira atua de forma

proeminente em vista da dinâmica industrial vigente e a cidade de São Paulo, como capital do estado e grande centro econômico do país, passa a remodelar-se diante desta fase de desenvolvimento.

Tendo em vista tais considerações que são reformuladas, em especial, as políticas na área da saúde, sendo as práticas populares de cura criminalizadas e expropriadas de funcionalidade. Segundo Carvalho (2005), o caráter ilícito atribuído a tais práticas neste período decorria do avanço da medicina oficial que aparece como hegemônica em São Paulo e nas demais grandes cidades. No entanto, o autor considera que tal fase se caracteriza também por uma significativa incorporação dos conhecimentos populares sobre saúde por este modelo de medicina, além da implementação de transformações no campo cultural com relação aos hábitos e às práticas populares de saúde.

A respeito do processo de urbanização das cidades, Carvalho (2005, p. 38) asserta: “no período compreendido entre os anos 50 e 70, a população de São Paulo, que até o final da década de 1940 era predominantemente rural, passa a ser em sua maioria urbana.”

Na perspectiva do moderno, as tendências culturais provenientes dos espaços rurais são consideradas atrasadas, seus elementos pareciam perpetuar um “estado de ignorância” e de “incultura” (FERNANDES, 2004, p. 29), ao passo que sustentavam um aglomerado de “crenças ditas disfuncionais para a sociedade”.

É válido salientar que mesmo diante da hegemonia advinda do processo de industrialização, engendrando uma mentalidade mais cosmopolita e voltada para o consumo – em um espaço urbano assim caracterizado –, as práticas populares de cura, como sugere Fernandes (1977, p. 22), adaptaram-se à nova dinâmica “graças a inseguranças subjetivas, desencadeadas pelas incertezas morais e fricções sociais do mundo urbano”.

Ao apresentar a prática de benzimento como uma ciência popular, Elda Rizzo de Oliveira afirma:

Essa ciência é gerada coletivamente, na sua relação direta com os oprimidos. É uma ciência que não pretende dogmatizar-se nem se isolar dos valores sociais. Essa ciência sintetiza uma visão de mundo muito própria, uma autêntica expressão da compreensão da vida, onde identifica os oprimidos e os opressores. Ela é construída por meio de um processo dialético onde cria as suas resistências, mas, ao mesmo tempo, faz as suas concessões à ciência erudita (OLIVEIRA, 1985, p.76-77).

Enquanto ciência, tais práticas passam a traduzir cosmovisões extra ocidentais e suas (seus) protagonistas atuam a partir de resistências negociadas com os organismos de poder. Ao particularizar aqui trajetórias de afrodescendentes e para além de perspectivas dicotômicas, é possível constatar que tais ciências parecem conceber o que Hampâté Bâ (2013) define como um modo de conhecimento não compartimentado, sobre o qual a vida é entendida “como uma unidade em que tudo é interligado, interdependente e interativo; em que o material e

o espiritual nunca estão dissociados. E o ensinamento nunca é sistematizado, mas deixado ao sabor das circunstâncias.” (HAMPÂTÊ BÂ, 2013, p.175)

Tal concepção abre brechas aos paradigmas da racionalidade europeia e da “consagrada medicina”, além de sinalizar elementos para formas complexas e refinadas de apreensão da realidade a partir de experiências comunitárias.

Hampâtê Bâ (1981; 2013), ao compartilhar suas memórias e os saberes ensinados pelos mestres da palavra, atenta para um princípio ético e moral característico de sociedades africanas: o viver comunitário. Tal princípio é anterior às práticas coletivizadas que tanto representaram os grupos nutridos pela ideologia comunista, por exemplo. Portanto, pode-se atribuir que as diversas formas de sociabilidades africanas não são coletivas, mas o são por excelência, comunitárias. O termo coletivo/a é imbuído de sentido limitado no tempo e no espaço, trata-se de um conceito carregado de uma memória totalitária. Assim, para se obter uma compreensão dos valores e dos sistemas de organização das civilizações africanas e/ou afrodiáspóricas é preciso ressaltar que tais grupos não se prestaram ao individualismo do sistema mercantil capitalista, tão pouco ao projeto de coletivização comunista, ambos marcados por processos de racialização. As matrizes orais ancestrais africanas e afrodiáspóricas produziram outras formas de pensamento e experiências que não podem ser explicadas a partir de tais prismas de análise. É por este motivo que este estudo opta pelo uso do termo comunitário/a para se

pensar as histórias e os trabalhos de memória das sociedades acima mencionadas.

Quanto a realidade paulistana, a dissertação de Silva (2015), ao tratar de memórias negras na periferia de Guaianases, apresenta-se como terreno fértil para uma reflexão acerca da complexa geografia que se desenha na São Paulo do século XX. A esse respeito, Silva (2015) elucida:

Há uma complexidade urbana na cidade de São Paulo que propõe uma modernidade produtora de realidades opostas geográfica e socialmente, de riqueza e pobreza. Uma lógica que estabelece quem serão os oprimidos e os opressores, produzindo desigualdades de modo racional. O desenvolvimento da metrópole, na perspectiva das condições de vida de seus respectivos habitantes, faz saltar desníveis e distâncias entre as populações urbanas, evidenciando uma exacerbação do contraste entre acumulação e pobreza. (SILVA, 2015, p.20)

Diante de tal cartografia desigual e disforme, é preciso identificar elementos que conceberam São Paulo para além daquilo que se configurava enquanto projeto hegemônico de cidade e memória. Pautando-se em reflexões extra ocidentais, Silva (2015) atenta para a necessidade de *enegrecer* a memória da cidade e Azevedo (2006) apresenta de forma inédita as micro-áfricas¹³ que imprimiram suas marcas neste processo de industrialização e urbanização.

No fluxo de tal pensamento, o sociólogo e historiador Michael Pollak (1989; 1992), ao analisar a função das

¹³ Ao cunhar tal conceito, Azevedo (2016) explica as vivências e memórias negro-mestiças em São Paulo.

“memórias coletivas” fortemente constituídas, exprime que o trabalho de enquadramento de uma memória de grupo tem seus limites, posto que, segundo o autor, esta não pode ser construída arbitrariamente. Pollak (1989) recorre às memórias subterrâneas enquanto procedimento inverso para que sejam acessadas as memórias individuais, com instrumentos da história oral. A ideia é que se transponham as fronteiras estabelecidas por uma imagem oficial do passado.

Assim, histórias de vida fazem emergir memórias subterrâneas que apontam para outros pontos de vista sobre as cidades a fim de que outras(os) agentes sócio históricas(os) sejam reconhecidas(os) diante dos protagonismos desempenhados.

Percursos biográficos de uma benzedeira: com a palavra, Maura!

Maura Garcia Cardoso nasceu no dia 27 de abril de 1923, na cidade de São José do Itamonte, interior do Estado de Minas Gerais. Filha de Justina Maria de Jesus, nascida em 1863, oito anos antes da Lei do Ventre-Livre (1871), portanto escravizada durante as primeiras fases da infância.

Maura iniciou o ofício da benzeção diante da necessidade de curar o *ataque dos nervos* de seu marido, Rubens Cardoso, como ela própria pontua. Para solucionar tal problema, foi à procura de ajuda espiritual num centro de mesa branca kardecista¹⁴. Foi-lhe dito que a ajuda para tal

adversidade viria dela mesma, ou seja, ela mesma promoveria a cura para o marido.

Em um primeiro encontro realizado em sua residência, localizada no bairro Água Rasa, região da Zona Leste do município de São Paulo (SP), a colaboradora relata com detalhes:

Eu precisei porque o Rubens começou a ficar muito atacado, muito doente dos nervos, então eu fui fazer uma procura pra ver o que eu podia fazer pra ele melhorar, então eu fui num centro de mesa branca, eu fui (...) então ele me orientou, quem vai trabalhar pra ele é a senhora mesmo, a senhora vai cuidar dele, vai benzer ele, a senhora vai retirar isso e vai cuidar dele e desse problema (...). Ele passou a responsabilidade pra mim, ele falou, não precisa trazer aqui porque a senhora, o seu guia [mentor espiritual], vai resolver esse problema pra ele (...). Então eu passei no outro templo, mas de Umbanda, porque meu guia é da Umbanda, quer dizer, tem de mesa também, mas o meu é de Umbanda, aí passei a frequentar o terreiro de Umbanda com ele e aí fui trabalhando no terreiro de Umbanda com ele e ele foi melhorando, porque ele se desenvolveu (...) ele se desenvolveu e nós ficávamos trabalhando juntos, e no terreiro que nós ficamos, a gente fazia a junta ali dos guias pra tomar responsabilidade pra ajudar o chefe do terreiro. Eu fui escolhida como babá do terreiro, quer dizer, o meu guia, o Pai João da Ronda, ficou como o meu protetor para a responsabilidade ali e eu como a babá do terreiro que ajuda o chefe. Então quando ele saía a responsabilidade era minha pra poder comandar a turma, então vinha as pessoas que vinha fazer cura, porque tinha muita gente doente de muitos tipos, tinha problema espiritual e material também (...) Ali, por meio da corrente dos espíritos de luz, muita gente recebeu cura, até pessoas que eram doentes do pulmão recebeu curas e ajuda, quer dizer, tem que passar

14 Kardecismo ou Espiritismo: doutrina codificada pelo intelectual francês Allan Kardek no século XIX.

pelo médico, porque a gente benze mas eu digo assim: – Ói, tem que passar pelo médico porque qualquer problema material [matéria = corpo, grifo meu] o médico vai curar e espiritual é a minha responsabilidade, agora material é o médico, porque se um dia acontece alguma coisa vai a responsabilidade minha e eu posso ir até presa, então tem que tirar a responsabilidade material e a espiritual é comigo, saber casar as duas alas, e não fazer coisas que não deve, porque o guia é responsável e ele faz, e eu não posso adiantar, a responsabilidade é dele né (...) então muita gente foi curada ali no terreiro, muita gente, o terreiro que tinha era de uma senhora lá da Penha, era chamada Dona Isabel, e nós éramos os médiuns¹⁵ do terreiro dela (...) O meu guia é o Pai João da Ronda, que é um guia que toma contas dos outros, ele é o chefe que toma conta dos soldados nas ruas.

Inserida na corrente umbandista, iniciada na linha do fogo em associação à divindade ioruba Xangô (orixá da justiça e do mesmo elemento), Maura desenvolveu suas habilidades para o trabalho espiritual até a morte dos donos do terreiro, quando então optou por não assumir as responsabilidades do espaço e resolveu apenas exercer a prática da benzeção em sua casa, servindo a comunidade do bairro Água Rasa.

Ao reconstruir suas memórias, Maura traça uma narrativa repleta de pormenores, por onde minúcias sinalizam caminhos interessantes para se pensar nas permanências e nas rupturas de práticas ancestrais em contexto urbano. É interessante perceber que a busca para a solução de um malefício se faz no seio da comunidade, em prol de um equilíbrio rompido

15 Aqui o termo refere-se à pessoa ou indivíduo que se comunica com seres não vivos identificados como espíritos, antepassados ou ancestrais.

por algum motivo. Maura não é precisa quanto ao problema que lhe impulsiona a buscar ajuda, porém o *ataque dos nervos* do marido é entendido a partir de um ponto de vista que escapa à lógica eurocentrada, já que espiritual e material são concebidos como aspectos que não se encontram dissociados.

Reconstruindo o passado por meio das reflexões do presente, Maura completa:

[...] E foi assim que eu me encaixei na Umbanda e comecei a benzer, porque o guia começou a prestar caridade, eu falei: ai meu Deus, mas como é que eu vou benzer, eu não sei, eu não entendo isso aí, como é que eu vou fazer? Mas então o guia que toma conta, ele falou não, o guia é responsável, ele é que vai trabalhar, então aí ele dá radiação pra gente e aí ele que vai trabalhar e ... Assim que eu fiquei benzedeira, e mesmo que eu queira sair fora, enquanto eles não derem ordem pra parar, eu não posso parar. [...] E também nós não podemos cobrar, porque isso daí é dom de Deus, agora a pessoa dá aquilo de espontânea vontade [...] A minha mãe (mãe carnal) é da família dos Congo¹⁶, tanto que eu trabalho com uma preta velha que chama Maria Conga, é uma guia chefe de linha. Que ela é benzedeira também [...]

A colaboradora exprime a surpresa e a insegurança quando lembra da missão que lhe foi incumbida, e a partir daí uma trajetória de conexões com espiritualidades distintas e práticas heterodoxas se faz presente em seu percurso existencial. É interessante notar o quanto esta experiência abre caminhos entrecruzados no âmbito do imprevisível.

16 Ao recorrer à expressão “família do Congo”, Maura faz menção ao termo utilizado para se referir às nações africanas compreendidas em grupos advindos da região Angola-Congo. Infelizmente não é possível determinar se todos os intitulados desta forma provinham de fato desta região do continente africano, mas é provável que pertençam ao tronco linguístico *bantu*.

A este respeito, Glissant (2005) quando se opõe à ideia eurocêntrica da mestiçagem¹⁷, engendra o conceito de *crioulização*, apresentado como relação constituída por ineditismos que produzem combinações múltiplas e provisórias, portanto imprevisíveis. Nesta perspectiva, as narrativas de Maura explicitam as diversas possibilidades manifestadas pelos repertórios culturais das comunidades afro-brasileiras em São Paulo que se configuram em identidades rizomórficas, ou seja, “não mais como raiz única, mas indo ao encontro de outras raízes.” (GLISSANT, 2005, p. 27)

Maura encontra na Umbanda as ferramentas necessárias para restabelecer uma organização social que influi tanto na saúde de seu cônjuge quanto no equilíbrio do seu núcleo familiar. A colaboradora transita por várias matrizes que podem ser identificadas por permanências e reelaborações de inúmeras tradições africanas, indígenas e euro cristãs. Esta múltipla pertença no campo da espiritualidade se revela a partir de cosmovisões que se encontram no contexto da diáspora. Ao tratar de suas entidades intercessoras no trabalho de benzeção, Maura compartilha:

Olha, eu tenho sete guias: O Caboclo Rompe-Mato, o Caboclo Vira Mundo, o João Tambaiano, tenho o Preto Velho Pai João, a Maria Conga, a erê Isabelzinha, e o pai João que comanda a linha dos Exus. A Maria Conga é da linha de cura, de benzer, de parteira, de tudo [...]. Os guias vem na forma de incorporação [...]

¹⁷ Segundo Sodré (1988; 2015), os termos mestiçagem e sincretismo são conceitos *biombos*, ou seja, muito rasos, que acabam por mascarar a violência e a cruel realidade do negro brasileiro.

Tais identidades reiteram uma concepção *bantu*¹⁸ em torno da qual os seres são intimamente ligados aos ancestrais e precisam recorrer aos não vivos a fim de buscar respostas e/ou encaminhamentos às adversidades existenciais. A matriz ioruba também se manifesta neste contexto, posto que os elementos da natureza se apresentam a partir do culto aos orixás na tentativa de potencializar a força vital (*axé*) dos seres. Caboclos e conhecimentos sobre a floresta evocam permanências das diferentes matrizes indígenas, e o cristianismo popular também atua nesta perspectiva, já que as rezas e os santos são recorridos para o trabalho de conexão com o sagrado.

Após um longo trabalho de responsabilidade junto a um terreiro de Umbanda na Penha, Maura se torna benzedeira e passa a desempenhar uma função eminente para a comunidade do bairro Água Rasa. Nesse momento, a colaboradora recebera uma clientela muito diversificada, desde crianças até adultos. Maura pontua o fato deste trabalho ser caridade e as(os) consulentes oferecem em contrapartida o que desejarem, em uma lógica que pode advir de marcas profundas deixadas pelas culturas de matrizes africanas nas formas de viver de grupos afrodiaspóricos. Trata-se da base ético-comunitária do restituir e complementar, princípio que segundo Sodré (2015, p. 237) pode ser descrito como um “humanismo prático concretizado na abertura para as diferenças dentro de um mesmo território político”. Uma relação de existência se desdobra e se faz a

¹⁸ Aqui, é válido ressaltar que o uso do termo *bantu* se refere ao tronco linguístico que compreende inúmeros povos e culturas da África central.

partir de um processo de agregação de sentido e de valor, com responsabilidades e parcerias.

Relações tecidas por laços de solidariedade foram vitais para constituir o paradigma civilizatório da(o) negra(o) brasileira(o), como uma experiência deslocada do individualismo ocidental. No contexto paulistano, é evidente o impacto da urbanização, da metropolização e da verticalização da cidade neste paradigma, porém, as narrativas de Maura, por exemplo, elucidam que mesmo diante das dificuldades cotidianas em todas as esferas da vida social, práticas ancoradas na ideia de comunidade não foram destruídas, constituindo-se em reinvenções e permanências históricas significantes.

É interessante notar que ao aconselhar suas(seus) consulentes, Maura não se opõe ao trabalho do médico, posto que o tratamento é concebido por meio de uma dialética em que “*se deve saber casar as duas alas*”, como ela mesma descreve, a matéria e o espírito. Assim, todas(os) são responsáveis pela manutenção do instável equilíbrio de forças da natureza, visando à preservação da saúde e à fertilidade dos seres vivos.

Justina Maria de Jesus, mãe biológica de Maura, nascera no contexto da escravidão no Brasil. Maura revela que a matiz de sua pele e a de sua irmã Nair são mais claras por conta de uma relação de violência e opressão vivida por sua mãe, abusada sexualmente por seu patrão português. Justina foi casada com Antonio Januário Garcia, homem negro e mais velho que também fora escravizado e que falecera antes do nascimento das meninas. A colaboradora recorda, em

particular, de um momento importante da infância que traduz as memórias do cativo vivido por suas(seus) antigas(os). Tais vivências se desdobram em trajetórias que elucidam a difícil realidade de trabalho das(os) negras(os) no pós-abolição:

A minha mãe lavou roupa na beira do Rio Verde (Itanhandú, MG), tinha já os batedor de madeira, então ela lavava, batia, ela criou nós todos lavando roupa. Enquanto a gente morava no sítio, ela trabalhou na roça, sempre lavando roupa e passando. Quer dizer, agora o que mudou é que a gente vai na casa das famílias fazer, porque antigamente a gente lavava em casa, lavava, passava e entregava já limpinha [...]. Minha mãe nasceu no tempo do Ventre Livre, e eu lembro que minha tia cantava:

Sua bença eu não dou, sinhá!

É bom dia se quiser, sinhá!

O louvado já raiou, sinhá!

É bom dia se quiser, sinhá!

Puxa, o pessoal ficava doido: o que é isso, a gente manda nos escravos e agora não manda mais? (risada) Eles eram em cinco: o tio Vicente, o tio Zé Bento, a minha mãe, a minha tia Maria Benta e uma outra que faleceu. E os pais deles eram Beatriz e Manuel Bento, eles eram da família do Congo.

Ela trabalhava na fazenda deles, e era tudo no ritmo deles, eles que mandavam e tinha que tá na roça as seis horas da manhã, das seis às cinco. E em Minas é tudo cheio de morro, então o serviço era pesado, era plantação de fumo. Eu sei que o lugarzinho que a gente morava era Conquista (MG). As fazenda era só de capim gordura pra criar gado, então aquela carne, aquele leite era puro. Agora, hoje não, é tudo veneno. Eles faziam o queijo e davam o soro pros empregados, não era o leite puro. A gente fazia canjica, pão, fazia tudo, o soro tem toda a fortaleza [...]

A escravidão era muito severa pras escravas, puxava muito

no trabalho, eles abusavam muito delas e pra aguentar isso daí não era fácil. Mas tinha família, tinha tudo, tinha que aguentar.

Minha mãe foi toda a vida muito devota de Nossa Senhora Aparecida. Quando o Aurélio [irmão de Maura] casou, eu trouxe minha mãe pra cá [para São Paulo], a gente então não deixou ela lavar roupa, ela já era de idade, eu falei: agora a senhora fica com a gente, deixa isso. A gente não deixava faltar nada pra ela, graças a Deus [...] Graças a Deus que eu me alembro de tudo, né? Eu lembro de tudo, de tudo, de todos os cantinhos aonde a gente andou.

Estas *mundivivências* (ANTONACCI, 2014, p. 249) são marcadas pelo racismo, máquina de moer gente que tornou desde então a vida das populações negras mais vulnerável. Porém, no entre lugar das fronteiras culturais, as comunidades afro-brasileiras foram capazes de redefinir e reposicionar filosofias brecheiras¹⁹ marcando os espaços do sistema hegemônico. Ao “*se alembrear de tudo, de todos os cantinhos*” por onde sua gente andou, Maura sinaliza em seus trabalhos de memória, o quanto as populações negras percorreram caminhos e lutaram a fim de buscar melhores condições de vida. Nesse sentido, sua subjetividade se constrói no âmbito de memórias plurais, compondo um complexo horizonte de possibilidades expressivas. (PORTELLI, 1996, p. 8) Aqui, um fragmento de memória incide sobre o mosaico das múltiplas experiências dissonantes acerca de um projeto de Nação que se pretendia ocidental, hegemônico, higienizante e branco.

¹⁹ O termo *filosofias brecheiras* foi cunhado aqui na tentativa de se atribuir formas de pensamento que escapem aos pilares dos sistemas hegemônicos, produzindo o que Gilroy (2001), ao tratar do Atlântico Negro, definira como: “*caminhos transversais, estruturas fractais de infinitas possibilidades*”.

Ao situar a importância da alimentação para se pensar a saúde, em comparação aos tempos antigos, Maura relata:

Minha mãe faleceu com 104 anos, por aí. Ela morreu mesmo de coração cansado, mas não tinha doença. Ela foi muito forte e sadia [...]. Hoje é tudo mais fácil, mas todo mundo tem problema, aparece mil coisas. O que tem de errado hoje é o veneno que eles põem nas coisas, então envenena todo mundo. Criança já tem problema que nem adulto. O que nós deveria comer menos é a carne, porque eles dão remédio pro gado, põem veneno na planta e o sangue não aguenta. Hoje o arroz tem, o feijão tem, tudo tem veneno [...]. Então quer dizer, é a comida!

A consciência de Maura quanto ao sistema capitalista de produção e consumo dos alimentos compreende também uma leitura da natureza como provedora dos elementos necessários para assegurar parte da boa saúde que não se restringe ao aspecto físico ou material. Alimentos industrializados ou com agrotóxicos (envenenados) promovem um desequilíbrio na saúde das populações humanas. Tais considerações correspondem a uma consciência ambiental sobre a qual o homem é partícipe de uma cadeia de interações com os demais seres.

Em um dado momento, Maura discorre acerca das necessidades de suas(seus) consulentes e das especificidades do ofício da benzeção.

O pessoal quando vem pedir pra benzer estão necessitado de alguma coisa, porque as vezes eles vão no médico e ele não acerta. Por exemplo, o médico passa antibiótico, mas eu escuto, benzo e passo um tratamento com as ervas.

Então eu benzo de lombriga, benzo da garganta, benzo do ouvido, gente de bucho virado ou espinhela caída, [...]. Pra cada doença tem um tipo de benzeção. Pra cada um tem uma reza bem simples, mas específica. Eu aprendi tudo da cabeça, dos mentor. E cada um reza diferente. A gente benze pela lua, pelo sol [...]. Eu ouço os problemas, mas tem problemas que eu não consigo solucionar sozinha, preciso de outros pra fazer uma corrente de descarga [...]. Tudo tem um lado bom e um lado ruim né, a gente tem sempre que manter o equilíbrio.

No acolhimento à comunidade, a benzedeira propõe um tratamento que dependerá de inúmeros fatores: a situação de saúde física, familiar, mental e espiritual da(o) consulente. A ideia é evocar por meio da palavra, a força vital necessária que será utilizada para o processo de cura. Aqui, o compromisso com a palavra proferida e as palavras de aconselhamento são fundamentais, o que pode ser associado, de certa forma, ao código ético-moral ioruba sobre o qual “ser fiel à palavra é imprescindível, particularmente nas sociedades de tradição oral, onde ela é indispensável à sobrevivência do indivíduo, do grupo e da história.” (SÀLÁMI; RIBEIRO, 2015, p.104)

Em seu discurso também é possível constatar que a dualidade não é entendida como um problema, mas como polos que se combinam e necessitam ser alimentados para a manutenção do equilíbrio. A doença então é apreendida a partir de sua dimensão social, já que implica um desequilíbrio por onde muitas forças se combinam ou se chocam. Assim, as narrativas de Maura, reconstruídas pelos trabalhos da

memória, possibilitam reflexões acerca dos modos de se viver e de se pensar o mundo.

Em estudo dedicado ao entendimento da doença em território Dogon, Barros (2004) assera:

A saúde é percebida pelos Dogon como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e seu meio (visível e invisível, animado e inanimado). Em particular, ela parece envolver a participação plena e satisfatória do indivíduo na comunidade presente, passada e futura do qual ele é membro [...]. Os processos de tratamento (ritos, acolhimentos, medicamentos, encantações) são antes de tudo espaços de negociação, de reinscrição da pessoa à vida coletiva e ao sentimento de pertencimento e não podem ser compreendidos através de separações e disjunções. (BARROS, 2004, p. 226)

É oportuno considerar que outras concepções de tempo atuam na dimensão que se é dada aos seres. Diferentes tempos precisam ser saudados e acessados para que os seres possam adentrar nas cosmovisões que os constituem. Tais espiritualidades são vivenciadas a partir de cosmologias que agem na contramão das religiões reveladas²⁰ (ANTONACCI, 2014, p. 230), e por isso devem ser acessadas e interpretadas para que formas outras de entendimento dos sentidos de saúde, comunidade e cidadania, por exemplo, sejam apreendidos e resguardem a pluralidade da condição humana.

A partir desta micro experiência que resulta nas trajetórias de uma benzedeira na urbe paulistana, é possível

²⁰ O termo aqui se refere sobretudo às religiões monoteístas abraâmicas: o Judaísmo, o Cristianismo e o Islã.

apreender o quanto corpos negros sempre produziram conhecimentos e atuaram em recusa da degradação de suas humanidades. Assim se teceram e se tecem as narrativas da diáspora, por meio de formas fractais que revelaram acertos, negociações e resistências sociais. Práticas ancestrais heterodoxas constituem formas contra discursivas que sinalizam outras epistemes e outras filosofias transgressoras ao ideário do racionalismo ocidental.

Referências

- ANTONACCI, M. A. **Memórias ancoradas em corpos negros**. São Paulo: EDUC, 2014.
- AZEVEDO, A. M. **A memória musical de Geraldo Filme: os sambas e as micro-áfricas em São Paulo**. 224 f. São Paulo: PUCSP, 2006. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2006.
- _____. **Sambas, quintais e arranha-céus: as micro-áfricas em São Paulo**. São Paulo: Editora Olho d'Água, 2016.
- BARROS, D. D. **Itinerários da loucura em território Dogon**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- CARVALHO, A. C. D. **Feiticeiros, burlões e mistificadores**. Criminalidade das práticas populares de saúde em São Paulo – 1950 a 1980. São Paulo: UNESP, 2005.
- FERNANDES, F. **Folclore e mudança social na cidade de São Paulo**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- _____. **A sociologia no Brasil: Contribuições para o estudo de sua formação e desenvolvimento**. Petrópolis: Vozes, 1977.
- GILROY, P. **O Atlântico Negro: modernidade e dupla consciência**. São Paulo, Rio de Janeiro: 34/Universidade Cândido Mendes – Centro de Estudos Afro-Asiáticos, 2001.
- GLISSANT, Édouard. **Introdução a uma poética da diversidade**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.
- HAMPÂTÉ BÂ, A. Amkoullel: o menino fula. São Paulo: Palas Athena 2013.
- _____. A tradição viva. In: KI-ZERBO, J. (dir.) **História Geral da África**. São Paulo: Ática; [Paris]: UNESCO, 1981/1982. p. 181-218.
- HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- LEITE, Fabio. **A questão ancestral: África negra**. São Paulo: Palas Athena; Casa das Áfricas, 2008.
- OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O que é benzeção?** São Paulo: Brasiliense, 1985.
- ORTIZ, Renato. **A moderna tradição brasileira: Cultura Popular e indústria cultural**. São Paulo: Brasiliense, 1998.
- POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. **Revista de Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.
- _____. Memória e identidade social. **Revista de Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n.10, p. 200-212, 1992.
- PORTELLI, A. A filosofia e os fatos. Narração, interpretação e significado

nas memórias e nas fontes orais. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 59-72, 1996.

_____. O que faz a história oral diferente. **Projeto História 14**. São Paulo, fev. 1997.

_____. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na História Oral. **Projeto História 15**. São Paulo, 1997.

RAGO, L. M. **Do Cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890 – 1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RIBEIRO, R. I. e FRIAS, E. R. **Comunidade de Aprendizagem em Território Negro**: Acolhida e dádiva no Parque Peruche (SP). Trabalho apresentado no II Encontro Internacional Cultura, Comunicação, Marketing e Comunidade. São Paulo: ECA-USP, 2015. (no prelo).

RIBEIRO, R. I. ; SÁLÂMÎ, Síkirù (King). **Exu e a ordem do Universo**. 2.ed. São Paulo: Oduduwa, 2015.

RODRIGUES, H. B. C. A história oral como intercessor – em favor de uma dessujeição metodológica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 190-203, 2010.

ROLNIK, R. **São Paulo**. São Paulo: Publifolha, 2014.

SILVA, S. A. G. **Negros em Guaianases**: cultura e memória. São Paulo: PUCSP, 2015. 145f. Dissertação (Mestrado em História) – Departamento de História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2015.

SODRÉ, M. **Claros e Escuros**: identidade, povo e mídia no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000/2015.

_____. **O terreiro e a cidade**: a forma social negro-brasileira. Petrópolis: Vozes, 1988.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. História oral e contemporaneidade. **Revista da Associação Brasileira de História Oral**, São Paulo, v. 5, n.5, jun. 2002.

JONES, L. **O Jazz e sua influência na cultura americana**. Rio de Janeiro: Record, 1967

Fontes Oraís

Entrevistas:

Maura Garcia Cardoso, feita pelo autor entre 2008 e 2017.

As drogas maquínicas de Félix Guattari

Erick Araujo
Vladimir Moreira Lima

*“Nós ‘aprendemos’ a ser indivíduos”
(GUATTARI, 2006, p.31)*

Não podemos nos contentar com uma visão derrotista, com uma abordagem da droga como algo que só estaria expressando a falta. Existe aí também uma micropolítica ativa, uma micropolítica de apreensão de si, do cosmos e da alteridade (GUATTARI, 1996, p. 253).

Apontamentos sobre o mito da droga e a droga significante

Há uma mitologia, extremamente mistificadora, em relação as drogas: elas, apenas, fazem mal, desorganizam a sociedade, acabam com famílias, destroem as hierarquias e, por fim, matam. Um indivíduo drogado não pode responder por si, não cumpre nenhuma ordem; não respeita nenhuma lei. No limite, de acordo com essa mitologia, as drogas se equivalem a uma intrusão do caos, a algo que impossibilita a vida, a própria morte.

Tal mitologia possui uma funcionalidade precisa. É um procedimento recorrente para as forças reacionárias se apresentarem como salvadoras, como aquelas que podem salvaguardar “a sociedade” do caos. Mas há algo mais. Enquanto mantem-se o mito, e nele se acredita, segundo o qual as drogas, de modo quase que exclusivo, são aquelas

portadoras e introdutoras do caos e, assim, desestabilizadoras de um estado de coisas que, se não fosse pela existência dessas substâncias, estaria bem, não é possível ler as práticas dessas forças reacionárias enquanto introdutoras do caos, em toda sua concretude. Introdução operada por todos os meios possíveis e imagináveis.

Existem modos para que essas práticas de introdução concreta do caos passem a ser lidas enquanto reações adequadas a um certo caos que brotaria em diferentes esferas do *socius*. Um desses modos é fazer percorrer por toda malha das existências humanas (sociedades, coletivos, famílias, indivíduos, mas também, por entre as microfissuras de todos esses “entes”) afetos que formam a química explosiva para a emergência e manutenção de uma atualidade fascista. Pode-se pensar no tripé formado pelo cultivo do medo da desorganização e desagregação social, por uma certa esperança de uma “boa sociedade” (independente das significações que carregam os termos “boa” e “sociedade”) e, ao mesmo tempo, o impulso em direção a uma impotência e uma indignação perante um mal que já está aí e parece estar vencendo. O sistema de comunicação, seja a televisão ou as chamadas redes sociais, fazem correr, em um piscar de olhos, todos estes afetos.

Esses afetos não funcionam como elementos que turvariam a vista, fazendo crer que aquilo que se vê é reação ao e não propriamente produção do caos. Tais afetos participam da leitura do mundo, da produção das práticas sobre esse mundo e da leitura das consequências dessas práticas sobre

o mundo. Em suma, os afetos participam da produção e da destruição de mundos.

Se cabe pensar em exemplos um dos mais ilustrativos parece ser a prática policial em relação as favelas, tomadas por ela como zonas de guerra, nas quais pode-se, livremente, atirar, aterrorizar, roubar e matar, direta ou indiretamente. Isto é, nelas não só é possível como deve-se introduzir o caos. Como já se afirmou algumas vezes: não se trata de “guerra às drogas”, trata-se, sim, de extermínio de certas pessoas, genocídio.

Mais que um caso específico, a problemática das drogas é um verdadeiro “analisador” dos modos de existência coletivos. A mitologia que a sustenta, muito rapidamente, sob redes segmentadas entre instituições, saberes e poderes, serve, literalmente, para matar e exterminar a população negra e pobre. Uma outra racionalidade, paralela as transformações do capitalismo, mereceria ser desenvolvida. Ao se percorrer a história do Brasil é possível verificar o investimento sistemático dos poderes dominantes em cima das drogas: por meio da repressão, demonização e segregação de certas substâncias (e mesmo de alguns apetrechos para o uso de certas substâncias, como o cachimbo utilizado por escravos e pessoas negras libertas para o fumo da maconha (BARBOSA, 1998)), reprime-se, demoniza-se e segrega-se aqueles e aquelas que delas fazem uso e, sobretudo, aqueles e aquelas ao qual suas existências são sobredeterminadas, significadas, por parte destas mesmas forças dominantes, como apêndices ou suportes desse mal, como grupos e povos que não possuem nenhuma

outra possibilidade de vida e de sentido que não passe pela autorização deste significante da droga ou, como escreve Félix Guattari (2012), dessa “droga significante” – esse é o título de um pequeno texto em que faz o diagnóstico dessa mitologia.

O procedimento do mito, que talvez seja, inclusive, generalizável para toda operação de poder realizada pelas significações dominantes consiste, em última instância, em retirar o que é considerado (no caso, as drogas) do conglomerado de que faz parte, ou melhor, do agenciamento –voltaremos a esse conceito – do qual participa. Não se trata, apenas, de “retirar de contexto”, nem de isolar de toda relação. Pode-se manejar à vontade algumas variantes, pois estas estão submetidas a uma constante que, por definição, não muda: configura de tal maneira um modo de existência em que a sua forma sempre, totalitária e unidimensionalmente, remeterá a uma expressão significante de um conteúdo.

Talvez caiba, ainda, uma breve proposição de precisão para tal expressão – droga significante. Quando se fala em significante remete-se à constituição de um signo linguístico: a aderência entre uma imagem acústica, um significante, e um conceito, um significado. Tal aderência seria arbitrária. Tudo passa a se complexificar quando o significante passa a fazer orbitar a seu redor todo um conjunto de elementos díspares, desde um conjunto de significações dominantes acerca “da droga” até vidas inteiras, que tal significante passa a denotar, representar e significar. Daí falar em um trabalho de significação em que o significante

despoticamente comanda ao impedir que qualquer outro regime dos signos – bem como as texturas ontológicas a eles imanentes – possam surgir. O significante serve para impedir que qualquer coisa escape a formalização que ele pressupõe e reenvia incessantemente. Formalização essa que é estabelecida por um procedimento de redundância onde, se tratando do que for, é infinitamente remetido a uma ordem, a uma configuração dominante e que serve de dominação da realidade. Assim, pode-se dizer que nada escapa a este significante e que ele tem por função impedir as fugas, as resistências e criações.

Segundo Guattari, há um elemento do mito das drogas que merece atenção: aquele que postula a diferença radical de natureza entre drogas pesadas e leves, legais e ilegais. Assim, fazendo com que as drogas ditas leves e, ainda mais, as legais afastem-se do centro gravitacional da “droga significante”. Há, assim, um trabalho de significação permanente operando e operado por meio da mídia, da ciência, de quem vende, de quem consome, de quem julga quem vende e quem consome, cujo o efeito é a constituição de um processo incessante, redundante e constante de retomada, mesmo que lateral, deste significante.²¹

Como se pode colocar em xeque este mito, esta mitologia? Buscaremos esboçar alguma contribuição, mesmo que pequena, em direção a uma resposta. Para tanto, recorreremos ao pensamento de Félix Guattari.

²¹ Cf. as inesgotáveis análises de Guattari em *La révolution moleculaire*.

Entrevendo uma perspectiva em ruptura com o mito

Antes de mais nada, cabe uma precisão, pois sabe-se que os termos mito e mitologia podem gerar muitos mal-entendidos. É conhecida a narrativa épica do saber ocidental que consiste em se afirmar, desde as origens da antiguidade grega, como um “corte originário”, em oposição aos mitos, narrativas supostamente desprovidas de *logos*. A aurora filosófico-científica “desmistificadora”, traz à luz, tira o homem da caverna. Também se conhece, agora mais perto de nós, o vasto empreendimento de aniquilação da multiplicidade de pensamentos e práticas que a invenção da ciência moderna precisou, por oposição, para se constituir como único dispositivo verdadeiro, única autoridade legítima. Aniquilação concretizada por meio da análise e julgamento dessas práticas a partir de critérios da própria ciência, ou seja, a elas exógenos: assim relega-se ao domínio do fantástico, pois seriam desprovidas de prova, de reprodutibilidade, de verificação e de sentido.

Desse modo, pensamos que o enfraquecimento disso que Guattari chama de mito não passa por uma atitude de apego aos paradigmas científicos que regem toda ação de corte entre uma realidade que seria falsa e outra que seria verdadeira. Há, por exemplo, segundo Guattari (2012, p. 342), uma “mitologia científica” cujo o esforço é o de “definir o mecanismo das drogas duras como sendo oriundo de processos químico-biológicos radicalmente diferentes daqueles de outras drogas.” Ao levar isso em consideração, a retirada

de qualquer dependência de especialidades científicas e/ou judiciais (que também são regidas por paradigmas científicos) emerge como ponto de partida necessário para que se possa pensar e abordar o tema das drogas: o “essencial é frustrar as atitudes simplificadoras diante desse fenômeno, quer se trate de uma pura medicalização, de uma psiquiatrização, de uma psicologização, de uma sociologização, de uma criminalização, etc. Ele [o fenômeno das drogas] tem a sua raiz abaixo de todas estas ‘especialidades.’” (GUATTARI, 2012, p. 341) O mito, nesse caso, para tentar uma rápida noção, parece dizer respeito a um estrato indiscernível entre o significante e a ordem dominante.

Como desmanchar, então, por pouco que seja, a força deste mito? Se não se trata do exercício de mostrar a verdade escondida pela mentira do mito, atitude, digamos assim, epistemológica, também não pensamos ser o caso de – apenas – mostrar a arbitrariedade do poder (em todo caso presente) na construção desse mito. Sairíamos do campo epistemológico para o campo macropolítico. Troca que, por si só, não parece abrir novos caminhos para análise.

Se cabe subtrair toda e qualquer dependência em relação às especialidades pare se abordar as drogas, cabe, desde o início, alargar a ideia que se tem de droga. Esse alargamento é o procedimento utilizado por Guattari para encarar, especificamente, o mito de uma diferença essencial entre as drogas. Para tanto, o autor se utiliza da análise dos efeitos sobre indivíduos e coletividades, gerados tanto por substâncias psicoativas quanto pela *mass media*, por certos

rituais religiosos, pela psicanálise, por repetições cotidianas, mesmo por meios idiossincráticos de ativação de produção de serotonina ou dopamina no próprio corpo. Para Guattari, ao invés das palavras de ordem que constituem o mito e suas drogas significantes, é necessário buscar as palavras ou vias de passagem entre as drogas mais heterogêneas. O procedimento deste alargamento é, portanto, inseparável destas conexões. “A questão da droga se desloca para estas vias de passagem entre as diferentes drogas, sociais, materiais, psicológicas”, escreve Guattari (2012, p. 343).

A partir daí que pode-se dizer: usamos, constantemente, drogas. Ligar a televisão e prestar atenção nela; dispersar-se com os sentidos de urgência das interfaces de um *smartphone*; ser analisado no divã – analisar quem está no divã; acreditar que “os gays” e “os comunistas” irão doutrinar e roubar “nossas crianças”; se indignar, abrupta e desproporcionadamente, devido à corrupção ou ao fim do mundo... Delírios desterritorializados que dão liga a modos de ser. É preciso, apenas, não pensar com metáforas. Tratam-se de drogas. O risco do alargamento, certamente, é a perda de consistência do fenômeno restrito da droga. Ou pior: estabelecer uma simetria homogeneizadora. E a ideia não é fingir que a droga não existe estritamente; que a crítica à “droga significativa” e ao mito, quereria dizer “então não há droga”. A droga existe, pois ela funciona, no seio de um certo agenciamento, de certo modo. Assim, se a droga *strito sensu* não é uma ilusão, o que se irá chamar de droga maquínica, como veremos,

não é uma imaginação, uma projeção. Este alargamento, a partir dele, instaura uma dissimetria radical justamente por considerar que uma “droga” – inclusive a droga *strito sensu* – só ganha suas colorações e seus efeitos no seio de relações heterogêneas entre componentes de um agenciamento, o que faz dela um componente entre outros. Não se trata, então, de um novo sistema de tradutibilidade e equivalência, mas da dupla correlação entre um plano de imanência das drogas e um plano de consistência de suas potências, enriquecedoras ou destruidoras, conforme o agenciamento.

Ora, a principal característica da compreensão do que se chama aqui droga maquínica está na possibilidade de vislumbrar a instauração de condições para que haja um uso doce ou leve de qualquer droga, inclusive das duras, pesadas. Isso está em oposição à apologia mistificadora e reificadora de uma essência doce/leve ou dura/pesada das drogas e de todo sistema de poder que passa através e com este mito. Há um uso leve das drogas ditas pesadas, e um uso pesado das drogas ditas leves. Assim, parte-se desse alargamento, de uma certa desterritorialização da ideia de droga, para retornar sobre a droga *stricto sensu*, com o objetivo de desterritorializá-la, abrindo novas perspectivas sobre a mesma.

Micropolíticas das drogas

Muito se tem dito sobre a falência da “guerra às drogas”: acerca da seletividade carcerária da população negra e

pobre; da manutenção do tráfico de drogas e de sua imbricação com o Estado e o Capital; da imposição de uma ignorância relativa aos múltiplos efeitos possíveis a partir do encontro entre uma droga e um corpo. Além dessas críticas, levantam-se possibilidades de contornar ou, mesmo, botar um fim a tal guerra: pesquisas quali e quantitativas, redução de danos e riscos associados ao uso de drogas, substâncias substitutivas, descriminalização e legalização. Trata-se de procedimentos imprescindíveis e necessários que podem abrir caminhos potentes para o enfraquecimento da mitologia em relação às drogas. Infelizmente são caminhos desde já bloqueados pelos poderes dominantes com os pedregulhos do mito. Desejamos a abertura e a multiplicação desses caminhos. Mas, além disso, pensamos que esta dimensão macropolítica precisa caminhar com uma outra, que devemos chamar, à luz do pensamento de Guattari, de micropolítica.

Por que micropolítica? Primeiramente, porque esta palavra designa um tipo de movimento que não separa uma análise política de uma política da análise. A análise aqui, aliás, deve ser entendida tanto enquanto análise de algum objeto: a atenção, em termos de pensamento, voltada a algo; bem como enquanto análise das formações do desejo que são secretadas no movimento mesmo de uma práxis, militante ou não. De ambos os pontos de vista, mas sobretudo em relação a este último, a micropolítica indica, ao lado da macropolítica, a preocupação em não reproduzir, simetricamente, o mito que se quer combater. Como escreve Guattari (1996, p. 132-3),

[...] os mesmos tipos de elementos, os mesmos tipos de componentes individuais e coletivos, em jogo num determinado espaço social, podem funcionar, a nível molar, de modo emancipador, e coextensivamente, a nível molecular, serem extremamente reacionários e microfascistas. *A questão micropolítica é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante.*

Nesse sentido, parece que a maconha se encontra em uma posição limiar e, talvez por isso, concentre sobre si grande parte dessas movimentações e modificações sociais, políticas, morais. Seus efeitos terapêuticos são cada vez mais veiculados e corroborados por pesquisas; seu uso recreativo passa a ser mais aceito; as manifestações em favor da descriminalização ganham mais espaço e vozes (mesmo que, muitas vezes, aquelas que ocorrem na rua sofram, ainda, repressão por parte da polícia). Há uma tendência que faz da liberação e regularização da maconha, para uso medicinal ou o dito “recreativo”, algo que se põe como sério, de gente de bem, limpa, que deseja consumir em paz, em nada passível de ser relacionada com os sujeitos inomináveis, abjetos, das drogas duras.

Há, evidentemente, um *pathos* segregativo e, quase sempre, racista. Nota-se, mais uma vez, a desconsideração do agenciamento droga em uma sociedade como a brasileira. O caso do uso de crack é exemplar a este respeito. A maioria das pessoas que fazem usos de drogas ditas duras ou pesadas, como é o caso do crack, essa variação da cocaína tratada como uma droga nova e aniquiladora, se encontra em uma

situação infernal: entre as diferentes instituições que buscam reprimi-las, mantê-las sob seu jugo e/ou salvá-las, objetivos que se imbricam e podem ser distintos apenas abstratamente. Dessa forma, parafraseando Pignarre e Stengers (2007), esse jogo institucional parece buscar circunscrever quem usa drogas a uma situação na qual não há outras alternativas a não ser a resignação ou a denúncia, que denotam sempre uma impotência em relação a situação vivida. Daí a razão, segundo Guattari (1996, p. 352), de considerar o aspecto micropolítico:

[...] a dimensão política deriva para uma dimensão micropolítica e analítica, a qual é fundamentalmente inapreensível em termos de militância. Isso não quer dizer que a dimensão micropolítica implique uma implosão contestadora, que proíba toda e qualquer possibilidade de organização da palavra, da ação etc. Quer dizer simplesmente que tal dimensão vai reinjetar de maneira contínua todos os elementos assignificantes, todos os elementos de singularidade; ela vai tornar complexas as questões no momento em que, finalmente, pareciam ser bastante simples; momento em que se pensava ter conseguido chegar a um acordo. É exatamente esse o momento em que se vê que não é nada disso, pois *a própria existência reemerge em sua singularidade*. Essa é a dimensão – eu diria a linha de fuga – da micropolítica fora do campo do militantismo.

Esta perspectiva micropolítica tem, ainda, outra potência que pensamos ser uma via para a construção de uma perspectiva existencial sobre a droga. Aqui, a palavra “existência” vai em um sentido totalmente diferente daquele que habitualmente se apresenta: algo que remete a um “ser-aí-

já-aí”, a alguma facticidade incontornável, uma realidade que se impõe como tal, inegável, que “ninguém pode negar...”. A existência, portanto, no registro da micropolítica, se torna o objeto-sujeito da política; não se lida com o “ser-aí-já-aí”, mas, sim, com *um em vias de...*

Por isso, de modo algum micropolítica significa uma política aplicada a objetos considerados como sendo pequenos. Mais ou menos como consideramos o que está no “cotidiano”, no “privado”, as lutas “secundárias” em oposição ao tempo social, a dimensão pública e a grande luta de classe geral e universal. Micro diz respeito aos elementos imperceptíveis e não necessariamente pequenos. Em conexão com a macropolítica, que manejaria formas, identidades, entidades relativamente estabilizadas, a micropolítica trabalha com todo um sistema de intensidades, de conexão a uma velocidade infinita que, em Guattari, pode ser atribuído ao movimento recriador da existência. Daí porque a micropolítica pode e deve dizer respeito a conjuntos muito vastos – a coletividade, os povos – considerados quali ou quantitativamente, mas não os toma sob os mesmos ângulos que a macropolítica. Por isso, também podemos dizer que a micropolítica é uma espécie de política da existência. No sentido em que a política não pertence mais ao domínio humano, à cidade, ou a qualquer outra forma idêntica a si mesma (velha ou nova), mas pertence à - é da - existência, considerada na sua intensidade, na velocidade de recomposição de consistência de entidades no seio de um agenciamento. Como dizia Guattari, “[h]á tantos

modos de existência quanto modos de agenciamento, quanto proposições maquínicas” (GUATTARI, 2012, p. 511). Se afirmamos a micropolítica como perspectiva existencial em relação à droga, é porque pensamos que, ao lidar com a droga, a perspectiva mais interessante é aquela que busca alcançar o agenciamento que compõe e recompõe a existência da droga e de todos os outros componentes a ela conectados de modos sempre contingentes e singulares.

Isso se justifica, primeiro, pelo fato de que há um primado do agenciamento sobre seus componentes. Especificamente, não há droga por si só, mas tratam-se “de densidades, de intensidades, de modos de administração, de agenciamentos materiais, sociais e subjetivos de drogas.” (GUATTARI, 2012, p.344) Sendo assim, e aqui apresenta-se a segunda justificativa, devido a essa formação do agenciamento, na qual se apresentam, por um lado, elementos materiais – como a pedra de crack, os apetrechos que fazem parte e tornam possível seu uso, os corpos que a utilizam e aqueles que perseguem estes – e, por outro, elementos imateriais – signos diversos que por vezes engrenam-se e estabelecem um modo próprio de funcionamento: viu-se a foto na televisão de um homem negro sem camisa, abaixo escrito “usuário de crack assalta”; ao se ver um homem negro sem camisa na rua, atravessa-se a rua, tremendo. Nesse ponto, no tremer do corpo, vê-se que tratam-se de polos distintos, no entanto, acoplados, gerando efeitos um sobre o outro e efeitos conjuntos sobre o *socius* – mantidos conectados no agenciamento e graças

a ele. Assim, uma perspectiva transversalista apresenta-se como aquela que torna possível apreender os elementos heterogêneos do agenciamento por meio de um corte diagonal, no sentido de que é possível percorrer as diferentes instâncias do agenciamento: as moleculares, pré-individuais, e aquelas molares, que remetem ao indivíduo, à família, à sociedade, entre outras.

A partir do conceito de agenciamento pode-se abrir mão de noções como aquelas de perfil e de comportamento. Noções imbricadas a um modo de operar policial que a partir do levantamento de certos traços comuns pode-se, por um lado, detectar aqueles suspeitos de fazerem parte de certo grupo, mesmo que se esteja sozinho(a) e, por outro, isolar do grupo certos indivíduos “diferentes”, mesmo que nele se esteja misturado(a). Assim, ao se ver um homem negro, maltrapilho, agindo apreensivamente, mesmo que ele se encontre distante de cenas de uso de crack, pode-se identificá-lo como cracudo, nória, sacizeiro e todas as outras variações classificatórias que tendem a abrir as possibilidades de intervenções institucionais, mais ou menos repressivas, sobre tal pessoa. De modo diferente, um olhar sobre homem branco imerso em uma cena de uso de crack parece fazer surgir uma curiosidade sobre que tragédia da vida o fez parar ali e que modos de assistência podem levá-lo de volta ao seu lugar justo na sociedade.

Um agenciamento mantém juntos elementos heterogêneos, enquanto heterogêneos. Por isso a dificuldade de estudá-lo. Trata-se de seguir linhas abstratas que mantêm esses

elementos tão diferentes juntos e as proposições maquínicas que permitem um campo possível de conexão não estabelecida.

Desse ponto de vista, não gostaríamos de afirmar que a perspectiva existencial sobre as drogas – ou seja, a perspectiva micropolítica – dispensa as ciências, as técnicas e tantos outros domínios diversos. Ao contrário, ela os convoca, com ainda mais força, no papel ativo, engajado, que eles podem possuir na recomposição da polivocidade e polimorfia que esta palavra, droga, pode agenciar.²² Guattari irá nos propor uma outra concepção da droga. Na direção contrária das drogas significantes, devemos pensar as drogas maquínicas como um efeito dessa perspectiva micropolítica existencial.

Drogas maquínicas

Maquínico é uma das noções mais importantes do pensamento de Guattari. Difícil resumir, definir, de uma vez por todas, uma noção que foi continuamente reexposta, retomada. E talvez, uma primeira aproximação dela estaria justamente nesse movimento, propriamente maquínico,

²² Podemos pensar nas pesquisas recentes da neurologia nas quais um dos resultados foi a conclusão de que os neurônios são fisiologicamente formados para a recepção do canabinoide. É o caso de se perguntar se não há, nesse caso, um reforço da distinção do mito entre drogas duras e leves. Em hipótese alguma trata-se de desconsiderar a importância (pois se tratam de descobertas verdadeiras) para todos os grupos de pacientes que lutam por regularização da maconha para usos medicinais. Mas seria o caso de pensar porque nenhum cientista está procurando receptores naturais para o crack! Por outro lado, há um trabalho importante a ser feito neste âmbito que, permanecendo científico, de modo algum está condenado reforçar o mito em questão. Cabe citar, a este respeito, o trabalho de Carl Hart (2013) e a inclusão, por exemplo, de vale-mercadorias e dinheiro nos experimentos para verificar se as pessoas ditas adictas em alguma substância escolheriam sempre o uso da substância em detrimento das outras opções. Pode-se dizer que se trata de uma perspectiva científica em que o agenciamento-droga não ficou fora do laboratório.

que envolve estas e outras noções. E, por isso, revela uma disposição do pensamento de Guattari: ao invés de apostar na essencialização por sobre-codificação significativa da realidade, trata-se de obrigar o pensamento, de modo ininterrupto, a ser capaz de atravessar elementos heterogêneos em regime de conexões não interdidas *a priori*. Um maquínico que se diferencia de toda mecânica, portanto. E que aponta para as relações desterritorializadas entre estratos, corpos, substâncias que, a princípio, jamais poderiam se encontrar. Se a noção de máquina, se o maquínico guattariano, não parou de ser retomado e, a cada vez, tenha sido singularizado de modo diferente, tentemos ver, a luz dessa consideração inicial, uma experiência dessa singularização. Dito de outro modo: como funciona uma droga maquínica?

É em um texto do livro *Les années d'hiver*, intitulado “*Les défoncés machiniques*”, que Guattari irá apresentar essa noção de droga maquínica. O próprio título já nos antecipa algumas coisas. *Défoncés* é uma palavra estranha para traduzir. Ela significa literalmente delírio. O francês também possui a palavra *délire*, mas *défoncés* não se confunde com um delírio não-qualificado. Ele sinaliza para um processo e suas texturas. Trata-se do delírio como um efeito da experimentação das drogas. E é nesse caminho que Guattari (1986) vai afirmar que

Deve-se partir de uma definição alargada de droga; os delírios [*les défonce*], para mim, são todos os mecanismos de produção da subjetividade ‘maquínica’, são tudo aquilo que concorre para dar um sentimento de pertença

a qualquer coisa, de estar em algum lugar; e, também, o sentimento de esquecer-se. Os aspectos existenciais disso que eu chamo de experiências de drogas maquínicas não são facilmente detectáveis (...) o alcance subjetivo desses delírios [*ces défonces*] não está necessariamente em relação com a prática em questão [o uso de drogas] ... O que vale é o funcionamento do conjunto. (GUATTARI, 1986, p. 201)

Isto é, o agenciamento. As drogas aparecem como um motivo – no sentido musical – para a produção de subjetividade, de modos de ser, que são instaurados em relação com forças, componentes, elementos e processos que, por todos os lados, explodem a individualização atomizante. Subjetividade não é sinônimo de individualidade, de sujeito, de consciência. Mas estas determinações são, sem dúvida, modos de subjetivação possíveis. “Aprender a ser indivíduo” não quer dizer outra coisa. Pode-se ir tanto na direção do estabelecimento de uma territorialidade dura, fechada, que busca se contrapor à subjetividade capitalística e as coordenadas que elas emanam, mas que acaba desembocando num processo de aniquilação da força de ruptura, quanto ir na direção da criação de um território existencial que singulariza a subjetividade fora dos quadros modeladores das estruturas de poder e consegue, pelo pouco que seja, dar uma consistência, uma vida à ruptura. Neste último caso, até há um território e mesmo componentes consciências. Mas eles são os terminais do processo, não no sentido de finalizá-los, mas pontos de parada ou desaceleração que relançam conexões e rotas. Como os terminais rodoviários ou, ainda melhor, como os terminais informáticos.

Analisemos de perto, mesmo que brevemente, algumas destas drogas maquínicas, ou funcionamentos maquínicos das drogas, para acrescentar, a luz da concretude dos exemplos, as características de sua natureza.

Por diversas vezes Guattari afirma que a psicanálise funciona como uma droga, mas não uma qualquer, mas uma droga própria ao capitalismo. Mais precisamente, as drogas do capitalismo são aquelas que operam em um processo de homogeneização global, trata-se de uma força cujo efeito é laminar as asperezas dos heterogêneos, limitando cada vez mais o processo de criação proveniente dos encontros entre alteridades e, dessa forma, restringindo, mesmo impossibilitando, os processos de singularização subjetiva e de constituição de territórios existenciais díspares. O capital, como escrevia Guattari (2012), modelo de todos os modelos, funciona como uma “operação semiótica” (GUATTARI, 2012, p. 80) que alimenta todos os sistemas de tradutibilidade e equivalências nos meios considerados. Nada pode nascer independente de sua valorização unidimensional e uniformizante.

Cabe lembrar da definição provisória, e mais ampla, de subjetividade, como proposta por Guattari, a saber: “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *território existencial* autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva.” (GUATTARI, 2012a, p.19) Pode ser pertinente, então, dizer que as drogas maquínicas do capitalismo são

aquelas que regulam e controlam as existências a partir dos critérios do e para o capital²³.

Talvez seja adequado buscar compreender, mesmo que de modo breve, o modo de funcionar do capitalismo, antes de buscar apreender como as drogas ditas *suas* emergem e funcionam. O capitalismo impõe um movimento global de desterritorialização o que acarreta, necessariamente, a um movimento de reterritorialização. Sendo que esse ocorrerá sob os termos impostos pelo capital e seus arcaísmos. Aqui, emerge o conceito de território existencial como um modo de lutar contra este esvaziamento de toda singularização e autoavaliação empreendida pelo capital sem desembocar em uma territorialidade enclausurada, enrijecida, presa em suas referências dogmáticas. Os territórios existenciais não são simples territórios, opostos a desterritorialização capitalística. Eles também promovem desterritorialização. São, em todo caso, um modo de composição e recomposição de uma desterritorialização positiva. A reterritorialização que dela segue, por sua vez, se faz na própria desterritorialização. Os territórios existenciais são territórios da e na desterritorialização. Maneiras de manter em aberto virtualidades e processualidades imanentes aos processos de singularização que eles são capazes de realizar.

Quando se diz que o capitalismo impõe um movimento de desterritorialização, tal movimento se dá sobre tais territórios existenciais, promovendo uma deriva generalizada, implicando

ou a destruição, a devastação ou o impedimento do surgimento destes territórios, de suas proliferações. Nesse processo, o capital, por meio do que Guattari chama de captura, faz tais corpos e subjetividades em deriva colarem sobre certos territórios por ele forjados. Destarte, as existências passam a girar em torno do e a serem geridas pelos meios impostos pelo Capital e, dentre esses meios, emergem as drogas. Pode-se, nesse sentido, então, falar de dependência, tendo em vista que, diferente de componente em certo território existencial, as drogas passam a funcionar como o próprio território, as existências passam a se assentar sobre as drogas e o agenciamento inteiro é marcado por uma força abismal deste único componente, que funciona como um centro. Este componente se destaca, nada funciona com ele, mas dependente dele. As drogas significantes, assim, são sempre acompanhadas de algo que nós chamaríamos de *dependência dura*, quer se trate de drogas ditas duras ou não, quer se trate de drogas *strito senso* ou não. E se falamos aqui de funcionamento, não propomos que há o funcionamento de tal ou tal droga, mas sim um modo de funcionar possibilitado por um agenciamento e, ao mesmo tempo, possibilitando tal agenciamento e possíveis conexões ainda inéditas. Questão pragmática: quais usos das drogas as edificam e as posicionam em um centro opressivo, consigo mesmo ou com outros (raças, povos, grupos...), e quais usos fazem com que a droga seja posta em uma encruzilhada, diferente por natureza de um centro, que abre conexões para a recomposição permanente e intensificação da existência ou, no mínimo, permite uma

23 Nessa mesma direção que o autor pode afirmar que o stalinismo, hitlerismo, o fascismo são como drogas duras coletivas.

resistência ao gigantesco processo mortífero de aniquilação das forças da vida?

Cabe perguntar, então, acerca das possibilidades, para além das drogas do capitalismo, de um modo de encarar, tanto no campo teórico quanto prático, as drogas como possíveis componentes territoriais; elementos que funcionaram a serem equacionados, combinados a outros tendo em vista a constituição de novos territórios existenciais, em outras palavras, “possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se ressingularizar.” (GUATTARI, 2012a, p.17)

Ora, é preciso ainda frisar que os territórios existenciais não são zonas fechadas, conquistadas por uma vez por todas. Nem o paraíso nem um espaço de segurança e garantia da natureza boa do que está em curso. Eles são uma tentativa, uma experimentação, que negocia, o tempo inteiro, com os poderes da dependência dura.

Pode-se perguntar, assim, acerca do funcionamento de uma droga em um processo de singularização e ressingularização de certa existência. É o caso da relação entre o *bebop*, um modo de se fazer *jazz*, e a heroína (JONES, 1967), uma droga dita dura, pesada.

O *bebop*, segundo LeRoi Jones (1967) (posteriormente chamado Amiri Baraka) “foi o único tipo de ideia que pôde restaurar alguma excitação e beleza no *jazz* contemporâneo” (JONES, 1967, p.202). Foi a manifestação de uma criatividade quase que sem precedentes na música como era produzida

até então. Concomitante a essa criatividade consolidava-se o isolamento social vivido pelas pessoas que produziam ou estavam envolvidas com o *bebop*. Mas, até aí, não há com o que se surpreender: tratavam-se, majoritariamente, de pessoas negras, alvos do tradicional isolamento em relação aos Estados Unidos da América *mainstream*, os EUA *branco*. Entretanto, algo se modificou. Não se lidava mais com o mesmo tipo de isolamento; era uma prática: “um culto de proteção, bem como de rebelião” (JONES, 1967, p. 204). Assim, “o cavanhaque, a boina e os óculos [como aquele de Dizzy Gillespie] não eram acidentes [...], eles apontavam para um modo de pensar, para uma resolução emocional e psicológica acerca de uma necessidade social ou atitude, não tão obscuras assim. Era o início da fluência do negro com alguns dos cânones do inconformismo formal ocidental, o que constituía uma fácil analogia emocional para os trezentos anos de inconformismo não-intencional que sua cor reafirmava a cada instante.” (JONES, 1967, p.204) A partir daí, o “uso de narcóticos, demasiadamente enfatizado, mas ainda assim bastante difundido, não apenas entre músicos e aqueles influenciados de modo semelhante, mas também entre pessoas negras pobres, deve se tornar compreensível. Usuários de narcóticos, em especial aqueles adictos à heroína, isolam-se e são um grupo isolado dentro da sociedade. Eles são o grupo mais autoconfiante existente na sociedade [...]. Heroína é a droga mais popular entre pessoas negras porque, parece-me, a própria droga transforma aquela separação normal das pessoas negras em relação à corrente principal da sociedade em uma

vantagem” (JONES, 1967, p.205). Tendeu-se, assim, a “isolar, de maneira ainda mais definitiva, o culto de proteção e rebelião.” (JONES, 1967, P. 205) Linhas de um uso doce de um droga estrito senso tomada como dura. Mas esse exemplo é realmente notável. Pois podemos perceber o quanto isso permitiu, pelo mínimo que seja, e sem idealização afobada, a subjetividade afro-americana forjar e criar um território existencial, usando-a como componente, diante do esmagamento racista que surgia não só das relações históricas-sociais mas também, atravessado por estas, pela capacidade inaudita dos músicos brancos, hegemonicamente, em capturar, alisar e lucrar com a música negra. O *bebop*, assim, é literalmente uma droga maquínica (como o *freejazz* será em condições relativamente análogas ao enfrentar outros problemas e a recriar outros territórios existenciais...). Como escrevia Guattari (2012),

as drogas doces são consumidas por pessoas que constroem para si uma micro-economia de desejo, agenciamentos mais ou menos coletivos no seio dos quais a droga só intervém a título de componente. Uma droga pode ser dita doce a partir do momento onde ela cessa de ir no sentido de uma individuação subjetiva, de um cercamento, de um corte com as realidades exteriores. Ela se presta a presentificar agenciamentos coletivos de enunciação, permitindo a certos indivíduos de sair de suas inibições, de colocar em questão seu modo de vida, suas preferências morais e políticas, seu desenvolvimento material e social. (GUATTARI, 2012, p. 345)

E como toda droga maquínica, ela está sujeita a funcionar no registro da droga significativa: o uso duro do

bebop, por exemplo, quando se acreditava que para tocar como Charlie Parker seria necessário se drogar como ele. Como se fosse possível “inferir que as drogas produzem um modo de expressão específico” (GUATTARI, 2012, p. 345), que uma substância pudesse causar o que uma existência negra agenciou. Trata-se, para Guattari, de um caso simetricamente inverso do mito e, portanto, pertencente, de modo pleno, a ele: “[u]m dos elementos constitutivos do mito das drogas duras reside na ideia que elas favorecem uma produção original, específica.” (GUATTARI, 2012, p. 345)

Na perspectiva micropolítica, os agenciamentos desfazem os modelos e os julgamentos transcendentais. É necessário multiplicar as análises, as entradas, para atingir este ponto pragmático dos usos. Por isso, talvez caiba, ainda, mais um exemplo.

Uma equipe de redução de danos²⁴ entrou na casa de uma mulher que atuava como parceira no trabalho junto à comunidade. A entrada na casa de tal parceira não pode ser analisada como algo insignificante. Geralmente os insumos e as conversas tecidas entre a equipe e ela eram realizadas na calçada. A maior parte das pessoas que atuavam como parceiras

24 Cabem as palavras de um redutor de danos para definir tal prática/serviço: “nosso princípio é não fazer guerra contra as drogas”, trata-se de “propor técnicas que estão relacionadas com uma parte muito íntima da vida de cada um: que é a sexualidade e o uso de drogas” (Domiciano em entrevista concedida à LANCETTI, 2009, p.59). O foco de trabalho é melhorar “a qualidade do consumo de drogas” (Domiciano em entrevista concedida à LANCETTI, 2009, p.63) e ofertar meios que sirvam como proteção à saúde. Interessante notar que, muitas vezes, tais profissionais foram ou são usuárias de drogas, o que parece apontar para uma expertise concreta que possibilita o desenvolvimento da prática de redução de danos; mesmo que se trabalhe como redutora sem que nunca se tenha entendido como usuária de drogas, a prática em questão é afetada, varia e se desenvolve a partir dessa expertise.

do serviço convidava a equipe para entrar em suas casas, nesse processo e durante as conversas tecidas nas residências, a pessoa parceira torna-se, também, usuária do serviço. Ela não. Se ela era uma efetiva parceira do serviço de redução de danos, era, no máximo, uma usuária potencial. Tal parceria se concretizava na distribuição de insumos aos seus conhecidos que, assim como ela, faziam uso de crack. Dentro da casa, o “cheiro metálico denunciava que ela havia acabado de fumar uma pedra de crack.” (PETUCO, 2010, p.35)

[Ela] estava muito *louca*, e passou a falar desorganizada e compulsivamente. Falou sobre seus filhos e sobre o modo como conseguiu evitar que esses fossem retirados pelo Conselho Tutelar. Falou sobre violência policial, e sobre o abuso sexual, nos intimando a responder se achávamos que um homem tinha o direito de passar a mão em uma mulher apenas por ser policial militar. Falou sobre amigos e amigas em função da AIDS, da droga e da violência. Falou muito, verbosamente, misturando os assuntos de modo que um tema se transformava em outro repentinamente, para retornar ao ponto original de maneira igualmente repentina logo em seguida. Falou durante muito tempo, misturando sua voz aos reclames que interrompiam de tempos em tempos a novela das oito. (PETUCO, 2010, p. 35)

O crack está conectado a uma existência, que está conectada ao mundo, o crack se conecta ao mundo. Tudo se conecta. O delírio (*défonce*) verborrágico, o *estar muito louca*, não só abre possibilidades de conexão entre a mulher e a equipe de redução de danos. Conexão possível desde que essa

seja capaz de, ao mesmo tempo, se desancorar de si mesma e engatar-se a algum dos movimentos propostos na fala; cujos efeitos seriam a emersão de uma parceira/usuária do serviço, que ao fazê-lo engatar-se a seus movimentos torna-o mais poroso à heterogeneidade. Dando, assim, concretude ao princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O delírio questiona o mundo como ele é conhecido (a violência das instituições – seja o conselho tutelar ou a polícia; o sexismo; saúde, drogas). Ele intima a responder. Assim, coloca-se *diante de e no* mundo. Aqui, pode-se dizer, é o momento maquínico de produção da subjetividade, como apresenta Guattari, no qual a droga atua como componente, mesmo catalisador. Cabe lembrar que: “[c]riam-se novas modalidades de subjetivação do mesmo modo que um artista plástico cria novas formas a partir da palheta de que dispõe” (GUATTARI, 2012, p. 17), com os elementos que lhe são possíveis. Dessa maneira, não se tem ao centro a droga ou o uso da droga, mas os agenciamentos do qual a droga participa como componente, seja aquele apresentado resumidamente como mulher-crack-equipe, que impulsiona o questionamento do mundo e uma produção subjetiva; seja aquele mulher-crack-conselho tutelar-polícia, que aprisiona, imaterial e, por muitas vezes, materialmente.

O delírio verborrágico, como ele apareceu, pode ser uma abertura, uma porta para a conexão, um modo de questionar o mundo que, por vezes, não trará respostas definitivas, ou mesmo coerentes, mas permitirá certas conexões (como

aquela possível com uma equipe de redutores de danos) que impulsionam modificações nas questões ou a emersão de novas perguntas, em suma, um certo desvio de um pensar/questionar/existir em um ciclo fechado e, talvez, um desvio da droga usada. Talvez se lide aí com um uso leve/doce, em um e graças a um agenciamento. No entanto, pode-se pensar, pelo menos, em dois outros itinerários do polo leve/doce ao duro/pesado. O primeiro: tais aberturas configurem-se como dependentes de certo elemento; a possibilidade de conexão aparece vinculada, por exemplo, a certa substância. A abertura é possível, mas só o é devido a um fechamento sob certo elemento; a abertura mesma torna-se um terreno movediço. A abertura relativa a um uso leve não pode ser entendida como garantia, uma receita, uma conquista. Estamos aí no âmbito de uma “dependência leve”, em que a substância não sobrepõe e mesmo assim é um componente importante de um agenciamento. Não se equivale horizontalmente aos outros nem modela ou suga os outros. O segundo: a droga e seu uso configuram-se como forças gravitacionais que arrastam toda uma existência; tem-se aí algo da natureza daquilo que aludimos sob o termo “dependência dura”.

A opção de uma atenção voltada aos agenciamentos, aos cofuncionamentos complexos de elementos heterogêneos conectados cujos efeitos não são predeterminados, permite a percepção de uma linha tênue e sutil entre um uso doce/leve e um uso duro/pesado de qualquer elemento que passe a funcionar como droga. Parece-nos que a esse caráter tênue

e sutil apresenta-se como mais prudente e adequada uma aproximação ao dito “problema das drogas” que apresente, também, uma sutilidade, uma delicadeza.

A questão não é tanto “a vida é frágil”, logo precisa-se protegê-la. As respostas a essa questão parecem ser limitadas a certos percursos: 1) usuários são internados tendo como finalidade uma dita salvação; 2) dependendo da cor da pele e da classe social, as chances de serem vistas enquanto pessoas usuárias de drogas que merecem uma certa salvação diminuem, e aumentam aquelas de serem vistas como criminosos e, portanto, de serem encarceradas, para desse modo a vida em sociedade ser salvaguardada; 3) aqueles que se encontram na ponta do mercado varejista de drogas também são encarcerados, mas é ampliada a probabilidade de serem executados, já que apresentam-se automaticamente como a morte em vida da organização social; 4) no entanto, esses entram, também, em um ciclo interminável de autoproteção por meio da vingança, constituindo-se como oposição necessária à existência daqueles que buscam exterminá-los. E, ainda, configuram-se como um empreendimento mortífero, associando-se muitas vezes àqueles que por vezes os exterminam, para conquistar e manter outros pontos no complexo mercado das drogas registradas como ilegais. Aqui, assim, a própria ideia de segurança e proteção – como máscaras da repressão – da vida aparece como uma droga cujo uso torna-se pesado e agencia-se a um conglomerado de apetrechos, por vezes mais letais do que aquilo do que se busca proteger.

Tal sutileza e delicadeza colocam em questão, assim nos parece, que “viver é perigoso”: os terrenos movediços e as dependências duras estão sempre a espreita. Sendo assim, a indagação chave para aquelas e aqueles que pensam, trabalham, atuam, usam, em suma, agenciam-se com as drogas parece ser: que meios concretos de apoio e cuidado mútuos podem ser estabelecidos para viver diante do perigo que é inerente ao viver. E, como escrevia Guimarães Rosa (1988, p. 273), “viver é muito perigoso; e não é não.” As aberturas são intermináveis, as conexões criativas são muitas: entre o fatalismo provável e o paraíso das certezas redentoras, a existência persiste nas suas possibilidades de ricas e perigosas investidas.

Uma máquina concreta à guisa de conclusão

Voltemos, então, a “nossa situação”, diante de nós. Não é possível, na atualidade, perder de vista este estrato mais endurecido do poder. Dentre as proposições para a saída dessa situação caótica imposta pela “guerra às drogas” encontra-se uma que, pode-se dizer, mostra-se aberrante e, talvez por isso mesmo, interessante: uma distribuição gratuita de drogas. Não apenas uma descriminalização ou uma legalização. Mas uma distribuição, um engajamento coletivo, que deverá envolver usuários, instituições, saberes... O que é possível? O que uma máquina concreta montada, pronta para negociar com os estratos mais duros as linhas de virtualidade e ressingularização pode desencadear?

Assim, colocando-se em livre circulação diferentes drogas, também aquelas ditas duras ou pesadas, como o crack, poder-se-ia, em princípio, tanto enfraquecer o poder de instituições como a polícia e o tráfico varejista de drogas exercido sobre pessoas que fazem uso dessas substâncias quanto oferecer opções substitutivas de qualidade, ou seja, drogas que possam ser experimentadas como soluções para condições de dependência dura. Sobretudo, ao fazer tal proposição, Guattari (2012, p. 341) tem em vista “uma nova relação de força entre as pessoas interessadas” – isto é, aquelas que fazem uso de drogas restritas ao campo da ilegalidade – “e os poderes públicos”, dos quais, além do judiciário e da polícia, não se podem subtrair nem o tráfico de drogas nem as milícias. Já que o primeiro se entrelaça com o Estado, pois possui “comando político centralizado, quadro hierárquico definido, controle territorial [...]” e “participação de homens públicos em suas redes” (BARBOSA, 2001, p. 167); e a segunda é composta, em parte, por agentes ou ex-agentes do Estado, como policiais, bombeiros e outros servidores públicos. (MENDONÇA, 2014) Sendo assim, para instaurar tal nova relação parte-se de um princípio: “interditar aos juízes e aos policiais” – assim como a qualquer uma dessas instituições paraestatais – de “qualquer intrusão repressiva nesse campo [das drogas].” (GUATTARI, 2012, p. 342)

Ainda sobre tal proposição, certamente tendo em mente o argumento segundo o qual tal distribuição levaria a um aumento no consumo de drogas, Guattari (2012, p.342), afirma que, em um tal “regime de liberdade”, se chegaria à “diminuição

do volume de consumo, em razão da perda de intensidade do mito” (GUATTARI, 2012, p. 342), veiculado pela ciência, pela mídia, pelo tráfico e por algumas pessoas usuárias, segundo o qual as drogas duras/pesadas – mas pode-se incluir aí todas as circunscritas ao campo da ilegalidade – apresentam uma natureza radicalmente diferente de outras substâncias, como medicamentos, estimulantes ou alimentos, como também de outros elementos: a televisão, o celular, um dogma religioso ou político. Daí a necessidade de problematizar a categorização entre drogas duras ou doces, pesadas ou leves e, certamente, legais e ilegais. O que se propõe, aqui, como central para qualquer análise relativa ao que se chama droga, qualquer que seja, são suas conexões efetivas, ou seja, os agenciamentos de que faz parte; a maneira como que atua enquanto componente de territórios existenciais ou mesmo como território em si, fazendo existências inteiras girarem ao seu redor.

Referências

- BARBOSA, ACR. Segmentaridade e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. **Rev ALCEU**, v.2, n.3, p.166-179, 2001.
- _____. **Um abraço para todos os amigos**. Algumas considerações sobre tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Niterói: EDUFF, 1998.
- GUATTARI, F. **Les années d’hiver (1980-1985)**. Paris: Ed. Barrault, 1986.
- _____. **The Anti-Edipus Papers**. Cambridge: MIT Press; 2006.
- _____. **Caosmose**. Um novo paradigma estético. São Paulo: 34, 2012a.
- _____. **La Révolution Moléculaire**. Paris: Les Prairies Ordinaires, 2012.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996.
- HART, C. **High Price**. A neuroscientist’s journey of self-discovery that challenges everything you know about drugs and society. New York: Harpen Collins, 2013.
- LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec. 2009.
- MENDONÇA, T. **Batan**: tráfico, milícia e “pacificação” na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. UFRJ, 2014.
- PETUCO, DRS. Nunca fui tão trabalhador em saúde quanto naquele dia. In: MANO, Maria Amélia Medeiros; PRADO, Ernande Valentin do. **Vivências de educação popular na atenção primária à saúde**: a realidade e a utopia. São Carlos: Edufscar, 2010.
- PIGNARRE, P; STENGERS, I. **La sorcellerie capitaliste**. Pratiques de désenvoûtement. Paris: La Découverte, 2007.
- ROSA, G. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

Arte e Cuidado em Saúde: um estudo com base nas narrativas de vida

Daniel Noro de Lima
Túlio Batista Franco
Luiz Carlos Hubner Moreira

Introdução

Este texto pretende discutir as relações da arte com a saúde, através dos encontros de vidas e a capacidade que estas têm de produzir afetações entre si. Isto repercute na produção de modos de existência e cuidado à saúde sob a perspectiva da potência que cada um carrega consigo. O encontro proporciona a realização desta potência que se reverte na produção do cuidado.

Partimos do pressuposto que a intervenção de saúde contempla ao mesmo tempo processos de subjetivação e aqueles que se passam na transdisciplinaridade da clínica, ou ainda relações entre o clínico e o não clínico (clínica e política, clínica e filosofia, clínica e arte, etc.), portanto é compreendida como uma ação de transversalização. Assim como na produção do cuidado, o coeficiente de transversalização da clínica é uma aposta nos devires presentes em potências variadas de criação. (PASSOS, 2009)

Segundo Franco e Merhy (2013), os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo, que

respondam a soluções para seus problemas. Buscam indiretamente autonomia na capacidade de viver a própria vida e aumento na sua potência de agir e de criar maneiras de viver melhor.

A vida não deve ser vivenciada a partir de necessidades, e sim de uma produtividade, de uma potência. (DELEUZE, 2002) Toda potência é inseparável do poder de ser afetado, e este encontra-se necessariamente preenchido por afecções. A afecção é o estado de um corpo quando sofre uma ação de outro corpo.

Por meio dos encontros são produzidas intensidades, que nos atravessam como linhas de força agenciando-nos, produzindo afetos e nos movendo em indeterminada direção. (DELEUZE, 2002) Quando os afetos produzem paixões alegres, ampliam a potência de agir. Do contrário, quando preenchido por paixões tristes, o indivíduo tem sua potência reduzida. Assim, encontros com forças que comonham com sua essência, tendem a aumentar seu “gosto pela vida”, enquanto outros que degeneram a essência, tem a tendência de diminuí-lo.

Os modos de existência, emergem das tensões entre relações de forças tanto internas quanto externas; não necessariamente convém uns com os outros, são, portanto, disputa de potências.

Os afetos podem tanto nos enfraquecer, quando diminuem nossa potência de agir e decompõem nossas relações (tristeza), quanto nos tornar mais fortes, quando aumentam nossa potência e nos fazem entrar em um indivíduo mais vasto ou superior (alegria). Daí trazemos a questão que se relaciona

com nosso próximo tópico a ser abordado - a capacidade de ser afetado: o que pode um corpo? De que afetos ele é capaz?

A afecção, pois, não só é o efeito instantâneo de um corpo sobre o meu, mas tem também um efeito sobre minha própria duração, prazer ou dor, alegria ou tristeza. São passagens, devires, ascensões e quedas, variações contínuas de potência que vão de um estado a outro: serão chamados afectos[...]. (DELEUZE, 1997, p. 156-157)

Deste modo, entende-se que as afecções são produtos do afeto, as consequências produzidas no corpo quando este foi afetado. Procura-se então, identificar quais afetos estão atravessando nosso corpo em dado momento e como se compõe com afetos de outros corpos, e ainda quais são as afecções que estão sendo geradas, os efeitos produzidos. Nesta relação há a possibilidade de uma transformação mútua a partir da relação com o outro, compondo algo mais potente para os corpos em pleno processo de singularização. (DELEUZE, 1992)

Vimos então, que as intensidades produzidas nos encontros são capazes de afetar os corpos. Contudo, essa capacidade que o corpo tem de ser afetado não é uma constante. Diferentes corpos têm diferentes aberturas para os afetos, em determinados momentos. O mesmo corpo, tem diferentes graus de abertura para ser afetado de acordo com o momento e com o poder que determinado encontro tem de afetá-lo. Veremos nas próximas linhas, como se cria a abertura para os afetos, para a produção de desejos, ou ainda como criar para si um Corpo Sem Órgãos (CsO).

Arte: agenciando com afetações a produção de subjetividades

Consiste um dos maiores desafios deste estudo a discussão que agora se inicia, que busca compreender o campo da arte, não para defini-la, mesmo que fosse possível, mas minimamente qualificá-la quando em relação com os corpos, agenciando-os. Como já mencionado, um agenciamento é uma linha de força que ao encontrar um corpo sensível, tem a capacidade de afetá-lo.

Arte está intimamente ligada aos afetos segundo Deleuze (1992). É uma linguagem cuja comunicação se dá por meio dos afetos. A arte se compõe por perceptos e afectos, e conserva-se como um bloco de sensações. Estes não dependem de ninguém para sua experimentação, existem em si, são potências. Como um motor que, mesmo desligado, carrega consigo toda a sua potência. A Arte existe em si, como potência de produzir afecções, como conceitua Deleuze:

A arte é a linguagem das sensações, que faz entrar nas palavras, nas cores, nos sons ou nas pedras. A arte não tem opinião. A arte desfaz a tríplice organização das percepções, afecções e opiniões, que substitui por um monumento composto de perceptos, de afectos e de blocos de sensações que fazem as vezes de linguagem. (DELEUZE, 1992, p. 228)

A arte “fala” pelos afetos e sensações. “*O artista faz vir diante de nós pura sensação*” (DELEUZE, 1992, p. 217).

Contudo, não existe significado a priori, não há sensação anterior à sua experimentação. Estes emergirão somente após o encontro da arte com o sujeito, onde sua abertura ao afeto irá determinar a maneira como irá transformá-la em afecções. Por meio do CsO, somos capazes de experimentar e produzir afecções no encontro com Arte.

Deleuze nos dá pistas a respeito do objetivo da arte e da produção do artista:

O objetivo da arte, com os meios do material, é arrancar o percepto das percepções do objeto e dos estados de um sujeito percipiente, arrancar o afecto das afecções, como passagem de um estado a um outro. Extrair um bloco de sensações, um puro ser de sensações. (DELEUZE, 2007, p. 217)

O intuito da composição artística é “transpor seus limites como forma estética e material, é vazar da moldura e inundar como um bloco de sensações”. (DELEUZE, 1992) A arte também pode ser compreendida como forma de expressão, de produção de linguagem e pensamento, e de criação, como nos mostra Rolnik (2006):

A especificidade da arte enquanto modo de expressão e, portanto, de produção de linguagem e de pensamento é a invenção de possíveis – estes ganham corpo e se apresentam ao vivo na obra. Daí o poder de contágio e de transformação de que é portadora a ação artística. (ROLNIK, 2006, p.2)

O poder de contágio e de transformação que tem a arte ao inventar possíveis, é proporcional à potência

enquanto agenciamento na produção de outros modos possíveis de existência.

Rolnik (2006, p.2) concorda que os encontros com expressões artísticas podem provocar a abertura a novos afetos, o que ela chama de “superação da anestesia de vulnerabilidade ao outro”. Deixar-se sensível às intensidades que são produzidas no encontro; abertura para ser afetado. Afirmar ainda que esta vulnerabilidade depende da ativação de uma capacidade específica do sensível, e é condição para que seja possível criar modos próprios de vida, com o qual construímos nossos territórios de existência e nossa subjetividade. Em outras palavras, a arte nos convida para a produção de um CsO.

Deste modo, a arte atua como potência de convocação da vibratibilidade (DELEUZE, 1992). Esta, segundo Rolnik (2006, p. 3), seria a capacidade subcortical do nosso corpo e por meio da qual seria possível “apreender o mundo em sua condição de campo de forças que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações”. O exercício da capacidade do corpo vibrátil opõe-se a lógica de apreensão da realidade da capacidade cortical, responsável pela percepção, a qual nos permite apreender o mundo em suas formas para, em seguida, projetar sobre elas as representações de que dispomos, atribuindo-lhes sentido. É por meio desta relação paradoxal que surge o potencial criativo e a busca pela significação de novos mundos. Sobre estas relações, nos fala Rolnik (2006):

É a tensão deste paradoxo que mobiliza e impulsiona a potência do pensamento/criação, na medida em que

as novas sensações que se incorporam à nossa textura sensível são intransmissíveis por meio das representações de que dispomos. Por esta razão elas colocam em crise nossas referências e impõem a urgência de inventarmos formas de expressão. Assim, integramos em nosso corpo os signos que o mundo nos acena e, através de sua expressão, os incorporamos a nossos territórios existenciais. (...) (ROLNIK, 2006, p.3)

Pozzana e Kastrup (2009, p.19), utilizam outra maneira de se falar sobre a abertura a novas existências que Arte pode agenciar. Consideram que os signos da arte (que produzem diferentes efeitos sobre a subjetividade e portam sentidos diversos) “retroagem sobre os demais sistemas de signos, transpondo limites e reconfigurando o si e o mundo”. São capazes de produzir efeitos de invenção de mundo, pois a experiência com Arte “transborda os limites do mundo conhecido, apontando para sua abertura.”

Percebemos, portanto, a arte como possibilidade de atuar como agenciamento nos corpos, como linhas de força que o atravessam, no sentido da produção de subjetividades e da imersão em suas próprias singularidades, sendo portanto capaz de provocar desterritorializações e novos modos de existir.

A subjetividade é essencialmente social e está em circulação nos conjuntos sociais em distintas intensidades; ela é assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à

subjetividade tal como a recebe, o que resultaria em um indivíduo fabricado, modelizado e serializado (aspecto favorecido pelas mídias capitalísticas), nesse caso Guattari e Rolnik (1996) classificam este processo como individualização; ou no outro extremo, viveriam a subjetividade sob uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade transformando-os ou os “engravidando”, produzindo um processo de singularização, um modo existencial que aceite o desejo e que construa formas mais livres de viver. (DOREA, 2002)

Seria esta a proposta de se olhar para os encontros com expressões artísticas quando estas contribuem para a ressignificação de territórios existenciais, para a produção de singularidades, dando a oportunidade para a produção de novos desejos e a emersão de devires.

Deleuze (2002) lança uma questão importante para nos ajudar a pensar sobre saúde, aumento da potência de viver e de construções singulares de existências: a subjetividade reencontraria o corpo e seus prazeres, contra um Desejo tão submetido às normas? Neste caso, compreendo estas leis como sendo as “forças de fora” que tencionam à padronização dos desejos, a máquina da qual fazemos parte, que tende a capturar nossa liberdade de desejar de maneira singular.

Temos algumas pistas sobre as possíveis respostas a esta pergunta. Ainda segundo Deleuze (2002), a luta pela subjetividade é uma resistência às determinadas formas de sujeição: por um lado, a individualização de acordo com as

exigências do poder; e pelo outro, ligar cada indivíduo a uma identidade determinada e imutável. Deste modo a luta pela subjetividade se apresenta como direito à diferença, à variação, à metamorfose.

A libertação da produção subjetiva da vida, operada sob um posicionamento ético (práticas, ações, forma de se colocar o mundo), se conecta à ideia da vida como obra de arte dentro de uma “estética da existência”: dar forma à própria vida, inventar formas de se viver e para viver, modo de habitar o mundo.

“Todos nós, na produção da nossa existência produzimos obra de arte. A existência é uma obra de arte” - afirma Emerson Merhy afetado pelos encontros com arte a céu aberto em Inhotim-MG. Coloca sob a perspectiva dos afetos o encontro entre duas existências, assim como o encontro com a obra de arte convoca o seu corpo sensível para “ver” e ser “vista” numa relação dialógica relacional (dentro e fora). A existência do outro, diante da sua existência, te convoca a colocar o seu corpo sensível à frente do seu pensamento se apresentando tão instigante quanto qualquer “pintura genial”, pois quando nos relacionamos com o pensamento à frente do sensível, não conseguimos “ver” a pintura, assim como não permitimos que a pintura nos “veja”.

Metodologia

A busca por um método que permitiu alcançar nossos objetivos, passou necessariamente pela capacidade de

evidenciar subjetividades e experiências no campo do vivido. Para tanto, utilizaremos um método qualitativo, para a exploração dessa realidade.

Nossa proposta metodológica insere-se no campo de construção do conhecimento nas Ciências Humanas e Sociais em Saúde, e reconhece que a produção de conhecimento é um espaço de relações de poder, portanto política. (MERHY et al., 2016) Afetados pela pesquisa “RAC – Redes de Avaliação Compartilhada: avalia quem pede, quem usa, quem faz” buscamos operar o conceito de ciência nômade. Esta não se destina a tomar o poder, e aposta numa “produção nômade e ambulante” que consiste na invenção e reinvenção de ferramentas epistemo-metodológicas durante o curso da investigação. (MERHY et al., 2016)

Adota-se aqui a ideia de que “o método é o encontro, o resto são ferramentas” (MERHY et al., p. 19, 2016), e o conhecimento “se processa como ativador e produtor de intervenção na vida” (MERHY et al., 2016, p. 23) e acontece nas relações de saber-poder produzidas no encontro entre pesquisador e investigados. Cabe aqui o reconhecimento de ter me tornado um pesquisador “*in-mundo*”, implicado com a produção do sujeito em ato e de suas afecções, assim como na produção e transformação das práticas e saberes que limitam e reduzem potência de vida. Sobre a perspectiva do pesquisador implicado, Merhy et al. (2016, p. 23) nos diz que: “(...) o pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que

se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros”.

Assume-se, portanto, que não existe neutralidade na produção do conhecimento, movimento permanente de atravessamentos na investigação em ato, pois nossas implicações nos fazem produzir e sermos produzidos nos encontros com o outro. (MERHY et al., 2016)

Produção de dados e percurso metodológico

Abordamos neste trabalho aspectos subjetivos que afetaram os sujeitos no seu processo singular de produção de territórios de existência. Para analisarmos as produções de saúde e de modos de existência, que podem emergir dos encontros com formas de expressões artísticas, fizemos imersões nas histórias de vida de Alice e Paulo. Os nomes são fictícios com o intuito de preservar a identidade real dos participantes da pesquisa. Das suas vidas sabia-se *a priori* que tiveram encontros com arte e passaram a se relacionar com arte de alguma maneira, demonstrando que afetações foram produzidas pelos encontros. Foram então, realizadas entrevistas não estruturadas de modo que os investigados se sentissem à vontade para falar das suas experiências, suas emoções e suas afetações. As entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo e autorizadas por consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, foram transcritas. Foi utilizado um caderno de campo, onde registrava minhas impressões/

afetações durante nosso encontro. Foram então, produzidas narrativas a partir do encontro que tive com suas vidas.

Sobre as Narrativas de vida, ferramenta escolhida para a produção dos resultados e análises da pesquisa, cabem as considerações de Walter Benjamin (2012). Segundo Benjamin, a narrativa é a faculdade de intercambiar experiências, que se configuram como a “dimensão existencial do viver.” (DUTRA, 2002) Ele a considera um discurso vivo, apesar de não entrar em detalhes. Compreendemos que a “vida” da narrativa está no fato dela ser produzida em ato, e no momento em que o narrador a produz, experiências passadas ganham novos significados. Contudo, o próprio Benjamin (2012, p. 203), alerta para a inexistência de uma explicação *a priori*, para os elementos narrados: “(...) o contexto psicológico da ação, não é imposto ao leitor. Ele é livre para interpretar a história como quiser, e com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação”.

Chagas (2014) as utilizou como ferramenta para pesquisa sobre Educação Permanente. Ele afirma que as narrativas de vida se apresentam como uma produção singular, presente e inserida no processo social e que durante sua produção, transformam o que se viveu em experiência, vinculando-se às significações que cada sujeito produz sobre cada acontecimento. Neste processo, produzem um contexto para legitimar e justificar suas experiências, não necessitando assim, de maiores explicações e contextualizações teóricas. “Quem narra está teorizando sobre sua própria experiência, produzindo um conhecimento sobre

si e sobre as redes que se constituem como formas de saber-poder” – explica Chagas (2014, p. 23).

Nesta bonita passagem, o próprio Benjamin (2012, p. 221), versa sobre o processo de experimentação e ressignificação pelo qual passa aquele que se propõe narrar a própria vida: “O narrador é o homem que poderia deixar a luz tênue de sua narração consumir completamente a mecha de sua vida”.

Resultados

Narrativa 1 - Alice no mundo das existências: uma conversa sobre literatura, saúde e possibilidades na produção de existência.

Alice na toca do coelho

Numa varanda em tarde chuvosa, numa das ruas com trânsito mais movimentado da comunidade em que vive, tive com Alice a conversa que se transformou na narrativa que agora apresento a você, caro leitor. Esta narrativa se produz por meio de um esforço acadêmico (e afetivo) pela compreensão das afetações de Alice geradas pelos encontros que teve com arte, semelhantes àquelas experimentadas pela Alice do conto de Lewis Carroll ao entrar no País das Maravilhas. (CARROL, 2002)

Assim como a Alice da ficção não imaginava os encontros que a esperava quando, ao cair na toca do coelho foi transportada para um lugar fantástico povoado por criaturas peculiares e antropomórficas, nossa Alice do mundo real,

narra sua história e seu encontro com o que a literatura oferece de inesperado na produção de um imaginário que mudaria sua vida. As histórias das “Alices” se conectam como dois mergulhos em busca do incompreensível.

Acontece na infância da Alice real encontros com a literatura que provocam seu imaginário e a forma como percebe o mundo, afetando intensamente seu processo de produção de vida. ” Eu extraí da literatura para aprender a viver no mundo” - sintetiza dessa forma os efeitos que a literatura teve no seu modo de existir, interferindo na potência de vida e na produção do cuidado de si. Tamanha a importância que Alice dá a estes encontros, que ela afirma que a literatura salvou sua vida, devido à fase difícil que passou na adolescência.

Conta ela que sua autoestima estava bastante baixa, relata que se sentia melancólica. Achava, nesse período, que não era boa o suficiente ou que todo o mundo era melhor que ela. Mais uma vez, a relação com a estória de Alice no País das Maravilhas é colocada: ao chegar no final da toca do coelho, se depara com uma pequena mesa de vidro e, em cima dela, uma pequenina chave dourada. Em busca das fechaduras correspondentes, atrás de uma cortina, encontra a portinha através da qual, Alice maravilhada vê um lindo jardim. No entanto, a porta é pequena demais para ela conseguir entrar. Encontra, então, uma garrafa com uma etiqueta BEBA-ME. Ao beber diminui instantaneamente de tamanho. Logo percebe que se esqueceu da chave em cima da mesa e agora não consegue alcançá-la devido seu diminuto tamanho. Procurando

angustiado ao seu redor vê um bolo com as palavras COMA-ME, escrito nele com confeitos. Ao comê-lo, Alice aumenta de tamanho, ficando enorme. Triste por não conseguir entrar no jardim, chora tanto que cria um lago de lágrimas. Assim como no imaginário País das Maravilhas, nossa Alice do mundo das existências, se encontra num processo de conhecimento de si, do seu tamanho na sociedade, das relações que é capaz de estabelecer com o outro.

Porém, a potência em Alice produz o desejo de espiar pelo buraco da fechadura e produzindo encontros com a literatura, acaba se maravilhando com o jardim que vê. Alice se lança a um processo criativo por meio da escrita e se desloca do território de existência que habitava seu eu melancólico. Surge então, a oportunidade de se inscrever em concursos de redação, o que começa a fazer após alguma hesitação. Ao se lançar ao desafio, ganha confiança, à medida que alcança bons resultados. Passa a expressar seus sentimentos no papel, compartilhar com o Outro suas questões e isso a ajuda a superar as tristezas. –“E ainda achavam lindo!” - relembra com orgulho. O fato de ter ganhado alguns concursos contribuiu para a melhora da autoestima e da valorização de si. Enquanto uma Alice-escritora aflorava, passa a se sentir com mais saúde, sentia aumentar sua potência de viver. Nesse poema, Manoel de Barros parece conversar com nossa Alice sobre o fenômeno de existir:

“A poesia está guardada nas palavras - é tudo que eu sei.
Meu fado é o de não saber quase tudo.
Sobre o nada eu tenho profundidades.

Não tenho conexões com a realidade.
 Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro.
 Para mim poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas).
 Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.
 Fiquei emocionado.
 Sou fraco para elogios?

Chá na varanda

Sons de buzina ecoam enquanto eu converso com Alice, em sua varanda. Nos períodos de silêncio deixados entre os ônibus que passavam, me sinto como a Lagarta azul sentada tranquilamente em cima do cogumelo, fumando seu narguilé, enquanto a menina, com ela se confidenciava. Assustada pelas constantes transformações no tamanho por que tinha passado e agravada pela perda da habilidade de recitar poemas, admite para a lagarta azul, a sua crise de identidade. Uma arrancada mais violenta de um automóvel me leva de volta à varanda, onde ouço Alice contar sobre as afetações em relação aos seus encontros com a arte.

Alice considera que existe uma potência na Arte no que tange à capacidade de afetar o Outro quando diz que: “Arte é confronto de você com você mesmo, tanto para quem presencia quanto para quem faz. (...) Eu acho que a Arte sempre vai influenciar, mas não sei se todos os olhos vão conseguir ver”.

Contudo, estabelece gradientes desse potencial, trazendo para a cena a abertura que o Outro tem aos afetos que a Arte nos oferece:

O que a pessoa vai extrair da arte para a própria vida vai depender de cada pessoa. Eu extraí da literatura para aprender a viver no mundo; tanto para não viver no mundo da fantasia, quanto para não deixar tudo pragmático e cético e pessimista. A literatura me traz um equilíbrio do que eu posso ter, do que eu quero ter, do que eu preciso e eu acho que a arte para mim é isso. Para outra pessoa, a arte vai ter um significado diferente. Tem gente que arte salva a vida! (Alice).

Percebo uma excitação e também um prazer em Alice enquanto conversamos. Discorre sobre o tema com alegria e entusiasmo, como se estivesse tomando chá com o Chapeleiro Maluco e a lebre, numa relação amigável e afetuosa. Ao refletir sobre Arte, ela convoca à memória suas próprias relações, fazendo do momento um exercício de ressignificações.

Sua memória traz à narrativa o enredo de um documentário que assistiu, não havia passado muito tempo, no qual meninos envolvidos pelas ofertas do poder paralelo, produzem novas escolhas nas suas vidas a partir de encontros com o Grafite. Estórias que se conectam a tantas outras similares de vidas afetadas pela Arte, como no filme “Lixo extraordinário” (WALKER, 2011), no qual a oferta do artista plástico encontra alguns trabalhadores do antigo aterro sanitário de Gramacho. Vidas afetadas por Arte ainda que coadjuvantes, no processo criativo do artista.

Pensando sobre as particularidades de existirem vidas profundamente impactadas por encontros com Arte e outras que

não são tão tocadas pelos mesmos, Alice questiona: -“porque as pessoas não chegam até a arte?”. Ou melhor seria a pergunta: porque a arte não chega a todos com a mesma intensidade?

Peço emprestado o que Rubem Alves²⁵ expressa em seu poema sobre a potência afectiva do encontro, para refletir sobre a questão:

(...)Aconteceu, entretanto, faz uns dias, que fui para a cozinha para fazer aquilo que já fizera centenas de vezes: cortar cebolas. Ato banal. Sem surpresas. Entretanto, cortada a cebola, eu olhei para ela e tive um susto. Percebi que nunca havia visto uma cebola. Aqueles anéis perfeitamente ajustados, a luz se refletindo neles: tive a impressão de estar vendo a rosácea de um vitral de catedral gótica. De repente, a cebola, de objeto a ser comido, se transformou em obra de arte para ser vista! (...) Agora tudo que vejo me causa espanto...

O encontro-acontecimento, aquele que tem potência de te deslocar de determinados territórios, está condicionado à capacidade vibrátil do seu corpo ao se relacionar com o outro. Quando ativamos o corpo sensível no encontro, maior a amplitude das intensidades produzidas, maior portanto, a capacidade de afetações. No poema acima, Rubem traz à cena as afetações que passam a ser produzidas no encontro. Um novo encontro com antigas coisas. Nesse novo encontro entraram em cena relações que acontecem no campo da sensibilidade, conexões que atravessam o CsO e que a levaram a ver o que jamais poderia imaginar na coisa tão bem conhecida. Ao se

25 Trecho da crônica Olho de poeta de Rubem Alves, Do universo à Jabuticaba, 3.ed. São Paulo: Planeta, 2015. p. 185, 186.

abrir para os afetos, seu *conatus* expande a potência de existir e agora “tudo que vê” passa a causar espanto, pois seu corpo sensível passa a estar ativo nos encontros. Ela adquire “olhos de poeta”, segundo Rubem Alves.

Voltando à questão colocada por Alice, para que as pessoas sejam afetadas pela arte é preciso ter sido produzido um CsO. Para que o encontro com arte seja um acontecimento é necessário um corpo sensível ativado, pois a arte se comunica pela linguagem dos afetos. Deste modo você vê a arte, mas “a arte também te vê”²⁶. Estabelece-se uma relação potente e recíproca com o que antes era apenas um objeto, mas que agora passa a ser uma existência preenchida por territórios e subjetividades e lança o convite à relação pelo que vibra no corpo em forma de afetos.

Sabendo da potência que a arte possui em afetar o outro, sente-se incomodada quando ouve dizer que arte não é necessária. Será que todo homem ou mulher tem necessidade de Arte? Sobre a controversa questão, Alice assim como eu, parece apostar na necessidade humana de se expressar: -“Arte para mim é tradução do olhar do artista, ele vai expressar um sentimento, uma emoção através de uma forma de expressão. Arte é expressão!” - dispara Alice. E ressalta a legitimidade de um “fazer arte” impulsionado pelo desejo: - “(...) a necessidade de se expressar te capacita de alguma forma”, opondo-se à ideia da exigência de um

26 (informação verbal) ideia retirada de entrevista gravada em vídeo de Emerson Merhy no encontro da Rede Unida em Inhotim-MG. Disponível em www.youtube.com/watch?v=_F_g5hrj1A

domínio de “técnicas” para a expressão de um olhar sobre o mundo. Este pensamento se conecta ao de Pozzana (2009) quando afirma que a produção da arte é ao mesmo tempo uma produção de si.

Quando arte e vida se encontram

Criada pelos pais, um torneiro mecânico e uma professora, Alice narra como foram os primeiros encontros que teve com os livros, ainda na mais precoce infância. Diz que o primeiro contato com literatura que lhe vem a memória, encontrava-se deitada no sofá com um livro na mão quando sua avó, após achar curiosa a cena, comentou alto que ela parecia até ser “gente grande”, pois ainda não sabia ler e já ficava folheando e fingindo ler os livros.

Tem ativas em sua memória, as cenas de seu pai lendo o jornal do dia na varanda de casa ou na sala e sua mãe trazendo para casa uma herança de pilhas e pilhas de livros que já não serviriam para seus primos pouco mais velhos. Memórias que conectam suas relações familiares com o amor pela literatura. Afetos que se cruzam e preenchem sua vida de significados.

Passava tanto tempo com os livros que, tinha vezes, enjoava das histórias. Contudo, não tardava, sua mãe lhe trazia mais livros. Seu pai lhe presenteava com histórias em quadrinhos. Estes encontros literários ativavam o imaginário de Alice, fazendo com que seus sonhos fossem vividos como nos desenhos animados. Processos de subjetivações disparados

a partir dos afetos que a leitura provocava. Afetações possibilitadas pelos encontros com arte literária.

Conforme crescia, seu gosto pela leitura aumentava proporcionalmente. Com cinco anos já a consideravam alfabetizada. A leitura possibilitou um determinado conhecimento do mundo que vez por outra era confrontado com outras experiências, como conta aqui: “Eu me alfabetizei com 5 anos. Me lembro quando eu tinha 8 anos, minha tia me levou ao cinema para assistirmos aquele filme dos dinossauros, e eu já tinha lido a história toda no almanaque”.

A partir de novos encontros com temas já “vividos”, tem a possibilidade de resignificá-los, ampliando suas compreensões do real. Os diferentes temas que apareciam em suas leituras produziam uma curiosidade que ela procurava sanar buscando outras conexões.

De formação católica, passou por um intenso processo de descobertas quando as lendas da mitologia Grega, assim como as teorias evolucionistas de Darwin entraram em conflito com suas crenças. Deste modo, forçou sua mãe a lhe explicar o politeísmo; com quatorze anos, se matriculou em um curso de pré-teologia (para maiores de dezoito); ia à biblioteca estudar a evolução das espécies, enfim. Seus esforços levaram-na à conclusão que “as coisas coexistem” e que “não precisava fazer uma escolha”. Como ela mesmo diz: “A leitura me ajudou a entender melhor o mundo e me situar, saber onde eu estou e não me limitar. Me mostrou que os horizontes eram sempre mais do que eu conseguia ver”.

Os afetos pela literatura levam a crer que contribuíram sobremaneira para o aumento do seu potencial de se relacionar com o mundo. Levaram-na a superar desafios à medida que descobria suas próprias limitações. As práticas de leitura constituíram para Alice uma fonte da invenção de si e do mundo, matéria prima que agencia processos de invenção.

Suas vivências levaram-na a uma crítica sobre as funções da literatura. Apesar de certa forma, dar um menor valor à literatura utilizada para o entretenimento, percebo na sua narrativa que está envolvida em grande parte do seu lazer. Busca nos escritos marcas de “contemporaneidade”, o “que daqui a cem anos vai ser uma marca do tempo de agora”, um caminho que a auxilia ver “o que está acontecendo e que não consegue perceber”.

Por ter entrado muito cedo em contato com uma imensa diversidade de questões que a literatura ofertava, seus relatos demonstram seu processo de amadurecimento e de formação de suas opiniões. Durante a narrativa da sua própria vida, nos apresenta como a literatura atravessa todas as suas fases e está presente nos momentos em que busca alguma resposta para seus questionamentos.

Desde muito cedo passava horas lendo e estudando. Não havia nada mais prazeroso e que tivesse tanta potência nas suas reflexões sobre a própria vida e sobre o mundo que a cerca. Na escola, descobriu que estudar História era mais fácil com literatura. Relacionava os autores, com o momento histórico e as obras que estavam produzindo, para entender o que estava acontecendo. Para Alice a literatura permeia quase tudo – avalia.

Tanto afetamento pelas artes literárias levou Alice a escolhê-las tanto como forma de tirar o seu sustento, assim como meio de se expressar e afetar o outro. Fez sua graduação em Letras; durante o curso participou de oficinas de letramento e antes de terminar a faculdade já era concursada pela Secretaria de Educação do Estado.

Apesar do emprego estável, que diz gostar, ela sonha em assumir um cargo de gestão na Secretaria. Sua experiência em sala de aula, gerou reflexões a respeito do processo de trabalho dos professores, da função da gestão nas escolas e do processo de aprendizagem dos alunos. Para Alice, a diferença entre uma boa e uma má escola está no modo como os profissionais trabalham, desconstruindo o “senso comum” no qual o problema está no sistema “engessado”. Reflete também sobre as reclamações de outros professores que afirmam que a culpa está nos alunos que “não querem saber nada”, quando afirma com otimismo que “se eles não sabem nada, podemos acrescentar alguma coisa”.

Apresenta-nos seu processo de construção de si mesma e como este está fundido com as artes literárias. Afecções produzidas nestes encontros, que lhe desperta alegria, conhecimento, respostas; efeitos na produção da sua existência. A literatura deixa o dia mais poético - afirma Alice - nos ajuda a viver um dia de cada vez, sem essa correria que o mundo de hoje prega. Alice acha que falta nas pessoas a capacidade de se dar um tempo e analisar o que está acontecendo. Reconhece também, o efeito dos seus encontros com a literatura sobre a forma como enxerga a realidade quando afirma que tem

“uma tendência de enxergar a realidade de uma forma que ela não é, por cruzar tanto com a literatura na minha vida”, numa conotação positiva. Aprendeu a analisar, por meio da linguagem do escritor, o que ele está “querendo dizer”, “o que ele viveu”, “o que ele acha que é bom ou ruim”, trazendo essa capacidade de análise para seu cotidiano.

Compondo palavras, pondo-se no mundo

Expressar-se através das palavras nunca foi tarefa difícil para Alice. No contato íntimo com seus diários, começou seu processo de escrever para “si mesma”. Hoje considera suas antigas anotações importantes fontes de análise da sua própria história. Gosta de relê-las e ver “como a gente muda”. Nas redações escolares escrevia mais rápido e mais linhas que os demais alunos e sempre tirava dez – gaba-se. Escrevia com a coragem de quem não tem medo da exposição, apesar de reconhecer a responsabilidade de colocar algo no papel.

Desde suas primeiras redações, recebeu um retorno positivo dos pais, professores e amigos. Ganhou confiança em si e na sua escrita. Começou então a ganhar alguns concursos de redação. Isto a levou a se valorizar e a ver o quanto era boa naquilo. O exercício do seu potencial literário, funciona como agenciamento em seus processos de subjetivação, alterando a forma singular como ela significa o mundo. Afetos positivos que aumentam sua capacidade de agir no mundo, sua potência vital, contribuindo para o afastamento do estado de tristeza.

Passada a fase conturbada, viu-se em um processo de amadurecimento enquanto escritora. Precisou descobrir seu “novo eu adulto na escrita” e os concursos que ganhou nesta nova fase versavam sobre questões sociais.

No concurso da biblioteca municipal fez uma redação sobre a violência no bairro onde mora. Escreveu sobre a violência cotidiana que estão expostos todos que ali moram e as relações que se estabelecem com o tráfico armado e a polícia. Em outro concurso dissertou sobre o que na época era o “Lixão” da cidade, localizado a quinhentos metros da sua casa, o qual foi transformado há alguns anos em aterro sanitário. No mundo em que vive, sua existência subverteu a ordem, e criou para si seu “país das maravilhas”, mas sua escrita adquiriu compromisso com as questões sociais.

Sabendo a importância que a literatura tem na forma de se expressar e consciente da potência que traz para sua vida, Alice segue, assim, enamorando as palavras na busca interminável de um significado para o mundo e criando possibilidades para sua própria existência.

Narrativa 2 - Sobre bombas e renascimentos: meu encontro com o mutante.

Depois da guerra, resta esperança

Há um conto no qual, passado um tempo após Nagasaki ter sido bombardeada pela segunda bomba atômica resultando em morte e ruínas num raio de quilômetros de onde foi jogada,

acontece algo extraordinário: uma árvore que o fogo havia queimado e todos julgavam morta começou a brotar. Era um caquizeiro. Os japoneses assombrados, tomaram a ressurreição da árvore como um símbolo da teimosia da vida: uma árvore mansa que foi mais forte que a bomba! Resolveram então colher as sementes dos frutos e plantá-las. Assim que nasciam os brotos, enviavam como presentes de paz para todas as partes do mundo (ALVES, 2010). Com este ato simbólico mantinham viva a história. Para que ninguém se esquecesse. Para que ninguém perdesse as esperanças.

A estória de vida que começo a narrar a partir de agora se conecta com a deste caquizeiro. Devido sua “teimosia” de viver e das ofertas que lhe são apresentadas, nosso protagonista Paulo, tem a oportunidade de “renascer” e produzir nova forma de existir. Produz em si “brotos” de uma nova vida.

Analisando sua própria vida, Paulo acreditava ser exatamente o que diziam dele: -“um zero à esquerda”. Passou a infância e grande parte da adolescência sendo o Saulo, como era chamado pelos amigos e vizinhos, um garoto que “não queria nada” e que passava os dias indo “do alto do morro pra praia. Da praia pro alto do morro”. Hoje, faz questão de ser chamado pelo nome que seus pais lhe deram: Paulo. Como se aquele menino de antigamente não mais existisse. Mas, o que morreu, de fato, foi uma vida sem objetivos, sem perspectivas, sem valor. “Tudo começou (há 17 anos) com um garoto zero à esquerda que hoje é uma pessoa reconhecida, muito bem reconhecida por aquelas pessoas que discriminavam e me achavam um nada”.

Escola de mutantes

Paulo inicia sua nova existência ao ser “recrutado” para participar de um programa intersetorial (cultura, saúde, educação) que promoveria reflexões e desenvolvimento de habilidades por meio do contato com arte. O programa, segundo seus idealizadores e realizadores, se configura em uma aposta no contemporâneo como potência de produção da novidade. A contemporaneidade comporta passado e futuro, o que foi e o que ainda será - filosofam. Apostam no presente como possibilidade de construção de novas subjetividades, uma abertura para o que virá a ser, quebrando cadeias causais e justificativas deterministas. Aqui não nos ateremos em avaliar o êxito do programa no que se refere à conquista de cidadania, autonomia, desalienação, etc. Contudo, certamente a participação no programa marca a vida de Paulo, como nos quadrinhos dos “X-Men” (disponíveis *online*), no qual o recrutamento para a escola do professor Xavier, dá outra perspectiva à vida de mutantes.

A associação entre mutantes e moradores de favelas é direta. Os primeiros são marginalizados por uma sociedade que se considera “normal” e que não aceita a existência de uma população “diferente”. Os segundos, também marginalizados, vivem sob a insígnia da favela - definida pela ONU e IBGE como aglomerados subnormais – onde pobreza e falta de condições diversas transformam seres “subnormais” em ameaça.

Para muito além da “ameaça” que estes jovens das favelas representam para as classes hegemônicas, o que

realmente encontra-se ameaçado é o futuro de uma geração de jovens cujas perspectivas de vida são cotidianamente “bombardeadas” pelo descaso do poder público e pela falta de ofertas que possam servir de agenciamento de produção de “não-repetição de padrões existenciais” (diferença); mas também encontra-se ameaçada toda uma sociedade que se estrutura para produzir estratos sociais nos quais os mais privilegiados recebem tantas ofertas quanto o capital pode pagar, às custas dos estratos mais pobres, tendo seus corpos e tempo explorados e ainda com tão poucas oportunidades para refletir sua existência. Sobre a ameaça das diferenças sociais instituídas e naturalizadas em nossa sociedade, o professor Mario Sergio Cortella (apud CARREIRA; PINTO, 2007) nos diz que

Ser humano é ser junto. (...) A minha liberdade acaba quando acaba a do outro. Se algum humano não é livre, ninguém é livre. Se alguém não for livre da fome, ninguém é livre da fome. Se algum homem ou mulher não for livre da discriminação, ninguém é livre da discriminação. Se alguma criança não for livre da falta de escola, de família, de lazer, ninguém é livre. (CORTELLA apud CARREIRA; PINTO, 2007, p. 11)

Sob esta perspectiva, a oferta que faz o programa, no que se refere a levar arte ao encontro destes jovens, consiste numa aposta na produção de diferenças na existência humana. Possibilidades de vazar do instituído que nos oprime e nos condiciona a aceitar e reproduzir

uma vigilância exercida pela sociedade de controle, na qual, mecanismos de exercício de poder presentes em todos os campos da vida social tecnologicamente capturados, visam a produção de corpos submissos a padrões que favoreçam a manutenção desta estrutura.

No programa são ofertadas oficinas de reciclagem de papel, oficina de jogos neo-concretos; oficina de paisagismo entre outras, além de reforço escolar. Paulo absorve e é absorvido pelos encontros. Novos desejos emergem e outros são cunhados dando outra direção à vida dele. Paulo, que tinha parado com os estudos, volta a frequentar a educação regular, e divide seus dias entre as atividades do programa e a escola à noite. Desenvolve habilidades que o tornam fotógrafo e um “grande papelero” - define a si mesmo.

Como um mutante com a habilidade de passar para o outro o conhecimento que absorve, Paulo se dedica a fazer diferença na sua comunidade. Hoje, é um dos responsáveis por um espaço ligado ao programa e que ajudou a construir, assentando tijolos e virando cimento, inclusive. O prédio fica dentro da comunidade onde cresceu e serve de plataforma para passar às crianças da favela tudo aquilo que aprendeu. Desta forma, produz novos bons encontros, ofertando a outros “Saulos” outras possibilidades de existência: “Então tudo que vai aparecendo eu quero pra mim... pra mim não... quero absorver pra depois eu passar pra minha comunidade também. Passar pras minhas crianças. Mostrar que zero à esquerda não existe. Só se a pessoa quiser”.

Sobre raízes e heroísmo

Quando toma para si as crianças da comunidade requisita algo que não é dele, mas faz parte dele. Sua história se cruza com a história das crianças “subnormais”. Foi uma num passado não remoto. Tem uma identificação direta que o faz lembrar da importância de ofertas com potencial de superar os estigmas, a falta de perspectivas.

O reconhecimento do seu valor pela comunidade faz Paulo orgulhar-se da pessoa que é. Sabe que tem importância para sua comunidade. Dentro da cultura onde foi criado, retoma suas raízes, agora sob outras perspectivas. Cultura que o agencia na produção do seu eu-artista. O meio produzindo o homem, que produz arte, que produz meio, que produz repetição ou diferença: escolha se puder!

O encontro com arte, ao desenvolver suas habilidades artísticas, não serviu apenas para Paulo ter um emprego. Tampouco não representou apenas uma ferramenta utilitária ou terapêutica. As afetações que são produzidos em Paulo nos encontros com arte, levam-no a produzir novos desejos, elevam sua potência de agir, trazem luz à consciência de outras estéticas possíveis da sua própria existência. Arte, portanto, afeta a produção singular da própria vida, e sua produção artística passa a ser uma das formas de expressão da sua existência. Produz a si mesmo, enquanto se expressa artisticamente. E assim, ele mesmo discorre sobre as relações que tem com arte: “Arte para mim é tudo. Tudo para mim é

arte. Tem gente que fala que eu sou artista. Eu vejo a pessoa que pinta, a pessoa que faz escultura, a pessoa que tira foto, nós somos criadores. Artista é quem vê pois é ele que vai imaginar o significado daquele trabalho. Arte é minha vida. Sem arte eu não sei fazer nada, sem arte eu não estaria aqui, eu não me vejo sem a arte. É até difícil de me imaginar sem a arte na minha vida. Hoje eu sou o que a arte me transformou. Então eu sou fruto da arte. Arte é tudo para mim”.

Paulo, resistindo aos antigos agenciamentos de uma vida dura, resistindo ao que se descortinava como única possibilidade de existência, se lança ao encontro da arte com seu corpo sensível, produz outros mundos para si e para a comunidade, ressignifica assim, sua própria existência durante o processo em que se percebe artista. Torna-se herói de si mesmo.

Impossível saber ao certo todas as condições necessárias para que o caquizeiro sobrevivesse ao bombardeio e desse novos brotos. Assim como não há como afirmar o destino dos mutantes recrutados pelo prof. Xavier. Produções singulares. Encontros produzindo afetações, gerando subjetivos e incertos efeitos. Sabe-se apenas que a vida, com seus mistérios, por vezes nos brinda com seu potencial de renascimentos. Metamorfoses. Serão estas evidências de que toda existência vale a pena?

Considerações Finais

Passado este desafiador, porém prazeroso processo de encontros (com a filosofia, com o processo criativo de

fazer ciência, com as vidas de Alice e Paulo, com as possíveis relações entre arte e saúde) posso afirmar que agenciaram em mim a fragmentação de antigos territórios existenciais instituídos. Levaram-me à busca de novas formas de olhar a vida e perceber a potência da produção da própria existência. Espinosa provavelmente diria que, devido à capacidade que possuímos de reagir emocionalmente a acontecimentos, fui preenchido por alegria.

Percebi que a vivência dos afetos nos encontros desta pesquisa e seus contextos, suas intensidades, seus efeitos, nos traz um conhecimento do nosso corpo, da nossa sensibilidade. Com ele, me sinto mais apto a buscar certas emoções que me façam ir de encontro a um estado de bem-estar, direcionando, de certa maneira, o processo de vida. Então, além de um mecanismo inconsciente de produção de um estado de bem-estar, podemos também produzir conscientemente a busca por encontros capazes de gerar afetos que aumentem nossa potência de vida, ajudem a encontrar razões para se viver.

Outra afetação que percebo em mim, foi o deslocamento dos meus desejos rumo a um projeto ético-político potencializador da vida. Considerando a radicalização das práticas de saúde como horizonte a seguir em direção a um projeto de saúde produtor de potência, a arte se apresenta como possível campo a ser explorado. Arte mostra-se uma linguagem operada pelo sensível com potencial para fissurar mundos instituídos, refazer relações de saber-poder. Contudo, as relações de afetos que se estabelecem nos encontros apresentam-se imprevisíveis, não

podemos cometer o erro de afirmar que encontros com arte produzirão afetações que elevarão potências. Seria determinismo ingênuo. Podemos apenas, fazer algumas inferências baseadas nas histórias das vidas de Alice e Paulo, postas em cena pelo ponto de vista das narrativas, que trazem perspectivas singulares dos encontros com arte.

Sob a perspectiva da saúde, Alice passou por estados de baixo potencial de agir sob a própria vida, período que se disse melancólica. Possivelmente, a busca de afetos que vencessem a tristeza que a invadia, a levou ao encontro das artes literárias que, desde a infância, já a agenciavam na produção da sua existência. Se é verdade que existe uma força imanente à nossa existência, que ative nosso desejo de buscar encontros que nos preencham de alegria, Alice certamente buscou o encontro com a literatura. O conhecimento gerado por seu corpo sensível nos encontros que tivera com arte, direcionou-a ao encontro daquilo cuja afetação seria também alegria. Já sob a perspectiva dos modos de existência, fica claro na narrativa o espaço que ocupa em seu mundo todas as emoções, as dúvidas, a criação (a começar pelo imaginário afetando toda área criativa), que aconteceram nesses inúmeros encontros.

Enquanto Alice parece se produzir durante toda a vida nas relações com a arte, Paulo reinventa sentidos para a própria existência, num mundo que vai se alterando nas relações que passa a ter com a arte. Encontros-acontecimentos, talvez dissesse Emerson Merhy, se referindo à potência afetiva que pode ter um encontro quando corpos sensíveis estão

ativados. No corpo afetado abrem-se fendas entre os territórios instituídos de Saulo, preenchidos por novos desejos. Existência que perde território, para uma outra existência preenchida por novas motivações para a vida. A existência de Paulo, sendo construída por ele num processo criativo de invenção de possíveis existenciais, se mostra também preenchida por alegria, elevando seu estado de bem-estar, de potência de agir sobre a vida e de saúde.

Contemplando a existência como uma obra de arte, vejo nas semelhanças com Alice e Paulo a possibilidade de reafirmar minha humanidade através de suas existências. Sou afetado pela capacidade humana de criação e de expressão da sensibilidade. Isso me leva a acreditar que a luta radical pela vida, sob a perspectiva ética e humana, vale a pena. A arte como possibilidade de agenciamento, é um campo a ser explorado na luta pela vida, pela saúde e pela produção da existência.

Considerações Éticas

O projeto foi submetido aos conselhos de ética do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense e aprovado sob o CAAE 56254616.9.0000.5243. As entrevistas foram realizadas após consentimento livre e esclarecido. A pesquisa respeitou as questões éticas que envolvem seres humanos, em conformidade com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Referências

- ALVES, R. **Do universo à jaboticaba**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2010.
- BENJAMIM, W. O Narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012. p. 213-40.
- CARREIRA, D.; PINTO, J. M. R. **Custo Aluno** - qualidade inicial: rumo à educação pública de qualidade no Brasil. São Paulo: Global: Campanha Nacional pelo Direito à Educação, 2007.
- CARROL, L. **Alice no País das Maravilhas**; Ebooks. Editora Arara Azul, 2002. Disponível em <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/alicep.html>>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- CHAGAS, R. C.; As Narrativas de vida como ferramenta para a formação e a pesquisa em educação e saúde. **Diversitates International Journal**, v.6, n. 2, 2014.
- COMICS, Marvel. HQ X-MEN. *Editora Marvel Comics (EUA) e Editora Panini (Brasil)*. Disponível em: <<http://blogdoreco.blogspot.com.br/2015/12/os-fabulosos-x-men-volume-1-completo.html>>. Acesso em 10 de janeiro de 2018.
- DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.
- _____. **Espinoza e filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002. p. 144.
- _____. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** São Paulo: Editora 34, 1992.
- _____. **Mil Platôs** - Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v.3.
- DOREA, G. Gilles Deleuze e Félix Guattari: heterogênesse e devir. **Margem**, São Paulo, n. 16, p. 91-106, dez. 2002.
- DUTRA E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Revista Estudos de Psicologia**, v.7, n.2, p. 371-378, 2002.
- FRANCO, T. B.; MERHY E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 201.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- HUBNER, L. C. **Reflexões sobre clínica e cuidado no programa Médico De Família de Niterói a partir da com-vivência no território**. 2012.
- MERHY E. E. A Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar

a assistência. Disponível em: <HYPERLINK “http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc acessado em 27 de outubro de 2013”www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmggids/perda.doc>. A HYPERLINK “http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc acessado em 27 de outubro de 2013”cesso em: 27 out. 2017.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY E. E.; FRANCO T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. Disponível em: Acesso em: 27 out. 2013.

MERHY E. E. [et al.] Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 .ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

POZZANA L.; KASTRUP, V. Livração: intervenção de uma oficina de leitura num território habitado pela violência. **Psicologia em Revista**, v. 8, p. 1-20, 2009.

ROLNIK, S. **Geopolítica da cafetinagem**. Disponível em: Acesso em: 28 out.2013.

SILVA, J. C. S. Foucault e as relações de poder: O cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas - Dossiê Foucault**, n. 3. 2006.

WALKER, L; JARDIM, J.; HARLEY, K. **Lixo Extraordinário** (filme). Brasil, 2011.

Mulheres gestoras e trabalhadoras no SUS: reflexões sobre seus lugares de fala e os desafios para expressão de subjetividades

Mariana Fonseca Paes

*Eu quero que os dias me digam o que fazer
e não as minhas sentenças.*

*Eu quero querer, e ser enfim só aquilo que
sou.*

Ver o viver ganhar a briga,

Assumir em mim todas as contradições,

ser inteiramente feliz

e inteiramente triste,

quando a vida assim eu pedir.

[...]

Mudar,

não suprimir.

(Trecho de 'os dias' de Aline Binns)

O presente texto é fruto de reflexões afloradas durante entrevistas com gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) realizadas pela autora, para uma pesquisa de mestrado sobre a formação ‘para e no SUS’, que aborda experiências municipais de implantação de programas próprios de residência em saúde. Entretanto, de forma bastante intensa, as vozes de mulheres entrevistadas “saltaram” aos ouvidos da pesquisadora pela forma como evidenciaram as experiências como gestoras no SUS, falando sobre seus sentimentos, preocupações e opiniões vividas.

Nesse sentido, pretende-se com o texto refletir sobre a expressão de subjetividades da mulher gestora e trabalhadora

no âmbito do SUS, estabelecendo conexão com autoras que problematizam o tema do lugar de fala das mulheres na sociedade atualmente e posteriormente, breve abordagem sobre a temática no campo da saúde coletiva.

O olhar das mulheres e o lugar de fala

Nas entrevistas realizadas até o presente momento, tem sido pela voz das mulheres que contrastes aparecem de forma mais clara, com destaque à execução de políticas públicas em que se objetiva a transformação das práticas. Ao enunciarem sentimentos e reflexões oriundos de situações vividas no cotidiano do SUS, essas mulheres tem trazido à tona contradições e limites inerentes à aplicação de políticas públicas no cotidiano dos serviços, do trabalho e da gestão do SUS.

As entrevistas apontam também para como o reconhecimento de tais sentimentos, a partir das vivências, tem sido essencial para mobilizar mudanças nas próprias práticas, bem como transformações nas práticas coletivas, considerando “a vida como ela é” nos espaços de gestão e de trabalho no SUS. Cabe destacar que em frequentes momentos, essas mulheres apontam que esse processo de mudança também é reconhecido como possível, por estarem construindo maior grau de autonomia em sua atuação, construções essas de longo prazo, baseadas em periódicos espaços de diálogo nas equipes de trabalho das quais fazem parte.

Entretanto, caberia nesse momento, um questionamento: em que dimensão mulheres expressam suas reflexões e sentimentos, cotidianamente nos espaços de gestão e do trabalho no SUS?

Cabe destacar que foi somente através da escuta dessas mulheres que a autora passa a compreender que há olhares para a realidade do SUS que estão marcados por essa subjetividade, e que caberia dessa forma refletir um pouco mais sobre “o lugar” de onde essa subjetividade se expressa... Os lugares onde encontra-se, e se dá a expressão de mulheres trabalhadoras e gestoras do SUS.

Não se tem a pretensão ou necessidade, de comparar percepções sobre as falas das mulheres, com a dos homens nas entrevistas ou outras situações. As reflexões e problematizações apontadas no texto estão relacionadas com o olhar da autora/pesquisadora a partir dos relatos de sentimentos dessas mulheres e os movimentos decorrentes de incômodos, alegrias, frustrações, afetações.

Também não se intenciona construir uma percepção de que o olhar da mulher/das mulheres no SUS devam ser encarados como verdades, pelo contrário, pretende-se refletir sobre o fato de que na maioria das vezes, não garantir a expressão dos sentimentos e da subjetividades traduzidos pelas mulheres nos serviços de saúde e nos espaços de gestão do SUS, levaria a percepções bastante incompletas sobre a realidade do sistema, dificultando qualificá-lo a partir das relações estabelecidas entre os diversos atores que o constroem cotidianamente.

E aqui faz-se uma aproximação reflexiva, com o livro de Svetlana Aleksievitch, “A guerra não tem rosto de mulher” de 2013, em que a autora bielorrussa dá abertura para que a voz da mulher se expresse a partir de diversas entrevistas realizadas com mulheres que viveram a segunda guerra mundial, abordando aspectos e olhares sobre a guerra nunca relatados pelos olhares de homens:

Eu até diria que a guerra feminina é mais terrível que a guerra masculina. Os homens se escondem atrás da história, dos fatos, a guerra os encanta como ação e oposição de ideias, diferentes interesses, mas as mulheres são envolvidas pelos sentimentos. E mais: desde a infância, os homens são preparados para que, talvez, tenham que atirar. Não se ensina isso às mulheres... elas não se aprontaram para fazer esse trabalho... E elas lembram de outras coisas, ou lembram de outra forma. São capazes de ver o que está escondido para os homens. Vou repetir mais uma vez: a guerra delas tem cheiro, cor, o mundo detalhado da existência. (ALEKSIÉVITCH, 2013, p.15)

Ainda no livro, Aleksievitch vai montando sua narrativa literária a partir da história de vida das mulheres e acaba por acessar “uma guerra” que não havia sido expressa a partir de nenhum outro relato realizado anteriormente por homens que a vivenciaram. Entretanto ela mesmo relata as resistências ao buscar as histórias:

Fui procurar uma mulher na fábrica de tratores de Minsk; ela tinha sido francoatiradora. E famosa. Apareceu mais de uma vez em manchetes de jornal. As amigas dela me deram o número de telefone de sua casa em Moscou,

mas era antigo. Sobrenome também, eu só tinha o de solteira. Fui à fábrica onde, como eu sabia, ela trabalhava, e no departamento pessoal escutei dos homens (do diretor da fábrica e do chefe do departamento): ‘Por acaso falta homem para isso? Para que você quer essas histórias de mulher? Fantasias de mulher...’ Os homens tinham medo de que elas não contassem direito a guerra. (ALEKSIÉVITCH, 2013, p.15-16)

Seria possível então relacionarmos, de algumas formas, as reflexões que Aleksievitch (2013) nos propõe a partir da história de vida dessas mulheres, com a problemática apresentada anteriormente sobre a importância da expressão do olhar das mulheres que hoje ocupam lugares de gestão e de trabalho no SUS? Compreender a história (em construção) desse sistema, marcado pelo lugar de fala de cada uma delas?

O termo “lugar de fala” tem sido utilizado nos debates de movimentos sociais feministas, de negros e LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), e pode dar pistas para compreendermos o porquê de ser importante considerar os lugares ocupados por homens e mulheres na estrutura social e como isso se reproduz no cotidiano dos serviços de saúde.

Rosane Borges, professora do Centro de Estudos Latino-Americanos sobre Cultura e Comunicação da Universidade de São Paulo, em entrevista concedida ao jornal Nexo em janeiro de 2017, afirma que ao considerarmos o “lugar de fala” das pessoas, tenderíamos a lidar com mais equilíbrio às estruturas de poder que tradicionalmente compõem os espaços sociais:

Equilibra na exata medida em que a gente, primeiro, entende que a ideia de sujeito universal está em pleno desgaste. Na verdade, esse sujeito ruiu e o que surge na cena de disputas ideológicas são vários sujeitos. Portanto, o lugar de fala é muito importante porque é ele quem diz quais são os posicionamentos desses sujeitos. Se pensarmos a luta de classes em termos abrangentes, veremos que mulheres ganham menos que homens. Existe um posicionamento de gênero que engloba o de classe. Não podemos confundir lugar de fala com política existencialista e identitária, o lugar de fala informa que aquela identidade e cultura conforme os modos como nos colocamos no mundo, como vemos o mundo. **Saber o lugar de onde falamos é fundamental para pensarmos as hierarquias, as questões da desigualdade, da pobreza, do racismo, sexismo** (MOREIRA; DIAS, 2017) [grifos meus].

Isto posto, caberia então questionarmos quem pode falar, ou realmente fala dentro dos serviços de saúde e nos espaços de gestão do SUS? Quais são as hierarquias, as desigualdades nos diferentes serviços que o compõem? E em que medida não considerarmos os diferentes lugares de fala de seus gestores, trabalhadores e usuários, contribui para a manutenção de relações hierárquicas, racistas e sexistas em um sistema que se pressupõe universal, equânime e integral?

A filósofa social Djamila Ribeiro em seu livro ‘O que é lugar de fala?’ discorre sobre os diferentes lugares de fala, apresentando argumentos históricos a partir de diversas autoras feministas, sobre o fato de o homem branco estar em um lugar mais privilegiado na estrutura social. A mulher branca, por

sua vez seria menos favorecida que o homem branco, mas mais favorecida do que o homem negro. E à mulher negra caberia o lugar de maior vulnerabilidade (RIBEIRO, 2017). Todavia, salienta que:

O lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar. Porém o lugar que ocupamos socialmente nos faz ter experiências distintas e outras perspectivas. A teoria do ponto de vista feminista e lugar de fala nos faz refutar uma visão universal de mulher e de negritude, e outras identidades, assim como faz com que homens brancos, que se pensam universais, se racializem, entendam o que significa ser branco com metáfora do poder, como ensina Kilomba. Com isso, pretende-se também refutar uma pretensa universalidade. Ao promover uma multiplicidade de vozes o que se quer, acima de tudo, é quebrar com discurso autorizado e único, que se pretende universal. (ALEKSIÉVITCH, 2013, p.69-70)

E nesse sentido, que mulheres são essas que atuam nos espaços de gestão e do trabalho no SUS? Falamos dos mesmos lugares?

Wermelinger et al. (2010) examina a força de trabalho no setor saúde (FTS), inicialmente apontando que esse setor é um dos que tradicionalmente conta com a participação de mulheres, mas traz considerações sobre a ampliação dessa participação em profissões tradicionalmente ocupada por homens:

Dados do IBGE (2000) mostram a enorme expressão feminina na força de trabalho em saúde, com ênfase naqueles profissionais de níveis técnico e auxiliar. Vejamos

os dados: do total de 709.267 pessoas ocupadas no setor com escolaridade universitária (empregos), 61,75% são mulheres, e, entre os médicos, elas representam 35,94%; entre os dentistas, 50,93%; entre os enfermeiros, 90,39%; e entre os nutricionistas, 95,31%. Por outro lado, entre os profissionais de níveis técnico e auxiliar, que somam mais de 900 mil empregos, a feminização é ainda mais acentuada, alcançando 73,7% do total, com 77,88% dos técnicos em fisioterapia e afins, 78,03% dos atendentes de enfermagem, parteiras e afins, e 86,93% dos técnicos e auxiliares de enfermagem são do sexo feminino. (WERMELINGER et al., 2010, p.11)

Com o predomínio das mulheres compondo a FTS nas profissões de nível médio e técnico (aproximadamente 74% do total) há que se considerar que o lugar de fala da maior parte delas também expressa opressões sociais marcadas pela vulnerabilidade econômica e educacional, com especificidades culturais de resistência e luta cotidiana, individuais ou coletivas, que desenham suas histórias de vida. Nesse ponto, caberia considerarmos que o olhar da mulher no cotidiano do SUS também tem como contexto a possibilidade de expressão de parte da camada mais vulnerável da sociedade, que seriam as mulheres negras. Com relação a pesquisas que analisaram a participação de mulheres em cargos de gestão no SUS, não foram encontrados trabalhos na literatura científica que abordassem uma visão quantitativa do tema.

A subjetividade desse grupo de mulheres realmente tem espaço para expressar-se no cotidiano do SUS? Quantas

mulheres atuam nos espaços de gestão do sistema? E quantas delas são negras? Qual espaço é verdadeiramente aberto no SUS para que seus pontos de vistas construam seu cotidiano? O que acontece quando falam? Sobre o que é permitido que falem? (RIBEIRO, 2017)

Ribeiro (2017) não deixa, entretanto, de pontuar reflexões sobre os incômodos produzidos por questionamentos que mobilizam “verdades esquecidas”:

Falar de racismo, opressão de gênero, é visto geralmente como algo chato, ‘mimimi’ ou outras formas de deslegitimação. A tomada de consciência sobre o que significa desestabilizar a norma hegemônica é vista como inapropriada ou agressiva porque aí sim está confrontando poder. (RIBEIRO, 2017, p.79)

Assim, refletir sobre os reais espaços de expressão da subjetividade da mulher, inclusive com especificidade para a mulher negra no SUS nos sugeriria uma tendência de afirmar que há desigualdades também dentro do conjunto de mulheres no SUS. Por exemplo, propõe-se ao leitor, que reflita, ou mesmo retome em suas próprias vivências, se é possível que com certa frequência existam cenas como as descritas abaixo:

- Uma Agente Comunitária de Saúde ou auxiliar de enfermagem, não tenha espaço de fala em reunião de equipe, como reflexo do preconceito e deslegitimação de seus lugares de fala na sociedade, mesmo que outras profissionais da mesma equipe também sejam mulheres;

- Uma médica negra não seja considerada em suas opiniões clínicas durante discussões de caso clínico ou espaços de planejamento, pela mesma deslegitimação de seu lugar de fala e valorização da opinião de outros profissionais brancos (sejam homens ou mulheres), pelo fato de que tradicionalmente esses últimos são mais valorizados pela cultura social hegemônica.

De fato, pelo que Viana (2013) apresenta em pesquisa sobre a produção da literatura científica no campo da saúde coletiva, algumas dessas dimensões aparecem em estudos e relatos de experiência que abordam questões de gênero e os processos de trabalho em saúde:

Essas investigações analisaram: a abordagem da violência de gênero no trabalho em saúde na atenção básica, com foco sobre as/os agentes de saúde (ACS); as situações de violência de gênero presentes no cotidiano de trabalho das ACS; como as/os ACS incorporam e percebem a relevância e os efeitos das relações de gênero na realização de seu trabalho; a inter-relação gênero, violência e trabalho em saúde; o reconhecimento de questões de gênero e violência no trabalho em saúde, com foco nas ações do PAISM.²⁷ (VIANA, 2013, p.128)

Todavia, caberia apontar outro questionamento: quais espaços de compartilhamento de fala na gestão e no trabalho, tem se dado no SUS? As próximas considerações serão dedicadas a isso.

Espaços para expressão de subjetividades no SUS, raridades e desafios

Um outro aspecto oriundo das entrevistas realizadas com as gestoras, tem sido o fato de que, é a partir dos espaços coletivos de gestão e de trabalho no SUS, que visualizam possibilidades de transformações das práticas, ao produzir-se sentido pelo compartilhamento de angústias, inseguranças, medos, receios, alegrias, avanços, situações exitosas, experiências práticas, etc. São em espaços como esses que cada uma delas tem batalhado cada vez mais por abertura para expressarem suas ideias, opiniões, pontos de vista.

De certa forma, tais relatos apresentam os momentos de troca e compartilhamento como “raridades” no dia-a-dia dos serviços, tendo em vista que em grande parte dos contextos de implementação do SUS, as decisões e planejamentos continuam sendo extremamente centralizados, com poucos espaços formalizados de construção coletiva. Entretanto, cabe considerar as contribuições de Cavalcanti e Guizardi (2010) sobre tal centralização:

Não é difícil constatar que, mesmo advogando a participação popular e o planejamento ascendente, os modelos de gestão propostos no âmbito do planejamento e da programação em saúde redundaram na permanência de práticas de gestão calcadas na centralização normativa das políticas públicas e no controle do processo de trabalho nas instituições de saúde [...]. Ainda que sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores configuram a assistência prestada nas escolhas que

²⁷ Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

determinam as implicações de suas ações, em suas relações com os demais profissionais e com a comunidade. (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2010, p.635-636).

Contudo, há que se ponderar que apenas a institucionalização de espaços coletivos de gestão (contemplados inclusive em leis e políticas específicas do SUS – Educação Permanente em Saúde, Humanização, Atenção Básica, Saúde Mental, entre outras) e de cuidado, provavelmente não garantem a existência de diálogos efetivos, das diversas histórias, vivências, lugares de fala, olhares, daqueles que compartilham os momentos de encontro. Além disso, cada serviço de saúde, em seu contexto institucional, loco-regional, geográfico carregará características que também devem ser consideradas ao analisar as formas de planejamento e modelo de gestão vigentes.

Decerto, seria conveniente considerarmos que a construção de processos cogерidos, nos diversos âmbitos de gestão do SUS, possibilitaria a expressão das subjetividades dos sujeitos que o compõem, inclusive de mulheres gestoras e trabalhadoras:

Nesse sentido, a cogestão é uma forma de ruptura da tendência de centralização e concentração do poder normativo dos processos decisórios da administração, a qual tem ocasionado ao SUS um vasto leque de dificuldades em articular desenhos institucionais adequados às especificidades locorregionais; ou melhor, que tem apresentado constrangimentos para a concretização do SUS como território público, plano de visibilidade que torna acessível aos seus sujeitos a dimensão política das

práticas de saúde, ao mesmo tempo em que se efetua como contexto de expressão e materialização de sua diversidade e singularidades na produção de saúde. (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2010, p.641)

Seguramente, o esperado da atuação da mulher no SUS tem sido o que tradicionalmente se deu ao longo da história em serviços sociais como o da saúde: cuidado e acolhimento aos doentes, com associação direta à divisão sexual do trabalho e a forma como as desigualdades da relação de gênero se dão no âmbito da atuação profissional, assim como abordado por Mattos et al. (2015):

A divisão sexual do trabalho está no centro do poder que os homens exercem sobre as mulheres. As relações sociais de sexo existem em todos os lugares, em todos os níveis do social. Essa maneira de dividir o trabalho entre os sexos estrutura um amplo sistema de hierarquia, de organização e de distribuição de atribuições e responsabilidades, com rotulação de tarefas específicas para cada sexo [...]. Assim sendo, as mulheres são consideradas como responsáveis por inúmeras atividades reprodutivas, de cuidados com a casa e com a família, e ainda são vistas como aquelas que ajudam no orçamento familiar, enquanto que os homens cabem, apenas, o papel de provedor. Desta forma, a identidade da mulher como trabalhadora vai estar sempre associada ao seu papel de reprodutora. Essa imagem básica, originária da mulher como cuidadora da família, mãe e dona-de-casa, predomina na visão tradicional de papéis ancorados no sexo, pois a imagem de trabalhador e de provedor da família, sempre vai estar associada ao homem. (MATTOS et al., 2015, p.271)

Isto é, não necessariamente espera-se que as mulheres tenham uma prática de cuidado e de gestão pautadas por dimensões ampliadas de reflexão, considerando seus diversos lugares de fala e subjetividades. Se considerarmos então a mulher negra, ou seja, atrelarmos à questão gênero, outras conjunções como raça/etnia ou classe social, torna-se mais possível enxergar as hierarquias de saberes, frutos de preconceitos presentes na estrutura social, reconhecendo a pouca valorização dessas mulheres nos espaços de gestão e de trabalho no SUS.

Nessa perspectiva, o conhecimento e a relação com a práxis cotidiana de mulheres, principalmente negras, têm sido deixados de lado, pela valorização frequente do que Ribeiro (2010) aponta sobre a ciência do pensamento branco:

[...] quem possui o privilégio social, possui o privilégio epistemológico, uma vez que modelo valorizado e universal de ciência é branco. A consequência dessa hierarquização legitimou como superior a explicação epistemológica eurocêntrica conferindo ao pensamento moderno ocidental exclusividade do que seria conhecimento válido, estruturando-o como dominante e assim inviabilizando com outras experiências do conhecimento. (RIBEIRO, 2010, p.24-25)

Caberia ainda não esquecer que parte da construção da história de vida dessas mulheres se dá pela prática da gestão, do trabalho e da utilização do SUS (para prevenção/tratamento de agravos em saúde, bem como promoção de outros modos de cuidar de si). Sendo marcadas regularmente pelas múltiplas

significações, vivências, sabores, “dores e amores”, que vão sendo construídas nas relações, nos planejamentos, na execução dessa política pública, e inúmeras vezes na transgressão de práticas e concepções sem sentido para suas próprias subjetividades.

Decerto, existe variada gama de resistência às opressões (citadas ao longo do texto) sendo construída por mulheres nos espaços institucionais do SUS. Contudo, essa hipótese foge ao escopo de informações presentes nas entrevistas que originaram as reflexões da autora nesse texto, fazendo-se fundamental novas aproximações com as vivências de mulheres na gestão e trabalho no SUS. Aquino (2006) destaca lacunas das pesquisas científicas que mais se aproximariam dessa necessidade:

Observa-se a menor produção com enfoque de gênero no planejamento e políticas de saúde, à exceção dos estudos recentes de avaliação em saúde, na maioria das vezes, voltados à saúde da mulher. Os temas “nobres” desta subárea, tais como modelos de atenção, controle social e movimentos sociais, relações de poder e estrutura de saúde, têm tido pouca influência da perspectiva de gênero. Isso já havia sido constatado entre as ciências humanas pela menor penetração desse enfoque nas ciências políticas, comparativamente à antropologia, à sociologia e à história. Pode-se especular que as concepções de gênero que definem o mundo da política como masculino também ordenam a ciência que o estuda. No entanto, o afastamento dos estudos de gênero da influência original da economia política em direção a uma abordagem da construção cultural e ao privilégio das questões de identidade pode igualmente ter contribuído para essa lacuna pela insuficiente teorização sobre aqueles temas. (AQUINO, 2006, p.128)

Dialogando com o campo da saúde coletiva, porventura caiba pautar mais diálogos sobre como ser possível que as formas de olhar e vivenciar o SUS não permaneçam marcadas pelos reflexos da hierarquização social, da marginalização da mulher, sendo possível repensar práticas de gestão e de trabalho:

O fundamental é que indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de locus social, consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares dos grupos subalternizados. Numa sociedade como a brasileira, de herança escravocrata, pessoas negras vão experimentar racismo do lugar de quem é objeto dessa opressão. Pessoas brancas vão experimentar do lugar de quem se beneficia da mesma opressão. Logo, ambos os grupos podem e devem discutir essas questões, mas falarão de lugares distintos [...]. Estamos apontando para a importância de quebra de um sistema vigente que inviabiliza estas narrativas. (RIBEIRO, 2010, p.87)

Conclui-se o texto, com clareza de que temas relacionados às discussões sobre o lugar de fala da mulher e relações de gênero nos espaços institucionais do SUS precisam ser aprofundados, principalmente a partir de uma prática reflexiva nos serviços, nos territórios, em conjunto com movimentos sociais, instituições de ensino, entre outros. Sendo extremamente relevante para o campo da saúde coletiva que as problematizações apontadas permaneçam em campo aberto de diálogo, ao considerar a importância da ampliação de pautas via ciências sociais, políticas e humanas na saúde.

Referências

- ALEKSIÉVITCH, S. **A guerra não tem rosto de mulher**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. 296p.
- AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2006; 40 (N Esp):121-32
- BINNS, A. **Selva**. São Paulo: Edições maloqueiristas, 2014. 46p.
- CASTILHO SÁ, M.; AZEVEDO, C.S. Subjetividades e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C.S (Org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p.33-50.
- CECÍLIO, L.C.O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.315-329, 1999.
- CECÍLIO, LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago. 2007.
- CECÍLIO, L.C.O; LACAZ, F.A.C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 74p.
- GUIZARDI FL; CAVALCANTI FO. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface-Comunic.Saude.Educ.** v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010.
- KOLONTAI, A. **A Nova Mulher e a Moral Sexual**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2003. 72p.
- MACHADO et al. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni, C; Dal Poz, MR; França, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1a.ed. Rio de Janeiro. CEPESC, UERJ, 2011. v. 001, p. 103-116.
- MATTOS, Amália Ivine Santana et al. Desigualdades de Gênero. **Rev. Saúde Com.**, v.11. n.2, p.266-279, 2015.
- MOREIRA, M.; DIAS, T. O que é “lugar de fala” e como ele é aplicado no debate público. **Nexo Jornal**, 16 jan 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/KgMHZQ>>. Acesso em: 30/12/2017.
- OLIVEIRA, G.G.R; BRASIL, F.D. **Participação social como instrumento de elaboração de políticas públicas: uma análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 4º Congresso Internacional Governo, Gestão e Profissionalização em âmbito local frente aos grandes desafios de nosso tempo. 2014. 18p. Disponível em:**

publicas/file. Acesso em: 05 jan2018.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017. 112p. Série - Feminismos plurais.

SOUZA, G.A. et al. Participação de mulheres na saúde pública: narrativas de conselheiras municipais de saúde de Belo Horizonte. **Desafios**, v. 1, n. 1, p. 280-299, jan. 2015. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/1205>>. Acesso em: 06 jan 2018.

VIANA, S.D.L. **Gênero e Saúde:** Uma análise dos trabalhos publicados nos Anais dos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO (1995-2011). Dissertação para a obtenção do título de Mestre em Ciências. USP/Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. 2013. 176p. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-04032013-003326/pt-br.php>> Acesso em: 06/01/2018.

WERMELINGER et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.45, P. 54-70, maio 2010.

Estratégias de cuidado no território e suas singularidades

Rafael Morganti Pinheiro
Hevelyn Rosa Machert da Conceição
Nicola Worcman

Introdução

Até o presente momento da história recente da Saúde Pública, é consenso entre as entidades internacionais (Organização Mundial de Saúde - OMS) e nacionais (Ministério da Saúde - MS) a importância do trabalho em saúde na comunidade e com a comunidade, com destaque à eficácia de prevenir o agravamento de doenças crônicas, o manejo mais precoce nas situações de crise e um prognóstico com menores riscos de rompimentos dos laços sociais, familiares e afetivos. Isto inclui toda a rede de atenção à saúde, no entanto, para este texto nos debruçaremos sobre a implicação específica dos serviços de Atenção Psicossocial com o território.

A fim de trabalharmos alguns conceitos que pretendemos abordar logo adiante, construiremos um diálogo com o acompanhamento terapêutico realizado com um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPSad) na cidade do Rio de Janeiro. Com o intuito de preservar sua identidade, o usuário aqui chamado de Manoel²⁸

²⁸ A escolha do nome Manoel justifica-se pela referência a um renomado mestre de capoeira - cujo apelido era Besouro -, uma vez que o usuário citado no texto praticava capoeira e encontrava nesse espaço uma produção de sentido importante para sua vida.

é acompanhado há três anos pela equipe deste serviço, sendo que tem diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica conforme referenciado pelo DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Já houve momentos extremamente delicados em seu acompanhamento, mas a equipe do serviço sustentou que o tratamento deveria se manter no CAPS e que Manoel era uma pessoa que demandava um seguimento intensivo da unidade. Foram e permanecem sendo os desdobramentos do tratamento de Manoel o que possibilitou realizar a discussão de cuidado no território que realizaremos a seguir.

Para dar início a esta reflexão, é fundamental afirmarmos que nossa posição vai de encontro com o que as entidades referência para políticas de saúde afirmam acima sobre o trabalho na comunidade, entretanto, achamos importante problematizarmos coletivamente que território é este que estamos trabalhando cotidianamente. Afinal, não podemos tomar essa noção de forma naturalizada, pois apesar de território e comunidade configurarem-se como termos onipresentes à política pública de saúde no Brasil, entendemos que se trata de conceitos que têm uma história e que disparam uma série de coisas no cotidiano do trabalho em saúde.

A problematização coletiva é fundamental, porque sabemos que não há núcleo de saber específico que dará todas as respostas e uma solução individual/imediatista para questões complexas que se encontram no campo da saúde, mas também o perpassam e habitam outros campos de saber quer científicos

– como a Antropologia, a Geografia – quer não científicos – como a Filosofia e a Epistemologia.

Nesse sentido, propomos um tensionamento em alguns modelos de produção de conhecimento mais vinculados ao paradigma tradicional de ciência, uma vez que corroboramos com a ideia de que não há resposta simples para questões complexas. Luz (2009) assinala que a complexidade na Saúde Coletiva tem se mostrado cada vez mais presente em todas as dimensões do campo, sejam as teóricas, as práticas e as institucionais, encontrando-se exemplos nas temáticas de gênero, violência, desigualdade social, entre outras. De modo a construir ferramentas que possibilitem uma abordagem também complexa dessas questões, faz-se necessária a interlocução nas fronteiras do conhecimento e da produção de práticas na Saúde Coletiva, afirmando esse campo – inclusive em sua história - como um campo caracteristicamente interdisciplinar. (ALVARENGA et al., 2015)

Igualmente não podemos nos furtar de recordar uma ideia já conhecida na área da Saúde Mental cujo teor consiste em afirmar que não haverá avanço do ponto de vista da reforma psiquiátrica se não houver trabalho intersetorial. O trabalho intersetorial foi se tornando um dos pilares de sustentação do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente da reforma psiquiátrica. Se faz necessário resgatar que um dos primeiros lemas, e mais importante, da saúde mental é cuidar em liberdade. Só que a partir do momento que afirmamos que o cuidado se dará em liberdade, invocamos a necessidade do

usuário de saúde mental ser atendido não só no CAPS, mas em uma unidade de saúde, na defensoria pública, nos serviços da assistência social, entre outros dispositivos, de acordo com a devida necessidade. Esta circulação dos usuários nos permite observar o pleno exercício de cidadania. Entretanto, para que este exercício seja garantido por políticas públicas, se faz necessário que os órgãos públicos conversem e interajam entre si para que haja de fato, a garantia de direito.

Delgado (2011) considera em seu texto a importância do trabalho intersetorial e traz, com precisão, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2011) Cabe destacar que foi a única que recebeu acréscimo no nome: Intersetorial, devido à importância desse tema para a área da saúde mental. A afirmação intersetorial é também um convite que a IV Conferência realiza para os profissionais do setor da Justiça. Delgado afirma que atualmente “o debate da saúde mental não é mais, como não deve ser, uma discussão de especialista. Os especialistas, sejam do direito, sejam da Psiquiatria, da Saúde Mental, da Psicologia, da Psicanálise são atores importantes e parte integrante de um debate que é de cidadania, da sociedade.” (DELGADO, 2011, p. 120)

A ideia contida nas palavras de Delgado nos permite caminhar em um terreno consistente para afirmarmos que não há cuidado em liberdade se não incluirmos outros dispositivos. Se faz necessário, inclusive, ampliar nossas articulações para dispositivos que vão além das instituições públicas, como por exemplo o

comércio local, as lideranças comunitárias e os vizinhos, por exemplo. A prática de cuidar em liberdade vai orientar, no *tête-à-tête*, quem será a referência e de que maneira será necessário acioná-lo(s) para produzir um determinado cuidado.

Sendo assim, pretendemos com este texto analisar algumas especificidades da cidade do Rio de Janeiro no que tange à organização e a execução do trabalho na atenção psicossocial. O ensaio tem como principal propósito dar visibilidade a alguns elementos que perpassam cotidianamente o trabalho dos profissionais da atenção psicossocial e através do relato der uma experiência problematizar a relação entre violência, território e atenção psicossocial. Não pretendemos encerrar a discussão sobre essa temática, tampouco apontar soluções, contudo achamos relevante para a reflexão aqui proposta, indicar o território onde trabalhamos, como trabalhamos e a partir de um caso, pensar como lidamos com a violência urbana em um acompanhamento na saúde mental.

Violência

De maneira corriqueira, o assunto violência é abordado pela grande mídia, levando em consideração que, por vezes, ganha repercussão nacional quando há algum episódio mais polêmico. Somente no ano de 2017, 134 policiais foram assassinados no estado do Rio de Janeiro, número que não constava em nenhum outro lugar do país. Esse cenário, inevitavelmente, reverbera em outros setores, como, por exemplo, educação, saúde e comércio.

Em agosto de 2017 o *site* de um programa televisivo pertencente às Organizações Globo publicou uma matéria que dizia: “Na semana de 16 a 23 de agosto de 2017, 116 unidades educacionais do Rio fecharam as portas durante operações policiais. Segundo a Secretaria Municipal de Educação, quase 46 mil alunos ficaram sem aulas no período.” (RIO, 2017)

Para além das escolas fecharem (que por si só já é um acontecimento de extrema gravidade), moradores não podem sair para trabalhar, passear com sua família, os comerciários não podem trabalhar, as crianças não podem brincar na rua etc., cerceando nitidamente seu direito de ir e vir. Não podemos deixar de dizer sobre o real risco iminente de qualquer pessoa que esteja nos arredores se tornar vítima de um disparo por arma de fogo de origem desconhecida, de “bala perdida”. Entretanto, é sabido pelas instituições de segurança pública das três esferas do Estado (federal, estado e município) que a maioria das comunidades do Rio de Janeiro tem a presença ostensiva do tráfico de drogas e que utilizam armas que são próprias de guerras civis declaradas, como fuzis e metralhadoras.

Recentemente o uso das forças armadas tem sido frequente no cotidiano da capital carioca, com todo seu aparato militar para realização de operações em morros e favelas. Certamente estes acontecimentos podem ser analisados de muitas maneiras, mas também é um fato pertinente para nossa problematização visto que a presença de agentes militares, tanques e armas em regiões residenciais conferem à vida nesses

bairros particularidades que interferem na rotina das pessoas e, conseqüentemente, em seus processos de saúde e doença.

Não consideramos ser possível, e não é nosso objetivo, dizer aqui as conseqüências singulares deste cenário de guerra, mas cabe ressaltar que há profundos danos, de diversas ordens nas pessoas que moram nessas comunidades e que um modelo tradicional de se pensar/produzir saúde não dispõe de recursos para acolher esse tipo de sofrimento. Saraceno (2011) afirma e nos ajuda a entender um pouco este cenário a partir da seguinte constatação:

A extensão do modelo biomédico a todas as formas de sofrimento psicossocial determina uma classificação artificial dos sofrimentos em categorias simplificadas (a mulher maltratada se transforma em paciente deprimida, o refugiado de guerra se transforma em paciente que sofre de stress pós-traumático etc). (SARACENO, 2011, p. 96)

Saraceno nos permite então dizer que há maneiras de a saúde simplificar, no sentido mais pobre da palavra, questões bastante complexas que estão presente diariamente na vida das pessoas e, por conseqüência, nas unidades de saúde. No meio deste cenário também encontramos alguns serviços de saúde, principalmente a Estratégia de Saúde da Família - ESF e os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, alocados em regiões de “conflito”, exercitando uma relação delicada com o território adscrito, buscando não simplificar questões complexas de cada usuário. É a partir deste serviço, o CAPS, que nos localizamos e teceremos algumas considerações.

Território

Território Geográfico

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o município do Rio de Janeiro é subdividido em áreas programáticas. O serviço onde estamos localizados encontra-se na Área Programática - AP 3.1, que segundo dados da Coordenação de Área Programática - CAP, possui 886.551 habitantes, sendo composta por 28 bairros (Jardim Guanabara, Tauá, Jardim Carioca, Portuguesa, Galeão, Freguesia-Ilha, Bancários, Pitangueiras, Cacuia, Moneró, Praia da Bandeira, Cocotá, Ribeira, Zumbi, Cidade Universitária, Penha, Brás de Pina, Olaria, Penha Circular, Cordovil, Vigário Geral, Jardim América, Parada de Lucas, Complexo da Maré, Complexo do Alemão, Ramos, Mangueiros e Bonsucesso). Em termos de rede pública de atenção à saúde, a CAP 3.1 possui trinta e quatro Unidades de Saúde da Família, duas Policlínicas, cinco Unidades de Pronto-Atendimento - UPA, três hospitais gerais e um Centro de Emergência Regional, três CAPS II, um CAPSi, um CAPS III, um consultório na rua e um CAPS ad III, que é de onde falamos. (COORDENADORIA DE SAÚDE DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1, 2017)

Uma das características que podemos destacar é a significativa quantidade de favelas e morros que compõe esses bairros. Todas elas, com a presença intensa e extensa do tráfico de drogas. A presença das favelas e morros nos bairros da

CAP 3.1 no Rio de Janeiro não é mero detalhe, uma vez que a história da cidade está indissociavelmente conectada à própria invenção dessa configuração de moradia urbana. Data do início do século passado a primeira de muitas remoções de pessoas que estariam por vir na capital carioca organizadas pelo próprio gabinete municipal, sendo o destino dos moradores despejados a ocupação de territórios mais afastados e sem urbanização adequada. (VALLADARES, 2000) O que ficou conhecido como a reforma Pereira Passos (em referência ao prefeito da época) acompanhou, não por acaso, o primeiro movimento de saúde pública brasileiro: a campanha sanitária.

Movimento marcado tanto pela institucionalização da saúde pública no Brasil, quanto pelo uso de força e coação em suas intervenções, o Sanitarismo em conjunto com a reforma Pereira Passos fazem parte do conjunto de operações do início do século que vão formatar o modo como se vê e se relaciona com a favela e com a pobreza no Brasil. (VALLADARES, 2000) Assim como fundar as bases nas quais os serviços de saúde pública se constituirão no começo do século, em termos tanto teóricos e éticos, quanto estruturais e burocráticos. Atualmente, mais de cem anos depois, é de se notar que ainda persistem na área da saúde alguns modos de se relacionar com os territórios, especialmente aqueles mais precarizados e vulneráveis, que se acham imbuídos do intervencionismo moralizante e discriminatório característicos do advento da saúde pública no Brasil. Tal aparte se faz necessário em nossa reflexão, uma vez que nos interessa desnaturalizar

tanto a noção de território na saúde quanto o modo como nos relacionamos com ela no que se refere ao planejamento, realização e avaliação de práticas assistenciais. Considerar que em muitos desses bairros, as unidades de saúde configuram-se, junto às escolas, como os únicos representantes do Estado, nos dá pistas para compreender a multiplicidade de forças que atravessam o trabalho cotidiano na área.

De modo a melhor compreender a rede de atenção à saúde na periferia do Rio de Janeiro, é importante apontar que em 2008 a cidade contava com apenas 3,8% de sua população coberta por Unidades de Atenção Básica. Os antigos “postos de saúde” eram os únicos serviços presentes em muitos dos bairros aos quais fizemos menção, sendo que moradores de regiões de extrema pobreza, como a Maré, onde vivem cerca de 130 mil pessoas, não tinham acesso a serviços de saúde dentro do próprio bairro. A partir dessas características, ações foram realizadas de maneiras sistemáticas. Para garantir acesso à saúde das pessoas que moram nas comunidades, sustentando princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde- SUS. Essa afirmação não exclui a necessidade constante de se planejar mais serviços e ações nesses territórios, por que a área de cobertura ainda não é suficiente. Além disso, há que se notar que, atualmente, inclusive as Unidades de Atenção Básica já existentes e em funcionamento estão sob ameaça devido a cortes perpetrados pela atual gestão municipal.

Em relação à forte presença de violência urbana nos territórios dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de

Saúde da cidade do Rio de Janeiro, em parceria com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) adaptou um projeto da CICV, nomeado Acesso Mais Seguro, que visa estabelecer critérios para determinar quando é ou não possível realizar trabalho direto no território devido aos confrontos com armas de fogo em um determinado dia. Trata-se de uma estratégia de prevenção de tragédias entre os trabalhadores. Este instrumento opera em todo município do Rio de Janeiro, sendo fundamental sua utilização para o trabalho no território, ainda que não sejam todas as unidades que o implementaram.

Não podemos banalizar a criação deste instrumento, para além da sua importância operacional. Ela, além de ser imprescindível no trabalho dos serviços de saúde, também nos serve como um analisador do território em que estamos trabalhando e como mais um elemento para contribuir na nossa reflexão, assim como no planejamento e na avaliação das ações em saúde.

Território existencial

Para sustentar a diretriz de cuidar no território, se faz necessário, ampliar a concepção de território. A produção de cuidado será qualificada se ultrapassarmos a concepção geográfica de território. Alguns autores como Suely Rolnik (2007) nos oferecem concepções que nos ajudam a entender que o conceito de território geográfico é estável, definido e exato, mas que a partir desse estrato, cada sujeito vai constituir

experiência, afetos e significados distintos com o mesmo território. A pergunta que nos baliza para produzir cuidado é, qual o território que possui com aquela favela?

Rolnik (2007) afirma que não será com o olho fisiológico (retina) que observaremos tais constituições, ela nos oferece na mesma obra o conceito de olho vibrátil. É o olho vibrátil que permite que o trabalhador de saúde observe as relações que o usuário traça com aquele território, que significados o habitar desse território possui para ele. É ampliar nossa maneira de observar e constatar. Diz respeito a um tipo de sensibilidade que possibilita que nos aproximemos do usuário, entrar em relação e manter-se disponível ao encontro com o usuário. É sobretudo, uma maneira de ampliar e qualificar nossa maneira de cuidar, já que este conceito não limita e não torna a fala do paciente apenas um detalhe. Pelo contrário, essa perspectiva chama nossa atenção para o contato com a alteridade, oferecendo mais ferramentas para o profissional de saúde.

Foi através da aproximação e do entrar em relação com Manoel operando tais conceitos que conseguimos conhecer o arranjo que ele tecia no território. Não nos parece que o objetivo de operar com esses conceitos tenha a finalidade de construir outro tipo de sentido no mesmo território com o sujeito. Em nosso trabalho, esses conceitos nos serviam para poder conhecer que afetos e sentidos o sujeito tinha com aquele território específico e de que modo o estar naquele território compunha seu processo de saúde e doença.

Por meio de atendimentos individuais no serviço e

de nossa presença naquele território soubemos que por vezes Manoel se colocava em risco e utilizava seu próprio corpo como objeto de barganha para conseguir acesso a drogas. Essas negociações com as pessoas que faziam parte do tráfico consistiram em desde Manoel permitir que cortassem uma parte de sua orelha, a que ele pulasse no esgoto a céu aberto (conhecido no Rio de Janeiro como valão) e mordesse corpos de ratos de modo a ter como recompensa uma determinada quantidade de substância para consumo. Não nos cabe desconsiderar, abafar e deslegitimar a relação do sujeito com este território. É nosso papel incluir e trabalhar o que foi e é tecido pelo sujeito, portanto, a partir destes reconhecimentos, tínhamos e ainda temos como direção de tratamento, construir uma relação entre Manoel e seu território que pudesse ser de mais cuidado e atenção com sua integridade física e emocional.

CAPS

Trabalhamos em um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Classificado na modalidade III, isto é, que funciona 24 horas por dia e sete dias por semana. Segundo a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, uma unidade de CAPS III:

[...] atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos

contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Como já afirmamos anteriormente, o CAPS está localizado em um território, segundo dados do último CENSO de 2010, com 886.551 mil habitantes. Fazendo uma conta rápida a partir desse dado, podemos afirmar que o mesmo território onde o CAPS está localizado necessitaria de pelo menos mais três CAPS ad III onde hoje só há um. Não estamos falando das outras modalidades de CAPS, como CAPS e CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência), estamos circunscrevendo esta análise somente à modalidade CAPSad.

De acordo com as portarias 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e 130 de 26 de janeiro de 2012 e com os estudos dos professores, Antonio Nery Filho (2009) e Antonio Lancetti (2015), temos como norte do trabalho em saúde a política da Redução de Danos (RD), contrapondo com a proposta do senso comum no que diz respeito ao tratamento das pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas: ou seja, a abstinência do consumo.

É necessário abrir para uma breve, mas não menos importante, reflexão sobre o conceito de redução de danos. De maneira ligeira, ao pensarmos em RD, associamos à distribuição de preservativos e insumos para realização segura do consumo, com o objetivo de reduzir infecções, gravidez não

desejada, doenças sexualmente transmissíveis e outras questões clínicas. Só que com o avanço das experiências em saúde, estamos constatando diariamente, que a prática da redução de danos não está restrita à oferta destes insumos. Percebemos que trabalhar e poder oferecer um local seguro para dormir, tomar banho, desenvolver atividades de lazer e cultura, por exemplo, também são estratégias e práticas de cuidado na perspectiva da RD. Em seu trabalho *Contrafissura e elasticidade psíquica*, Lancetti (2015, p. 24) diz que “uma corrente em estado emergente no Brasil e no mundo que pensa que o contrário da droga e da miséria não são a abstinência nem a pena, mas a ampliação da vida, a liberdade, o direito, o comum, o perdão e a fuga.”

A experiência que a cidade de São Paulo vive com o Programa de “De Braços Abertos” é algo que precisa ser profundamente estudado, pois foi um dos programas mais bem-sucedidos no âmbito do tratamento no território para pessoas com alto índice de vulnerabilidade social com uso abusivo de substâncias.

Uma das estratégias que este programa lançou mão e que consistiu em um de seus diferenciais foi ofertar serviços com diferentes características e diferentes formas de inserção para a população. Havia o CAPSad, mas também havia uma tenda na qual as pessoas podiam entrar sem nenhuma contrapartida para tomar banho, não dormir ao relento, jogar baralho e também havia a possibilidade da pessoa se cadastrar para conseguir morar em um dos hotéis populares vinculados ao programa. Havia a oferta de emprego de baixa exigência de formação profissional com carga horária reduzida, assim como de atendimento médico

e do serviço social. A experiência foi pioneira na medida em que ofertava no mesmo território modalidades distintas de serviços para a população presente nas cenas de uso de substâncias, sendo que nenhum desses serviços tinham como exigência a abstenção do consumo de droga.

Essa estratégia de cuidado nos serve como fonte de conhecimentos e troca de experiências na saúde e corrobora com a concepção de trabalho intersetorial, visto que se tratava de um programa que articulava as secretarias de saúde, habitação, emprego, segurança e assistência social.

Nesta perspectiva, o território é um dos nossos principais lugares de execução de trabalho: seja para o desenvolvimento de atividades coletivas, com outros atores de movimentos sociais da comunidade, com outros setores do Estado, Terceiro Setor ou acompanhando um usuário com algum objetivo específico - como por exemplo, conhecer quais são os outros aparelhos que podemos contar como parceiros de cuidado, ou mesmo uma simples ida ao banco. Trata-se de um recurso fundamental para o seguimento de casos na Saúde Mental em que o usuário em conjunto com o trabalhador possam extrapolar os muros da instituição de saúde e incorporar a cidade, o território, ao projeto terapêutico do usuário em questão. É nessa intersecção que se conectam o território geográfico com o território existencial, colocando para o cuidado em saúde uma perspectiva de trabalho em que os sujeitos sejam considerados e cuidados no meio em que habitam, constroem e também se produzem enquanto sujeitos.

Para afinarmos nossa reflexão e trazermos mais elementos para esta conversa, convidamos a leitora e o leitor a conhecer um pouco mais sobre Manoel e seu acompanhamento no CAPS. Cuidamos da preservação do anonimato do usuário, ocultando informações que poderiam expor sua identidade.

Caso Manoel

Manoel, 28 anos, reside em uma das favelas que compõem um dos complexos de morros e favelas mais violentos da cidade do Rio de Janeiro. Diagnosticado com Esquizofrenia Hebefrênica na infância, sua primeira internação em um hospital psiquiátrico foi aos 13 anos. Estudou até a sétima série (atual oitavo ano) do ensino fundamental. Possui passagens pelo sistema socioeducativo e prisional, por furtos e atentado violento ao pudor. Manoel faz consumo abusivo de cocaína e crack desde a adolescência, mas sua droga principal é a cocaína.

Seu pai também tem o diagnóstico de esquizofrenia e não sustenta tratamento medicamentoso regular, sendo necessário que a equipe faça um trabalho permanente em seu local de trabalho para manter o vínculo e dar seguimento ao caso. O mesmo faz uso abusivo de álcool. Entretanto, é o pai quem cuida de Manoel, pois sua mãe não é presente em sua vida. A equipe já contatou e realizou algumas visitas domiciliares a ela, mas a mesma demonstra profundas dificuldades para cuidar de seu filho, além de morar muito distante de Manoel.

Para obter drogas e por não ter dinheiro para adquirir, Manoel coloca seu corpo como um objeto de barganha. Já se submeteu a diversas situações extremas para conseguir droga, como: morder um rato, deixar quebrarem um tijolo em sua cabeça, pular dentro de um valão, comer fezes e permitir que cortassem sua própria orelha.

Mesmo diante destes acontecimentos no território onde mora, ele afirma com frequência que o local onde reside é seu território, é seu espaço; onde possui uma relação de admiração pelos traficantes. Manoel diz que é ali onde nasceu e se criou, que por isso permanecer lá.

Entendemos que seu tratamento inclui sua relação com o território, já que Manoel afirma categoricamente, que o território lhe pertence. Nossa direção foi justamente incluir, no cuidado com Manoel, todo horror descrito pelas experiências que vivenciou. Iniciamos, portanto, um trabalho de idas sistemáticas ao território para nos aproximar dos atores da comunidade que o conhecessem e que possuíssem algum contato com o mesmo. Procuramos transmitir a todos os atores que tem contato com Manoel na comunidade informações sobre a condição de seu transtorno mental, dialogando e afirmando permanentemente que a principal questão de Manoel não passava exclusivamente pela droga. Insistíamos para que quando Manoel estivesse em crise, intoxicado e/ou em fissura, que o encaminhassem ao CAPS, uma vez que esse é o serviço de referência para o tratamento dele. Dessa forma, também foi necessário que dividíssemos com a população

as informações sobre a unidade de saúde, qual nosso papel e responsabilidade e de que formas eles poderiam nos contactar.

A partir deste trabalho, notamos que Manoel começa a chegar ao CAPS menos machucado. Percebemos também uma mudança na população que passa a nos cumprimentar durante nossas idas ao território onde Manoel mora e nos dão retorno de como e por onde ele estaria naquele momento de ida ao território. Ou seja, a partir do momento em que a equipe incluiu o território e seus moradores no projeto terapêutico de Manoel, o território também passou, por sua vez, a incluir o CAPS e sua equipe na relação que mantinha com Manoel. Ficou evidente também que a população passou a conhecer melhor a unidade, a equipe e o serviço prestado por ela, configurando um avanço não somente para o acompanhamento do caso em questão, mas para a relação do serviço com a comunidade.

Manoel nos convocou a pensar seu cuidado no território, e devido a suas escolhas e veredas, nos convidou também a entrar em relação com as pessoas que, em alguma medida, tinham participação em sua vida. Sendo assim, através do projeto terapêutico traçado para o caso e a partir do caso, foi possível ao CAPS colocar-se mais presente e disponível no território – tanto geográfico quanto existencial.

Faz-se importante destacar que foi Manoel quem indicou os caminhos a serem percorridos pela equipe e nestes, as pessoas importantes a serem incluídas no trabalho. Tais pessoas sendo escolhidas por Manoel e não nos cabendo usar nenhum tipo de julgamento, pois, evidentemente, são contatos

que de alguma forma configuraram-se como importantes para o usuário em questão, não devendo responder ao desejo pessoal de um profissional. Queremos apontar a relevância para o acompanhamento do usuário o movimento realizado pela equipe de considerar todos os atores que Manoel possui algum tipo de envolvimento. Isso, pois o não incluir no tratamento de Manoel, seria produzir uma lacuna importante na possibilidade de produzir cuidado, o que poderia diminuir a potência de produzir saúde já que uma parte significativa de sua vida não estaria contemplada pelo projeto terapêutico.

Considerações Finais

Nosso propósito com este texto foi problematizar e dar visibilidade a algumas peculiaridades que compõem nosso trabalho, pois acreditamos não ser amplamente conhecidas pelas pessoas que não estão inseridas no cotidiano de trabalho de outros serviços como CAPS e Unidades de Saúde da Família.

Não acreditamos que a estratégia de cuidado que lançamos mão com Manoel sirva da mesma forma para qualquer outro usuário, pois não se trata de construir um manual enrijecido, mas estamos corroborando com a importância e potência do trabalho no território na área da saúde. Em contrapartida, percebemos que o oposto do modelo de cuidado aqui defendido poderia se traduzir em uma internação do usuário sem previsão concreta de alta. Tal encaminhamento – internação de longo prazo - para casos

complexos na área da saúde mental não é novo e tampouco raro, ainda que conheçamos com propriedade seus profundos prejuízos para qualquer ser humano.

É importante deixar registrado que este trabalho só foi possível de ser realizado e posteriormente escrito graças às conquistas do processo de reforma psiquiátrica no Brasil e à ampliação de serviços substitutivos aos manicômios. Entretanto, no momento em que escrevemos este texto se faz necessário contextualizarmos o cenário político atual. A partir do segundo semestre de 2017, o atual coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde apresentou algumas minutas que caracterizam na prática o congelamento da reforma psiquiátrica brasileira. Algumas propostas como o incentivo ao aumento de leitos psiquiátricos, a criação do CAPSad Rua, o investimento em centros de recuperações religiosos, o redirecionamento do tratamento de crianças e adolescentes para os ambulatórios e hospitais psiquiátricos e a revogação da incorporação ao teto de Média e Alta complexidade do valor correspondente às Autorizações de Internação Hospitalar, configuram retrocessos nos avanços já conquistados pela reforma psiquiátrica no Brasil.

Alguns exemplos estão citados na Portaria Minuta – Reajuste Diária Hospital Psiquiátrico de 30 de novembro de 2017, na apresentação realizada pelo coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - Quirino Cordeiro Junior - sobre Linhas de Ação/ Gestão e Monitoramento da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas. Há também

um material publicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que vai na contramão do modelo construído de maneira legítima e democrática pelas mãos de usuários, profissionais, familiares e gestores. Outro ponto importante é que o processo da reforma psiquiátrica brasileira, iniciado em paralelo com a reforma sanitária, é referência para todos os países que buscam tratar de seus usuários em liberdade. Não poderíamos concluir este texto sem tocar neste ponto.

Por fim, de modo a concluirmos esse texto, mas não a reflexão que ele oferta, é de extrema relevância afirmar que mesmo com todas as características da violência urbana presentes nas favelas e morros cariocas, são sublimes a riqueza e a multiplicidade cultural das favelas. A comunidade não é composta somente de pobreza, violência ou desamparo, há também arte, cultura, música, ciência, gastronomia, economia da mais alta complexidade. Tudo isso está em permanente contato diariamente. E dialoga com a saúde, de uma forma ou de outra. Nossa aposta aqui é que possamos investir nesse diálogo e aproveitá-lo para potencializar um cuidado a cada vez mais singular.

Referências

- ALVARENGA, A. T. et al. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade nas tramas da complexidade e desafios aos processos investigativos. In: PHILIPPI JR., A.; FERNANDES, V. (Eds.) **Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia & Inovação**. Barueri: Ed. Manole, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 set. 2017.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (4. : Brasília : 2011). **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relfinal_IV.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.
- COORDENADORIA DE SAÚDE DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1. **Território da AP 3.1**. Disponível em: <<http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>>. Acesso em: 12 set. 2017.
- DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arq. bras. psicol.**, v.63, n.2, p. 114-121, 2011.
- LANCETTI, A. **Contrafissura e elasticidade psíquica**. 1.ed. São Paulo: HUCITEC, 2015.
- LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, jun. 2009.
- NERY FILHO, A. N. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. 1.ed. Salvador: Ed. Bahia: Edufba, 2009.
- RIO de Janeiro atinge marca... G1, 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2017/08/rio-de-janeiro-atinge-marca-de-100-pms-mortos-no-ano.html>>. Acesso em: 11 set. 2017.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.
- SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, 2011.

Subjetividade e participação social na Saúde Mental Coletiva

Marina Ramos da Rocha Paes

Este texto resgata parte da discussão empreendida em dissertação de mestrado da linha de pesquisa de Atenção Psicossocial e Políticas Públicas. O objetivo de tal pesquisa consistia em produzir conhecimento a partir da práxis de cerca de dois anos, na condição de estudante do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde do Estado de São Paulo, em um Fórum de Saúde Mental, desde o seu surgimento.

Costumavam frequentar as reuniões do Fórum estudantes universitários, trabalhadores e por vezes gestores. Alguns deles alegavam ter convidado os usuários a participar, outros não acreditavam ser oportuno tê-los por perto naquele espaço, por acreditarem que as discussões ali disparadas não fariam sentido para aqueles sujeitos.

Em uma de suas reuniões falou-se sobre um “esvaziamento” e, por se pretender um espaço mais diverso, indagou-se: “Por que será que os usuários não vêm às reuniões?”, e alguém respondeu: “É claro que eles não vêm. Nós não falamos a linguagem deles.”, dando a entender que o que ali se debatia não se relacionava à “linguagem dos usuários”. Esta pareceu ser uma análise precipitada, segundo a qual as “classes” não convergem e/ou não conversam, dada uma diferença meramente instrutiva ou expressiva.

Na sequência da discussão sobre que linguagem era aquela que afastava os usuários, surgem propostas de simplificação dos debates em pauta a fim de que se tornassem “acessíveis” aos usuários que, porventura, comparecessem às reuniões.

Ainda assim, continuavam a ser abordadas questões sobre os modos de produção na Atenção²⁹, formulando resoluções que incidiriam diretamente nesses sujeitos “ausentes”. Parecia haver nisso uma clara separação entre os que pensam e os que sofrem as consequências das decisões tomadas.

Não parecia fazer sentido a existência de um Fórum, que debatesse Saúde Mental³⁰ (e saúde mental), sem os sujeitos - pretensamente - centrais às discussões em questão. Dessa forma, me coloquei a problematizar a participação social neste campo, a fim de compreender porque - e se de fato havia - essas ausências.

Me ocorriam perguntas como: “Quais são os efeitos desejados pelo Fórum?”, “Estaria o funcionamento deste Fórum adequado aos propósitos elencados em sua composição?”, “Seria possível dinamizá-lo, torná-lo mais “representativo” de um público múltiplo?”, “De fato, a participação social estaria prejudicada?” Estas foram algumas das questões a que me propus buscar respostas.

²⁹ Opta-se por chamar de Atenção as práticas que tomaram o *corpus* da assistência; poder-se-ia afirmar que a Atenção é determinada pelo bloco histórico, conceitualizado por Gallo e Nascimento (1995) como forma assumida pelo Estado em determinado momento, suas forças produtivas e relações de produção, tudo isso expresso em instituições de Saúde.

³⁰ Ao longo do texto, farei a distinção entre Saúde/Saúde Mental (enquanto área que abrange a construção dos chamados dispositivos em conformidade com políticas governamentais) e saúde/saúde mental (como parte do processo saúde-adoecimento, inerente a qualquer sujeito).

Já na discussão aqui empreendida, retomo esta situação particular, desencadeada no Fórum, e que gerou uma série de reflexões acerca das fragilidades e potências da participação social no campo da Saúde Mental, para também problematizar funcionamentos de outras instâncias de controle social e as suas relações com a produção de saúde e de subjetividade.

Logo, nas páginas que se seguem procuro fazer uma breve contextualização do campo, recuperar alguns entraves à participação e evidenciar, nas práticas já existentes e naquelas que podem vir a ser adotadas, formas de exercitar (ou perceber) a participação pela sociedade civil.

“Os usuários não participam”

Embora a participação social seja uma prerrogativa na Saúde Coletiva e, conseqüentemente, na Saúde Mental Coletiva (COSTA-ROSA, 2013; ARRAES et al., 2012; LUZIO; L'ABBATE, 2009), a máxima “os usuários não participam” (dos espaços de participação social) foi por diversas vezes enunciada naquele Fórum de Saúde Mental, o qual buscava coletivizar discussões e agregar a multiplicidade de sujeitos envolvidos nos processos de Atenção.

Em seu ensaio sobre a Ética da Atenção Psicossocial, Costa-Rosa (2011a) conceitua a participação popular/social como cerne das proposições e experiências da Reforma Sanitária e propõe a substituição do termo “usuários” (como objetos de intervenção) pela perspectiva de que se lida com *sujeitos do*

sofrimento,³¹ que devem poder chegar a situar-se no lugar de trabalhadores principais do processo de produção da Atenção; e considera que, se há sofrimento, há trabalho subjetivo.

[...] a propósito do tema do saber em geral e do saber dos sujeitos do sofrimento, convém lembrar que uma das diretrizes do SUS propõe a participação da população no planejamento, gestão e controle da ação territorial e dos dispositivos institucionais. Não é por acaso que uma diretriz desse quilate pôde ser introduzida, justamente no campo da Saúde, em flagrante contradição com a tônica dominante nos outros setores da produção social. Também não é um acaso que efetivar essa participação da população tenha se mostrado uma das tarefas mais difíceis do campo da Saúde Mental Coletiva. (COSTA-ROSA, 2011, p.91)

Alguns fatores concorrem e entram na discussão de como implementar a participação. E não é natural que ela aconteça, tendo em vista que o contexto social e o histórico marcado por práticas de despolitização produzidos pelo próprio Estado.

Logo, é relevante retomar aspectos da história do Sistema Único de Saúde (SUS), até o ponto em que se percebem lacunas quanto à efetiva valorização do sujeito enquanto principal responsável pela produção do saber que configura os dispositivos de Atenção, em particular da participação social,

31 Costa-Rosa (2011, p.50) propõe “[...] a substituição dos termos ‘paciente’ e ‘usuário’ por ‘sujeito do sofrimento’, conservando a ambigüidade da palavra sujeito, pretendendo com isso recuperar, política e eticamente, para os interesses subordinados, uma parte importante daquilo que está perdido no Modo Capitalista de Produção (MCP). A recuperação da dimensão sujeito cabe inevitavelmente também aos trabalhadores da instituição, pois só assim poderão ser capazes de se posicionar no Território e nas outras instâncias institucionais com ‘ofertas’ de possibilidades de (inter)locação alternativas às mais comuns até o momento [...]”.

pois a política de Atenção na Saúde Coletiva foi formulada em defesa de um entendimento mais sistêmico da saúde, sendo que, num dado momento, a possibilidade de construir conjuntamente – entes oficiais/representantes de instituições e participação social/sujeitos – o sistema de Saúde se apresentou como fator determinante para a produção de saúde.

A participação social como componente fundante do SUS

A luta pela democratização dos serviços prestados na área da Saúde converge com a luta pela democratização do país. Nos idos da década de 1960, sob regime militar, o Brasil passava pela supressão das mediações existentes entre Estado e sociedade, fazendo com que fossem desmontados, por exemplo, modos de funcionamento de diversos setores sociais, dentre eles o da Saúde. (TEIXEIRA, 1995)

Num primeiro momento, ocorreu a derrocada do Estado de Direito e de órgãos de representatividade e, num segundo momento, a instauração de uma democracia representativa de fachada. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, 2006) Com isso, passava-se por uma despolitização das questões de interesse público, no sentido de que elas não podiam ser confrontadas em arenas democráticas.

Entre 1974 e 1979 diversas experiências institucionais tentam colocar em prática diretrizes da Reforma Sanitária (RS), como a descentralização, a organização e a participação,

não sem dificuldades, visto que, apesar do grande contingente de atores, as forças políticas e a falta de mudanças estruturais minavam o comprometimento pessoal dos seus agentes. Portanto, pode-se dizer que o Estado produzia assujeitamento da população, o que conseqüentemente tendia a fazer com que os sujeitos cada vez mais conseguissem sentir seu sofrimento como algo privatizado.

De acordo com Escorel (1995), as classes populares estavam silenciadas no regime autoritário, o que fez com que as bases universitárias, a partir de um marco teórico que repensava essa conjuntura, construíssem esse movimento de levante, mas ainda em busca de um sujeito social.

Já com a eclosão de movimentos sociais, foram-se reunindo grupos e pessoas para a constituição de um ator coletivo para a reativação da sociedade civil numa condição atuante no debate político. Assim, as diferentes organizações populares contra o regime militar criaram um referencial para o imaginário político nacional, de que a sociedade civil sempre deveria se mobilizar para alterar o plano. (GOHN, 2008, p. 70)

Contudo, cabe a ressalva de que este imaginário nunca será unânime. Esta sociedade civil tem diferentes formas de ver e estar no mundo e ideais diferentes. Conforme nos exorta Oury (2009, p.26), “[...] se há sistemas de identificação imaginária [...] nas quais todo mundo se parece, nas quais todo mundo tem a mesma linguagem [...] sabe-se que [...] uniformiza as pessoas [...]”. Dessa maneira, não haverá heterogeneidade, todos serão tidos como absolutamente iguais, indistintos, estabelecendo-se

um plano “chapado”, no qual o ser do sujeito não tem sequer alguma profundidade.

Já na década de 1980, o Movimento Sanitário (MS) foi-se tornando mais sólido, dados os laços que conseguiu estabelecer e as contundentes críticas que empreendeu, ao longo de ao menos duas décadas, com vistas à redemocratização do sistema de Saúde.

Pensando-se em alternativas para a transformação do modelo de Saúde, foi gestada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986), com alto índice de representatividade social³², a qual reforçou a necessidade de mudanças.

Todo esse movimento de reivindicações e as conquistas dele decorrentes careciam de instrumentos legais com a oficialização das mudanças alcançadas, as quais constariam na Constituição Federal como princípios, diretrizes e normas invioláveis, sob pena de sanções aplicadas pelo Estado.

Nesse sentido, o período pré-Constituinte foi bastante preenchido pela articulação de forças políticas de diversos movimentos para concretizar a política pública tal como foi sendo formulada, de forma abrangente, o que não impossibilitou que múltiplos interesses se mostrassem e disputassem hegemonia.

Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova

32 Fleury (apud BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, 2006, p.84) ressalta que, no ano que antecede a VIII CNS, os “pensadores” do Movimento Sanitário se encontram com os movimentos populares, discutindo sobre questões da mais diversas e complexas.

forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos. (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA 2006, p.18)

Pela captação de enunciados construídos por esses atores coletivos, percebe-se a ampla participação social, em militância política, dos movimentos sindicais e populares. Credita-se à participação social a responsabilidade por influenciar a formulação e estruturação de um novo sistema, e mais, uma nova articulação que promoveria saúde a partir da implicação subjetiva nas questões em voga. Propõe-se que, sem a efetiva participação do público, não haveria uma verdadeira transformação das políticas governamentais, tampouco das práticas realizadas nos dispositivos de Saúde.

Na retomada do Estado democrático, foi promulgada a nova Constituição (BRASIL, 1988), a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS)³³ com a previsão da implementação de espaços de participação da sociedade civil na sua gestão. Seu marco é a lei 8.142, de 1990, fruto do Movimento da Reforma Sanitária.

Essa institucionalização da RS ajuda a promover a absorção de intelectuais e mentores de seu ideário para cargos

de gestão estatal, de maneira a garantir a execução de políticas públicas mais próximas e em conformidade com os anseios da população. Contudo, a ocupação de espaços institucionais, como recurso estratégico, foi um importante fator para o enfraquecimento das relações com as classes populares, conforme sugere Escorel (1998), pelo fato da execução de reformas administrativas se sobrepor às próprias discussões políticas e sobre a saúde das pessoas.

Conforme aponta Reis (2009, p. 121), esse processo remete à própria dinâmica das experiências de participação social inseridas numa conjuntura política e social hegemônica, a qual busca obstaculizar a atuação conjunta e os movimentos de negociação entre atores representantes do Estado e da sociedade civil.

Que participação na Saúde Mental Coletiva?

Se a população em geral estava silenciada, muito mais estariam os ditos “usuários” no contexto da Saúde Mental, combatidos por longo período de institucionalização, destituídos de qualquer função social e sem poder de decisão: os próprios rebotalhos de práticas de “Saúde” desumanas e ilegítimas, literalmente objetificados.

Yasui (2006) refere que a assistência em Saúde Mental tem por terminologia mais apropriada, no século XX, a exclusão, ao manter os sujeitos nos hospícios de modo sintônico ao Modo Capitalista de Produção (MCP). Tratava-

³³ Essa aprovação foi antes assegurada constitucionalmente para só depois, paulatinamente, galgar as devidas mudanças institucionais.

se da exclusão com reclusão, modalidade de inclusão do MCP, ainda em disputa nos dias de hoje.

Com o tempo, pressões sociais impulsionam a crítica a esse sistema violador de direitos e, mais ainda, aniquilador de quaisquer possibilidades de constituição de subjetividades singularizadas. Daí a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) ter sua história intimamente ligada à da Reforma Sanitária (RS).

Seu processo teve frentes ações de luta pela transformação do modelo de Atenção, objetivando

[...] a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.)

Tendo isso em vista, a crítica e a luta da RPb dariam conta de gerar a participação social com vistas a produzir mudanças na direção de uma transposição paradigmática nos processos de produção de Atenção à saúde?

A RPb visava mais do que à emancipação política através da participação dos sujeitos nas arenas políticas; estava influenciada pelas Reformas Psiquiátricas italiana e inglesa, as quais questionavam o conceito hegemônico de saúde e pretendiam desmontar o colossal edifício da psiquiatria, em seu essencial fundamento: o conceito de loucura.

Para isso, era necessário buscar um novo “lugar social”

para a loucura, ao romper com as práticas vigentes do saber psiquiátrico. A relação médico-paciente, sobremaneira nos casos de “doença mental”, passava a depender de um contexto ampliado, para além dos muros do hospital e da própria relação dual estabelecida, na qual o saber é reservado ao médico.

Ao poder médico, ao poder dos agentes de saúde e ao poder dos gestores, voltados seja para a eficiência e/ou eficácia ou para a redução de custos [...] se agrega o poder da sociedade organizada [...] É esse o eixo das lutas pela participação, que abre novos espaços públicos, repõe a questão da saúde fora do mundo privado da casa, do mundo da magia, dos consultórios, dos gabinetes, das mãos das elites e do mercado, embora os tenha como postos, buscando novos pressupostos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, 2006, p. 19)

Entretanto, os sujeitos mesmos ainda não se aproximavam dos debates, de maneira que alguns pressupostos não puderam ser refeitos de maneira generalizada, sendo que, por exemplo nem a RS nem a RPb - pensando unanimemente - conseguiram desconstruir totalmente o estatuto de “usuário”, o qual perdura até hoje.

Posteriormente, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que encampava a Luta Antimanicomial, introduziu problematizações inspiradas pelas Reformas internacionais, como o conceito de existência-sofrimento, da psiquiatria democrática italiana, e sobre os processos de adoecimento e da saúde psíquica dos sujeitos em suas relações

com o social. Ainda assim, não relacionam, em primeiro plano, os processos de participação à produção de saúde mental.

A participação amplamente preconizada como frente do SUS prevê que toda a sociedade civil esteja integrada, ou seja, caso algum grupo ou segmento esteja alijado da elaboração de práticas em Saúde, dever-se-á tentar transpor as dificuldades enfrentadas para que todos alcancem sua potencialidade de participação social/política.

Esse histórico induziu algumas mudanças: por exemplo, de que sujeitos que antes eram desprovidos de capacidades básicas de cuidado de si passassem a poder, pelo menos no discurso corrente, opinar e construir os sistemas de assistência em Saúde Mental, os quais seriam qualificados e construídos nos espaços de controle social.

Porém, efetivamente, os agentes que assumiram a participação, assim como uma postura de modificação do entendimento e do trato para com a loucura, eram majoritariamente os trabalhadores, pois a sociedade em geral fora crivada de preconceitos quanto a estes sujeitos e, conseqüentemente, essa transformação ficara a cargo dos agentes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Reformas sustentadas apenas por seus idealizadores não são capazes de se sustentar por longo período. Então, novos agentes instrumentalizados por estes novos pressupostos devem, permanentemente, ser formados, nas graduações, equipamentos de Saúde, escolas, assembleias, espaços públicos, através da mídia e tantos outros “lugares” nos quais se pense

possíveis formas de trabalhar transformações em âmbito social.

Essa mudança de paradigma, porém, jamais será alcançada sem o engajamento simultâneo em processos de transformação da *realidade subjetiva* – exigência inalienável – dado que os impasses subjetivos a todos atravessam. Contudo, na maioria das vezes, não há qualquer percepção imediata dessa condição decisiva para os modos de produção da subjetivação simultâneos à dimensão ético-política dos processos de participação social.

Que escuta na participação social?

De fato, as condições de participação no mundo atual são essencialmente conflituosas e a participação não pode ser estudada sem referência ao conflito social. Se desejamos considerar a participação como algo diferente de uma simples relação humana, ou de um conjunto de “truques” para integrar os indivíduos e as coletividades locais nos programas de tipo assistencial ou educativo, não podemos fugir à análise da estrutura de poder e da sua freqüente oposição a toda tentativa de participação que coloque em julgamento as classes dirigentes e seus privilégios. (BORDENAVE, 1987, p. 41)

Sendo as instituições³⁴ as mais concretas e rígidas formações a representarem o Estado e tendo-se em vista que

34 Para Lourau (1969), no sentido estrito, instituições são “[...] corpos constituídos e organismos oficiais que servem para a regulação da vida política, para a administração da sociedade”, mas entremeadas por formas ideológicas. Podem se referir a instituições políticas, leis, preconceitos, modas, superstições etc.

A perspectiva da RS como luta no Setor Saúde – mas justamente como ‘rebote’ da luta social ampla – põe em destaque a dimensão instituinte do conceito de instituição: a instituição de Saúde como ‘palco de luta política’.

toda a população, em alguma medida, depende dos “ajustes” do Estado, sob a lógica capitalista, as práticas de Atenção tendem a sobrepujar a saúde como condição humana.

O modelo do Sistema Único de Saúde é difundido a toda a população e, desde seu advento, a saúde “[...] define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.” (TEIXEIRA, 1995) Ainda no momento histórico em que se produziu este texto, a concepção que transparecia é a de que a saúde deve ser conquistada e pode ser obtida como produto da interação de métodos empregados nesse contexto, que diz respeito à Saúde como campo/área. Mas, mais do que isso, ela se deve a lutas cotidianas dos modos de levar a vida, ou seja, a concepção de que a saúde é produzida num contexto abrangente consiste na própria formação da organização social, e não como seu mero reflexo. Portanto, não se pode isolar a participação ou a produção da saúde-adoecimento em um determinado contexto da produção da vida material no Território. Existe um paralelo entre o modo de produção da vida e o modo de produção da saúde, assim como o modo de produção da Atenção surtirá efeitos no processo de produção saúde-adoecimento.

Quer dizer, o conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço socioeconômico cultural cria as instituições, produzidas para dar respostas às “demandas” dos sujeitos, mas nelas já operam encomendas, mais afeitas à lógica do consumo do Modo Capitalista de

Produção. Justamente por isso, cabe “exercitar” possibilidades efetivas de participação, sem as quais trabalhadores e “usuários” se tornam presas fáceis das políticas em suas formas mais duras.

Tanto as instituições são caixas de ressonância da Demanda³⁵ quanto a sociedade reage conforme as práticas por elas promovidas. Nesse sentido, a superação de um modelo instituído³⁶ depende de que os saberes sejam produzidos em interação na práxis social. É também necessário que haja reformas em outros segmentos, de forma que estes não firmem os princípios do SUS, uma vez que se pensa essa política em termos intersetoriais.

Logo, apresentam-se fatores dificultadores para que o SUS opere, tal como se apresenta no discurso oficial, tanto no que tange à questão do controle e participação social quanto no que concerne às concepções de saúde, ator social e direitos (porque, evidentemente, são fatores que se espelham) que estão resguardadas nas práticas de cada agente que faz do sistema vivo. Contudo, o instituído sempre é permeado pelo instituinte.

Para que haja a possibilidade de desatrelar ideias totalizadoras a respeito dos papéis dos “sujeitos sociais”, os sujeitos, na participação social, deverão entender que o escopo desses espaços varia de acordo com seus representantes e que todos, principalmente aqueles cujos interesses foram socialmente subordinados, devem ser escutados.

35 Demanda se deve a diversos fatores socioeconômicos e culturais e não se apresenta de maneira explícita; provém das aspirações sociais em meio às lacunas formadas pelas instituições. Seu contrário é a encomenda: chamados, pedidos de funcionamento etc., de acordo com Lourau (1977b).

36 Ordem estabelecida, valores, previsão (LOURAU, 1969 apud ALTOÉ, 2004).

A escuta aparece, muitas vezes, inserida nas práticas de atenção psicossocial [...] dirigindo-se ao sujeito seja pelo viés da individualidade, como sujeito de vontade, seja pelo viés dos direitos e da cidadania. Nesta perspectiva, ao procurar humanizar o tratamento e ‘dar voz’ àqueles que foram excluídos pelas práticas manicomialis, o que se visa é recuperar as ‘habilidades perdidas’, ou seja, a autonomia e o poder de contratualidade desses sujeitos, que permita a sua reinserção no laço social. É a lógica da cidadania que se reafirma por meio do discurso do mestre, na medida em que se parte de um modelo pré-estabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito. (RINALDI, 2006, p. 145)

Então, ainda que com raras aparições em espaços como Fóruns ou Conselhos, os *sujeitos do sofrimento* podem estar considerando-os espaços de confiança e de investimento transferencial. Suas falas (ou o silenciamento, que seja) não devem ser menosprezadas por esse canal ser tido, a princípio, como um local onde se admitem questões pragmáticas.

Caso contrário, estes como outros dispositivos, podem cair na dinâmica de “muro de lamentações” sem ações transformadoras das éticas que os permeiam, tendendo a reforçar a tutela, a disciplina ou a compaixão para “incorporar” os *sujeitos do sofrimento*.

A fim de planejar intervenções que vão ao encontro das “necessidades” dos sujeitos, devemos praticar “[...] o redobramento da acuidade dos referenciais de escuta e compreensão [...]” (COSTA-ROSA, 2011a, p.46)

Se estivermos afeitos aos moldes da participação social instituída (como dependesse de pronunciamentos, inserção de pautas ou afins) ignoraremos que podemos estar sendo solicitados, de alguma forma, para que escutemos atentamente os *sujeitos do sofrimento*.

Haveria possibilidades de se ampliar a escuta do sujeito *na Saúde versus* sujeito *da* Saúde, que “batalhasse” por seus direitos, mas, antes disso, se implicasse em suas demandas?

Participação não se pode instituir

Diversas pesquisas apontam a disparidade entre a instituição de mecanismos de controle e participação social, por quaisquer pessoas, e sua prática efetiva, ou seja, a participação real. (MARTINS et al., 2008; SOUZA; KRÜGER, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; RAICHELIS, 2006; CALVI, 2008) Algumas referências enfatizam que a participação não acontece em decorrência de excessiva carga de trabalho, falta de tempo, de espaço físico, por resistência de médicos e outros profissionais (LONGUI, 2009); porque os conselhos não chegam a ter caráter deliberativo, mas contribuem para a fiscalização e organização da política de saúde do município (SOUZA; KRÜGER, 2010); falta de consciência política, entraves na operacionalização da participação por conta de certo verticalismo e burocracia; (GUIMARÃES et al., 2010); falta de capacitação dos participantes, matriz hierárquica. (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010)

Alguns desses trabalhos concluem que os sujeitos ficam conformados, acomodados, desinteressados e indiferentes aos modos de produção de gestão na área da Saúde. Com isso, tendem a valorizar somente a dimensão organizacional, os modos expressos de apresentação da população (não comparecimento, queixas e encomendas) para pensar nos entraves à participação. Estas análises não levam em conta a Demanda Social latente, ou seja, acabam por desconsiderar que as instituições de Atenção, como Formações Sociais, refletem a maneira dos sujeitos de estarem no mundo.

Não só os determinantes objetivos estão em questão. O plano da realidade vivida cotidianamente compreende um Real³⁷ impossível de se reduzir, por exemplo, à universalidade abstrata dos direitos à participação e sua execução.

A descentralização de processos decisórios aloja certo ideário de universalidade da participação, ainda como um princípio instituinte; porém, só é possível acontecer no plano da particularidade, isto é, que se dará no concreto de forma não homogênea, disputando em cada contexto interesses e lutas distintas.

Na verdade, a participação “[...] pode transformar-se em algo perverso se utilizada como brinquedo de determinado grupo para, por exemplo, tornar um processo mais moroso

[...] incorpora a possibilidade do massacre de posições minoritárias.” (GUTIERREZ, 2004, p.11)

Essas manobras se valem muitas vezes da falta de formação específica dos “usuários” quanto às exigências requeridas de um conselho, fazendo com que não consigam acompanhar a lógica de trabalho da gestão pública.

Os agentes da Reforma Sanitária (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995) entendem que, sem a consciência sanitária dos “cidadãos”, isto é, sem que entendam o projeto do SUS, o cumprimento da participação social será puro clichê, não sairá de um plano no papel.

Onde o Estado político atingiu a sua verdadeira forma definitiva, o homem leva uma vida dupla não só mentalmente, na consciência, mas também na realidade, na vida concreta; [...] uma vida na comunidade política, na qual ele se considera um ente comunitário, e a vida na sociedade burguesa, na qual ele atua como pessoa particular, encara as demais pessoas como meios, degrada a si próprio à condição de meio e se torna um brinquedo na mão de poderes estranhos a ele. (MARX, 2010, p.40)

Ao se tratar de Saúde Coletiva, mesmo que viabilizada por um sistema resultante de lutas políticas e graças aos movimentos sociais, deve-se considerar a estrutura do Estado, que reforça a cisão do ente político e do sujeito em sua vida para além da comunidade política; perpetua a sociedade civil não emancipada ou, no máximo, emancipada politicamente, a partir da garantia de direitos e cobrança no cumprimento de deveres como forma de constituição de “cidadãos”; é “[...]

37 Segundo Lacan, Real é aquilo que não se pode simbolizar, mas que pulsa em direção à necessidade (lógica) da simbolização – esta, então, necessariamente infinita, no sentido de “devir”.

um sistema que transfere à sociedade política o esquema de desigualdade da sociedade civil, abrindo para a burguesia a possibilidade de fazer política com toda a força de suas posições adquiridas no esquema civil de desigualdade” (BORDENAVE, 1987, p.52), e a realidade social capitalista faz da cidadania um meio para os interesses privados. (DUARTE, 2010)

Deste modo, considerando as “delicadezas” em se pensar o exercício da cidadania, poderiam as instituições de Atenção à saúde, ou melhor, seus agentes, nos diversos espaços que ocupamos, estarmos a favor de um propósito outro, o qual contribua para que os sujeitos superem sua condição de “cidadãos”, a fim de constituir uma condição de fato emancipatória? Como, especificamente no campo da Saúde Mental, a participação pode ser entendida para além do *corpus* criado pela RS, mais afinada com a Atenção Psicossocial?

Como migrar da implicação sociocultural para a implicação subjetiva, esta que a Ética da Atenção Psicossocial ou a da psicanálise preconizam, supondo que mais do que um sujeito interditado, “impregnado”, “vidrado”³⁸ estamos diante de um sujeito do desejo? Logo, como pensar a participação e o desejo, sem que sejam inconciliáveis?

Cabe também indagar, em que medida o projeto do SUS e da Saúde Mental se estende a um propósito de fato emancipatório³⁹? Quer dizer, até que ponto os trabalhadores

como vetores da política do Estado podemos contribuir para o intento maior que se pretende a emancipação humana (ou seja, que não separa o político do social)?

A ideia de promover o protagonismo desses sujeitos, que nunca detiveram meios de produção, continua sendo um enorme desafio que requer largos investimentos não só financeiros, mas políticos, sociais e humanos, afinal, para Marx (2010) a objetividade reflete e produz subjetividade.

As ações no controle social têm-se caracterizado pelas tentativas de processamento de mudanças em modelos fechados, normativos, que tendem a abafar os interesses subordinados e pela luta por assistência, antes de se caracterizarem pela saúde como processo dialético, ininterrupto e que só pode se expressar singularmente.

Encarar os *sujeitos do sofrimento* como protagonistas do SUS terá que ir além de pensá-los como formuladores de propostas e partícipes das decisões, para entendê-los como protagonistas de suas vidas, enquanto sujeitos desejantes. Demarcar essa condição também fará emergir um forte campo político. “Em suma, é necessário reafirmar uma concepção de sujeito distinta das comumente admitidas: sujeito como acontecimento, como corte; sujeito da enunciação em que o protagonismo não cabe apenas à consciência ou à intencionalidade deliberada.” (COSTA-ROSA, 2011a, p. 124)

Até quando for desconsiderado qualquer impasse psíquico e a condição de sujeito de desejo, os sujeitos estarão à mercê de uma pasteurização das ações da Atenção, devendo se

38 Expressões que evidenciam a medicalização a qual muitos estão sujeitados.

39 Para Marx, o Estado moderno promove a desigualdade entre os homens, ao realizar sua igualdade no plano político, através da adoção de direitos civis iguais, mantendo a desigualdade real entre os homens. Logo, a efetiva emancipação dependeria da superação do capitalismo enquanto sistema manipulador das relações sociais e da abolição da distinção entre social e político.

submeter e anuir aos modos operantes desse âmbito, ao mesmo tempo gerando uma dependência das práticas de Atenção que os manterão alienados, enquanto se julgar que tais práticas são suficientes para a produção de saúde. Não basta a participação somente “no planejamento, gestão e controle”.

Portanto, é preciso admitir que a participação possível, e pela qual se lutou, deve estar em relação direta com a luta pela transformação radical dos processos de produção saúde-adoecimento-Atenção.

Concluindo

Segundo Gutierrez (2004, p.159), “[...] a intenção participativa, portanto, só pode ser estudada a partir de uma análise conjuntural e confrontada com alguns valores definidos prévia e externamente”.

Nessa perspectiva, busquei com este trabalho expor uma certa Ética para se pensar a participação social no SUS, em especial na Saúde Mental Coletiva. Acredito que existem formas de participação em diversas instâncias e estratos, que podem se conciliar às “representações formais”, como, por exemplo, Conselhos e Fóruns, confiando que participação social requer outros modos de produção de subjetividade.

Contudo, discussões como esta parecem estar frágeis, não completamente contidas na abordagem da participação social, na atualidade. Eis a questão primordial que me coloco para pensar nos interditos à efetivação da participação, pois,

ao tomar a dimensão subjetiva apenas como subjacente a esse processo, ou seja, como uma dimensão que pode não ser determinante dele, a tendência é reificar os sujeitos.

A partir da constatação da ausência dos *sujeitos do sofrimento*, é importante pensar as ofertas possibilitadas pela via destes canais e nos seus efeitos éticos e terapêuticos, porque a participação é uma consequência diante dos modos – e dos meios utilizados – de produção de saúde-adoecimento-Atenção. Se efetivamente os “usuários não participam” de maneira alguma, possivelmente é porque as práticas devem ser repensadas.

Também, levantei muitas questões para as quais ainda não tenho respostas, confiando que elas ressoem em nós, trabalhadores da Saúde Coletiva, a fim de que planejem nossas ações sempre a partir das problematizações que irrompem através da práxis.

Especialmente o campo da Saúde Mental Coletiva requer de nós a sensibilização para que escutemos as demandas do sujeito, como “aberturas” do desejo, quase nunca evidente ou aparente numa fala literal.

Também, enquanto ignorarmos as contribuições ou presença dos sujeitos, por mais singelas que pareçam, tomando os espaços de controle social como burocráticos ou meramente deliberativos, além dos saberes técnicos empregados na Saúde como ordenadores da saúde singular de cada um, admitiremos *ad infinitum* uma lógica de produção de saúde e subjetividade centrada na Atenção.

Referências

- ARRAES, A. K. M. et al. Empoderamento e Controle Social: uma análise da participação dos usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). **Psicologia Política**, v. 12, n. 23, p. 71-85, jan./abr. 2012.
- BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**; promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 11 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (Brasília : 2015) **15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CALVI, K.U. O controle social nos conselhos de políticas e de direitos. Emancipação. Ponta Grossa, v.8, n.1, p. 9-20, 2008. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em: 02 maio 2013.
- COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.
- _____. **Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial**: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. 2011. Tese (Livre-Docência em Psicologia Clínica) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.
- _____. A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In: _____. **Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial**: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. 2011. Tese (Livre-Docência em Psicologia Clínica) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis. 2011a. p. 44-82.
- DUARTE, N. Limites e contradições da cidadania na sociedade capitalista. **Pro-Posições**, Campinas, v. 21, n. 1 p. 75-87, jan./abr. 2010.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- _____. Saúde: uma questão nacional. In: _____. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- GALLO, E.; NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.91-118.
- GOHN, M.G. **O protagonismo da sociedade civil**. Movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- GUIMARÃES, J.M.X. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p. 2113-2122, 2010.
- GUTIERREZ, G.L. **Por que é tão difícil participar?** São Paulo: Paulus, 2004.
- LONGUI, P.M. **Participação social**: a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da Saúde da Família. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade de São Paulo. USP/Ribeirão Preto, 2009.
- LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional, 1977a. In: ALTOÉ, S. **René Lourau**: Analista Institucional em Tempo Integral. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. Uma apresentação da Análise Institucional, 1977b. In: ALTOÉ, S. **René Lourau**: Analista Institucional em Tempo Integral. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. O instituinte contra o instituído, 1969. In: ALTOÉ, S. **René Lourau**: Analista Institucional em Tempo Integral. São Paulo: Hucitec, 2004.
- LUZIO, C. A; LABBATE, S. A Atenção em Saúde Mental em município de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, 105-116, 2009.
- MARTINS, P.C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 105-121, 2008.
- MARX, K. **Sobre a questão judaica**; apresentação [e posfácio] Daniel Bensaïd; tradução Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2010.
- OLIVEIRA, L. C; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p.2455-2464, 2010.
- OURY, J. **O Coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- RAICHELIS, R. Articulação entre os conselhos de políticas públicas – uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. 2006. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/arquivos/apu_93.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2013.
- REIS, R. **Fórum de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo**: a configuração de um espaço público. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T.R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **R. Saúde Públ.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.17-46.

TEIXEIRA, S.F.; MENDONÇA, M.H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.193-232.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

O trabalho em saúde como dispositivo para a educação permanente

Rafael Chagas
Túlio Batista Franco

Introdução

Este texto é resultado de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde que participavam de um curso de formação em um município do estado do Rio de Janeiro. A pesquisa teve por objetivo geral discutir o potencial da educação, pautada pela concepção da Educação Permanente em Saúde (EPS), na reorganização dos processos de trabalho em serviços de saúde. A EPS como estratégia para a gestão do trabalho em saúde, nos últimos anos, tem sido tema de constantes debates, seja em estudos acadêmicos ou como aposta da gestão em saúde, em todos os níveis, para formação de profissionais.

Os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde brasileiro (SUS) permitem que este seja considerado como uma das principais políticas públicas já implementada no Brasil. Tanto isso é verdade que hoje tal sistema é reconhecido como local prioritário de busca pela saúde pela maioria da população brasileira. Por outro lado, também é notório que ainda existe um longo caminho a percorrer para a sua consolidação. Dentre os desafios colocados para a efetivação

dos seus compromissos com a universalidade, a equidade e a integralidade, a formação de profissionais em saúde pode ser considerada uma estratégia fundamental.

Desse modo, buscou-se debater as formas pelas quais a educação permanente pode operar no trabalho em saúde e, conseqüentemente, na constituição de um sistema de saúde que reconheça o protagonismo dos usuários na produção de sua saúde. Para tanto, foi analisado o conceito de educação permanente e, mais especificamente, da EPS a partir de reflexões sobre as características do trabalho contemporâneo.

A princípio, o surgimento do conceito educação permanente esteve relacionado com as transformações tecnológicas ocorridas na produção global a partir da segunda metade do século XX. Defendia-se uma educação que fosse capaz de formar trabalhadores que pudessem se adaptar às constantes mudanças no mundo do trabalho e aprender permanentemente, ou seja, uma formação continuada para a vida toda. Essa noção da formação de trabalhadores, vinculada apenas a incorporação de novas tecnologias e conhecimento, vigorou, hegemonicamente, no SUS sob a denominação de formação continuada.

Na última década, entretanto, como contraponto à lógica dominante, foi formulada a concepção de EPS para o setor saúde. Esta concepção ao assumir, de forma preponderante, o cotidiano do trabalho enquanto dimensão fundamental da formação em saúde, colocou no foco da educação e de projetos de mudanças dos processos de trabalho a produção de novas subjetividades.

A educação de trabalhadores em saúde, assim, passa a ser entendida como um processo de cognição, mas também, de subjetivação, ou seja, espaço privilegiado para a produção de novos conhecimentos, novas práticas e novos sujeitos.

A partir dessa delimitação teórica sobre o tema da educação em saúde, adotou-se as narrativas de vida como metodologia de pesquisa. Esta metodologia é muito utilizada no campo da educação para pesquisas sobre o cotidiano escolar, as quais pretendem colocar em ação aqueles conhecimentos mobilizados no ato do trabalho realizado em sala de aula. As narrativas foram tomadas através de entrevistas com roteiro semiestruturado de três trabalhadoras que à época eram gerentes de serviços em saúde mental e participavam de um projeto de formação promovido pela prefeitura do município onde trabalhavam em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF). A ideia não era colher informações sobre o curso do qual participavam, mas colocar em análise as maneiras pelas quais profissionais em saúde, diante de um projeto de EPS que utilizava como fonte o cotidiano do trabalho para produzir conhecimento, significavam a relação da produção em saúde com os seus percursos formativos.

Os resultados encontrados, mediante as narrativas de vida, dialogaram com as teorias sobre o trabalho contemporâneo que o entendem pela hegemonia do seu componente imaterial e pela sua capacidade de produzir relações e subjetividades. Diferente do trabalho fordista fabril, o trabalho em saúde é marcado pela produção em ato, no qual produção e consumo se

dá ao mesmo tempo, e que nem sempre o bem produzido é um procedimento materialmente identificado, mas um bem imaterial como a satisfação ou o bem-estar. Nesse sentido, identificou-se que a EPS não trata apenas de projetos institucionais de formação, mas, também, de estratégias operadas no cotidiano dos serviços em saúde que têm por objetivo colocar em análise e transformar os próprios processos de trabalho. A pesquisa realizada caracterizou essas estratégias produzidas no trabalho, presentes nas narrativas das trabalhadoras, como formas de educação permanente e, portanto, reconheceu o trabalho em saúde como dispositivo para EPS.

Na primeira parte deste texto serão abordados os aspectos metodológicos que conduziram a pesquisa. Em seguida, serão analisadas, de maneira mais profunda, a concepção de EPS e a dimensão da subjetividade presente no trabalho contemporâneo, de forma mais geral, e no trabalho em saúde, mais especificamente. Por fim, serão apresentados os resultados da pesquisa a partir das narrativas de vida de trabalhadoras em saúde em diálogo com a perspectiva teórica adotada.

Metodologia

A opção metodológica da pesquisa tomou como base da investigação relatos de três profissionais em saúde que participavam de uma experiência institucional de formação denominada “Oficinas da Rede Básica”. Essa experiência foi consubstanciada pela concepção da EPS, tendo como proposta

principal dispor no centro da formação a análise do trabalho em saúde. Ao escolher as narrativas de vida como ferramenta metodológica de pesquisa, intencionava-se fazer com que os relatos fossem para além de informações objetivas e que tivessem, sobretudo, a capacidade de trazer novos sentidos, a partir das dinâmicas formativas disparadas pelo curso, para percursos formativos singulares e, assim, cartografar e evidenciar formas de educação permanente inventadas pelas próprias trabalhadoras como estratégia de reestruturação dos processos de trabalho pelos quais estavam comprometidas. Estratégias que, muitas vezes, ficam esquecidas e relegadas ao espaço privado. Tornar público essas práticas de educação, encontradas no cotidiano do trabalho, é o objetivo principal das narrativas de vida enquanto ferramenta metodológica.

Ao narrar suas experiências, os sujeitos rememoram o que viveram, mas como uma produção ativa do passado e não como uma lembrança ou reconstituição de fatos como eles exatamente aconteceram. Rememorar significa colocar em perspectiva o que somos no agora, ou seja, uma produção da nossa história a partir daquilo que nos afeta no presente. Walter Benjamin, em um belíssimo escrito sobre o escritor Proust, fala sobre a potência que se encontra no ato de recordar:

(...) um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento rememorado é sem limites, pois é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois. E, em outro sentido ainda, é a rememoração que prescreve o rigoroso modo de textura. (BENJAMIN, 2012, p. 38-39)

Benjamin, ao tratar do tema das narrativas, está preocupado com a pobreza de nossa existência nas sociedades modernas. As experiências, que antes eram relatadas como formas de circulação de conhecimento nas sociedades pré-modernas, são substituídas pelo desenvolvimento da técnica. A decadência das narrativas, para ele, significa a perda de sentido da vida, uma vez que o saber produzido externamente ao indivíduo e ao vivido se sobrepõe ao saber da experiência. O indivíduo estaria sendo desalojado não apenas dos meios de produção, com o advento do capitalismo, mas também do saber sobre o seu próprio trabalho, sobre as suas formas de produção da vida.

Em “O narrador”, Benjamin (2012) tece considerações sobre o escritor Leskov como um narrador. Nessa obra, Benjamin destaca a projeção que o romance alcança nas sociedades modernas como um sinal que explica o declínio da narrativa. Para ele, o romancista não trata das experiências dos indivíduos, mas de questões filosóficas sobre a vida, enquanto que “o narrador retira o que ele conta da experiência: de sua própria experiência ou da relatada por outros. E incorpora, por sua vez, as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes.” (BENJAMIN, 2012, p. 217)

É nessa força das narrativas de trabalhadoras em saúde que a pesquisa buscou construir um conhecimento sobre EPS. É nessa capacidade das narrativas em pensar o passado de forma ativa, a partir das experiências vividas em um projeto de formação, que possibilitou a produção de um saber sistematizado

neste texto. As narrativas não estão inscritas no passado e nem em tempo algum; elas atravessam o tempo histórico e ganham uma dimensão de continuidade permanente. Assim como um objeto de barro é marcado indelevelmente pelas mãos do oleiro que o produziu, as narrativas são produções singulares, elaborada por sujeitos únicos em um momento único.

Ademais, alguns autores, no campo da educação, têm debatido o potencial das narrativas de trabalhadores em pesquisas sobre a formação de professores. Para eles, esse tipo de abordagem pode servir para construir uma ponte importante entre pesquisa e as práticas que estão presentes no cotidiano do trabalho, colocando os trabalhadores como sujeitos da pesquisa. Elizeu Clementino de Souza, um desses autores, diz que:

Uma vez que as narrativas assumem e desempenham uma dupla função, primeiro no contexto da investigação, configurando-se como instrumento de recolha de fontes sobre o itinerário de vida e, em segundo lugar, no contexto de formação de professores, seja inicial ou continuada, constituem-se como significativo instrumento para a compreensão do desenvolvimento pessoal e profissional. (SOUZA, 2008, p. 92)

Ao narrar, trabalhadores mobilizam um conhecimento sobre si e sobre seu processo de trabalho. Esse conhecimento pode assumir um papel importante na produção de saberes, seja na investigação sobre percursos formativos, seja em processos formativos institucionalizados ou mesmo como aposta da gestão

do trabalho para mudanças no cotidiano dos serviços em saúde. Nesse sentido, segundo Perez e Gomes de Azevedo:

Tendo como pressuposto que as narrativas cotidianas são, ao mesmo tempo, um instrumento de investigação e de formação, temos procurado desenvolver uma abordagem que busca articular a ação/reflexão/nova ação, a partir da formulação de novas relações entre os sujeitos da pesquisa. Tal abordagem se insere numa perspectiva que recusa a dicotomia sujeito/objeto, pois entendo que o conhecimento como uma produção intersubjetiva; uma construção solidária que se realiza na co-presença e por meio de interações recíprocas. O outro não é tomado como objeto de conhecimento, mas como participante, como co-investigador, num processo que o essencial da investigação não é um modelo final a ser atingido, mas a própria dimensão formadora da narrativa. (PÉREZ; GOMES DE AZEVEDO, 2008, p. 44)

Dessa forma, a memória, que os sujeitos mobilizam ao narrar suas experiências como uma produção do presente, entra em movimento a partir dos significados que se atribui a si mesmo e ao que viveu, como uma pesquisa na qual sistematiza conhecimentos sobre si. Para Benjamin (2012, p. 249), “a história é objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas o preenchido de tempo de agora”. Ao contar o passado ativamos maneiras de fazer cotidianas. A memória, portanto, enquanto recordação ativa, possibilita contextualizar as práticas cotidianas e apontar perspectivas futuras.

As narrativas de vida dos profissionais em saúde, relacionadas às estratégias elaboradas e significadas no cotidiano

do trabalho, possibilitam analisar o campo subjetivo e cognitivo da heterogeneidade que constitui as experiências formativas em saúde. Essas trabalhadoras possuem lógicas singulares que operam no cotidiano do seu trabalho. Uma investigação com tais pressupostos sugere que um saber sobre EPS, consubstanciado nas práticas singulares dos sujeitos no cotidiano, enxerga a possibilidade de uma ruptura com o modelo de assistência e de formação hegemônicos, os quais apostam, principalmente, na hegemonização e universalização das práticas como forma única de construção dos serviços de saúde.

Da Educação Permanente à Educação permanente em saúde

O tema da educação permanente, enquanto projeto de formação, não chega a ser uma novidade. O pesquisador Moacir Gadotti, ao empreender uma pesquisa histórica sobre o tema, afirma que a ideia de uma educação que tenha o caráter permanente não é recente na história e foi assumindo diversas denotações dependendo do momento e do espaço em que foi formulada (GADOTTI, 1984). No entanto, a ideia de uma educação permanente como estruturante da política educacional global passa a existir, com mais ênfase, a partir do final da década de 1960 e início da de 1970, incentivada por organismos internacionais como a UNESCO e a OCDE, após um amplo movimento intelectual sobre o tema na Europa. (GADOTTI, 1984)

Segundo Gadotti (1984), esses organismos defenderão que a educação assuma um caráter de permanência e continuidade e, para isso, os sistemas educacionais deveriam se abrir para ampliar as instituições consideradas educacionais. Nessa perspectiva, o relatório Faure, lançado em 1972 pela UNESCO, tinha por objetivo estruturar um sistema educacional global. O pensamento era de que uma educação por toda a vida e em qualquer lugar seria fundamental para incorporar as novas demandas da sociedade, que passava a produzir, cada vez mais, novas tecnologias em espaços de tempo cada vez menores, e para combater as desigualdades sociais; quanto mais estudos, melhor seria a condição de vida dos trabalhadores. Gadotti caracteriza, dessa forma, o discurso desses organismos, sobre a necessidade de uma educação por toda vida como ideologia porque esconde o essencial, vinculando os seus objetivos a produtividade e a acumulação capitalista ilimitada. (GADOTTI, 1984)

No âmbito da saúde, a educação permanente começou a ganhar centralidade a partir da década de 1980 com a proposta da Organização Pan-Americana de saúde – OPAS- que tinha por objetivo melhorar as práticas em saúde. Essa proposta tinha em vista melhorar a organização da saúde através do planejamento dos recursos humanos. No Brasil, a constituição de 1988, que criou o SUS, resultado do movimento de luta pela reforma sanitária, e a lei orgânica do SUS, em 1990, estabelecem a formação de recursos humanos na saúde como atribuição do sistema. (BRASIL. Leis, etc., 1990) Entretanto,

desde esse período, como afirma Franco (2007), pode-se constatar que, embora tivessem ocorrido investimentos em processos educacionais nos serviços de saúde, geralmente sob a denominação de formação continuada, inclusive como estratégia para implementar as diretrizes do SUS, não tem se alterado de modo significativo as práticas assistenciais e os processos de trabalho.

Contudo, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), no âmbito do Ministério da Saúde, e da elaboração da portaria que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), um conjunto de novas ideias, experiências e reflexões críticas sobre a educação em saúde foram incorporadas, fazendo com que a formação em saúde, sob a denominação de EPS, assumisse novos sentidos. Diferente da concepção abordada por Gadotti e das experiências de formação desenvolvidas, até então, no SUS, a EPS passa a apostar na construção de novos territórios de formação em saúde, que não podem ser totalmente capturados pela institucionalidade, e onde haja espaço para a invenção de novas práticas em saúde. Segundo Ceccim:

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino. (CECCIM, 2004, p. 162)

Outra questão importante, abordada pela concepção de EPS, refere-se à dimensão da subjetividade na formação. A EPS investe na possibilidade de produção de novos saberes (processos de cognição), mas também de novos sujeitos (processos de subjetivação). (FRANCO, 2007) A hegemonia do trabalho vivo em ato nos processos de trabalho (MERHY, 2013) permite que os trabalhadores escolham a maneira mais adequada, no ato da produção, de se mobilizarem certos saberes. Essas formas de escolha formam um novo saber sobre a sua prática, um saber experiencial, envolvendo novos aspectos cognitivos, mas, também, e ao mesmo tempo em que se produzem novos saberes, existe a possibilidade da formação de novas subjetividades a partir dos fluxos de intensidades que se dá no momento da produção em saúde.

A EPS, enquanto estratégia, ao apostar no cotidiano do trabalho em saúde para a constituição de projetos de formação, investe nessa possibilidade de produzir processos de cognição e de subjetivação com a finalidade de reorganizar a gestão do

trabalho em saúde. A ideia é que os trabalhadores aumentam a sua capacidade de agirem a partir de novos saberes e de novas formas de enxergar a si mesmo no mundo. Segundo Ceccim (2004):

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora). (CECCIM, 2004, p.167)

Nesse sentido, a reflexão sobre o cotidiano das práticas em saúde, através da problematização dos processos de trabalho, torna-se central para a estruturação de projetos de formação conduzidos pela concepção da EPS. O trabalho passa a ser fonte da formação e, conseqüentemente, pelo seu elemento subjetivo marcante, possibilita cartografar experiências de EPS em diversos espaços e tempo. Portanto, a análise do trabalho em saúde, no contexto das novas formas de trabalho contemporâneo, é fundamental, diante dos objetivos desta pesquisa, para compreender a constituição de redes que se formam nos percursos formativos singulares de profissionais e que operam no cotidiano da produção em saúde.

A produção de subjetividade nas formas de trabalho contemporâneo e no trabalho em saúde

Desde a crise capitalista dos anos 1970 no século XX, em que o Estado de Bem-Estar Social foi questionado, novas formas de organização do trabalho e de produção vêm emergindo em contraponto às formas tradicionais e rígidas do modelo industrial de produção, chamado de fordista. Com a revolução tecnocientífica, o trabalho fabril vem declinando em detrimento do trabalho no setor de serviços, situação que leva a alguns considerarem que o trabalho perdeu a centralidade na sociedade capitalista contemporânea. Negri e Hardt (2004) contestam essa ideia e dizem que, ao contrário, nesse momento o trabalho deixa o espaço restrito da fábrica e alcança todas as esferas da vida social.

Para Negri e Hardt (2004), o trabalho na sua ontologia presente na obra de Marx, como atividade que produz valor, está inscrito em um contexto social e histórico. Isso quer dizer que o reconhecimento de uma atividade como produtora de valor, também, depende do valor que uma sociedade, marcada historicamente, atribui a essa atividade. Uma prática qualquer pode não ser reconhecida como trabalho porque uma sociedade não atribui certo valor a ela. Assim, a própria ideia de trabalho como atividade que produz valor está em disputa, na medida em que “a definição das práticas reconhecidas como trabalho não é estabelecida de uma vez por todas, é determinada histórica e socialmente, de modo que ela mesma constitua um

ponto móvel de contestação social.” (NEGRI; HARDT, 2004, p. 21) Na sociedade atual, o valor que se atribui ao trabalho está em constante mudança e, assim, outras formas de produção passam a ser reconhecidas como produtoras de valor.

A crise da produção fordista produziu novos valores sobre o trabalho, definindo novas práticas como atividades produtoras de valor. A introdução de novas tecnologias na organização da produção mudou radicalmente as características do trabalho no pós fordismo. A informação, a comunicação, a criatividade e o afeto assumem centralidade nas atividades produtivas em uma economia informacional, baseada na prestação de serviços, em que se privilegia o conhecimento (HARDT, 2003). Nessa sociedade, dominada pela economia de serviços, o trabalho imaterial torna-se hegemônico uma vez que:

A maioria dos serviços está, de fato, baseada no intercâmbio contínuo de informações e conhecimento. Uma vez que a produção de serviços não resulta em um bem material ou durável, poderíamos definir o trabalho envolvido nessa produção como trabalho imaterial – isto é, trabalho que produz um bem imaterial, como serviços, conhecimento ou comunicação. (HARDT, 2003, p. 150)

Nessa nova forma de produção, dominada hegemonicamente pelo trabalho imaterial, o tempo de trabalho para produzir um bem material não é mais o aspecto central para a reprodução do capital. (LAZZARATO; NEGRI, 2001) As formas de produção, envolvendo a produção do conhecimento, se dão por fora dos espaços onde se organiza

a produção material. A organização da produção não se reduz mais ao espaço das indústrias capitalistas; ela se desenvolve com uma relativa autonomia. Na sociedade pós-industrial, marcada pela hegemonia do trabalho intelectual, os trabalhadores se constituem com autonomia em relação aos empreendimentos capitalistas, que se adaptam a essa produção livre para se reproduzir. Atualmente, segundo Lazzarato e Negri (2001), o empreendimento capitalista “exercita sua função de controle e de vigilância do externo do processo produtivo”, e não mais de dentro da fábrica.

Essa produção imaterial, mesmo quando acoplada à produção de um bem material, constitui importantes mudanças sociais. No trabalho fordista fabril, as subjetividades - maneiras de significar sua existência no mundo - nos atos produtivos, eram quase que totalmente capturadas pelas máquinas e pelas tecnologias organizacionais desenvolvidas com objetivo de controlar o tempo da produção. Os processos de subjetivação, portanto, tinham uma baixa capacidade de interferir na produção. Por outro lado, as novas formas de produção, marcadas pela hegemonia do trabalho imaterial, ocorrem a partir de fluxos e conexões que os trabalhadores estabelecem com consumidores e outros produtores e, por conseguinte, não podem ser totalmente capturadas previamente pelo trabalho produzido anteriormente ao ato desta produção. Esses fluxos informacionais envolvem a produção de novos saberes sobre a sua atividade e de novas formas do trabalhador significar sua existência. Assim, novas

subjetividades são produzidas como exigência da própria produção imaterial, já que se torna necessário construir novas relações que tornam um produto mais atraente. Por isso a necessidade de um controle e de produzir novas subjetividades desde fora da produção pelas organizações capitalistas. Segundo Negri e Hardt (2012), o trabalho imaterial contemporâneo poderia ser chamado de trabalho biopolítico porque cria “não apenas bens materiais, mas também relações e, em última análise, a própria vida social.” (NEGRI; HARDT, 2012, p. 150)

A atuação do capital, com objetivos de se reproduzir, altera suas formas de controle, apostando, sobretudo, na generalização das relações de produção capitalista para todas as dimensões das relações sociais. Essa nova configuração do capital torna superadas as noções que estabelecem dicotomia entre trabalho produtivo e improdutivo (HARDT; NEGRI, 2004) e privilegia, predominantemente, a produção do conhecimento, informação, comunicação e o afeto. O trabalho no mundo contemporâneo ganha características em que o subjetivo e o intelectual se sobrepõem, tornando-o flexível e com um maior grau de autonomia dos trabalhadores sobre o processo produtivo. Segundo Hardt (2003) e Hardt e Negri (2012), o trabalho imaterial, nesse sentido, tem duas dimensões: o trabalho intelectual – dominado pelos processos cognitivos -, que produz signos, comunicação e ideias; e o trabalho afetivo – sob a hegemonia dos processos subjetivos -, que produz afetos e sensações de alegria e tristeza, por exemplo.

No curso atual de transição da sociedade industrial para a sociedade da informação, a educação, enquanto projeto de formação vinculada ao mundo do trabalho, tende a assumir um novo papel. As novas formas de trabalho contemporâneo exigem a produção e transmissão contínua do conhecimento e de saberes ao longo da vida. (POCHMANN, 2004) Projetos de formação ao longo da vida útil da classe trabalhadora passam, pois, a serem estratégicos na sociedade atual. A disputa do conteúdo desses projetos, que se pautam no potencial criativo presente no grau de autonomia do trabalho atual, é imperativa para se pensar uma educação permanente desvinculada dos objetivos exigidos pela produção ilimitada capitalista.

Os atributos debatidos em relação ao trabalho contemporâneo, podem ser aprofundados no que se refere ao trabalho em saúde. Pelas suas características específicas, a produção em saúde é marcada fortemente pelas dimensões subjetivas e imaterial do trabalho. Isso porque, ele se constitui em uma relação intercessora entre trabalhador e usuário no ato da produção. (MERHY, 2013) Isso quer dizer que, no ato da produção, além dos trabalhadores, que atuam com suas ferramentas, seu conhecimento e com sua visão sobre o mundo da saúde e da vida, os usuários também interferem com seus saberes e com seu desejo de que aquele trabalhador mobilize certos recursos para solucionar o seu sofrimento. A produção de saúde, portanto, depende dos tipos de negociações que se estabelecem nesse espaço intercessor que envolve ferramentas tecnológicas e saberes, mas também subjetividades.

Esse espaço intercessor é formado em ato no processo produtivo e, por isso, marcado pelo trabalho vivo. (MERHY, 2002; 2013) No momento do encontro entre um trabalhador e um usuário, o trabalho vivo é dominante, porque é nesse momento que o trabalhador tem certa autonomia para escolher como atuará em cada caso. Na produção em ato, em que trabalhador e usuário produzem ao mesmo tempo, os procedimentos técnicos são mobilizados a partir do saber que o trabalhador tem adquirido sobre sua prática. Mas, também, é possível que tanto os procedimentos quanto os saberes sejam disponibilizados de acordo com a imprevisibilidade e com o singular que aparecem no ato da produção em saúde. Nesse caso, pode-se dizer que o trabalho em saúde, predominantemente inscrito na relação entre trabalhador e usuário, é hegemonizado pela sua dimensão viva. (MERHY, 2002) Segundo Merhy, o trabalhador em saúde:

(...) nos momentos de sua concretude no agir sobre o usuário, através de seu trabalho vivo em ato, é “contaminado” no seu processar produtivo, dando-lhe uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar vai se singularizar no ato. Porém, por mais que sofra essa “contaminação”, dando-lhe uma certa leveza pelo agir em ato do trabalho vivo que não é plenamente capturado pelo saber tecnológico bem definido, pois tal captura também é disputada pelo usuário presente em ato nesse processo, os produtos realizados nesta situação produtiva podem ser circunscritos pela imposição do lado mais duro desse

processo sobre o mais leve. Mas o contrário também pode ocorrer. Não há só uma forma de se realizar a clínica. (MERHY, 2013, p. 177)

Dessa forma, as formas de trabalho desenvolvidas na contemporaneidade e, mais especificamente, o trabalho em saúde pode exercer uma função de dispositivo para a formação de profissionais em saúde segundo a concepção de EPS. Isso porque, o cotidiano das práticas em saúde pode nos revelar, ao mesmo tempo, tanto intervenções totalmente capturadas pelos saberes e tecnologias dadas previamente e que, em muitos casos, são resolutivos, como, também, estratégias que são inventadas em ato para agir em casos complexos, causando fissuras e criando novos territórios existenciais indeterminados, onde só neles seria possível produzir saúde. A sistematização, a reflexão crítica e a publicização dessas práticas, independentemente de como e onde ocorram, constituem-se como experiências de EPS com perspectivas de reorganizar os processos de trabalho.

Resultados: A EPS constitui o percurso formativo dos trabalhadores em saúde

Diante da perspectiva, aqui, debatida em que o trabalho em saúde pode atuar como dispositivo de EPS, buscou-se entender e fazer emergir formas de educação permanente presente nos percursos formativos de três trabalhadoras em saúde. Escolheu-se, para a elaboração da pesquisa, realizar entrevistas, em forma de narrativas de vida, com profissionais

que participavam de uma experiência de EPS. A escolha deu-se dessa maneira porque intencionava-se que a experiência, da qual participavam, pudesse servir como disparador para a produção de novos sentidos sobre a sua trajetória de formação.

A experiência de educação em saúde, em questão, trabalhava da seguinte forma: os professores que atuavam como ativadores de EP negociavam com os trabalhadores e gerentes que participavam das oficinas o tema a ser debatido nos encontros presenciais, que ocorriam durante dois dias intensivos em cada mês. Além de temas, a tarefa concentrava-se na produção de relatos de casos com os quais estavam lidando no momento e, preferencialmente, aqueles que incomodavam à equipe, pois estes, na tensão que ocasionavam no ato de cuidar, serviam como analisadores do próprio cuidado. O debate sobre o tema ocorria a partir da problematização desses relatos levados pelas trabalhadoras discutidos em conjunto por todos. A participação desses encontros foi o critério utilizado para a escolha das trabalhadoras que integrariam a pesquisa.

Por uma questão ética, foram utilizados nomes fictícios para identificar as profissionais que produziram a pesquisa, quais sejam, Margarida, Rosa e Violeta. As três trouxeram em suas narrativas a ideia muito forte de que o cotidiano do trabalho ao longo da vida foi um espaço fundamental de formação. Margarida, por exemplo, diz que “a vivência no trabalho foi me formando” e que ao participar da oficina de redes percebeu que ela “fazia educação permanente, mas não sabia que se chamava assim” e que “agora sei que o que eu fazia era EPS”. Portanto,

muitas das práticas dessas trabalhadoras, após a participação em um projeto de formação, são significadas como EPS.

Margarida narrou que havia, no centro de atenção psicossocial do qual é gerente, uma usuária que fugia, “ela saía andando e não sabia voltar”, e que a equipe resolveu passar uma corrente no portão do CAPS com argumento de que a equipe era pequena para lidar com aquela situação. Margarida, incomodada com esta situação, “como um CAPS pode ter uma corrente?”, resolveu trazer aquela corrente para a reunião de equipe e perguntar qual o significado daquela corrente para os demais profissionais. Diante do questionamento, produziu-se uma reflexão coletiva, não apenas sobre o caso específico, mas sobre os processos de trabalho naquela unidade, sobre o que significava um serviço de saúde mental como o CAPS e as práticas que estavam sendo produzidas neste espaço.

Margarida organizou uma discussão coletiva, entre os trabalhadores do CAPS, como objetivo de pôr em análise o próprio processo de trabalho deles e gerar novos agires, a partir de uma dificuldade, de um caso desafiador identificado dentro da equipe. O desafiador aqui, que surge no cotidiano do trabalho, não é a corrente, mas sim a usuária que foge. No primeiro momento, a equipe utilizou o trabalho vivo para produzir uma prática manicomial, mesmo estando em um serviço alternativo aos manicômios, em um CAPS. E esta prática demonstra o quanto havia de manicomial em cada um, mesmo que no seu discurso e em outras práticas demonstrassem adesão ao projeto antimanicomial. Para desconstruir este “manicomial em nós” era

necessário um processo de autoanálise, por exemplo, o encontro consigo mesmo, que é o que a prática de EPS pode proporcionar.

No caso relatado acima, o incômodo apresentado organizou uma prática que, ao mesmo tempo em que produziu novidades na produção da saúde, Margarida produziu-se como novo sujeito. Também podemos dizer que os ruídos, os incômodos, as dúvidas, as inseguranças e as dificuldades, com os quais os trabalhadores se deparam no seu trabalho, podem fazer com que eles criem espaços coletivos de problematização do cotidiano. Nesses espaços, o trabalho funciona como um dispositivo, pois revela uma crise dos saberes instituídos ao lidar com certos casos que aparecem nos serviços de saúde, e possibilita a criação de novos saberes e novos sujeitos para superar os desafios colocados. Rodas de conversa e reuniões de equipe que se utilizam desses incômodos para produzir novos saberes são mecanismos de EPS, pois permitem colocar os limites do instituído e disparam processos instituintes. O trabalho, enquanto dispositivo, traz consigo aquilo que somos e que sabemos, ao mesmo tempo em que traz aquilo que podemos vir a saber sobre nossas práticas e sobre nós mesmos.

Rosa, narrou as formas pelas quais a equipe, da qual ela é coordenadora, cria mecanismos para refletir sobre o trabalho. O serviço que ela coordena foi uma criação da secretaria municipal com objetivo de acabar com o ambulatório de saúde mental que acontecia no hospital da cidade, onde os usuários iam apenas para pegar remédios. O serviço criado, segundo Rosa, conseguiu absorver, de forma mais qualificada, essa

demanda. No entanto, por ser uma unidade nova, Rosa diz que foi necessário fazer “muitas reprogramações” a partir das tensões que existem na rede de saúde, uma vez que o serviço “não se propõe ser aquele ambulatório psiquiatria-psicologia, têm muitas coisas, obviamente, que vão interferir na rede toda”. Então, nas reuniões da equipe se discutia que aquela unidade também deveria ter por função disparar processos em toda a rede, colocar em análise o porquê de um médico da atenção básica estar “repetindo uma receita de 20 anos de rivotril” ou o porquê do endócrino estar “prescrevendo benzo[diazepínico], se depois ele não vai manter e o paciente vai ficar dependente”.

Diante da reflexão da equipe sobre o papel do serviço em saúde mental, onde trabalhavam, que pretendia ser um ambulatório de novo tipo em que não servisse apenas para distribuir remédios psiquiátricos, definiu-se a necessidade de reconfigurar a atuação deles diante da realidade que encontravam na rede de saúde. Essa reflexão levou a equipe propor debates com os serviços de atenção básica sobre a medicalização diante de qualquer demanda de sofrimento ou de qualquer demanda de desequilíbrio. A análise realizada pela equipe colocou em cena conhecimentos e práticas que consubstanciaram uma experiência de EPS ao disparar processos para toda a rede de saúde.

Violeta apresentou, em suas narrativas de vida, questões, surgidas no cotidiano do trabalho, que a fizeram, como coordenadora de um CAPS, mobilizar certos mecanismos com objetivo de colocar os profissionais da equipe em análise. Ela

contou que, a partir de certas dificuldades que os trabalhadores do CAPS identificaram para cuidar de usuários de álcool e outras drogas, ela solicitou um profissional para capacitar a equipe para esse tipo de demanda. A vinda desse profissional não foi colocada pela gestão, mas uma demanda surgida da pactuação entre a equipe no cotidiano do trabalho. A equipe estava incomodada em ter que encaminhar todos os usuários de álcool e outras drogas para um CAPS AD e, segundo Violeta, a vinda de um profissional que pudesse capacitar a equipe para enfrentar essa situação foi fundamental porque “para a gente aprender a lidar com nossos usuários que também são usuários de álcool e droga”, mas que estão em tratamento para outros tipos de transtornos.

Violeta, também, analisou a criação na unidade de um “grupo de análise de demanda”. Esse grupo teria como proposta fazer uma análise dos motivos que levavam os usuários a procurar o CAPS em que ela é coordenadora. Esse grupo produziu um conhecimento sobre os tipos de fluxos que os usuários criavam pela rede de saúde. Violeta disse que, como descoberta do grupo de análise de demanda, muitos dos usuários do CAPS já eram dependentes de remédios psiquiátricos prescritos por médicos na atenção básica ou das especialidades, talvez, “por uma dificuldade, uma vez que a demanda é muito grande, pela dificuldade de uma escuta mais apurada e de contextualizar certas situações de sofrimento”. Portanto, diante do levantamento feito pela equipe, descobriu-se que a maioria dos casos encaminhados ao CAPS poderiam

ser tratados na atenção básica. Isso criava muitos incômodos na equipe porque eles começaram a perceber que “não estavam tratando, as pessoas só querem receita e só queriam receita para continuar tomando aquela medicação. Muita gente dependente de benzo[diazepínico]”. Então, como resultado dos estudos dos casos que chegavam à unidade, resolveu-se fazer um trabalho conjunto para que as equipes da atenção básica pudessem ter “uma escuta um pouco mais apurada para dar o encaminhamento que precisa ser dado e chegar para a gente aquilo que precisa ou que eles estão na dúvida, ou que realmente precisa ir para o CAPS”.

Nesses casos, narrados pelas trabalhadoras, percebeu-se que o conhecimento e as subjetividades produzidas no cotidiano do trabalho assumiram uma função de dispositivo para a sistematização de reflexões, sobre o próprio trabalho, e para engendrar processos de mudanças de práticas. A reflexão crítica e organizada sobre o cotidiano do seu próprio trabalho produziu, pois, novos agenciamentos, novos conhecimentos e novas maneiras de enxergar a si mesmas no mundo da produção. Assim, a pesquisa realizada possibilitou entender a potência do trabalho enquanto dispositivo para EPS, remetendo a ideia de que um trabalhador está permanentemente se formando e significando suas práticas laborais diante do novo e dos incômodos e ruídos que aparecem no seu percurso. A EPS não trata, nesse sentido, apenas de uma atualização tecnológica ou de uma formação para agregar valor a si mesmo, mas de uma estratégia para viabilizar práticas comprometidas eticamente com a defesa da vida.

Conclusão

Neste texto, procurou-se debater uma concepção de trabalho e de EPS a partir de narrativas de vida de trabalhadoras sobre o cotidiano do seu trabalho. Como resultado, foram expostos diversos mecanismos inventados por trabalhadoras em saúde que elas significaram como maneiras para tentar buscar saídas diante dos impasses que as desafiavam no dia a dia do seu trabalho. Esses mecanismos indicaram desenhos de EPS, não formalizados, disparados pelas próprias trabalhadoras. Nesse sentido, a EPS funciona como estratégia que não corresponde a um momento apenas da formação e nem somente à formação *stricto sensu*, mas a um processo constante.

No entanto, esses processos, ao ficarem restritos apenas a experiências individuais ou limitados aos serviços onde são disparados, podem ficar sem o suporte necessário e se perderem. Ademais, experiências de EPS, como as aqui relatadas, ao virarem públicas, também podem servir tanto para a formação de outros trabalhadores como para se repensar a própria educação em saúde. Portanto, é mister pensar a reformulação das instituições formadoras e de atenção à saúde a partir da perspectiva da EPS. As práticas localizadas, do tipo das que aqui foram narradas, devem ser ampliadas e integradas para que assumam uma dimensão real de consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

Referências

BENJAMIN, W. Experiência e pobreza. In: MAGIA e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 2012. p. 123-128.

_____. A imagem de Proust. In: MAGIA e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 2012. p. 37-50.

_____. O Narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: MAGIA e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 2012. p. 213-240.

BRASIL. Leis, etc. **Lei nº 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: www.camara.gov.br. Acesso em: 12 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, 2007.

CECCIM, R.B. 2004.

CECCIM, R. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu: v. 9, n. 16, p. 161-168, set. 2004/fev. 2005b.

_____. Onde se Lê “Recursos Humanos da saúde”, Leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”. Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(orgs). A Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 161-180.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

FERRAÇO, C. E. A pesquisa em educação no/do/com o cotidiano das escolas. In: FERRAÇO, C. E.; PEREZ, C. L. V.; DE OLIVEIRA, I. B. (orgs.). **Aprendizagens cotidianas com a pesquisa: novas reflexões em pesquisa nos/dos/com os cotidianos das escolas**. Petrópolis: DP et Alli, 2008. p. 23-34.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-438, set./dez. 2007.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

HARDT, M. Trabalho afetivo. In: LANCETTI, A. **O reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003.

HARDT; NEGRI. 2012.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2001.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013. p. 19-67.

NEGRI, A.; HARDT; M. **Multidão: guerra e democracia na era do império**. Rio de Janeiro, Record, 2012.

_____. **O trabalho de Dionísio: para a crítica ao Estado pós-moderno**. Juiz de Fora: Editora UFJF, Pazulin, 2004.

PÉREZ, L. V.; GOMES DE AZEVEDO, J. Apontamentos de aulas: questões teórico-metodológicas a respeito dos estudos com o cotidiano. In: FERRAÇO, C. E.; PEREZ, C. L. V.; DE OLIVEIRA, I. B. (orgs.). **Aprendizagens cotidianas com a pesquisa: novas reflexões em pesquisa nos/dos/com os cotidianos das escolas**. Petrópolis, DP et Alli, 2008.p. 35-46.

POCHMANN, M. Educação e trabalho: como desenvolver uma relação virtuosa. **Educ. Soc., Campinas**, vol. 25, n. 87, p. 383-399, maio/ago. 2004.

SOUZA, E. C. Histórias de Vida, Escritas de Si e Abordagem Experiencial. In: SOUZA, E. C.; MIGNOT, A. C. V. (orgs). **Histórias de vida e formação de professores**. Rio de Janeiro: Quartet, Faperj, 2008. p. 89-97.

Sobre os autores

Bruno Garcia dos Santos – graduação em História e mestrado em História Social.

Daniel Noro de Lima – graduação em Odontologia e mestrado em Saúde Coletiva.

Erick Araujo - graduação em Pedagogia e doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Hevelyn Rosa Machert da Conceição – graduação em Psicologia e doutorado em andamento em Saúde Pública.

Luiz Carlos Hubner Moreira – graduação em Odontologia e doutorado em Clínica Médica.

Mariana Fonseca Paes – graduação em Farmácia e mestrado em andamento em Saúde Coletiva.

Marina Ramos da Rocha Paes – graduação em Psicologia e mestrado em Psicologia.

Nicola Worcman – graduação em Medicina e mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental.

Rafael Chagas – graduação em História e doutorado em andamento em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Rafael Morganti Pinheiro – graduação em enfermagem e especialização em Saúde Mental.

Túlio Batista Franco – graduação em Psicologia e doutorado em Saúde Coletiva.

Vladimir Moreira Lima - graduação em Filosofia e doutorado em Filosofia.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Cadernos da Saúde Coletiva
Vivências em Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Clássicos da Saúde Coletiva
Saúde & Amazônia
Arte Popular, Cultura e Poesia
Branco Vivo
Saúde em imagens
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-11-2



9 788554 329112