

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

Ellen Horato do Carmo Pimentel

**POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E EXERCÍCIO ÉTICO:
MISTIÇAS COMPOSIÇÕES**

VITÓRIA

2014

Ellen Horato do Carmo Pimentel

**Políticas Públicas, saúde e exercício ético:
mestiças composições**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barros de Barros

Vitória
2014

Ellen Horato do Carmo Pimentel

**Políticas Públicas, saúde e exercício ético:
mestiças composições**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, 20 de outubro de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Elizabeth Barros de Barros (Orientadora)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL /UFES

Prof^ª. Dr^ª. Heliana de Barros Conde Rodrigues (Co-Orientadora)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL /UFES

Prof^ª. Dr^ª. Claudia Abbês Baêta Neves

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA / UFF

Prof^ª. Ana Lúcia Coelho Heckert, Dr^ª.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL / UFES

AGRADECIMENTOS

Agradecer, pra mim, é afirmar que as amizades, parcerias, o amor pode ser parte de todos os nossos encontros, esforços, trabalhos. É percorrer um tanto de nossas mestiças composições. Recolher com alegria os fios que nos constituem sempre em meio a outros e outras, pessoas, afetos, presenças, músicas, e ao que insiste sem palavras.

Começo, assim, agradecendo a força divina, a essa presença que é sopro de vida, a fé que movimenta.

A Elio e Rose, meus pais, agradeço a parceria, o carinho, o amor que faz morada e auxilia a viver. É com coração aberto e apoio que eles acolhem todas as minhas chorosidades e sabem ainda mais acolher minha alegria e fazê-la crescer. Agradeço por me desejarem voos e ofertarem chão. Agradeço também a Yara, irmã querida e tão presente, de um jeito tão somente seu. As minhas primas e suas meninices. As minhas avós, por me ensinarem a bordar a vida com coragem, serenidade e por sempre me quererem por perto. A minha família, que me renova, que sabe estar junto, sabe festejar e sabe crescer para além dos laços sanguíneos.

A Diego. O mar, a música, as conversas, silêncios, a cumplicidade, os olhares, a companhia, o carinho, o amor. À nossa relação, sua força e belezura. Com você a vida ganha em graça!

À turma do mestrado, agradeço a partilha dessa aventura. A Soninha e Sílvia, agradeço todo o apoio e acolhida, agradeço a companhia. Aos professores do PPGPSI, pela disponibilidade em constituir conosco nossos trabalhos e percursos. Lu, Gilead, Cristina, porque nossos encontros, desde a graduação, muito me ensinam e auxiliam.

Ao Redes, ao Humaniza, ao Hecceidades, agradeço a força do trabalho, as fissuras provocadas nos muros que ainda perduram na Universidade. Sou grata pela experiência do saber vivo fabulado no encontro com o território, com a loucura, com o ensino público, com a reforma psiquiátrica, com a saúde, com Cariacica, com as políticas públicas.

Beth, orientadora querida, pela acolhida de sempre, por soltar as rédeas e assim me auxiliar no exercício laborioso e necessário de ceder às mestiçagens que a pesquisa impunha. Agradeço a confiança, o entusiasmo, os nossos percursos juntas e os tantos trabalhos e

alegrias que essa parceria proporciona. Agradeço ainda pelo bando de gente maravilhosa que encontrei nos grupos que te atravessam.

A Heliana, pela delicada firmeza, pelos encontros que sempre me chegam a memória acompanhados de calor no coração. Os estudos da obra de Foucault, as conversas, muito me ensinam. Obrigado por topar estar junto!

A Cláudia, por na qualificação apontar esquinas interessantes em meu trabalho, e ainda mais por ter me convocado ao esforço de habitá-las. Ana Heckert, a mais doce bárbara. As apostas, o gosto pelas interferências nas políticas públicas, o ardor diante do intolerável, os caminhos que trilhamos juntas seguem comigo.

Ao PFIST e ao grupo de orientação, por acolher essa pesquisa e percorrer comigo os caminhos nem sempre tranquilos de suas mestiçagens, pelas apostas comungadas e pela partilha do horizonte das políticas públicas de saúde. Sou só gratidão.

A Bia, Cléver, Luzi, Uebinho, tê-los por perto é uma alegria só, o apoio de vocês foi valioso.

Jana Brito, sua africanidade de olhos claros, seus cachos indígenas, suas mestiçagens enfim, bordam essa amizade... Atenta me auxilia a mapear caminhos, farejar saídas.

Ao grupo de leitura de Guimarães Rosa. As leituras, a conversa fiada, as pirlimpisquices, as margens da alegria, o famigerado, a terceira margem do rio, a menina de lá, Soroco, o espelho, e os causos que nos dispúnhamos a contar e vinham se somar aos de Guimarães, engrandecendo de histórias a vida.

Aos colegas do SAUNI, no Centro de Ciência Agrárias da UFES, do DAS e da PROAECI, por me fazerem companhia nesse percurso, por me acolherem tão bem, e pelo trabalho que, juntos, vamos construindo.

Maina e Laiz, companhias de levezas e confusões e aventuras e tantos bons momentos. Ivana, amizade que só faz crescer, de modo que atravessa tantos grupos. Vamos fabulando modos de estar juntas, porque sim. A Cris, amizade tão maravilhosa que florescia em conversas, ligações, em presenças e distâncias, em partilhas infundáveis. A Gi, essa preciosidade, à nossa amizade tão bem cuidada, tão cheia de brilho, te guardo no meu coração pra sempre. A Ana Segatto,

Brunella, Rodrigo, Nayana, Rebecca, Nelson, Ray, Tássio, Juninho, Zé Anézio, Gigi, Kekel, Marina, Fábio Hebert, Breno, Jézio, Paula Maria,... nomes que se multiplicam quando começo a pensar nas parcerias da vida.

A Jana, professora e amiga preciosa, agradeço a disponibilidade e o cuidado em estar junto. Agradeço por afirmar caminhos que tem coração. Sigo admirada em ver como você embeleza a vida. Soninha, pelo cuidado, pela atenção, por ter me ajudado, de maneira potente e faceira, a abrir caminhos pro que estancava. Agradeço ainda por terem vibrado, comigo, as dores e delícias desse trabalho.

À sanga, pelo exercício infundável de mirar um mundo de amor, compaixão, solidariedade, pela presença, pelo refúgio e, inclusive, por me ensinar ainda sempre mais a tomar gosto na gratidão.

Ao financiamento público tão fundamental, via bolsa de mestrado CAPES.

Às amigas, todas elas, que tem me povoado a vida.

Aos trabalhadores e usuários da Unidade de Saúde de Vila Graúna, aos moradores de Vila Graúna, às ruas e esquinas desse bairro, pelas apostas, conversas, mestiçagens, pela confiança, por toda a graça do trabalho. Agradeço pelo que está confinado nas margens dessa dissertação, pelas margens desse trabalho, e pelo que extrapola. Saúde!

RESUMO

Nessa dissertação propomos a discussão do modo como temos (nos) produzido (nas) políticas públicas (na) saúde: como tem se produzido políticas públicas, como temos nos produzido nas políticas públicas em saúde, como tem se produzido nas políticas públicas saúde. Produção de políticas públicas, produção de nós mesmos - entendida a partir do exercício ético-, e produção de saúde: produções que nos interessam em seus atravessamentos, seu hibridismo, em suas costuras, em suas mestiças singularidades, produções que nos interessam ainda em suas insurgências com a temática do governo. Iniciamos essa dissertação com a história de Arlequim-pierrot-incandescente para apontar já de início a força da mestiçagem como algo que atravessa: a pesquisa, uma política pública, a saúde, nós mesmos. Ao longo do texto trazemos algumas cenas recolhidas desse conviver a pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde de Cariacica. As cenas são o dispositivo a partir do qual intentamos acessar as práticas através das quais se configura uma (micro)política pública na atenção básica em saúde. Se nos interessa essa noção de que produzir saúde é nos encaminarmos pelas veredas da liberdade, da potência, do “manter-se de pé”, o que se colocou como exercício fundamental foi por em análise as práticas em funcionamento na atenção básica, a fim de fazer a crítica e operar os desvios em relação aos movimentos que conformam e confinam a saúde a uma função normalizadora que a atravessa historicamente. Nos interessa ainda acentuar a dimensão pública no Sistema Único de Saúde, por meio do exercício ético e da sua experimentação crítica. Pública, uma política se faz no paradoxo de permanecer na impermanência, ou seja, de manter-se inacabada, e assim pode se talhar com as mestiçagens que o cotidiano nos serviços oferta. Pública pode se pensar nas práticas, pode repensar suas práticas. Ao experimentar essa abertura nos enveredamos nas suas costuras micropolíticas. Nesse sentido, publicizar é já produção de saúde, é já desencaminhar as totalizações, é já refrear os intimismos e assujeitamentos, é alargar os caminhos presentes de autonomia, confiança, vínculo, cuidado, acolhimento, saúde enfim. Assim, nos encaminhamos para a afirmação de uma saúde-ético-política.

Palavras-chave: políticas públicas, ética, saúde

ABSTRACT

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO: MISTIÇAS-COMPOSIÇÕES	14
2- MISTIÇAGENS	21
2.1- Mestiçagens e rasuras de uma política pública de saúde	23
2.2- Pelejar por exato, dá erro contra a gente: cedendo às mestiçagens na pesquisa	30
3- PRÁTICAS MISTIÇAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA E SUAS ESQUINAS	50
3.1- O calor do sol, o calor das práticas: esquinas de uma política pública na saúde	51
3.2- Em toda prática mora uma esquina	57
4- (MICRO)POLÍTICAS PÚBLICAS	76
4.1- Deixar ao ventre a fa(r)tura da prole: saúde e artes de governar	77
4.2- A rara virtude de não existir por completo: exercício ético, política e saúde	90
4.3- Micropolítica pública: “a rara virtude de não existir por completo, a não ser no momento oportuno”	101
5- O QUE NÃO TEM GOVERNO NEM NUNCA TERÁ	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120

INTRODUÇÃO: MISTIÇAS COMPOSIÇÕES

1- INTRODUÇÃO: MISTIÇAS COMPOSIÇÕES

Michel Serres, em *Filosofia Mestiça* (1993), nos conduz num passeio pela história de Arlequim, imperador que ao retornar de uma viagem às terras lunares é impelido a falar a um público ansioso por ouvir das novidades que lhe acenaram neste caminho de aventura.

Arlequim, a contragosto dos que anseiam por saber das diversidades desse mundo afora, então afirma:

“Em toda parte é tudo como aqui. Só mudam os graus de grandeza e beleza”.

O público ansioso por roçar as extravagâncias deste lugar que não é aqui, com o coração em polvorosa na espera de acelerar, decepciona-se - “lá fora, obviamente tem de ser diferente”. Como sair deste lugar e voltar sem um quê que nos estale os ouvidos?

Arlequim, entretanto, reitera: *“nada de novo sob o sol, nada de novo na Lua”.*

Na plateia, alguém num sobressalto chama atenção para o casaco de Arlequim, e questiona: *“quer que acreditemos também que sua capa é feita de uma mesma peça, tanto na frente quanto na traseira?”.*

A pergunta faz atônita toda a plateia, que se dá com o inegável. Acontece que a roupa do imperador anuncia o contrário de sua pretensão:

... composição descombinada, feita de pedaços, de trapos de todos os tamanhos, mil formas e cores variadas, de idades diversas, de proveniências diferentes, mal alinhavados, justapostos sem harmonia, sem nenhuma atenção às combinações, remendados segundo as circunstâncias, (...) será que mostra uma espécie de mapa-mundi, o mapa das viagens do artista, como uma mala constelada de marcas? O lá fora então nunca é como aqui. (SERRES, 1993, p.2)

O traje deslumbra a plateia. O casaco de Arlequim é verbo.

Perguntam ainda: *“Tu te vestes como o roteiro de tuas viagens?”.*

Os presentes engraçam-se na situação.

Arlequim envergonha-se das controvérsias que agora cirandavam no recinto. Acuado, percebe que a única saída é se despir do casaco, esse emblema da digressão a lhe desenhar puro estranho. Começa a desvestir-se, mas para surpresa de todos surge um outro casaco, híbrido como o anterior, que ele torna a retirar, em vão, já que outro casaco assume seu lugar - “diversificado, compósito, rasgado”-, e assim sucessivamente... “Cebola, alcachofra, Arlequim nunca acaba de se desfolhar ou de escamar suas capas cambiantes, e o público não para mais de rir.” (Serres, 1993, p.3)

Até que silêncio e gravidade tomam o espaço: o imperador esta nú.

Estupor! Tatuado, o Imperador da Lua exhibe uma pele multicolor, muito mais cor do que pele. Todo corpo parece uma impressão digital. Até mesmo a pele de Arlequim contraria os olhos acomodados ao mesmo. Também ela é um casaco de Arlequim.

A platéia tenta rir ainda, mas não consegue: seria preciso talvez que o homem se esfolasse. Assobios, apupos... pode-se pedir a alguém para arrancar a própria pele?
 (...) Arlequim não é imperador, nem mesmo derrisório. Arlequim só é Arlequim, múltiplo e diverso (...) nomeado, condecorado porque se protege, se defende e se esconde, múltipla e indefinidamente.
 (...) Ei-lo agora desvendado, entregue sem defesa à intuição. Arlequim é hermafrodita, corpo mesclado, macho e mulher. Escândalo na sala, perturbada até as lágrimas. O andrógino nu mistura os gêneros sem que se possam distinguir as vizinhanças, lugares ou bordas onde terminam e começam os sexos (...). Encantos da infância e rugas próprias dos idosos, misturados, levam a que se pergunte sua idade: adolescente ou ancião? (...) Mas, quando apareceram a pele e a carne, todos descobriram sobretudo sua mestiçagem: mulato, temperado, híbrido em geral, e em que medida? (...) A vida joga os dados e embaralha as cartas. Arlequim põe à mostra, para terminar, a sua carne. Misturados, a carne e o sangue mestiço de Arlequim parecem confundir-se ainda com um casaco de arlequim. (SERRES, 1993, pp. 4-5)

Muitos expectadores até esse momento já haviam deixado a sala, cansados dos golpes e reviravoltas, ou lastimando pelo riso fácil que já não mais era possível, “tendo chegado para rir, decepcionando-se por ter que pensar” (ibidem, p.6). Quando enfim poucos somente insistiam na partilha do espetáculo, quando até os candeeiros ensaiavam desistir de dar a ver o que ali se passava, um apelo toma vez e chama a ver o novo onde até então tudo se repetira.

O público lança seus olhares para o palco, agora “dramaticamente iluminado pelos últimos

fogos moribundos dos projetores”.

“- Pierrô! Pierrô! - gritaram – Pierrô lunar!”

E no lugar exato onde até então se via o Imperador da Lua, agora erguia-se uma massa incandescente, ofuscante, clara sem palidez, cândida, inteiramente branca.

“- Pierrô! - gritaram ainda os tolos, quando a cortina se fechou.”

Iam saindo enquanto perguntavam como poderia as mil cores do casaco de Arlequim ter podido se dissolver numa soma branca.



Figura 1¹- “Manto de Apresentação”

¹ “Manto da Apresentação” produzido por Arthur Bispo do Rosário, artista sergipano, que tendo sido internado em 1948, permaneceu cerca de 40 anos na Colônia Juliano Moreira, instituição psiquiátrica. Passou a produzir alguns objetos-obras (esculturas, pinturas, bordados,...), fazendo uso de materiais diversos, oriundos de diversas fontes tais como lixo e sucata. Conta-se que o artista dizia compor uma espécie de inventário do mundo, para levar a Deus.

As viagens de Arlequim comparecem em sua mestiçagem, ainda que ele teimosamente insista que nada há de diferente, e afirme que em toda parte é tudo como aqui. Arlequim, também ele, nas suas mestiçagens, afirma insistentemente uma unidade, se assusta com as diferenças que lhe percorrem. Ao percorrer essas diferenças dizem dele pierrot lunar, lunático. Loucura estampada e exposta. Experimenta-se nesse embaralhamento mestiço, ao se defrontar com as não familiaridades que o investem, ao entrar em contato com sua “mestiça-composição”.

Serres (1993) pondera que afirmar “em toda parte é tudo como aqui”, é também um desdobramento que surge do sermos mestiços. Ele pontua que Arlequim, durante suas viagens, foi percorrido por muitas intensidades, forjado nas diferenças vividas, assim suas mestiçagens lhe compõem de tal modo que ele chega a acreditar que nada mudou para ele. Não consegue tocar, olhar, manejar as mestiçagens que lhe constituem de ponta a ponta.

Arlequim confunde-se com um casaco de Arlequim, feito de trapos, remendos, costurados em várias direções, descombinados, miríade de proveniências e tempos cosidos inadvertidamente. Agregados de formas que se ajuntam ao sabor de suas andanças. Formas que se vão fazendo e desfazendo no rumar de seus passos, não como consequência linear, mas como efeito de forças variadas que o investem. O casaco tem em suas extremidades franjas que lhe conferem inacabamento, se oferecendo a outros alinhavados possíveis. A composição de um casaco de Arlequim se faz na arte de talhar com as forças do mundo, no mundo.

Num outro momento, onde antes figurava um casaco de Arlequim, vemos luzir um caloroso branco incandescente, cor-luz. Dissolução das mil cores, zona de indiscernibilidade onde não mais se pode distinguir os retalhos, nem localizar cada cor separadamente. “O calor modifica as condições da matéria, perturba os edifícios moleculares, pesquisa o interior das coisas e o altera (...)” (Serres, 1988, p.171). O incandescente agita a estrutura das coisas e transforma não por um deslocamento homogêneo, mas por inesperados devires.

Com Deleuze & Parnet (2004) entendemos que devir não é imitar, não é fazer como, tampouco operar mudanças por modelo. Devires: mudanças singulares. Os devires acontecem onde o modelo jaz, na contramão do premeditado, sem futuro ou passado, o devir é força do presente, no presente. “Não há um termo de que se parte, nem um ao qual se chegue (...). A

questão o que é que tu devéns é particularmente estúpida. Porque à medida que alguém devém, aquilo que devém muda tanto quanto ele próprio” (p.12). Podemos entender que trata-se de uma mudança, um direcionamento que se faz sem garantia de retorno, não se pode voltar ao que era antes. Os devires são movimentos que rompem com as modelizações e rebatem sobre as pessoas, imagens, tendo como efeitos produções de singularizações: assim um indivíduo, etiquetado antropologicamente como masculino, pode ser atravessado por devires múltiplos e, aparentemente, contraditórios: devir-feminino que coexiste com um devir-criança, devir-animal, devir invisível, etc.” (Guattari e Rolnik, 2005, p.382).

Nesse rastro, o incandescente traz as marcas do processual, possibilidade de novos encontros e novas formas. Possibilita novas acolhidas também às muitas cores, possibilidade de criação a partir das marcas que lhes são constitutivas. O incandescente, luz singular, misturas de cores: casaco em movimento. O incandescente e o casaco ao fim também se confundem, se alimentam, coexistem.

A que vem Arlequim? Que faz ele nas terras de cá? Nas unidades de saúde de Cariacica? Que das andanças de cá podemos agora oferecer como trapos, pedaços de pano, fagulhas de intensidade, na composição do casaco de Arlequim que devém ainda incandescência?

O conceito de mestiçagem vivificado por Serres na história de Arlequim e suas viagens nos oferece pistas para colocarmos em análise² como temos (nos) produzido (nas) políticas públicas (na) saúde: como tem se produzido políticas públicas, como temos nos produzido nas políticas públicas em saúde, como tem se produzido nas políticas públicas saúde. **Produção de políticas públicas, produção de nós mesmos e produção de saúde**³: produções que nos interessam em seus atravessamentos, seu hibridismo, em suas costuras, em suas mestiças singularidades, produções que nos interessam ainda em suas insurgências com a temática do governo.

² Trazemos a análise não como procedimento que se dá ao reconhecimento do que verdadeiramente se passa, e sim o exercício de habitar o plano de co-emergência das formas, possibilidade de abrí-las a outras composições possíveis.

³ Essa sentença aparece em negrito por indicar uma direção importante na pesquisa. Ao longo do texto faremos incursões por estas veredas: produção de políticas públicas, produção de si, produção de saúde.

Assim, iniciamos o capítulo 2 dessa dissertação explorando o conceito de mestiçagem, para em seguida entrarmos na discussão de uma política pública de saúde, hoje institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS), e suas rasuras, já nos esforço de nos movermos pelas seus hibridismos e conexões. É também por um movimento de ceder as mestiçagens, “não pelejando por exato”, que nos dispomos a partilhar o percurso de pesquisa. Partilhar o percurso é partilhar os movimentos, os desvios, que permeiam a colocação do campo problemático. No capítulo 3 propomos um olhar para as experimentações vividas nesse tempo de conviver a pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde de Cariacica, a partir da noção de prática. Ao longo do texto trazemos algumas cenas recolhidas deste tempo de experimentação na UBS, cenas que nos auxiliam a colocar em análise as práticas de produção de saúde em uma política pública, na atenção básica. No último capítulo percorremos as artes de governar e suas incidências na saúde, discutimos a noção de política e que maneira isso implica transformações no modo como pensamos uma política pública de saúde, e ainda nos debruçamos sobre o modo como nos produzimos nessas práticas, nessas políticas em curso. Como considerações finais, propomos ainda algumas discussões, sob o título “O que não tem governo, nem nunca terá”.

MESTIÇAGENS

2- MESTIÇAGENS

Mestiço: uno e múltiplo, igual e diferente de si mesmo, imperador e arlequim e pierrô, e, e, e... “E”: conjunção aditiva, que indica na mestiçagem suas relações inclusivas, como contraponto ao “ou”, que como conjunção de exclusão faz operar segregações – ou isso ou aquilo.

O mestiço, antes de ser o resultado da mistura de duas ou mais coisas, se define por ser um híbrido, efeito dos atravessamentos diversos nos quais nos fazemos. O lugar mestiço “não é um meio-termo entre dois pontos, entre o certo e o errado, o sujeito e o objeto, (...) nem o sol nem a terra se encontram no centro do mundo, mas sim as coisas ontologicamente definidas por sua mistura, sua mestiçagem” (Moraes, 2000, p. 17).

Mestiços, os movimentos de composição de mundo e de si por vezes naturalizam-se e adquirem formas que pensamos ser imutáveis. Por vezes a incandescência é abafada, e tudo que se pode ver é o preto da pele, o amarelo do olho doente, o imperador, o pierrot. Distanciamos-nos no plano de produção das coisas existentes, e as tomamos como naturais, eternas, imutáveis.

Em Serres (1993) encontramos uma reflexão que se faz acerca da violência imprimida por um modo de pensar fundamentado nos dualismos e verdades absolutas, produzidos de maneira distanciada da produção crítica de nós mesmos: “uma verdade não reina sem partilha, um modo de conhecer não se constitui em uma única solução de acesso ao mundo” (MORAES, 2000, p.19).

A história de Arlequim nos lembra também que as incandescências - calores da vida, ação das forças do tempo – teimam, insistem, e fazem variar. Cuidemos das variações, pois elas se fazem em diversas direções, nem todas compondo com a afirmação de uma vida.

Na perspectiva mestiça, antes de buscamos as invariantes, leis gerais, e uma pretensa verdade do que se passa, acolhemos as misturas, as conexões que fazem emergir um dado objeto, um

dado sujeito. Não fosse assim incorreríamos na possibilidade de deixar escapar a própria história em toda sua qualidade mestiça do plano de composição dos objetos. E assim como o casaco de Arlequim é provisório e cambiante, também o são os objetos que pesquisamos, os sujeitos, as políticas: mestiços.

Falamos aqui de uma filosofia mestiça, filosofia das relações. E nesse sentido, não mais nos aferramos a ideia de um movimento que coloca em relação dois termos que preexistem, antes chamamos relação ao movimento de agenciamento, espaço-tempo entre, que funda os termos – “plano relacional produtor dos termos”. Nesse sentido as relações variam, se hibridizam, movimentando a produção de novos termos ou ainda de novos sentidos para os termos (Escóssia, 2009).

Em face às estratégias que fazem uso das invariantes, das leis gerais, como modo de conhecer e de ser sujeito, na perspectiva mestiça produzimos um olhar também para a errância, para as bifurcações; frente ao hibridismo, acolhemos as variações, fitamos as relações. As leis, as regras gerais, as verdades, tem seu lugar, mas agora não mais inatingível, pois que podemos manejá-las como efeito da ação do calor, da potência da incandescência.

Ao afirmar que frente aos hibridismos, cuidamos das variações, atentamos para a importante delicadeza em não valorar comparativamente a incandescência e as formas que dela decorrem. O exercício se localiza menos na defesa de forma ou força, e mais em afirmar o movimento possível nesse jogo forma-força.

Ao lado dos contornos estáveis do que denominamos formas, objetos ou sujeitos, coexiste o plano das forças que os produzem. Toda sociedade, objeto, sujeito é atravessado por molaridade e molecularidades, concomitantemente. Ao plano molar remetemos o plano das formas, plano do instituído, do que se encontra estabilizado.

(...) os mesmos elementos existentes nos fluxos, nos estratos, nos agenciamentos, podem organizar-se segundo um modo molar ou um modo molecular. A ordem molar corresponde às estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência. A ordem molecular, ao contrário, é a dos fluxos, dos devires, das transições, das intensidades. (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p.386).

As formas se fazem em aliança ao plano de composição das forças, que remetemos ao plano molecular, plano do que desestabiliza, do que movimenta. Molaridade e molecularidade se distinguem, mas coexistem, uma pressupõe a outra (Deleuze e Guattari, 2012).

Assim, entendemos que as políticas de governo e os serviços onde atuamos e/ou pesquisamos, com seus contornos, são efeitos-resultados de uma composição do plano das formas com o plano movente das forças, dimensão molecular. A direção, então, passa a ser interferir nos processos que constituem as realidades e não partir das realidades como aspecto já dado e imutável.

No modo como nos relacionamos com as formas produzidas e com as forças em ação é que reside o exercício ético que aqui intentamos sublinhar como experiência de saúde e de aposta na dimensão pública das políticas. Nos interessam os rastros de incandescência que se fazem inseparáveis da produção de algumas conformações que surgem como pistas a nos guiar nas franjas da teia: produção de políticas públicas, produção de nós mesmos e produção de saúde.

2.1- Mestiçagens e rasuras de uma política pública de saúde

*A lei é uma conquista e, no entanto, não garante uma bela colheita
quando se trata de fertilizar planos de imanência.
(ROCHA,2007)*

Também a política de saúde, hoje institucionalizada na figura do Sistema Único de Saúde (SUS), surge nesse movimento incessante de forças e formas, e mestiça vai se fazendo.

Com os movimentos empreendidos em torno da construção do SUS, na década de 80, vivemos a afirmação da saúde como questão política, que não se resolve como responsabilidade pessoal de cada um. O movimento da reforma sanitária, cujas ações se iniciam no contexto da ditadura, faz frente aos autoritarismos que ganhavam força e

atentavam sobre nosso corpo, pensamento, riso, saúde, política, sua atuação engrossa as lutas pela democratização do país. Vê-se contestado o modelo médico assistencial privatista que imperava como lógica dominante. Esse modelo pode ser expresso na ampla expansão do setor privado e na criação de um grande complexo médico-industrial que traz o hospital como ponto privilegiado (Merhy e Queiroz, 1993).

A implementação do SUS é efeito das lutas empreendidas pelas reforma sanitárias, em conjugação com outras tantas lutas, empreendidas por associações de bairros, por movimentos de mulheres, etc. Arranjos locais e heterogêneos se conjugam na produção de modos de vida aliançados com os movimentos em prol da construção de um Sistema Único de Saúde, público e universalizante.

Esta noção de modo de vida me parece importante. Não seria preciso introduzir uma diversificação outra que não aquela devida às classes sociais, diferenças de profissão, de níveis culturais, uma diversificação que seria também uma forma de relação e que seria “o modo de vida”? Um modo de vida pode ser partilhado por indivíduos de idade, estatuto e atividades sociais diferentes. Pode dar lugar a relações intensas que não se parecem com nenhuma daquelas que são institucionalizadas e me parece que um modo de vida pode dar lugar a uma cultura e uma ética. (FOUCAULT, 1981, p. 38)

Foucault na citação acima nos chama atenção para o que transversaliza os segmentos aos quais nos remetemos corriqueiramente. Pegando carona, apontamos com ele para aquilo que aliança sujeitos, movimentos, afetos, heterogêneos em torno das lutas por uma política pública de saúde, e o que disso reverbera como constituição de uma cultura, uma ética.

A começar, interessante notar que a implementação do SUS faz luzir as complexidades e paradoxos da relação entre Estado, em sua função reguladora, e políticas públicas, evidenciando uma reconfiguração dos padrões de intervenção estatal (NEVES & MASSARO, 2009). As lutas pela efetivação de uma política social de saúde universalizante, fazendo ganhar consistência uma ampliação nos pensamentos em torno da saúde, se chocam a todo o tempo com o ideário liberal-privatista, com um Estado neoliberal, também em franca ascensão. Disso intuimos que a efetivação do SUS se faz a contra-pelo da história e das lógicas dominantes, e essa dimensão contestatória não configura um demérito, mas antes uma força, que se choca a todo tempo com os muros erguidos pelo capital. Dentro da lógica

privatista a saúde figura como bem de consumo, o que vai de encontro a afirmação de uma saúde “para todos e qualquer um” que pede lugar com as lutas em torno do SUS, pois como bem de consumo, seu usufruto varia de acordo com a capacidade aquisitiva e com as funções de cada parcela da população.

As lutas não cessaram na implementação do SUS, elas vem ganhando variações, novos tons, e seguem sendo construídas ao longo desses anos. A efetivação de uma política pública de saúde nos solicita a novos enfrentamentos, as letras empenhadas nos documentos de sua efetuação são a todo tempo rasuradas, novas experiências pedem lugar e tornam trêmula a escrita da lei. Experiências que forçam uma abertura e fissuram as leis, mas também experiências que investem contra o que há de abertura e saúde nesses prepostos.

Parte dos aparatos midiáticos, sobretudo as grandes mídias (canais de televisão), por exemplo, tem recorrentemente contribuído com a produção de um SUS como fracasso, dedicando tempo e espaço para a evidenciação das crises na saúde pública e empenhando esforço em invisibilizar as experiências que apontam a riqueza e as potências das experiência em curso país afora⁴. No rastro dessa produção de fracasso, outras produções ganham força, tais como a da privatização como saída salvadora para o propagandado caos na saúde.

Um outro enfrentamento que se insinua diz respeito a necessário problematização do que no funcionamento do SUS se hibridiza com a “ordem liberal privatizante que se manifesta como resistência permanente ao SUS, estando dentro do SUS” (Campos, 2007, p.1870). Segundo Neves e Massaro (2009), um dos riscos desse não enfrentamento tem sido a “enunciação da configuração do SUS como uma política de saúde 'para pobres', com baixa capacidade resolutiva, cuja função seria gerir sobrevidas” (p.505).

Ao afirmar em suas lutas a saúde como direito e como vetor de interferências nas desigualdades, os movimentos em defesa do SUS promovem uma inversão importante na

⁴ Lembro-me aqui dos relatos de uma amiga, que tendo tido contato com experiências do SUS país afora, me contou de um hospital que ofertava redes no lugar de leitos para os indígenas que por ali passavam. Ela conta também, que depois de muitas discussões, alguns hospitais passaram a receber curandeiros antes de se iniciar uma cirurgia, pois este era um modo de proporcionar conforto e proteção para os índios, que não abriam mão desse ritual, que afinal era preche de sentido, preche de saúde para eles. Essas experiências relatadas são interessantes pois apontam para as aberturas possíveis, para as mestiçagens dos preceitos médicos, tão fundamental quando nos propomos a uma política destinada a “todos e qualquer um”.

lógica dominante. Essas lutas são efeito e ao mesmo tempo produzem um deslocamento das questões de saúde da esfera do privado e, ao contrariar a lógica liberal privatizante, expressam suas marcas variantes na formulação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade.

Entretanto essas marcas produzidas como efeito de lutas, essas marcas das conquistas, fotografadas também muitas delas em leis, carecem de esforço continuado para se sustentar e revigorem, posto que também novos desafios entram em cena. O folhetim produzido pelo Fórum Capixaba em Defesa da Saúde Pública⁵ e os cantos ao final desse manifesto, em virtude do dia mundial da saúde, trazem alguns indícios desse cenário das lutas e desafios que se insinuam.

07 DE ABRIL: DIA MUNDIAL DA SAÚDE TAMBÉM TERÁ LUTA

Ato dia 07 de abril (segunda-feira) - saída às 17h, do hospital das Clínicas (HUCAM) Vitória.

Considerando a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (CF\88) e na lei 8.080 que regula o SUS, o **Fórum Capixaba em Defesa da Saúde Pública** vem a público repudiar a Política de Saúde do Governo Estadual em especial:

- sua omissão na entrega do único Hospital Universitário do Estado para a maior empresa de saúde do país, a EBSEH;
- a Rede Abraço por sobrepor-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e privilegiar a oferta pública de atenção em Comunidades Terapêuticas;
- a privatização dos Hospitais Jayme dos Santos Neves e São Lucas por meio das

⁵ Participei de alguns encontros do “Fórum Capixaba em Defesa da Saúde Pública” no ano de 2013.

Organizações Sociais.

Este governo tem ferido gravemente leis constitucionais e fundamentais, e desrespeitado o processo democrático em que a saúde pública foi consolidada. Realiza o desmonte de toda a Rede de Saúde sucateando hospitais, unidades e serviços para justificar a entrega dos mesmos aos empresários, escapando a suas responsabilidades constitucionais pela gestão e execução dos serviços de saúde.

Por tudo isso é que estaremos nas ruas, para exigir respeito ao SUS. E que a vida não seja privatizada! Estamos na luta contra todas as formas de opressão e violência, mas sobretudo estamos na rua para reafirmar que SAÚDE NÃO É MERCADORIA e levantar nossas bandeiras:

- Contra a criminalização dos movimentos sociais!
- Por 10% do PIB para a Saúde Pública e estatal!
- Contra as desonerações e subsídios a empresas e planos de saúde como forma de subsidiar e fortalecer a rede privada de saúde!
- Pela estruturação das redes de atenção básica e fortalecimento da promoção da Saúde!
- Contra a Rede Abraço e pela estruturação e fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial!
- Pelo fechamento da Clínica Santa Isabel (Manicômio localizado em Cachoeiro de Itapemirim)!
- Pelo fim dos leilões e pela suspensão dos contratos de gestão dos Hospitais Estaduais para as Organizações Sociais de Saúde (OSS)!
- Pelo fim dos convênios com entidades privadas que se dizem filantrópicas!
- Pelo fim dos contratos precários de trabalho na saúde e pela realização de concurso público!
- Pela visibilidade e pela tomada de providências em relação ao descaso com a saúde da população carcerária e em medidas sócio educativas!

- Pelo fomento do debate da formação dos profissionais da saúde!
- Pela jornada de trabalho de 30h semanais para os trabalhadores e trabalhadoras da saúde!

“A NOSSA LUTA É TODO DIA, NOSSA SAÚDE NÃO É MERCADORIA”

“O NOSSO SOM É O SOM DA LIBERDADE E A NOSSA VOZ ECOA NESSA CIDADE!! SE O MANICÔMIO É AMARGO COMO FEL, VAMOS FECHAR A SANTA ISABEL!!”

**“O SUS É NOSSO NINGUÉM TIRA DA GENTE
DIREITO GARANTIDO NÃO SE COMPRA E NÃO SE VENDE!”**

O que notamos então é que, ainda que o SUS se faça na defesa da saúde como direito de todos, que deve ser cuidado e ativado de modo integral, universal, equânime, vivemos no cotidiano e nos processos, oficiais e extra-oficiais, de construção de políticas públicas, atravessamentos diversos, tais como a desvitalização dos espaços públicos e o processo de privatização da vida cada vez maior. E isso tudo compõe os desafios, as dificuldades, e também a vitalidade de uma política pública de saúde. Ela se faz na conjugação dessas muitas forças em jogo, na produção de algumas formas e no desmanchamento de outras. Afirmar-se política pública, é poder se encontrar no entrecruzamento desses tantos vetores: publicização, privatização, individualismo, tutela, controle, cuidado, autonomia, equidade, desigualdade.

Os desafios expressos no manifesto podem nos dar o entendimento de que o SUS, como política e como prática de produção de saúde, não se concretizou. Entretanto essa faceta do inacabado pode ser lida como a expressão da dimensão de obra aberta que caracteriza as políticas públicas. Obra aberta aos riscos privatizantes, aos novos desafios, mas também a novas conjugações de forças que podem evidenciar e fazer frente a esses riscos, pois que as franjas infinitas de seu manto seguem se conjugando com as materialidades e imaterialidades do mundo, afirmando cotidianamente sua mestiçagem. Inacabamento como contraponto fundamental à faceta institucionalizada dessa política, inacabamento que injeta movimento. Política que precisa, por isso, ser colocada em questão, e se reinventar quando preciso.

As bandeiras as quais se refere o “folhetim-manifesto”, não estão prontas para serem levantadas, elas se produzem, tal qual o casaco de Arlequim, com os retalhos que o cotidiano nos serviços oferta, com as experiências, conquistas e derrocadas que os anos de vivência da política pública de saúde proporcionaram.

Os pontos elencados no folheto oferecem, todavia, uma marcação importante, pois apontam, nesse manto que é a política pública de saúde, que é mais ampla que o SUS e sua institucionalidade, para alguns retalhos preciosos, como um forro que dá sustentação às lutas empreendidas: apontam para uma direção, que seja, a afirmação de uma política **pública** de saúde. E nos indicam ainda outra afirmação importante a ser feita: política pública como obra aberta, inacabada, “política pública-luta”, “política pública-movimento”, que se faz a partir dos documentos, das cartilhas, dos programas, do oficializado, mas que em muito os extrapola. Abertura, porosidade e inacabamento que aqui lemos como uma força a ser investida nas políticas públicas.

Avançamos mais um ponto e podemos até ver nisso um exercício de produção de saúde em ato: nas lutas em defesa da saúde pública, nesse movimento de questionamento e de estranhamento às lógicas que usurpam a saúde de sua dimensão de produção de modos de vida. Também a saúde pode deixar de ser vista como manutenção de um estado normal, e pode ser vivida como movimento de produção de modos de viver. A saúde também experimenta mestiçagens, no encontro com as lutas, com os serviços, com a institucionalidade do SUS.

O que os desafios insinuados no folhetim nos indicam é que a existência da lei não garante o debate, a maturação das questões, a produção de saúde como autonomia, a abertura capaz de fissurar o cotidiano coberto de tarefas, não garante o sustentar das lutas pela saúde em sua força de produção de liberdade e defesa da vida. A lei, por ela mesma, não garante uma visão mais ampla em relação às lógicas de sufocamento que atravessam o trabalho e os processos de produção de uma política pública na saúde. Ao mesmo tempo, da lei não se prescinde como conquista e como legitimação de direitos. Se a lei não garante, mas pode auxiliar, os desafios adviriam de atualizar uma experiência pública na política, ou seja, afirmá-la aberta, inacabada, heterogênea, em feitura. Experiência pública que, por isso, não submete a política

à lei, em sua face de transcendência, mas a religa à vida, como plano de produção de normas em imanência.

Assim, outras conquistas, que almejamos, caminham em afirmar a luta cotidiana no fazer-saúde, a possibilidade de caminhos de conversa e fazeção solidária e coletiva entre trabalhadores, usuário e gestores, a dimensão política que se faz fecunda no calor das experiências. Dialogar, partilhar experiências, é o que atualmente é muito desafiador, quando temos sido convocados por forças de ordens diversas a modos de vida competitivos, individualizados, privatizantes.

No caminhar por tais questões, seguimos a pista de que “a lei é uma conquista e, no entanto, não garante uma bela colheita quando se trata de fertilizar planos de imanência” (ROCHA, 2007, p.3). Assim, entre seguimentos de cartilhas estatais e rasuras arduamente produzidas, na reificação de algumas práticas e na invenção de outras tantas, uma política pública de saúde vai sendo cotidianamente fiada, mestiça vai se fazendo e se afirmando.

2.2 - Pelejar por exato, dá erro contra a gente: cedendo às mestiçagens na pesquisa

“Ah, tem uma repetição, que sempre outras vezes em minha vida acontece. Eu atravesso as coisas – e no meio da travessia não vejo! – só estava era entretido na ideia dos lugares de saída e de chegada. Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais embaixo, bem diverso do em que primeiro se pensou. Viver nem não é muito perigoso?”

(Guimarães Rosa, Grande Sertão Veredas)

Mestiças são as ruas de Vila Graúna⁶, mestiças são as pernas que por ali passam, mestiças são as peles dos usuários das unidades, das agentes de saúde que lhes adentram a casa e a vida, e dos outros trabalhadores que ali exercem sua atividade, mestiços os trejeitos que naturalizamos e que ousamos, mestiça essa pesquisa. Mestiças também e primordialmente são as práticas que povoam a unidades de saúde onde convivemos essa pesquisa.

Guimarães Rosa, no trecho que inicia esse subcapítulo, nos alerta que o encontro com a água irrompe o inesperado na travessia, desfaz as linearidades e produz desvios incalculáveis. Ele nos alerta os perigos da clareza, os perigos de se entreter e de se apegar demasiado “na idéia dos lugares de saída e de chegada”, e nisso não viver a travessia e as mestiçagens que ela inevitavelmente tende a oferecer. Pensamos esse perigo como o perigo mesmo das privatizações, dos fechamentos, das totalizações e suas violências. Frente a isso o que nos cabe é o exercício de atenção ao percurso, às variáveis que se anunciam e requerem cuidado. Esse nos parece ser um exercício que nos aproxima de um ethos de habitar, intervir, e se somar aos movimentos de publicização nas políticas, de pesquisa e de saúde.

Assim, nos dispomos agora ao exercício engenhoso de recolher no tempo uns trapos da história desta pesquisa, exercício de afagar a memória, amparados no desejo de poder partilhar um bocadinho desta experiência.

Deleuze (2004) comenta que as lembranças são penosas, porque as verdadeiras mudanças se passam “noutro lugar, segundo outra política, outro tempo” (p.37). Se temos de fácil acesso uma história linear a ser contada, nos interessa a dimensão de experiência que foi possível nesta pesquisa. A experiência, “(...) só podemos fazê-la na medida em que escapará à pura subjetividade, em que outros poderão, não digo retomá-la exatamente, mas, ao menos, cruzá-la e atravessá-la de novo” (FOUCAULT, 2013, p.295). Pensamos a experiência justamente como aquilo que nos transforma e faz rebuliço nas linearidades - força de composição de casacos de Arlequim, mestiços.

Ao nos dedicarmos a rendar aqui alguns retalhos dos trajetos que compuseram a pesquisa-casaco-de-arlequim, insta frisar que não se trata então de discorrer sobre a experiência, mas

⁶ Vila Graúna é o nome da Unidade de Saúde onde a pesquisa foi produzida, e também do bairro onde ela se localiza, no município de Cariacica. Falaremos mais sobre ela nesse subcapítulo.

antes de aciona-lá como elemento digressor, que nos convoca a pensarmos a atuação no campo das políticas públicas e(m) saúde. Exercício de um trabalho que se faz entre – não por mim, não centralizado na unidade de saúde, não pelos trabalhadores e usuários, mas entre nós e outras tantas materialidades e imaterialidades. Como certa vez comentava Deleuze a respeito do plano de produção de trabalho com Guattari, seu companheiro de tantos escritos:

(...) mas o que para nós contava era menos trabalhar juntos do que esse fato estranho de trabalhar entre os dois. Cessávamos de ser autores. E este entre-os-dois reenviava para outras pessoas, diferentes para um e para o outro. O deserto crescia, mas povoando-se à medida que crescia. (...) Não trabalhamos juntos. Trabalhamos entre os dois. Nestas condições, a partir do momento em que existe este tipo de multiplicidade, trata-se de política, de micropolítica. (DELEUZE e PARNET, 2004, p.28).

Tomar o ônibus, descer no ponto, chegar a unidade de saúde é sempre fazer um caminho novo, experimentar um atalho, desistir do atalho, se deparar com uma cena, um alguém que te quer conversar, um “ninguém” que se faz ouvir, tomar uma água na casa de um morador, encontrar uma agente de saúde⁷,... Então estar na unidade de saúde, objetivo que seria primeiro, é já dar-se conta de que nesse processo de pesquisa a que nos dispomos, o próprio percurso até a unidade era já a pesquisa se fazendo em variação. Eram já as linhas sendo escritas, era já uma política de pesquisa, de saúde, de educação, de amizade, se fazendo e nos convocando no exercício do cuidado.

A pesquisa, de maneira interessante, nos leva por vezes a pensar “fora de nós”, nos auxilia nesse processo de nos apercebermos em feitura, tal qual o campo de pesquisa. **Experiência pública:** experiência de desprender-se de si, de pausar as identidades, as privatizações em nós

⁷ Agentes de saúde compõe o Programa de Saúde da Família (PSF), e trabalham de maneira ativa no território. O PSF pressupõe a existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal; o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2012). Elas trabalham fazendo visitas domiciliares, ofertando orientações de saúde, ouvindo as demandas dos moradores, realizando ações de promoção à saúde e também fazendo a ponte com a unidade de saúde, dentre outras funções que se inventam cotidianamente.

para pensar entre, produzir-se no encontro com o outro, com o mundo, exercício alegre e também laborioso de mestiçar-se.

A revelia dos pontos finais desse texto, os caminhos e desafios continuam reverberando. Desafio de atentar que aquele que narra, que escreve um trabalho, assume um lugar no texto a despeito dos ideais de imparcialidade. Entretanto, essa recusa aos ditames cientificistas de objetividade, imparcialidade, não é justificativa para disparatar uma parcialidade assentada na oferta de respostas e verdades que concluem um campo problemático, tornando-o estéril. Assim, pesquisar, antes que concluir, é habitar deslocamentos, sensibilidades, povoar um campo problemático.

Percursos em Cariacica

Durante a graduação no curso de Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo, participei de dois projetos de extensão e estágio que se destinavam a discutir políticas públicas na Grande Vitória. Os dois projetos me levaram à experiência da saúde pública em Cariacica, município da Grande Vitória com uma população aproximada de 352431, segundo informações de 2012 disponíveis no DATASUS, fornecidas pelo município.

Sendo eu moradora do município da Serra, os caminhos que me levam a Cariacica não passam pela capital do Espírito Santo, Vitória. A chamada Rodovia do Contorno, que já compõe o território de Cariacica, é o trajeto que me leva à Unidade de Saúde, e ao percorrê-lo nos aproximamos um pouco de alguns relampejos da história do município. A Rodovia traz em suas margens grandes fábricas e também bairros que foram se formando, alguns por loteamento, outros por ocupação. A despeito dos bairros, a Rodovia não conta na maior parte de sua extensão com semáforos, faixas de pedestre, passarelas, o que ocasiona um elevado índice de atropelamentos, que vem sendo tratado com descaso a muitas administrações do governo municipal.

Essa imagem da margem tem força ao falarmos do município de Cariacica, que por muito tempo foi também o município, na Grande Vitória, prioritariamente destinado aos sujeitos tidos como marginais, ou seja, colocados à margem do projeto de sociedade orquestrado pelo dito desenvolvimento e progresso. Em Cariacica se localizam o Adauto Botelho⁸, - hospital psiquiátrico público do Espírito Santo-, a Unidade de Internação Provisória do Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo –local destinado ao menores em conflito com a lei-, a Penitenciária Feminina -conhecida como TUCUM-, o manicômio judiciário, uma Unidade de Atendimento ao Deficiente (UNAED) - onde ficam abrigados sob responsabilidade do Estado crianças, adolescentes e adultos ditos deficientes que foram abandonados, e que sofreu inclusive intervenção dos Direitos Humanos dada a precariedade do serviço e as violações de direitos-, além de presídios masculinos.

Também o progresso orquestrado pelo capital financeiro, com a instalação de fábricas, com a inauguração da Estrada de Ferro Vitória-Minas e com a inauguração da Companhia Vale do Rio Doce na década de 40, fez dobrar o número da população de Cariacica, incluindo aí mineiros e baianos que vieram em busca de emprego e iam construindo residência em Cariacica, trabalhando na instalação de fábricas e empresas. Segundo dados de 2010 (CARIACICA, 2012), 20,06% da população de Cariacica provêm de outros estados, sendo 56,98% destes mineiros e 17,03% baianos. Entretanto, com a necessidade de especialização que vinha com a continuação das atividades das empresas, grande parte das pessoas que participou das instalações não teve lugar nelas depois (COIMBRA, 2010).

As lutas, seja por meio dos movimentos sociais organizados, seja pelos movimentos cotidianos e anônimos, constituem um fio importante que percorre o território e a história de Cariacica. Interrogando as margens constituídas pelo capital, seguem produzindo mundos.

Os bairros de Nova Rosa da Penha e Padre Gabriel, no leito do Contorno, são exemplos de bairros que constituíram-se sobre um substrato de lutas por moradia, saúde, educação, transporte público. O bairro Padre Gabriel, antes conhecido como região de Barbados, ao assumir esse nome segue conjugando as lutas por moradia, que ganham na figura do padre

⁸ O Adauto Botelho foi oficialmente fechado como hospital psiquiátrico, e reinaugurado como hospital geral, entretanto a lógica e as práticas manicomiais persistem como algo a ser interrogado e desmanchado nele, e para além de seus muros físicos.

francês Gabriel Maire, assassinado em 1989, a memória das potências constitutivas do território. O padre Gabriel era um aliado da população, e junto aos moradores ali assentados, pleiteava junto ao poder municipal a doação legal dos lotes para as famílias que ali fizeram morada. Após muitas e intensas lutas do Movimento Nacional de Luta pela Moradia, o assentamento foi reconhecido como legítimo pelo poder municipal.

Esses e outros fragmentos de história nos chegavam nos percursos e trajetos que fazíamos em Cariacica, nos desvios inevitáveis que tivemos de tomar a propósito das muitas manifestações que bloqueavam o Contorno, e nos levavam a experimentar atalhos nos bairros que a margeiam.

O primeiro projeto de extensão do qual participei neste município, à cujas memórias recorro, chama-se “Redes no Território: políticas públicas de assistência, saúde e educação”, e sua atuação se dava em um bairro de Cariacica, objetivando analisar e fomentar as redes que se faziam entre três equipamentos do bairro: a escola, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Semanalmente íamos em duplas aos equipamentos e, quando possível, fomentávamos e participávamos de reuniões envolvendo os equipamentos, líderes do bairro, associações esportivas, dentre outros. O desafio sobretudo se dava em ocupar o espaço intervalar entre estes equipamentos, assumir uma postura andarilha que nos ajudasse a deslocar a centralidade dos equipamentos, e tomar a rede como efeito e também como um certo modo de atuar, e não apenas como resultado previsível do encontro formal de pontos fixos. As análises que decorriam do projeto apontavam para a fragilidade das *conexões potentes* entre a UBS, a escola e o CRAS.

Frisamos conexões potentes dado que conexões sempre estão se efetuando, por exemplo, a concessão do benefício do bolsa-família efetuada no CRAS é condicionada pela frequência das crianças na escola e pelo acompanhamento obrigatório na unidade de saúde. Entendemos que para além do cumprimento das condicionalidades, e da função de controle, essa conexão pode gerar e gerir outros efeitos, interessantes. Lembramos aqui, por exemplo, da ocasião das enchentes que assolaram o bairro Campo Verde, em Cariacica, e como nesse momento as conversas entres estes três equipamentos fez surgir o cuidado como efeito dessa conexão: a UBS instruía a escola a auxiliar os alunos, não reutilizando os livros que sofreram ação das

águas da chuva (isso porque os alunos colocam a mão no livro e na boca e isso estava gerando alguns problemas), a UBS acordou com a escola não exigir apresentação de atestado nesse momento mais crítico passada a enchente, pois a UBS não estava dando conta de atender a todos, o CRAS pôde mapear em parceria com a escola e com as agentes de saúde da UBS algumas famílias que precisavam de um apoio emergencial.

Em outro momento ainda, a UBS contava com um profissional de educação física, mas havia perdido o espaço físico para realização de atividades, e o CRAS que possuía espaço físico, um público interessado em realizar atividades físicas, não possuía o profissional. E esses dois equipamentos próximos na geografia, viviam esse afastamento relacional. Ao fomentar conversas esse afastamento vai sendo ocupado por parcerias, pela conexão espaço físico-educador físico, possibilitando que as atividades com os usuários do bairro acontecessem.

Nas análises empreendidas pelo “Redes no Território” sobressaía a fragilidade da política de atenção básica em saúde no município de Cariacica, a precariedade dos serviços e de condições de trabalho nas unidades de saúde, a falta de investimento e de prioridade que a gestão da Secretaria de Saúde direcionava à Atenção Básica, de modo que viu-se aí um campo de pesquisa e interferências necessário.

A fragilidade via-se na alta rotatividade de profissionais nos serviços de atenção básica em saúde -incluindo aí o constante remanejamento de coordenadores-, na precarização dos vínculos de trabalho, na rotatividade de secretários de saúde (no período de 2009 a 2011, por exemplo, quatro pessoas assumiram a secretaria).

Segundo o documento “Agenda Cariacica 2010-2030: Gestão Pública Municipal” (2012), a saúde é um dos setores com alta rotatividade, e a consolidação do concurso público faz-se necessária. Os dados levantados (CARIACICA, 2012b) mostram que no ano de 2008 havia no município 1.909 trabalhadores na Secretaria Municipal de Saúde. Desses, 9,5% (182) eram servidores municipalizados ou cedidos com diversos vínculos incluindo Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, FUNASA e outras prefeituras municipais; 1,04% (20) eram funcionários terceirizados, 1,57 % (30) eram celetistas, 3,8% eram cargos comissionados, 80,4% eram contratos temporários não celetistas e somente 3,45% eram estatutários. Além

disso, o documento justifica as terceirizações como saída para minimizar o comprometimento da receita:

Dada a proximidade com os demais municípios da região, é comum os profissionais deixarem suas funções em um município para atuar em outros. Os motivos vão desde a redução do tempo de deslocamento entre a casa e o local de trabalho quanto e não menos importante, a remuneração salarial. (...) O enquadramento dos servidores a partir da implantação do Plano de Carreira traz preocupações, pois, poderá implicar em uma extrapolação dos limites de gastos com pessoal previstos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. O comprometimento da Receita Corrente Líquida – RCL, com o pagamento de pessoal levou a administração a adotar uma terceirização em setores como a limpeza geral das instalações públicas municipais, para diminuir a proporção do comprometimento. (CARIACICA, 2012a)

No documento “Agenda Cariacica: Saúde”, as pesquisas efetuadas pelo município apontam que 84,7% da população declara utilizar o sistema municipal de saúde, e 24,7% da população declara possuir assistência privada em saúde. Desse modo evidenciamos a grande parcela da população que faz uso da rede de saúde pública do município.

Nesse momento de análise efetuado pelo projeto “Redes”, estavam em curso também as atividades do projeto de extensão “Apoio Institucional às Políticas Públicas na Grande Vitória”, que vinha se dedicando mais diretamente às políticas no campo da saúde pública, no município de Vitória⁹, projeto do qual eu estava começando a participar. O projeto “Redes” fez então contato com esse projeto, realizamos conversas com intuito de pensar estratégias de intervenção no município, focando mais especificamente nas políticas de Atenção Básica em saúde. Como efeito das conversas, e também pelo trabalho em Vitória ter se finalizado, o projeto “Apoio Institucional¹⁰ às políticas públicas na Grande Vitória” se voltou para esse trabalho em Cariacica. Foi feito também um contato com a Política Nacional de

⁹ Nessa ocasião, o projeto realizava um trabalho em um hospital público da Grande Vitória.

¹⁰ A estratégia do apoio institucional, tomada como método, tem sido pensada como exercício de uma função que dá passagem, que se faz no rastro da produção da grupalidade, fortalecendo e instigando a montagem de coletivos de trabalho. Lugar-função que instiga, lugar de passagem que viabiliza processos de desestabilização do que está instituído, fazendo emergir outros planos de afetos, de encontros, de constituição de redes de conversa, redes afetivas (Barros, Guedes & Rosa, 2009). Chama-se assim, apoio institucional a uma conexão no trabalho que se dá de forma a ampliar a capacidade de análise e ação dos coletivos e sujeitos forjados no processo, fomentando a gestão compartilhada dos processos de trabalho.

Humanização”¹¹, de quem se solicitou uma entrada no município, a fim de auxiliar nesse projeto de intervir nas políticas de saúde da Atenção Básica.

Políticas públicas, nome que figurava nos dois projetos... Afinal, o que temos chamado políticas públicas? Como é isso de fazer um trabalho com as políticas públicas de atenção básica em saúde? Como se intervém na política? Será que iríamos para a secretaria pensar modos de interferir na política que estava colocada?

A experiência na saúde, nos projetos, nos colocava a caminhar por essas questões...

Quando da ocasião das manifestações de junho de 2013 no Brasil esse debate se aqueceu ainda mais... Nos encontros e espaços de diálogo que existiam no curso de psicologia na UFES, ressoava uma perguntação em torno da solicitação por mais políticas públicas que, junto a outras tantas efervescências, tomou as ruas do país. Questionava-se se essas bandeiras reivindicacionistas não traziam em seu bojo uma solicitação por mais intervenção do Estado. E nisso se via um o risco da exacerbação de um controle das populações¹². Mais uma vez as perguntas apontavam para os incômodos ocasionados por uma certa visão que faz coincidir as políticas públicas com uma racionalidade de Estado – que também não é externa a nós, não é transcendente-, e mesmo com as agendas dos governos (partidários) estabelecidos.

Intuídos de que esse caminho portava o risco de abafar a complexidade e a riqueza de experiências que povoam o cotidiano dos serviços públicos e já amparados nessa riqueza que

¹¹ As atividades da política de humanização surgem da experimentação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e prática social, bem como de um debate no campo da saúde pública interessando em fazer avançar os princípios do SUS (Heckert e Neves, 2010). A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe efetivar-se não como um programa, mas como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Para tanto opera com o princípio da transversalidade, e vale-se de diretrizes, tais como: co-gestão, clínica ampliada, acolhimento, saúde do trabalhador, inclusão, ativação de redes sociais. A PNH, em sua vinculação com o Ministério, possui apoiadores que ofertam trabalho e atendem demanda de alguns municípios. Para maiores informações acessar as cartilhas, cadernos, documentos base e outras publicações da PNH disponíveis em www.redehumanizaus.net/publicacoes.

¹² Assentadas nas leituras de Foucault (2008b,2014), algumas discussões tem se dedicado a analisar o modo como as políticas públicas empreendem em sua racionalidade um governo e um controle regulador das populações, com vistas a manutenção de algumas lógicas excludentes e individualizantes que são marcas constitutivas do modo de produção capitalista.

passamos a vivenciar com o trabalho nas unidades de saúde no território, outra pergunta pedia passagem: o que temos chamado de políticas públicas? O que pode uma política pública?

Como modo de iniciar o trabalho de intervenção do projeto “Apoio Institucional às Políticas Públicas na Grande Vitória” em Cariacica foi feita uma reunião com a Secretaria de Saúde do município e com dois consultores da Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde. Dessa maneira construiu-se um trabalho conjunto que, após algumas conversas e discussões acerca das questões que saltavam como problemáticas na política municipal de saúde, priorizou a territorialização¹³ dos serviços de Atenção Básica como vetor de trabalho. O intento era construir um projeto de territorialização de maneira dialogada nos serviços, incluindo radicalmente trabalhadores e usuários nas discussões e proposições, na construção enfim. Para isso, realizamos oficinas nas unidades de saúde – cada dupla de trabalho se responsabilizou por puxar as oficinas e acompanhar o trabalho em determinadas UBS’s -, e reuniões mensais na secretaria, das quais vários trabalhadores participavam (sendo a maioria os trabalhadores do nível central da secretaria e coordenadores de unidades).

Dessa maneira começo a vivenciar o cotidiano de algumas unidades de saúde em Cariacica. Ao longo do percurso as alianças de trabalho foram se alargando, se intensificando, na UBS de Vila Graúna. Lá tecemos um tempo de partilha que permitiu o surgimento de um brilho singular... morada de uma incandescência que fazia mestiçar a pesquisa, relampejo de retalhos de convivência.

Vila Graúna: um brilho singular

¹³ Após conversas e avaliações realizadas em Cariacica, tomamos a territorialização no âmbito da Atenção Básica como elemento disparador das atividades e como instrumento de qualificação dos modos de atenção e gestão em curso nos serviços de Atenção Básica no município de Cariacica. A territorialização é prevista no processo de regionalização em saúde, tendo por objetivo o fortalecimento da Atenção Básica, e prevê o desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006).

Vila Graúna: bairro do município de Cariacica. Um misto de asfalto e terra, ladeiras e raras superfícies planas, filas -nas escolas, no ponto de ônibus e na porta da unidade de saúde, estas varando a madrugada- creches improvisadas no exercício da solidariedade. Graúna: ave, madeira, bairro. O voo da ave, o fincar da árvore e as variações de um bairro.

Importante ressaltar que os retalhos de história da UBS e do bairro que nos interessamos em trazer para compor esse manto foram tecidos na própria unidade de saúde, em roda de conversa. É a história produzida e sustentada pelos trabalhadores e usuários que participaram. Não nos preocupamos aqui em fazer passar essas histórias contadas pelo crivo da história oficial -aliás, escassa. Trazemos as histórias que habitam nas pessoas, na unidade de saúde, certos de que elas não são as únicas, mas que, na convivência com outras tantas versões que podem existir, produzem sentido, produzem mundos.

Na roda de conversa, realizada despretensiosamente na UBS de Vila Graúna, ouvimos que o nome do bairro se deve ao fato de que, quando de sua ocupação, ele era mata, cheio de árvores. Uma das trabalhadoras se emociona ao dizer que é descendente de escravos e que aquela região era uma fazenda, que foi loteada, os lotes foram sendo vendidos e assim o mato foi se transformando em bairro. Dizia que ouvia essas histórias de seu avô. Conta-nos, já rindo:

“Era um monte de mato, pra não perder a terra, meu pai amarrou um monte de lençol nas árvores e nós ficamos morando ali embaixo.”

Outra agente acrescenta:

“Você já sabe que isso aqui é uma ladeira só. Até uns 25 anos atrás isso aqui não era asfaltado, era mato, terra e a gente tentando morar. Quando chovia a gente descia descalço, lá embaixo tinha uma mulher que deixava a gente lavar o pé na casa dela. A gente lavava e aí calçava os sapatos. Pra subir, quando chovia, só de quatro.”

Tentar morar ali, implicava inventar modos de viver num bairro em vias de constituição, implicava transporte público, que era pro bairro poder ser caminhos para outros lugares, implicava lutar por asfaltamento, pra poder subir a ladeira de pé, e implicava, dentre outros

tantos, a oferta de serviço de saúde para a população que ali ia fazendo morada.

A Unidade de Saúde, segundo os trabalhadores, foi construída pelos moradores, por meio de mutirão convocado pela Associação de Moradores na década de 80. E a luta que se seguiu à construção foi de, junto a Secretaria de Saúde, pleitear o reconhecimento daquele cômodo construído como serviço de saúde, e assim requerer profissionais para trabalhar ali.

A história assim contada faz lembrar o quanto a política de saúde passa por vários caminhos e o quanto de construção cotidiana se faz de fato. E ainda, que a produção de saúde se iniciara antes mesmo do espaço construído coletivamente ser reconhecido oficialmente como unidade de saúde. Pois que o esforço coletivo e as lutas empreendidas já se configuram como produção de saúde, na medida em que fortaleciam, revigoravam, na medida em que afirmavam a dimensão de luta que reside no processo de constituição de políticas públicas de moradia, saúde, saneamento.

É Canguilhem (2002) quem nos ajuda a compreender a saúde como essa capacidade de lutar e de insistir, buscando nas experiências do viver os processos de produção de saúde e adoecimento. É então atentos à experiência do viver, sem idealizações, que se pode pensar que saúde não como ausência de adoecimento, mas como esse se levantar, apostar, afirmar potência de agir diante do que faz padecer. A saúde é capacidade normativa, presente nos seres vivos, de estabelecer e transformar as normas que constituímos para nós mesmos ao viver.

O cômodo construído a muitas mãos tornava aparente a fragilidade das políticas sociais naquele território, a precariedade, o desinvestimento que a eles e às políticas públicas de saúde era destinado. Ao mesmo tempo, tornava incandescentes as lutas empreendidas no esforço da vida conjunta, da constituição do bairro, do canto pelo saúde.

O cômodo construído a muitas mãos, dando forma ao querer da gente das bandas de lá, sendo enfrentamento que visibilizava o desinvestimento do poder municipal, e sendo instrumento no fortalecimento das outras lutas por vir, surtia por isso seus efeitos como serviço de saúde antes mesmo de inaugurar e de figurar oficialmente como Unidade Básica de Saúde Vila Graúna.

A UBS hoje continua a funcionar na mesmo local, tendo crescido estruturalmente, mas não o suficiente para garantir o atendimento necessário à população. O espaço é precário e não atende bem aos requisitos mínimos de uma Unidade Básica de Saúde. Essas são lutas em andamento, refletem um desinvestimento com a política de atenção básica e com a população que primordialmente faz uso desses serviços, fios que continuam na espreita de materialidades para ganharem forma, para ganharem força.

O calor das histórias partilhadas, o calor do período em que estive lá, também fazia desmanchar alguns dos objetivos primeiros da pesquisa... também essa pesquisa é um casaco de Arlequim, que pode ser tecida no encontro com o território, com os trabalhadores e usuários, com a universidade, com a secretaria, com a rede enfim.

Alguns trabalhadores com os quais conversávamos não se furtavam a manifestar o incômodo que viam nessa parceria que o projeto havia realizado com a Secretaria de Saúde, pois entendiam muitas vezes que fazer parceria com a secretaria era escolher um lado, e ainda que esse era um lado que os excluía do processo, haja visto que a relação que prevalecia era de empregado-empregador, pois boa parte dos trabalhadores da saúde são contratados, e no mais das vezes com vínculos precarizados, contratos de curta duração.

Ainda assim viam e afirmavam a riqueza e as oportunidades que se acenavam com essa parceria e com o trabalho pactuado. Oportunidade de tornar notórios os processos de precarização, oportunidade de construir espaços de debate e conversas, tão raros.

Se vivia um misto de alegria e receios... Viam na territorialização um trabalho importante, mas receavam que territorializar fosse um meio de abafar as mazelas que lhes assolavam cotidianamente. Desfiavam suas desconfianças ao partilhar o receio da territorialização figurar como uma tarefa encomendada, receavam que a participação que eram convidados a exercer fosse apenas um modo de fabular que os trabalhadores e usuários estavam sendo ouvidos, sem contudo fazer da dimensão coletiva um modo de trabalho de fato.

Nos encontros na secretaria e na UBS de Vila Graúna, que era o lugar para o qual eu sempre voltava e onde podíamos nos prestar mais a ouvir e tecer conversas, nos deparávamos com falas como essas:

“A gente faz as reuniões, se encontra, mas na hora de decidir as coisas quero ver se vai valer de alguma coisa. E na hora que as reuniões estiverem ganhando força quero ver se vai ter apoio pra elas continuarem. Ninguém quer saber de reunião. Quer saber de BUP¹⁴ cheio, de atendimento. Pensar o nosso trabalho é difícil pra gente, mas pra Secretaria é mais ainda”.

“Territorialização... como se faz isso com as unidades de saúde do jeito que estão? Se quer territorializar atenção básica tem que garantir pelo menos o mínimo não é mesmo? Vai territorializar e as pessoas quando forem na sua unidade de saúde que tem que ir, como tá lá dizendo, não vão encontrar a equipe mínima daí vão ter que ir onde encontra atendimento pro que está procurando. Territorialização e precariedade não combinam”.

Essas falas, que vinham na companhia de outras tantas, faziam estremecer o “homem branco”¹⁵ que poderíamos ser na chegada à Cariacica, nos lembrava de acionar o branco-incandescência, convidava-nos a religar o projeto ao processo de pesquisa, mestiçá-lo, mestiçarmo-nos, nos misturando aos movimentos que pediam passagem. Estar na unidade de saúde era a oportunidade importante de acessar o modo como aquele projeto fabulado na parceria Universidade, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde, vinha sendo acolhido no cotidiano dos serviços, e de somar essa experiência de distração que o trabalho na unidade de saúde nos proporcionava, ao projeto inicial.

Numa das reuniões realizadas na secretaria de saúde - para as quais os trabalhadores das unidades de saúde eram convidados, mas que em geral era composta de coordenadores e trabalhadores no nível central da secretaria-, algo chama a atenção. Nesse encontro, vamos nos apercebendo de que discutir território em um coletivo de trabalhadores era também

¹⁴ Boletim Único de Produção. Instrumento utilizado na atenção básica em Cariacica para registrar os atendimentos mensais feitos por profissionais de uma equipe de saúde. O BUP armazena todas as informações quantitativas referentes ao acesso da população. Registra os dados referentes ao número de procedimentos e não ao número de sujeitos. Desse modo evidencia uma lógica “quantofrênica” que insiste nas avaliações das políticas públicas de saúde.

¹⁵ Segundo palestra proferida no CRAS de Padre Gabriel, no município de Cariacica, o nome do município deriva de três outros nomes do tupi, cari: homem branco, jaci: lua que é relacionada à colheita, provisão, etc. e caa: que significa pequena clareira, lugar, etc. A região que mais tarde se tornaria o município começa a se desenvolver em torno de uma espécie de porto, onde havia celeiros para armazenar mantimentos e aportavam embarcações. Daí a relação da chegada do homem branco. A maior parte das referências, contudo, diz apenas “chegada de branco”.(Coimbra, 2010).

colocar na roda territórios difíceis de habitar, mas sempre tão presentes: o território do medo, o território das “politicagens”, o territórios dos mandos e desmandos autoritários.

Nesse dia, à medida em que conversávamos sobre esse processo de territorialização, várias falas de coordenadores e outros poucos trabalhadores das UBS’s sinalizavam que esse era um trabalho difícil, que implicava *“boa vontade do gestor”*, que era inviável... Aos poucos as falas se faziam ouvir de outro modo: *“como é pensar territorialização quando estamos falando de serviços funcionando precariamente, sem estrutura, sem médico, sem enfermeiro?”*. As pessoas pareciam nos dizer que habitar a precariedade dos serviços era motor para não aceitar fazer uma territorialização “a partir do que temos” – expressão na qual até então insistíamos-, o que tinha não bastava. Trabalhadores que teimosamente sinalizavam não querer acatar uma vida de migalhas, receosos de regar miséria.

Uma coordenadora presente diz que avalia que o que faz o trabalho do grupo às vezes parecer não caminhar é o medo que se tem de dizer algumas coisas naquela roda. Ela diz que nos debruçamos sobre questões, mas que elas vem sem força, e que muito não é dito. Que passávamos o tempo a dizer coisas, por que o que tinha de ser dito, isso não poderia sambar naquela roda. Quando questionamos o que e por que não é dito, ela afirma: *“eu que não vou dar a cara a tapa”*.

(...)

Habitamos por um tempo a coragem do silêncio que se seguiu a essa fala, e que por vezes é imprescindível à criação de espaços de liberdade, até que a conversa pudesse ganhar de novo palavras:

“O que posso dizer é que essa discussão não é coletiva, não é saúde que está norteando a territorialização nesse município. A gente vai acabar fazendo uma territorialização na base da cerca e da urna.”

Mais tarde, em outras conversas realizadas, essas nos serviços, vamos entendendo que algumas unidades de saúde haviam sido “divididas” entre vereadores do município, e que alguns deles pressionavam para que as unidades atendessem pessoas de seus respectivos

bairros, potenciais eleitores. “Territorialização, cerca e urna” ressoavam na produção de cercadinhos, na produção de distanciamentos e na explicitação de brutais e corriqueiros acordos politiqueiros.

O ocorrido nos lembrava da importância de sustentar um olhar atento às interpelações do dia a dia institucional, nos lembrava que estávamos em meio a um campo de forças que interrogava e interferia o trabalho que nos propomos a construir coletivamente. Esse trabalho proposto não se garantia nas boas intenções.

Na UBS de Vila Graúna, ao conversamos sobre esse assunto em uma das reuniões das quais participei, ouvi dizer que ali essa prática de “tutela” da unidade por um vereador, que a transformava em curral eleitoral, tinha perdido a força, e que isso se devia aos encontros realizados, às reuniões de equipe que passaram a acontecer. Que reunir-se era um instrumento de trabalho e fortalecimento.

“Não sei bem por que, mas acho que isso da gente se reunir ajudou a breicar esse tipo de coisa... ajuda a gente a pensar sobre o nosso trabalho e a se sentir mais seguro em dizer não para algumas coisas erradas que vira e mexe acontecem.”

“Aqui não tem disso não... a gente deixa bem claro como são feitas as marcações, tá aí na frente colado pra quem quiser ver. Se a gente está usando nosso tempo pra planejar junto, então esse planejamento a gente tem que levar adiante. Ele não pode ser mudado toda vez que alguém decide inventar uma nova regra. A gente escolheu fazer as coisas junto, então essas reuniões vão ter que servir.”

“As pessoas nem sabem a dificuldade que é fazer seu trabalho direito, já não basta o que falta, ainda querem inventar mais coisa. As vezes fica difícil, nem sempre dá... Eu me sinto uma formiguinha as vezes, sem muito o que fazer. Até se reunir as vezes é difícil, por que tem hora que a gente acha que é perda de tempo, é cansativo, mas aí numa hora dessas que a gente percebe que vale a pena. Por que eu olho pra minha colega que também tá se sentindo formiguinha e no olhar a gente já sabe que não vai ficar barato.”

Assim, a unidade de saúde que intentávamos territorializar, também ela operava com seus calores desterritorializações¹⁶ na pesquisa.

O que isso tem a nos dizer sobre essa discussão de políticas públicas?

No primeiro momento, diante do ocorrido na reunião na secretaria, onde uma coordenadora explicita o fato de que aquele era um espaço onde não se podia falar das coisas que aconteciam em seu trabalho, pode nos parecer difícil sustentar a afirmação de uma política pública. Mas o encontro e as conversas na UBS mostravam outros fios dessa franja que é a política de atenção básica em saúde. Nesses encontros e desencontros, entre a produção de cercas e a produção de saúde, a afirmação que pede espaço parece ser a de uma “política pública-luta”, que se faz nesses liames, na experiência e na recusa a uma política da “cerca e da urna”, uma política pública que constrói cercas, mas também trincheiras para desmanchá-las, que produz solidões e enfraquecimentos que engasgam a fala, mas também espaços de conversa atuando na produções de coletivos que re-existem.

Ao questionar as parcerias que efetuávamos -e com isso questionar a que vinha o projeto-, ao se negar a acatar fazer uma territorialização sem colocar em questão as precariedades da atenção básica, o encontro com a unidade de saúde nos convocava a habitar outros espaços, fabricava outramentos, e nos possibilitou ver um trabalho outro que poderia ser esmiuçado nesse -dito maior, da Territorialização-. Nos seus carinhos e durezas, nos encaminhava a colocar em análise o trabalho proposto e deslizar para construir a afirmação de um trabalho gestado e produzido coletivamente.

No momento em que “propomos”, propomos um vocabulário, uma ideologia, que só pode ter efeitos de dominação. O que é preciso apresentar são instrumentos e ferramentas que julgamos serem úteis. Construindo grupos para tentar, precisamente, fazer essas análises, conduzir essas lutas, utilizando esses instrumentos ou outros, é assim, finalmente, que as possibilidades se

¹⁶ Aqui brincamos com a noção de desterritorialização que povoa os escritos de Deleuze (Deleuze e Parnet, 2004). Eles chamam territórios existências ao agregado de crenças, valores, relações sociais, linguagem, comportamentos, e outros elementos que conformam uma certa paisagem de vida. Desterritorialização seria então o movimento através do qual se dá o desmanchamento destes territórios formados. A produção de territórios existenciais pode se dar por um processo de reterritorialização, por meio da sobre-codificação de um território abalado pela desterritorialização, ou ainda por um processo de territorialização singular, que se dá na produção de outros e novos territórios.

abrem... é simplesmente na própria luta e através dela que as condições positivas se desenham.” (FOUCAULT, 2013b, p.142)

Dessa maneira, se antes a pesquisa a que me propunha coincidia com o projeto “Apoio Institucional” ao qual estava vinculada, o processo de contato com o território vivo, que o tempo do mestrado me permitiu alargar, as rodas de conversa, as reuniões de equipe, as caminhadas com as agentes de saúde, foram águas que na travessia me presentearam com suas derivas.

“No real da vida, as coisas acabam com menos formato, nem acabam. Melhor assim. Pelejar por exato dá erro contra a gente. Não se queira. Viver é muito perigoso” (Rosa, p.85), já nos disse lá pelo sertão seu Guimarães Rosa.

Estar na unidade, convivê-la, gastar um tempo olhando, conversando, sentindo, foi o que começou a ser feito. Interessante ressaltar que as conversas, as reuniões, no mais das vezes, giravam em torno do trabalho efetuado pelas agente de saúde, pois eram elas (e ele – o único agente da equipe) que majoritariamente ocupavam esses espaços. Alguns outros trabalhadores participavam, mas com menos frequência. O coordenador da UBS apoiava as tramas coletivas, e participava de muitas conversas.

Considerar essas experimentações que vivemos, os encontros, as vozes, é já processo de minar as privatizações na pesquisa, implica uma outra responsabilidade pelas paisagens que temos coproduzido, no pesquisar, no trabalhar. Estar junto é esforço empenhado em estilhaçar os projetos privatizantes que insistem na pesquisa e no trabalhar na saúde. Assim, desse conviver a pesquisa, na unidade de saúde, foram surgindo cenas que nos ajudam a pensar e colocar em análise as práticas que fulguram políticas públicas, na atenção básica.

Quando falamos em produzir análises a partir de cenas colhidas no cotidiano dos serviços de atenção básica, não buscamos com isso uma postura totalizadora nem representacional. Uma pesquisa, uma cena, uma unidade de saúde: artigos indefinidos que apontam para a força das mestiçagens que movimentam a pesquisa. Mestiçagens que embaralham o que poderíamos supor nas cenas, ser propriedade de determinados sujeitos e serviços, mestiçagens que reinvidam, nas cenas, as suas heterogêneas costuras, que as inserem no seio das produções -

históricas, sociais, afetivas- que ultrapassam as fronteiras geográficas e materiais do nosso campo pesquisa. Mestiçagens ainda, por que entendemos que as cenas narradas não são representativas do que se passa de modo geral na atenção básica em saúde, elas emergem como práticas no contexto da pesquisa. A atenção básica se configura menos como objetivo sobre o qual dissertamos, e mais como chão, onde construímos algumas questões de pesquisa.

“Aprendi um pouco com o foi com o compadre meu Quelemém; mas ele quer saber tudo diverso: quer não é o caso inteirado em si, mas a sobre-coisa, a outra-coisa”, astuto segue a nos provocar Guimarães (ROSA 2006, p.198).

PRÁTICAS MESTIÇAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA E SUAS ESQUINAS

3- PRÁTICAS MESTIÇAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA E SUAS ESQUINAS

“Aprendi um pouco com o foi com o compadre meu Quelemém; mas ele quer saber tudo diverso: quer não é o caso inteirado em si, mas a sobre-coisa, a outra-coisa”.

(ROSA 2006, p.198).

Retomando a história de Arlequim e seu casaco, a lhe anunciar mestiço, nela se chega a um momento em que já despido de suas roupagens, se mostram a pele, o sangue e a carne mestiças de um Arlequim que quase nem é mais. Nesse momento muitos que tendo ali permanecido para rir, se vão. Outros se veem impossibilitados de sair, diante da gravidade daquilo que se passava. Algo vai se passando entre aqueles que permanecem e o Arlequim que (se) vai cada vez mais expondo suas mestiçagens. E nesse momento, Serres (1991, p.5) nos conta que “alguns, mesmo os especialistas eruditos”, compreendem no calor da situação e por sua própria conta que cada porção do seu saber parece também com um casaco de Arlequim, cada um trabalhando na interseção de vários outros, “de todos, quase”.

Esse saber fabulado em mestiçagens, esse saber que se sabe fracionado, localizado, e que nos chega pela história de Arlequim, é tal qual o casaco de Arlequim, inacabado, constituído de andanças, “o saber tudo diverso”, aquele que quer não o “caso inteirado em si, mas a sobre-coisa, a outra-coisa”, de que nos fala Guimarães Rosa.

É então, nesse sentido, que trazemos as cenas como material para a composição dessa pesquisa-mestiça. As cenas são o modo como, de alguma maneira, tentamos acessar algumas das práticas que compõe o cotidiano da Unidade Básica de Saúde em Vila Graúna e, com elas, ensaiar as pistas para as questões a que nos propomos, qual seja: a produção de saúde, produção de políticas públicas e produção de nós mesmos, em seus atravessamentos, em sua circularidade.

Nesse ponto, rumamos para um dos acontecidos na viagem empreendida na Unidade de Saúde em Vila Graúna, as bandas de lá.

NA ESQUINA, UM CALOR

Trata-se de um ocorrido que se sucedeu nos arredores da unidade de saúde. Passado o horário de almoço eu aguardava duas agentes de saúde retornarem a unidade para iniciar com elas uma caminhada pelo bairro - já havíamos combinado que eu as acompanharia em uma tarde de trabalho. Enquanto aguardo, uma outra agente de saúde, chega à unidade rindo um riso meio nervoso e atordoado. Pergunto então a que vinha aquilo riso, que já era um início de conversa.

Ela conta que um policial lhe abordara numa das esquinas que desenhavam a quebrada que se fazia necessária no trajeto de sua casa ao trabalho, e lhe havia pedido informações a respeito de um morador que residia em sua área de atuação. Ela, então, diz da dificuldade que fora lidar com aquela situação sem ceder aos apelos de ajuda do policial. Ela partilha comigo e com as colegas de trabalho que se encontravam por ali: “acho que esse sol deixou ele confuso, eu sou agente, mas de saúde”. A brincadeira que ela fizera, enquanto já dava de costas a tomar novamente o rumo das ruas, nos faz pensar, imprime um calor ao momento.

3.1– O calor do sol, o calor das práticas: esquinas de uma política pública na saúde

Que práticas são essas em jogo na cena? O que faz a agente escapulir? Que política de saúde surge na abordagem do policial à agente, que política de saúde ganha existência na “quebrada” que faz a agente ao escapulir pela esquina?

Tais questões são pistas de uma variação que se fez intempestiva no processo de pesquisa. Se antes, o problema que nos colocávamos se prestava a ensaiar uma certa definição de políticas públicas e traçar um mapa do campo da atenção básica em saúde, as cenas, em sua mestiçagem, contribuem para uma importante modulação. O esforço outrora empenhado em dizer **sobre** as políticas públicas em atenção básica, definí-las, cede às mestiçagens que a todo tempo dão as caras na unidade de saúde e pode então migrar para o interesse em operar análises que nos permitam não definir, mas antes aproximarmo-nos do **modo como tem-se produzido** políticas públicas em atenção básica e de como nos tornamos sujeitos nessas produções.

Conectar-se com a dispersão do que se passava no campo, em suas múltiplas direções, era estar ali, junto, apostar na alegria das conversas, na invenção de retalhos de tempo que nos permitissem estar juntos, sustentar alguns incômodos, insistir na feitura árdua de análises, na troca de ideias e na construção de outras tantas...

Dizer **o que são** políticas públicas em saúde pode nos levar a construir uma lente a partir da qual sobrecodificamos o campo e disparatamos oferta de respostas e verdades que concluem um campo problemático. Entretanto, nos interessa mais aqui acompanhar **como tem-se produzido** políticas públicas em saúde. Como tem-se produzido nas rasuras, nas mestiçagens, nas experimentações cotidianas das agentes de saúde da UBS de Vila Graúna e demais trabalhadores e usuários, no encontro com a lei, com a rua, com o intempestivo, com o prescrito, com, com, com....

Acompanhar a produção é, como em Arlequim, acompanhar as costuras, os rastros, os trapos que atuam na composição de uma dada realidade, junto às incandescências, forças que atuam desfazendo algumas formas e abrindo caminho para que outras surjam. E ainda saber da provisoriedade e da circunstancialidade – histórica, econômica, geográfica - das análises empreendidas. Acompanhar a produção abre caminho para a efetivação de interferências éticas, interferências que não se fazem apartadas do que se passa no cotidiano dos serviços, que se fazem como exercício de artesanaria, na medida em que, diferindo do registro moral, não se colam aos *a priori*, e não se apresentam sobre a forma de leis, regras gerais.

(...) a moral se apresenta como um conjunto de regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções referindo-as a valores transcendentais (é certo, é errado...); a ética é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica. (DELEUZE, 1992, p.125).

A ética, em Deleuze (1992, p. 125-126), pode ser lida como um “conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função dos modos de existência que isso implica”. As interferências éticas, portanto, são aquelas que incluem e afirmam a dimensão de produção que mora nas práticas.

Disso, afirmamos a importância em lançar um olhar de suspeição para isso que se pode entender como objetos de pesquisa: políticas públicas, atenção básica, saúde... Suspeição que não nega os objetos, mas auxilia a desnaturalizá-los, no exercício ético de acolhê-los em suas múltiplas emergências, algumas mais hegemônicas e endurecidas. Um olhar de suspeição que não nega os objetos, mas trabalha com eles, religando-os ao seu plano de produção, mestiçando-os.

Ao sublinhar a dimensão de produção, de mestiçagem, das práticas, nos ritmamos em afirmar uma direção de pesquisa, análise e crítica, que se constrói no encontro com o território, com as pessoas, com a unidade de saúde, com as leis, com a história. Acolhendo os calores desses encontros e imbuídos de um esforço empenhado em fazer funcionar esses encontros como máquinas de mestiçagem, para daí acessar a política pública como experimentação ativa que surge nesses encontros.

Experimentação que nos remete ao plano onde as práticas se inscrevem e produzem realidade. Falar das práticas é o modo de tocar essas experimentações, acessar esse plano de imanência, que é também o plano de ação das mestiçagens. As experimentações são aquilo que nos toca, nos toma, nos alcança sem que tenhamos domínio total sobre elas – elas nos acontecem. Por isso, exprimem a força de deslocamento e de colocar em questão as práticas que são seu assento.

Falar da política pública a partir de um plano de experimentação é falar de uma política pública que surge nas práticas, as mais cotidianas. A experimentação ganha movimento e

consistência na medida em que pausamos as identidades, as essencialidades, e vivemos uma abertura, talhamos uma porosidade, suspendemos as privatizações em nós. O que nos encaminha, portanto, a experimentação da dimensão pública.

O modo de trabalho de Foucault nos oferece pistas nesse sentido. Veyne (1992), analisando o modo de trabalhar de Foucault, aponta que a noção de prática é central, e pontua que prática é tudo aquilo que se faz - e dizer é fazer. Ao tomar as práticas como elemento central de análise Foucault opera uma desmontagem das unidades que objetivamos.

Partir das práticas, compondo com elas questões que possam instalar raridade no que se mostra óbvio, naturalizado, é ao mesmo tempo imprimir um certo modo de olhar e também um efeito do processo de pesquisa. “Conhecer não é questão de representar o real, mas envolve engajar-se, manejar e interferir nas práticas, ali, no ponto em que elas formam realidade” (Moraes e Arendt, 2013, p.314).

Com Foucault entendemos a prática como um corpo de procedimentos e discursos que faz surgir sujeitos e objetos, e desse modo faz vigorar verdades. Heterogêneas, mestiças, circunstanciais, as práticas encontram-se a todo o tempo em tensionamento, sendo produzidas a partir de condições sócio-histórico-políticas pontuais, de modo imanente. Como as práticas se produzem no elã da história, datadas e circunstanciais, fazem surgir sujeitos e objetos singulares, também eles produzidos imanentemente, datados, potencialmente finitos e mutáveis. O que acontece, porém, é que muitas vezes os tomamos como categorias universais, como naturais, definitivos, e deixamos de operar com suas mestiçagens.

Pensando por esse viés, não caberia realizar um estudo da política pública, da saúde, da atenção básica, de maneira globalizante, pois que estas unidades genéricas que nomeamos surgem também de determinados modos, como efeito de determinadas práticas na história, que as singularizam. Os objetos somente o são em relação às práticas que os objetivam, dito de outro modo, os objetos não existem desarticulados das práticas que os produzem e lhe conferem surgimento.

É preciso desviar-se de ‘a’ política, para distinguir uma forma rara, um bibelô político de época cujos arabescos inesperados constituem a chave do enigma. Dito de outra maneira, é preciso desviar os olhos dos objetos naturais para perceber uma certa prática, muito bem datada, que os objetivou sob um

aspecto datado como ela; pois é por isso que existe o que chamei acima, usando uma expressão popular, de ‘parte oculta do iceberg’: porque esquecemos a prática para não mais ver senão os objetos que a reificam a nossos olhos. (VEYNE, 1992, p.154)

Veyne (1992) alerta que as práticas não são, todavia, um subsolo da história, instância misteriosa e inacessível: as práticas são o que fazem as pessoas, como fazem. A parte imersa de um iceberg não é uma outra coisa em relação à parte emersa, é feita dos mesmos materiais. Entretanto há uma linha de visibilidade que as distingue, variando assim o modo como nos relacionamos com ela.

No trecho acima citado, somos alertados de que no mais das vezes esquecemos as práticas e somente o que vemos são os objetos que as reificam a nossos olhos. Nesse alerta podemos sublinhar uma importante pista: sujeitos e objetos não são anteriores às práticas que lhes conferem surgimento. Dizer que sujeitos e objetos não são anteriores às práticas é também afirmar que a realidade não é algo dado de antemão, imutável, natural. Também a realidade ganha surgimentos singulares a partir das práticas, dos objetos que as reificam e do modo como nos conformamos sujeitos nelas.

A produção de práticas emerge de um determinado estado de forças em luta. Ao olhar para quaisquer práticas, o que se sublinha é que elas não são óbvias ou naturais, pois são justamente aquilo que poderia ser diferente, daí sua raridade. A raridade é aliada na medida em que nos permite evidenciar o vazio instalado em torno desses “bibelôs raros e de época”, vazio que comporta infinitas objetivações não passíveis ainda de serem previstas.

A pergunta pela prática encerra um esforço de conceituação ancorado na própria historicidade do objeto. (...) pretende superar a visão espontânea que vê na história um fio cronológico dos acontecimentos ou um sentido a ser revelado. A prática é também o lugar onde a estranheza do mundo se reinstala, instigando a interrogação(...). (CARDOSO, 2005, p.109).

O campo das práticas nos instiga a seguir os rastros do que é dito, do que é feito, e nos auxilia a encontrar aí as naturalizações objetivas e subjetivas que sustentam algumas verdades produzidas. E ao olharmos para alguns processos de produção de verdade, podemos nos encontrar aí também com a força da variação, da mestiçagem, uma vez que as verdades se

produzem como efeitos de lutas e tensionamentos, a todo tempo.

Analisar regimes de práticas imprime uma força de desnaturalização e faz ver a complexidade de conexões entre processos históricos variados, decompõe os fios de um processo que nos aparece como bloco maciço. Ao desvirtuar o fio cronológico, podemos então cuidar das discontinuidades que operam rupturas, abalando as evidências e as obviedades.

Pensemos então nas políticas públicas de atenção básica em saúde como aquilo que é o prescrito, o dito e sacramentado... Ao operar tomando as políticas públicas na atenção básica como categoria absoluta, somos levados a tomar posição de maneira endurecida. Aumentam-se os riscos das tomadas de posições estáticas, por exemplo, cair nas malhas de uma certa tendência que faz velar o SUS sob o emblema do fracasso¹⁷, ou ainda nos fincarmos como defensores encegueirados de um projeto de saúde que merece mais nossa atenção do que nossa adesão, merecem nosso olhar crítico, já que falamos de uma política vivenciada por tantos brasileiros país a fora, nos suas mais variadas geografias e economias. Se grudamos no discurso do fracasso, podemos fazer crescer com isso a onda que nos impele a respirar desesperados a privatização da saúde como saída para o sufoco, ou ainda entender que o aumento da quantidade de serviços, verbas e profissionais de saúde por si só resolveriam os problemas. Risco de abafar a riqueza e as mestiçagens em nome de determinados pontos de vista prontos.

Disso sublinhamos a riqueza de olhar para as práticas, não para delas extrair uma unidade, mas sim cartografar seus potenciais de dispersão, de rarefação, de arlequinagem. . “... não buscar o centro, ou dito de outra forma, o sentido que encerraria o objeto, mas os arranjos que se estabelecem a partir de combinações inéditas, diferentes, que apontam não uma permanência do sentido do objeto através dos tempos, e sim aquilo que o faz diferir.” (Bernardes, 2012, p. 702).

Partir de eternos é sacralizar relações de obediência, ou de repulsa de forma endurecida, criando a ilusão de chaves que entram em todas as fechaduras, entretanto elas não poderão abrir a compreensão e produzir ferramentas hábeis e éticas de ação para fenômenos tão

¹⁷ Lembramos aqui de um Globo Repórter exibido no primeiro semestre de 2014, cujo tema era o SUS e que, do início ao fim, se dedicou a confiná-lo na experiência do fracasso e da precariedade. Fracasso e precariedade intoleráveis e presentes, que precisam ser enfrentados, mas que não são toda a experiência do SUS.

singulares (Veyne, 1992).

Por isso, nos interessa produzir visibilidade e análises de certos arranjos e do que eles fazem funcionar, acolhendo as variações no campo. Colocar em análise o modo como se produz uma política é trabalho cotidiano e esforçoso, produção de calor.

O calor do sol, o calor das práticas...

“O calor modifica as condições da matéria, perturba os edifícios moleculares, pesquisa o interior das coisas e o altera (...)” (SERRES, 1988, p.171).

Também a agente recorre ao calor como estratégia para escapar, escapa ao se aquecer do sol que fabula estar a confundir a cabeça do policial, escapa ao habitar uma esquina em seu trabalho.

3.2 – Em toda prática mora uma esquina

Não posso me impedir de pensar uma crítica que não procuraria julgar, mas procuraria existir uma obra, um livro, uma frase, uma ideia; ela ascenderia os fogos, olharia a grama crescer, escutaria o vento e tentaria apreender o voo da espuma para semeá-la. Ela multiplicaria não os julgamentos, mas os sinais de existência; ela os provocaria, os tiraria de seu sono. Às vezes, ela os inventaria? Tanto melhor, tanto melhor. A crítica por sentença me faz dormir. Eu adoraria uma crítica por relampejos imaginativos. Ela não seria soberana, nem vestida de vermelho. Ela traria a fulguração das tempestades possíveis. (FOUCAULT, 2000, p.302)

Produzir uma crítica que não se propõe ao julgamento, mas que se faz multiplicando os sinais de existência, uma crítica que afirma a mestiçagem que se exprime nas práticas e nelas sente o cheiro das tempestades possíveis – calorosas tempestades possíveis-, nos instiga a pensar a colocação de Foucault.

Tomar as práticas como elemento de análise é meio criar um diagrama de inteligibilidade da nossa condição presente. Criar uma inteligibilidade inquietante, que não apenas nos permite entender e suportar o estado de coisas, mas antes possibilita olhar para aquilo que nos passa injetando movimento, podendo já instalar as possibilidades de saída, as tempestades possíveis, para as situações aprisionantes - olhar as práticas é olhar para aquilo que poderia ser diferente.

Retomando a cena da agente de saúde que é interpelada pelo policial, acessamos nela a mestiçagem, o hibridismo, que reside nas políticas públicas, pois nela vemos ganhar surgimento uma política de saúde, atravessada pela política de segurança, por políticas de amizade, políticas de silenciamento, políticas de assistência. Que política de saúde surge na borda dessas tantas políticas em ato numa cena?

Já aqui podemos ensaiar uma política pública menos “totalizante”, “fechada”, “centralizadora”, pois que a entendemos como borda, tal qual o manto de Arlequim, inacabada.

Como já colocamos anteriormente no texto, a política de atenção básica em saúde surge, dentre tantos fatores, como reverberação das lutas empreendidas pelos movimentos da Reforma Sanitária por serviços de saúde públicos mais democráticos. Surge ainda como proposta de modulação e ordenação nas redes de saúde, como aposta de interferência nos rumos privatizantes da saúde, e como instrumento de aposta na consolidação da universalidade, descentralização, acessibilidade, participação social, integralidade do cuidado, previstos na criação do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica é descrita em normativa do Ministério da Saúde como conjunto de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sendo primordialmente desenvolvida por meios de equipes de trabalho que se responsabilizam por territórios bem definidos, atentas à dinamicidade desses territórios.

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o **imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos**. É desenvolvida com o mais alto

grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012, pp. 19-20, grifo nosso).

Na defesa do imperativo ético de que toda demanda e sofrimento devem ser acolhidos, expresso na lei, já se insinua a abertura como possibilidade de efetuação de um política pública de saúde. O que se soma à descentralização, à capilaridade, à proximidade com a vida das pessoas, dentre outras palavras-motores da política de atenção básica.

São fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, de acordo com documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2011, pela portaria nº 2.488:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das **coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;**

II -possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento **pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.** O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de **acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva**, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. **A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;**

III- adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. **O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde,**

permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV -Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar **um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe**. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - **estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território**, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

(BRASIL, 2012 - grifos nossos)

Nas atribuições da Atenção Básica, lemos princípios valiosos: inclusão dos usuários na construção do cuidado, ampliação da capacidade de cuidado da equipe a partir de uma atuação interdisciplinar enriquecedora, vínculo, confiança como fundamento da relação de cuidado, acolhimento, corresponsabilização, ofertar serviços a partir de uma atenção e de uma proximidade com as singularidades e dinamicidades de um território, dentre outros. Esses princípios embora já guardem em si uma direcionalidade, apontam um trabalho que de fato só pode acontecer “a céu aberto”, nos encontros, no cotidiano, nos modos de trabalhar.

Princípios que no caminho entre a lei e as ruas, os serviços de saúde, as outras políticas (de segurança, de assistência, social, etc...), dobram esquinas, ladeiras, passam por terras e

asfaltos, e com isso, requerem um exercício cotidiano de torná-los vivos e/ou questioná-los. Falamos de princípios que para se efetivarem implicam um exercício ético aos profissionais e usuários da saúde, implicam o esforço de produzir saúde no encontro com o território e com as pessoas. Princípios que, por isso, não existem apartados de práticas que, ao mesmo tempo, se guiem por eles e os reafirmem /ou provoquem indagações.

Nesta mesma normativa, vemos descritas as atribuições dos agentes comunitários de saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI -desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

(BRASIL, 2012 - grifos nossos)

Podemos notar que, seja na política de Atenção Básica de maneira mais ampla, seja nas funções específicas do agente comunitário de saúde -onde isso se intensifica-, a proximidade

com o território, com as populações atendidas, ganha destaque. Lemos ainda nestes trechos essa proximidade como instrumento de produção de cuidado, vínculo, acolhimento, corresponsabilização, fortalecimento da acessibilidade, e produção de práticas de saúde atentas ao que se passa nos territórios e à realidade dinâmica da população adscrita.

Como vimos discutindo ao longo do texto até aqui, uma política ganha surgimento a partir das práticas que a forjam. Assim, ao retomar a cena da agente e do policial em conversa com os trechos da política de atenção básica, podemos pensar que as práticas de aproximação com o território, que se intentam ser instrumento de produção e vínculo e cuidado, podem atuar também de modo a tornar o agente de saúde um elemento interessante ao exercício de funções policiais. Vemos essa proximidade entre agente de saúde e população ser atuada em outras conexões, e tornando possível à saúde produzir-se como instrumento também de vigilância, controle, tutela.

A cena do policial e da agente nos interessa por trazer em si a mestiçagem de toda política pública. Nela vemos uma política de saúde que se faz na borda de outras políticas, nas práticas, que se borda nos encontros.

Essa análise que aqui fazemos, entretanto, poderia ser feita de outras tantas formas, a depender de que modos intentamos dar surgimento com elas, e do que pretendemos por em análise. Podemos imaginar, por exemplo, que o policial também pode estar variando seu fazer ao priorizar a conversa com um profissional da saúde. Não sabemos onde essa conversa (finita na cena, mas infinita em suas reverberações e conexões) pode dar, daí a premissa de cuidado e análise que pode acompanhar toda prática. Não sabemos de antemão como se vai desenvolver, ainda que sejamos tentados a supor dadas as nossas vivências e alguns calejados de vida.

Assim, desdobramos mais uma vez essa proximidade com o território característica da atenção básica em saúde, para acompanhar outros efeitos, diferentes deste de controle que evidenciamos nas funções policiais que atravessam a saúde.

Certo dia, em uma das reuniões das quais participava, as agentes de saúde iniciaram uma discussão em torno da alta demanda por profissionais médicos, e como isso era complicado, ainda mais diante do fato da UBS estar funcionando com número precário de profissionais (no

momento não havia enfermeiro e os médicos trabalhavam com uma carga horária bastante reduzida, exceto o médico contratado via Programado governo federal Mais Médicos). Elas ainda ponderavam que parte dessa demanda era produzida em cima do imaginário de que saúde se faz com médico prioritariamente.

Elas então propuseram um trabalho diferenciado. Aproveitando da faceta andarilha de seu trabalho no bairro, passaram a mapear alguns projetos que funcionavam no entorno da unidade de saúde, e nisso descobriram: uma oficina de pintura que funcionava no porão da igreja da rua de baixo, uma oficina de pintura oferecida em uma escola próxima, via CRAS, uma oficina de desenho e brincadeiras destinada às crianças, esta em outra igreja do bairro, um grupo de senhoras que reunia para caminhar. Esses e outros projetos passaram a compor o vocabulário das agentes e a compor a rede de produção de saúde. Elas passaram a operar com esse mapeamento, enriquecendo a rede, direcionando algumas senhoras ao grupo de caminhada, sugerindo a alguns pais procurarem a oficina para as crianças e por aí vai.

“Muitas vezes eu percebo que é mais vontade de ir no médico do que precisar mesmo. Então a gente tem que mostrar que não precisa ser assim, a saúde pode ser outra coisa, pode ser médico mais pode ser mais um monte de coisa.”

“Tem mãe que o problema de saúde dela é aquele monte de criança berrando no ouvido o dia todo, numa situação de tanta miséria que nem nada pra brincar tem. Então eu falo da oficina... Quem sabe ajuda.”

“Caminhar pelo bairro caçando as coisas legais que acontecem aqui é fazer nosso trabalho... a gente foi caçar projetos pra ajudar a gente, mas viu também um monte de coisa errada, esgoto, lixo, um monte de calçada cheia de buraco... esse é o nosso bairro, andar nele é ver a realidade das pessoas daqui... que é a que a gente vive também né. A gente caminha com eles”.

“Tem um monte de gente ignorante que não entende o nosso trabalho e já olha torto pra gente”.

Enquanto esta agente de saúde mal termina de falar outra já emenda:

“Mas..., foi legal andar pelo bairro caçando essas coisas diferentes que poderiam ajudar no nosso trabalho até por causa disso daí que você tá falando. As pessoas até olham pra gente de um outro jeito, mais carinhoso. Por que tem gente que quando vê a gente já sai correndo mesmo, finge que não tem ninguém em casa... Mas se a gente tá ali pra ajudar não sei por que tem gente que não gosta. Fiquei pensando nisso...Depois percebi que pode ser chato mesmo ter alguém entrando na sua casa, dizendo uma monte de coisa pra você fazer. Eu não gosto de ninguém se metendo na minha vida. E eu não quero fazer só isso.”

Assim a proximidade com o território serve tanto aos preceitos da produção de um cuidado na saúde, evidenciado de maneira muito bonita como *“a gente caminha com eles”*, quanto pode ser alocada nas práticas de controle e tutela das populações – como sugere a própria fala da agente que reflete acerca do incômodo que causam as visitas às casas de usuários da UBS, ou na fala que diz serem ignorantes aqueles não acatam de bom grado o trabalho do agente comunitário de saúde. É somente na prática e nos seus efeitos, que uma direção e/ou outra pode ganhar expressividade.

Sublinhamos então os rastros que nos encaminham por esse saber sobre o território fabulado nos encontros, no caminhar junto, caminhada que se faz possível nas práticas de ampliação dos movimentos de produção de saúde, e não do saber subserviente às práticas de controle das populações. Potência e alegria de produzir localmente redes, atentos às singularidades de um território, acessado também ele em suas vias de saúde.

Quais práticas de cuidado podem ser singularizadas na saúde?

Retomemos às questões que produzimos com a cena: Qual o incômodo que leva uma agente de saúde a dobrar a esquina? Que política de saúde se faz nesse atravessamento atualizado na imagem do policial e da agente? Que práticas, que discursos, sustentam e autorizam essa conversa? Como os alinhavos de uma política de saúde singular comparecem na fala “eu sou agente, mas de saúde”?

As questões não anseiam por respostas, antes se prestam a movimentar o pensamento.

Às ações de vigiar, suspeitar, fazer funcionar o aparelho repressor, encarcerar, usar farda, naturalizamos o surgimento de uma figura que identificamos como policial. Muitas dessas práticas também valem na saúde, mas uma agente pode singularizar a direcionalidade do cuidado uma maneira distinta quando, em suas astúcias faz surgir essa conversa com o policial como uma situação complexa, que a encaminha a afirmar “sou agente, mas de saúde”.

Há uma complexidade na cena, e que o nos interessa nela não é interpretá-la, mas pô-la para funcionar. Desse modo, após o acontecido retorno com a cena escrita para uma conversa com as agentes de saúde da UBS de Vila Graúna¹⁸. Nos demoramos em ler e reler a cena, diminuta na quantidade de palavras e que pode na conversa acessar várias dimensões do trabalho, e assim, da política de saúde. Na conversa alguns retalhos se vão oferecendo na costura da conversa, dando expressividade para as práticas as quais as agentes recorrem no diálogo com a cena.

Retalho-imprevisibilidade: Vixe, que situação difícil né... A gente passa mesmo por isso e é uma questão difícil. Não tem regra pra gente ir lá ver como faz quando acontece um algo assim.

Retalho-ouvir: Olha, essa cena me fez lembrar uma coisa marcante desde que eu me tornei agente de saúde. Eu descobri que era trabalhadora da saúde quando eu percebi o modo como as pessoas falavam comigo. Foi quando eu descobri que a coisa mais importante no nosso trabalho é ouvir. Escutar as pessoas.

Retalho-regras: Outro dia fui num curso que dizia que miojo fazia mal, por que tem muito sódio, essas coisas aí. Falava um monte de coisa ruim e que não era pra comer. Uns dias depois fui fazer uma visita numa casa e a mulher tinha dois filhos, e na hora do almoço ela ia fazer um miojo. Já ia abrir a boca, mas então eu vi que era um miojo pra dividir pra duas

¹⁸ Importante frisar que o retorno se deu passado um período de cerca de oito meses do fim do trabalho de campo. Retornar com as cenas produzidas para a conversa com as agentes de saúde e outros trabalhadores que quisessem e/ou pudessem participar era um modo de restituir a pesquisa do mestrado. Entretanto esse encontro acabou fazendo abrir novas conversas, fortaleceu e mestiçou ainda mais a pesquisa. O retorno nos fez lembrar de que a dissertação é um esforço de constituir costuras de algumas franjas desse trabalho, franjas que contudo seguem infinitas.

crianças. Aquilo me doeu, por conta da situação, por que ela só podia alimentar os meninos com aquilo, que eu sabia que não era bom. E eu pensei em um monte de outras regras que eu já devo ter entrado na casa das pessoas repetindo sem olhar pra situação delas. Deve ser ruim né... Então algumas vezes as portas se fecham.

Retalho-especialista: Olha, mas tem hora que a gente tem mesmo que dizer algumas coisas, orientar, dizer, a gente é que é profissional da saúde, a gente é que sabe.

Retalho-confiar: Vocês falando eu lembrei aqui que tem uma outra coisa importante pra gente poder ser recebido na casa das pessoas. Confiança. Só depois que as pessoas pegam confiança na gente é que a gente é que o nosso trabalho começa a acontecer.

Retalho-estranhamento.: Mas nem sempre isso acontece. As vezes as pessoas tratam mal o agente de saúde. Não querem entrar e sair na casa. Ainda mais nessas áreas mais complicadas.

Retalho-ética: Tem que ter uma ética né.

Retalho-perigo: Eu circulo com tranquilidade na minha área, e olha que lá é difícil, muda de agente direto porque é uma área difícil, você deve saber do que eu tô falando.

Retalho-tristeza e controvérsias: Tem um senhora, que olha, aquele dia eu chorei. Ela era sozinha, acamada. O neto que morava com ela foi preso. E ela só tinha ele. Como que a gente contava aquilo pra ela? O menino foi preso, metido com coisa errada, mas era ele quem cuidava dela. Ela só tinha ele, e ele foi preso, e então ela só tinha a gente. Aquilo foi mais do que eu aguentava. Ela acabou indo para um asilo, e isso me dói até hoje. Eu fui visitar algumas vezes, mas agora faz um tempo que nem sei como estão as coisas.

Retalho-prosa: Tem um mulher na minha área que dizem ser depressiva. Passe a ir na casa dela e ela vivia reclamando, dizendo que não tinha namorado, que era sozinha. Ai o que a gente fez foi começar a andar no bairro, meu atendimento era sempre assim, indo no supermercado, ela me acompanhando no caminho pra unidade, aí ela ia falando que tinha conhecido um rapaz, e assim foi.

Retalho-pegar confiança: *Se pegou confiança, aí o trabalho acontece. Tem que ter uma ética. A gente ouve as coisas e as pessoas estão dizendo aquilo pra gente, e das coisas que elas nos falam a gente não pode sair falando por aí. A gente só pode falar o que precisa pra dar continuidade ao tratamento ou essas coisas. Não pode ir falando pra todo mundo que pergunta. Por isso eu lembrei disso com a cena. Nós temos nossa ética como agente. Tem que ter né.*

Essas análises e essas conversas seguem seus fios e pedem passagem para uma outra cena vivida na UBS, que nos chega pela memória, vivida como engrenagem de produção de presença.

O DESCABIDO

Numa dessas tardes abafadas em que me encaminho para a UBS de Campo Verde, em Cariacica, uma cena vem se somar ao calor ao dia. Ao descer do ônibus me deparo com um homem caído no chão. O corpo magro ali no chão, sua negritude que não se sabe de onde vem – se da sujeira e do rolar do chão, ou de pretas descendências –, faz arregalar os olhos de quem por ali passa.

Umás duas ou três pessoas acompanham a situação mais de perto, enquanto alguns trausentes passam, dão uma olhada de rabo de olho, deixam cair uma opinião junto ao moço e se vão. Me aproximo. Ele estava caído no meio da rua e parece estar passando mal, o corpo se contrai, baba bastante, o nariz escorre. Um rapaz se aproxima e já dispara a primeira constatação, que faz o ar se tornar um tanto árido: “*Olha a ponta dos dedos queimados*”.

No meio do caminho havia uma pedra...

Uma pedra (crack) que intenta tornar-se ponto final: “*olha, é um desses nóia, deixa ele aí que daqui a pouco passa*”.

Uma das moças que acompanhava mais de perto, e atenta à situação, se irrita um bocado e também entra na conversa: *“que interessa as pontas dos dedos? Ele caiu foi é de cara no chão! Não machucou a mão não”*, fala ela num misto de ironia e indignação. Faz isso tudo enquanto varre nervosamente a calçada, parando de quando em quando para olhar o homem.

O SAMU já havia sido acionado a mais de meia-hora, e nada. Tento ligar mais uma vez, e no meio da ligação o “socorro” chega. São duas motos do SAMU. Nesse momento também se aproximam dois policiais que observavam a cena da esquina. E a moça mais uma vez empenha a vassoura como um microfone para dizer aos policiais: *“agora vocês se aproximam né, podiam ter vindo antes...”*. O policial de pronto diz: *“minha senhora, se o homem está passando mal, isso é serviço do SAMU mesmo”*.

Os moços do SAMU olham rapidamente para o homem ao chão e já se dirigem à plateia que aos poucos ia se formando:

“Olha, vou explicar a vocês quem é esse homem. Já é conhecido nosso. Ele sempre está circulando por Novo Brasil, Porto de Santana, e agora aqui. Ele faz isso pra ir pro hospital e poder comer. A gente vai olhar mas provavelmente vamos deixar ele aqui mesmo”.

O SAMU vai embora, chega um conhecido do homem que o leva até a UBS, eles vão de carro, eu a pé chego um pouco depois. Lá novamente o atendimento é negado. A informação prestada reitera que aquele homem e seus vícios não cabem ali.

Vamos agora nos embrenhar no exercício de trazer pra essa nossa costura mais um fio. Fio fabulado nas travessias que fazemos entre a cena da agente e do policial na esquina e os atravessamentos de cuidado e controle que expressa, os apontamentos que ganham vida na conversa com as agentes de saúde sobre essa cena, e a cena do aqui nomeamos “o descabido”. Um fio que estendido se faz corda bamba. E sendo corda bamba exige-nos atenção, cuidado,

cautela e empenhado esforço quando nos dispomos a percorrê-lo. Pensamos esse fio agora como as artes de governar e “cuidar”.

De início é importante pontuar que não há essência que garanta por si as diferenças e similitudes que se fazem entre um policial e um profissional da saúde. Não há uma relação direta que ligue as práticas policiais ao policial e as práticas de cuidado ao trabalhador da saúde.

Guattari (2005) nos auxilia, quando, ao empreender suas análises, nos lembra de que a lógica policial atravessa diferentes práticas e profissões. “Não há profissão que seja essencialmente policial, a não ser a própria profissão da polícia, e até isso é discutível. Do ponto de vista micropolítico qualquer práxis pode ser ou não policial” (Guattari, 2005, p.29).

Um policial e uma agente de saúde se distinguem a partir de práticas que lhe propiciam surgimentos singulares. Mas também se aproximam, não fosse o policial não veria na agente alguém interessante ao seu trabalho. Se o policial pode interpelar a agente é porque existem algumas práticas que sustentam essa aproximação entre as políticas e criam uma autorização.

Se ao “descabido” é permitido negar o atendimento na UBS, é porque uma prática policial que somos tentados a naturalizar na figura do policial, como se ele trouxesse essa função em si no encontro com a agente, atravessa também os serviços de saúde e legitima que ao usuário de drogas seja negado o direito de ser usuário da saúde. Uma função médica, como nomeia Foucault (2011a, 2013a, 2013b), se agencia às funções policiais, e desse modo, solidifica uma rede cuja função é manter a higiene pública. Ou seja, uma rede que se fortalece em abafar modos de vida que atentam contra um ideal de sujeito fabricado. O “descabido”, com seus vícios e sua andarilhagem, não atende a um modelo de vida que se prioriza “cuidar”: trabalhador, moradia fixa, e que seja branco, de preferência, ainda hoje.

Nesse descaber, nessas interpelações, podemos acessar uma experiência de governo da vida que atravessa as práticas no domínio das políticas de saúde. Conduzir/governar os outros, de forma capilarizada, encontra-se presente nos mais diversos domínios da vida (Foucault, 2013a; Deleuze, 2005), mas aqui guardamos essa experiência no campo da saúde.

Nos menores detalhes encontramos sobre nós modos de governo impostos, que ditam o caminho verdadeiro, as ações que merecem investimento para alcançar certos modos de vida ideais. No caso dos trabalhadores e usuários da saúde, em suas experiências em relação à saúde e ao trabalho, há inúmeros processos de condução, em relação aos quais se torna importante o exercício crítico permanente.

Na cena da agente interpelada pelo policial e na cena do descabido, nos emaranhamos nos fios de um “cuidado” que se faz atrelado a um certo modelo de homem e sociedade. Vimos as alianças que insistem em sobrepor as práticas de controle às práticas do campo da atenção básica em saúde. Práticas que travestem de perigo um usuário de saúde e pedem a agente lhes dar coordenadas de um possível suspeito. Práticas que terminam por fazer descaber ao homem das pontas dos dedos queimados o cuidado nos serviços de saúde. O “cuidado” aí posto a funcionar se faz colocando o homem às margens dos serviços de saúde. Cuida-se de um projeto de sociedade, de um bem-estar fabulado para os que dele se julga fazerem jus e segregando os que nele “descabem”.

Foucault empreende várias análises em que discorre acerca desse pensamento médico que se faz pela saúde, poder que se assenta numa lógica de normalidade. “Por pensamento médico entendo uma maneira de perceber as coisas que se organiza em torno da norma, que dizer, que tenta dividir o que é normal do que é anormal” (Foucault, 2013, p.160). Pontua que até o século XVIII era a sociedade de direito, a lei, as legitimidades, que tomavam conta do pensamento, e era sobre isto que se era necessário empreender uma crítica. Do século XIX ao momento de agora, vivemos uma peculiaridade que lhe parece ser a entrada em uma sociedade da saúde, da medicina, e suas práticas de normalização. Isso, portanto, é o que nos atravessa e convoca.

Entretanto, a conversa com as agentes nos apontam algo que muito nos interessa: a possibilidade de afirmar e fomentar uma direção do cuidado singular no campo da saúde pública, e que não seria privativa da saúde, que se faz no romper segregações, como as da cena. Direção singular que emerge como exercício vivo de contestação de determinadas práticas de controle naturalizadas.

Singularizar é diferente de particularizar, individualizar. Por isso dizemos que esse cuidado cujos rastros seguimos não é privativo da saúde, mas nela ganha contornos singulares.

O que vai caracterizar um processo de singularização (...) é que ele capte os elementos da situação, que construa seus próprios tipos de referências práticas e teóricas, sem ficar nessa posição constante de dependência em relação ao poder global, a nível econômico, em nível de saber, a nível técnico, a nível das segregações, dos tipos de prestígio que são difundidos. A partir do momento em que os grupos adquirem essa liberdade de viver seus processos, eles passam a ter uma capacidade de ler sua própria situação e aquilo que se passa em torno deles. Essa capacidade é que vai lhes dar um mínimo de possibilidade de criação e permitir preservar exatamente esse caráter de autonomia tão importante. (GUATTARI & ROLNIK, 2005, p.55)

Os fios desse emaranhado produtor da saúde e de um cuidado singular tem contorno flexível, móvel, e a nós, nesse texto, chegam pelos efeitos das estratégias, das práticas, em funcionamento nas cenas e conversas.

Assim, ouvir, confiança, ética, são palavras-retalhos que vão surgindo na conversa com as agentes de saúde, que parece girar em torno do exercício de bordar um olhar para o próprio trabalho, a partir das experimentações cotidianas. Experimentações que foram gestando um certo modo de ser trabalhador na atenção básica e que nos dão algumas pistas do cuidado que pode ser singularizado na saúde. Retalho-ética, retalho-regras, retalho-especialismos, retalho-escutar, retalho-confiança, se ajuntando ao sabor das andanças das agentes de saúde.

Con-fiar: fiar junto. Construir com o outro caminhos de saúde. Na confiança já há a nascente de um modo de cuidado que se faz na contramão do governo vivido como sujeição do outro a determinadas regras e verdades. “Confiança – o senhor sabe – não se tira das coisas feitas ou perfeitas: ela rodeia é o quente da pessoa” (ROSA, g. 2001, p. 72). Confiança, portanto, que se constrói na abertura indicada no retalho-escutar.

“*Tem que ter uma ética né*”, apontam as agentes de saúde ao falar das artimanhas e dos modos de trabalho que constroem ao trabalhar, que aprendem no encontro com o território, com as pessoas.

Chamamos ética (...) não a um poder de segregar ou distinguir o puro do impuro, o joio do trigo, o Bem do Mal, mas a uma capacidade da vida e do pensamento que nos atravessa em selecionar, nos encontros que produzimos, algo que nos faça ultrapassar as próprias condições da experiências condicionada pelo social ou pelo poder, na direção de uma experiência liberadora, como num aprendizado contínuo. (FUGANTI, 2001, p.5)

Quando diz da regra aprendida no curso - “não comer miojo”- e de como aquilo não cabia na situação de uma visita que realizara, acessamos aí pistas valiosas para uma aposta que aqui fiamos em uma direcionalidade singular do cuidado a ser sustentada na saúde. A produção de saúde, tal qual aqui intentamos afirmar, não se limita ao cumprimentos de regras pré-estabelecidas, não se faz nas práticas que tornam o outro um objeto tutelado – princípio ético que se ativa quando nos propomos a trabalhar con-fiando.

Se produzir confiança é um ponto valioso no processo de produção de saúde, é porque talvez falamos de um cuidado que se faz nas relações, cuida-se das/nas relações.

Nesse contexto o cuidado surge como produção de autonomia, surge no movimento de incluir o outro, ouvir o outro, incluir os afetos, as violências, os medos, as controvérsias, as geografias, os projetos do bairro, etc. “A função de autonomização num grupo corresponde à capacidade de operar seu próprio trabalho de semiotização, de cartografia, de se inserir em níveis de relação de força local, de fazer e desfazer alianças, etc.” (GUATTARI & ROLNIK, 2005, p.55).

Na escapulida da trabalhadora que se preocupa em não dar informações colhidas no seu exercício profissional a um policial, na conversa das agentes que afirmam uma ética em seu trabalho, que suspendem as regras aprendidas para acolher e continuar a aprender também no encontro com a mãe que alimenta os filhos com um miojo, dentre outras tantas situações, nisso vivemos o alargamento da problemática da saúde, fazendo-a crescer para além dos paradigmas de cura, dos paradigmas normalizadores. Experiência que se alarga no esforço de acolher toda gente, acolher o descabido. Pierrot lunático que assombra e insiste. Experimentações que mestiçam também o que supomos ser do registro da saúde.

Acessamos assim a multiplicidade de linhas constituidoras da saúde em sua dimensão de

experiência que provoca, indaga, e faz vacilar as modelizações que seguem produzindo segregações, exclusão, fazem vacilar os responsivismos, os automatismos e as certezas naturalizadas que não mais ajudam a viver.

Em toda prática mora uma esquina

As esquinas insistem em produzir desvios nas distâncias e proximidades entre os princípios da atenção básica e o que se passa nos serviços de saúde, e em seu entorno, cotidianamente. Esquinas que se colocam para nós sempre que nos propomos a percorrer e habitar um território vivo, como é o caso da atenção básica em saúde, perscrutando suas práticas.

A agente que é interpelada pelo policial, o descabido, são artifício das práticas que estão em jogo nas cenas. Não são detentores do ocorrido. As práticas são anônimas e relativamente autônomas, ou seja, elas não são planejadas ou dirigidas, e podemos relutar em assenti-las. Aí se situa o exercício da liberdade e abre-se o caminho do fortalecimento de um modo mais afirmativo e acolhedor das intempéries e alegrias do cotidiano de fazer políticas públicas na atenção básica em saúde. Liberdade que é política, que se faz no mesmo passo da análise críticas das objetivações/subjetivações em suas verdades tácitas, abrindo caminho para novas práticas.

Assim nessa mesma esquina em que assistimos ao aparato repressor desfiar suas conexões nas políticas públicas na atenção em saúde, atualizadas na figura do policial interpelando a agente nessa mesma esquina, na negativa em acolher um usuário de drogas, se pode ensaiar uma abordagem menos policialesca, se pode estranhar essas, muitas vezes, brutais cotidianidades. Percorrendo essa esquina se pode irromper uma análise, um questionamento dos fazeres e saberes em jogo, e se pode então ensaiar uma abertura nesse instituído.

A liberdade, movimento de questionamento das práticas por meio das quais somos constituídos, faz ponto também nas esquinas, nessas mesmas em que vimos um policial

abordar a agente de saúde, no desvio da normalidade que faz um certo homem “descaber”. Liberdade, que se insinua nas práticas insurgentes, abalando os jogos de verdade, embalando movimento nas relações de saber e poder naturalizadas.

As conversas fiadas em torno do encontro da agente e do policial convocam análises e afirmam uma saúde que se faz nas práticas de confiança, escuta e ética, mas que ao mesmo tempo não se pode furtar a permanecer atenta e essas conexões complexas que atravessam o trabalho das agentes comunitárias, compondo uma política pública de saúde que se faz na borda de outras tantas, produzindo também regras, modelizações, interpelada por todos os lados e produzindo conexões as mais diversas.

As práticas nos solicitam, por isso, o exercício da crítica e do cuidado, pois que não se dão de maneira totalizada, de uma vez por todas, mestiças, estão elas também em variação.

Na cena sobre a qual nos debruçamos, a agente inventa uma singularidade na saúde quando pode, sob o calor do sol, estranhar a interpelação do policial, e quando ao dobrar a esquina, inventa um rumo singular para seu trabalho e para si: “*eu sou agente, mas de saúde*”.

Esquina que mora em toda prática, ainda que não habitada.

(MICRO)POLÍTICAS PÚBLICAS

4 - (MICRO)POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao pretender discutir políticas públicas afirmando que isso se faz a partir de um olhar para as práticas, afirmamos um modo de entender-atuar políticas públicas, que se faz em variação em relação a uma lógica dominante que faz coincidir as políticas públicas com as políticas que constam como agendas de governos instituídos partidariamente. As políticas públicas não coincidiriam necessariamente com as diretrizes de um governo instituído, com uma política “séria e institucionalizada” como provoca Foucault, com os prepostos pelos textos da lei, nem se alinhariam, fazendo reverberar, uma racionalidade de Estado¹⁹.

Políticas públicas, fazeção de vida por todos compartilhada. Fazeção de vida em meio a tudo o mais: os prescritos, a lei, o Estado, as ruas, as esquinas, o descabido. Política pública, da qual se espera, inclusive, que possa colocar em questão uma certa razão de Estado que perdura nela, que possa estilhaçar planos de governo instituídos apartados das provocações e dos intoleráveis experimentados no encontro com as pessoas, os territórios.

Desse modo uma política pública de saúde habita o SUS, mas não é dele propriedade. O SUS comparece como forma-efeito desse plano das políticas públicas, plano heterogêneo, de experimentações, e que segue conjugando mestiçagens. O Sistema Único de Saúde não tem domínio sobre as questões da saúde, mas é palco onde experiência da saúde se mostra, se abre e se desloca, se provoca e se recoloca na relação com a experiência do trabalho de uma política pública.

O que povoa esse espaço que permite a uma política ser adjetivada como pública? O que pretendemos aqui discutir como política pública? Como ela se diferencia? Quais suas astúcias?

Na colocação da questão que nos guia nessa pesquisa - **como temos (nos) produzido (nas) políticas públicas (na) saúde** -, sublinhamos três entradas: produção de políticas públicas,

¹⁹ O Estado também ele se funda e se assenta numa série de práticas que lhe garantem surgimento, entretanto temos lidado com ele como figura pré-existente. Do século XVI aos tempos de hoje, práticas de sobre-codificação, produtoras de binarismos, a produção de segmentos duros é o que caracteriza o Estado, como figura de transcendência, cuja existência se garante em si. Com certa dominância, se atribui ao Estado a exclusividade do exercício do poder. “O poder do Estado se baseia (...) no exercício das máquinas binárias que nos atravessam e da máquina abstrata que nos sobredifica: toda uma polícia.” (Deleuze e Parnet, 2004, p.170). É com esse tipo de entendimento que jogamos, a fim de colocá-lo em análise e mesmo de desmanchá-lo, a fim de romper com as abstrações ocultas do Estado e renovar todos os dados da análise política (Deleuze e Guattari, 2008), atuando uma leitura política assentada na imanência como campo de seu exercício.

produção de nós mesmos e produção de saúde. Ao percorrer essas entradas nos deparamos com seus múltiplos atravessamentos, ao ponto de não mais separarmos, como na história de Arlequim, o ponto de origem de cada caminho.

4.1- Deixar ao ventre a fa(r)tura da prole: saúde e artes de governar

Ao dizer “*sou agente, mas de saúde*” luzem as dessemelhanças de uma política pública de saúde, experimentada na atenção básica, em um UBS de Cariacica. Entretanto chamamos atenção também para as conexões que se fazem entre as funções médicas e policiaescas, e que vem historicamente avizinhandando e atravessando tantas políticas públicas.

Mendonça Filho (2012), em seu texto intitulado “Adeus à política”, explicita uma preocupação com o excesso de leis e controle que vem no bojo da implementação de tantas políticas públicas. Partilha uma análise da dificuldade de mantermos um olhar crítico, pois que essas políticas públicas nos aparecem como “benefício”, atendimento aos anseios da população. E ainda, chama atenção para um fator “mercado de trabalho” que atravessa essa lógica, ao afirmar que se aumentam as chances de se conseguir um emprego quando se está disposto a operar o que ele nomeia como “equipamentos de controle social” (CRAS, CAP’s,...). Empreende essas análises para afirmar provocativamente “a serenidade do até então inimaginável: pensar aquém e além da política” (ibidem, p.13).

Afetados por essas provocações, e pela experiência de vivenciar o cotidiano da UBS de Vila Graúna, a questão que pede passagem é então: como tem se produzidos políticas públicas? De que modo de política falamos?

Numa entrevista concedida a Didier Eribon (FOUCAULT [1981], 2010), a propósito das eleições de 1980 na França que levaram a dita esquerda, na figura de François Mitterrand, ao poder, Foucault empreende um debate interessante que nos auxilia a rasurar uma figura chapada do que seria a política - assim vamos aqui acompanhá-lo nesse artifício de deixar a política quarar ao sol, para que sobre ela possa incidir a ação de ventos frescos.

Ao responder às questões que lhe são dirigidas - o interrogam acerca da avaliação que ele fazia da vitória de Mitterrand e de seu exercício no cargo da presidência-, ele insinua a política como exercício de (im)possíveis, nos auxilia assim a respirar nesse campo que por vezes nos aparece sufocante e árido, com suas eleições, seu modelo representativo, suas malfadadas resoluções, seus cargos, seus blocos, suas segmentarizações, elitismos, competências e especialismos. De maneira interessante ele parece operar um desvio das totalizações para o plano das relações como plano do exercício político. Foucault analisa os riscos de uma política partidária, das direções assumidas globalmente, para então convocar-nos a tomar como foco o modo como nos relacionamos com isso. Convoca a sairmos das posições totalizantes para ensaiarmos os trabalhos possíveis e necessários que urgem nesse encontro com os governos instituídos.

(...) é preciso sair do dilema: ou se é favor ou se é contra. Depois de tudo, se pode estar diante e de pé. Trabalhar com um governo não implica nem sujeição nem aceitação global. Pode-se ao mesmo tempo trabalhar e ser renitente. Penso mesmo que as duas coisas caminham juntas. (FOUCAULT, 2013b, p.355).

Que dimensão é essa de governo e política que não se faz com aceitação e tampouco com sujeição? Que se faz entre o trabalho e a teimosia?

No entendimento da palavra política em sua etimologia *polis* - arte e ciência de governar-, o Estado comparece como um de seus aspectos. E mais, no contemporâneo notamos que é justamente essa correlação entre prática política e atividades do Estado que tem sido privilegiada. Nesse caso, a série se faz num sentido descendente: Estado – governo – política pública (BENEVIDES & PASSOS, 2009).

Diante das massas movidas por impulsos irracionais, o Estado moderno se fundou por uma contratualidade que as protege de seu próprio movimento. É porque se pressupõe que as massas são perigosas que se convoca o cidadão a firmar um contrato social a partir do qual ele cede poder a uma instância transcendental que o representa. Esta instância assume, doravante, o papel de controle político-econômico, isto é, controle da cidade (*polis*) e controle das famílias e das populações (*eicos*). (PASSOS & BENEVIDES, 2009, p. 568).

Foucault (2006, 1977), em seus estudos, empreende uma subversão da centralidade do Estado em favor de uma dispersão do poder nas artes de governar. Destaca três tipos de governo: o governo de si; arte de governar uma família ou a população; ciência de bem governar o

Estado. Ressalta que esses três níveis de governo se dobram uns sobre os outros. A premissa de que a política se organiza “como um campo que tem como centro a máquina de Estado de onde emanam os projetos de governo e as políticas públicas” (PASSOS & BENEVIDES, 2009, p.564) é colocada em suspensão. Vemos então o Estado ser desinvestido de sua centralidade na medida em que passa a ser lido como um dos pontos de referência da governamentalidade.

Desloca-se a política de um centro de poder (o Estado, uma classe), considerando também seu exercício em arranjos locais, por microrrelações: direção micropolítica das relações de poder, sempre afirmada na obra de Foucault. A direção micropolítica é essa mesma que vimos tentando afirmar ao longo do texto, e que se refere ao movimento de, no encontro com as formas instituídas, entrar em sintonia com o plano molecular, ou seja, com plano donde emergem sujeito e objeto. Esse plano molecular “mais maleável, não menos inquietante, muito mais inquietante, não é simplesmente interior ou pessoal: ele também põe todas as coisas em jogo, mas em uma outra escala e sob outras formas, com segmentações de outra natureza(...). Uma micropolítica.” (Deleuze e Guattari, 2012 p. 78).

Chamamos, então, políticas às ações que se inserem nesse jogo incessante de produção de materialidades e imaterialidades, que deslocam e produzem realidades.

Pausemos um pouco para dar lugar a outra cena, que nos auxilia nessa discussão das artes de governar que incidem na saúde e a tomam como vetor de sua propagação, bem como auxilia a entrar em sintonia como essa dimensão micropolítica nas políticas públicas de saúde.

DESCALCULADA ELA RI, DESCALCULADA ESCAPA

A unidade lotada de crianças... Uma balança, uma fita métrica e algumas agentes de saúde na frente da Unidade de Saúde, por falta de salas, anunciam que é dia de “bolsa-família”. Atividades do dia: pesar as crianças e as mães, lhes anotar a altura e colocar tudo numa fichinha.

“Para quê?” Alguém pergunta.

“Ora, é uma exigência pra garantir que a família continue a receber o benefício do governo”, responde prontamente uma outra mãe.

Uma voz, essa carregada de dendê, tempero comum por aquelas bandas, pergunta: “mas pra que pesar, tomar altura?”.

Uma agente de saúde arrisca dizer que acha que tomar nota de peso e altura é meio de constatar se a família está usando o dinheiro do benefício corretamente, por que se assim for, os meninos não de ter de estar parrudos e bem crescidos.

A voz de dendê deixa escorrer um pimentinha nesse caldeirão de conversa: “sei não, essa história de preocupação com meus filhos eu não engulo não, dão jeito de é tomar conta da vida da gente de tudo que é jeito”.

Família aqui é mãe e filhos, é deles o peso, é deles o tamanho tomado na fita métrica colada numa das colunas que faz a frente da unidade de saúde.

Mais uma mãe adentra a porta da unidade, rindo sem timidez, chega sem a pressa que notadamente acompanhara a maioria das mães que por ali passaram. Escapulidas do trabalho, ou presas ao apito da panela de pressão que deixaram em casa na boca do fogão, muitas das mulheres se apressava em tomar o rumo de seus afazeres. Essa tira tempo pra parar no portão da entrada, cumprimentar alguns trabalhadores e passantes e só então se dirige a mesinha instalada para as atividades do bolsa família.

Ela chega com dois meninos e uma menina, e avisa que vai trazer os outros dois a tarde,

porque estes na parte da manhã estão na escola, o que além de ser importante é outra condicionalidade para concessão do bolsa-família.

A barriga apontada insinua um sexto a rebentar.

A agente de saúde que atende em sua área ouve a notícia e ri.

As demais arregalam os olhos e se põem a fazer perguntas e exclamações:

“ Seis crianças!”

“Meu Deus!”.

Às perguntas e exclamações desse tipo ela responde com uma cara debochada.

Mais um comentário vem a se somar ao inquerito que se vai desfiando à mulher e sua farta prole:

“tem televisão não?!” “Misericórdia”

Cala.

Então umas cortantes palavras lhe saltam da boca que ainda se esforça por sustentar o riso:

“aqui é assim, a gente tem três, morre um...”.

Outra pergunta lhe é destinada:

“Já pensou em ligar?”.

E ela, mais uma vez recupera a irônica tranquilidade pra dizer:

“E eu lá vou meter faca no que Deus me deu perfeitoinho, funcionando tão bem”.

E torna a falar já com o riso recomposto *“tem gente que gosta de carro, de dinheiro, de*

economizar, eu gosto dos meus meninos”.

“*Você já pensou em participar do planejamento familiar?*” é a pergunta da vez, e lhe muda as feições. Decidida, despedida do sorriso, sem pestanejar, ela dispara:

“Mas eu já me planejei, eu quero dez meninos”.

E nesse instante podemos vê-la fazer pulsar a corda bamba na qual se aventura, a corda bamba, antes invisível, agora pulsa. Pulsa à medida em que se experimenta um vacilar, a corda treme e requer artimanhas. Nessa conversação, nesses risos e provocações, povoa a unidade de saúde com as questões da atenção dita básica e que escapolem por todos os lados.

A moça com sua barriga apontada ri, aversa e contrastadamente às feições de espanto que por ali circulam. Ri aversa aos sonhos de planejamento, de tabelas de gastos e planilhas. Quanto de filho pra quanto de mão de obra barata que esse mundo ainda há de consumir? Que pouco de menino ter pra que eles possam comer, estudar, e não ser excesso a povoar inadvertidamente às ruelas e acostamentos desse país? Quantos filhos cabem no cálculo do anunciado e buscado progresso?

Se lhe cobram a fatura da prole, ela faceiramente impõe a fartura. E ri, descalculada, se deliciando no semblante de espanto e reprovação que sua resposta suscitara, ousando no abuso do momento deixar ao ventre a fa(r)tura da prole.

A cena da mulher traz à tona uma série de crenças, de opiniões, de verdades, de naturalizações. E ela, corajosamente, porta o estranhamento em relação àqueles discursos que por ali circulam. Tal qual Arlequim se estranha, e no que se estranha, produz estranhamento.

Que discurso é esse de planejamento? Que história é essa de prestar conta de seus filhos, seu

peso, sua altura?

Estranha o modo como é objetivada nesse serviço, fazendo os trabalhadores se ouvirem naquilo que naturalizaram reproduzir como discurso na saúde. Se perguntam as agentes depois que a mãe se vai, “*não é obvio que pobre não pode ter muitos filhos?*” “*Que cabeça dura essa mulher!*” Chegam a nomeá-la ignorante...

Aqueles rebentos que não param de chegar anunciam que as regras, a normalidade, o discurso médico –que não é privativo do médico- (não ter vícios, ter em média dois filhos, não comer isso, dormir tantas horas,...) faz, além de cuidar, descaber.

A barriga e a ousadia da mulher, por sua vez, apontam que produzir saúde implica acolher com radicalidade o outro. Acolher não como experiência de se conformar ao outro, mas de no encontro fazer luzir singularidades e produção de cuidado. Assim, essa cena nos interessa na medida em que afirmar querer ter dez filhos surge aqui como afirmação de diferenças, sendo efeito e estopim de problematizações dos discursos normalizadores, das práticas de cuidado e controle que atravessam a saúde.

O que buscamos nessa cena é apontar que o planejamento não é um discurso óbvio como pode parecer. Que esse movimento de exercer controle sobre a vida do outro carece de ser posto em análise. A questão que soa pertinente é: como convocar o outro para pensar junto, ao invés de distribuir palavras de ordem? Como produzir a saúde como experiência crítica que se faz também no ato de estilhaçar as práticas de tutela? Que fios são esses que chegam atravessando a saúde com práticas de normalização?

Seguimos aqui com a discussão sobre as artes de governar e suas peculiaridades em articulação com o campo da saúde pública. No discurso do planejamento e nas práticas que reificam como descabidos determinados sujeitos desviantes, determinados modos de vida, há uma discurso de normalização que atravessa a atenção básica em saúde. Foucault (2013a, 2013b, 2011a) em inúmeros momentos de sua obra discorre acerca dessas artes de governar que atravessam e tomam como instrumento a saúde pública.

Remete ao século XVIII a instalação de uma série de técnicas e procedimentos com a finalidade de garantir uma boa circulação nas cidades em formação, com o advento do regime

capitalista de produção. Essa série de técnicas e procedimentos se assenta num quadro de poderes e saberes que passaram a incidir sobre o corpo, e mais adiante, tomam a problemática das populações como seu alvo.

A esse jogo de poderes e saberes²⁰ com os quais ganha assento um conjunto de técnicas e procedimentos que cumprem a função de gestão das populações, Foucault propõe a denominação de Biopoder. Se por um lado uma anátomo-político se centrou no corpo, no seu “adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle econômicos e eficazes” (Foucault, 2009, p.151), nos séculos XVIII a isso se agrega uma bio-política.

A biopolítica se exerce tomando a população como alvo de regulamentação e “cuidado”²¹. O exercício do biopoder concorre, assim, para o desenvolvimento do capitalismo, que “só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”. (Foucault, 2009, p.153).

Ela está historicamente vinculada à constituição e ao fortalecimento do Estado nacional, à afirmação da burguesia, assim como à formação de um dispositivo médico-jurídico visando à medicalização e a normalização da sociedade. (ORTEGA, 2004, p.10).

²⁰ O poder em Foucault é lido como algo positivo, ou seja, que produz realidade. O poder se exerce de maneira difusa, e seus efeitos de dominação podem ser sempre revertidos. O poder não é propriedade de quem quer que seja, não é algo que se possua ou não, mais ou menos, não há um lugar privado, fonte do poder, ele exerce-se, funciona incitando, suscitando, produzindo. O poder faz recobrir toda uma série de mecanismos que parecem suscetíveis de induzir comportamentos ou discursos. O saber por sua vez se relaciona ao que é o dizível em determinada época, aos discursos que circulam, a todos os procedimentos e a todos os efeitos de conhecimento que são aceitáveis num dado momento e em um domínio preciso. Importante lembrar que os mecanismos de poder tornam possíveis certas espécies de discurso, estes, por sua vez, servem de suporte ao exercício do poder. Desse modo, falamos sempre de uma relação saber-poder. “Nunca se deve considerar que exista *um* saber ou *um* poder, pior ainda *o* saber ou *o* poder que fossem neles mesmos operantes. Saber, poder, são apenas uma grade análise. (...) Nada pode figurar como elemento de saber se, de um lado, não está conforme a um conjunto de regras e de coerções características” (Foucault, 1990, p.14).

²¹ Lembrar aqui da discussão do cuidado que, como prática, pode se inserir em uma semiótica da biopolítica e suas funções de regulamentação das populações, e pode ser pensada também em emergências singulares, por meio de movimentos de autonomização e liberdade, movimentos que a inserem no plano das relações.

O biopoder se sustenta em uma série de práticas que visam a regulamentação das populações, tais como: regras de higiene nos diferentes níveis (individual e do espaço público) visando banir a insalubridade, controle de natalidades e mortalidades, controle das expectativas de vida, controle e normas que incidem sobre a sexualidade e sobre a procriação, controle do crescimento da riqueza e seus atravessamentos com o crescimento demográfico, etc.

Mais fortemente a partir do século XIX a limpeza e a higiene passam a figurar uma centralidade em todas as exortações morais à saúde. Configura-se aí, uma série de práticas de controle sobre as populações, mas que, ao mesmo tempo, fazem surgir a população como fenômeno social.

Interessante pontuar que um governo das populações não assume o lugar do governo antes destinado às individualidades, essa biopolítica das populações se insere e perpassa uma anátomo-política do corpo. Estes dois níveis de intervenção se articulam e confluem na norma, que se aplica aos corpos com vistas à sua disciplinarização, e às populações, com vistas à sua regulamentação (Foucault, 2010).

No século XVIII, e com mais força a partir do século XIX, a nascente “medicina social”²² ou ainda “medicina do Estado”, advém como um dispositivo do biopoder. Foucault (2013a) pondera ser o nascimento da medicina social analisador do fato de que o controle e os investimentos de uma racionalidade própria da sociedade capitalista sobre os indivíduos não operam restritos ao nível da ideologia ou da consciência, começam no corpo, com o corpo. Incide fundamentalmente sobre o domínio biológico, somático: “... o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (ibidem, p.144).

Ao realizar a análise desse surgimento de uma medicina social, o faz a partir de análises históricas, assentadas na experiência de países como França e Inglaterra. Nesse desenvolvimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX ele demarca três etapas, ou ainda, três direções que se articulam: uma organização médica estatal, ou seja, uma função médica que se articula a uma ciência de Estado; a medicina urbana, que vai se ocupar dos espaços públicos, de sua higiene, da circulação de objetos, dentre outros; uma medicina que

²² Foucault, apesar de usar esse termo, em outro momento de sua obra pondera “em um sentido, a medicina social não existe, já que toda medicina é social” (2011a, p.378)

incide prioritariamente sobre os pobres, o proletariado, cujo bem estar-físico interessa ao imperativo do trabalho. Essa função de “cuidar” dos “pobres-doentes”, antes garantida pelas fundações de caridade, rompe essas fronteiras e passa a ganhar o domínio do Estado.

Nesse sentido, Foucault argumenta que a medicina se inscreve num quadro, dentro das artes de governar, também das práticas de polícia – “polícia” do corpo social. Práticas de polícia entendidas como mecanismos de regulação mediante os quais se assegura a ordem, o crescimento das riquezas, as condições de manutenção da saúde.

Retomamos aqui uma vez mais a cena da agente de saúde que é interpelada pelo policial, que lhe pede informações de um usuário (da saúde?). Quando nos debruçamos sobre a cena pontuamos que há uma proximidade entre essas funções, policial e saúde, que legitima e endossa essa aproximação. Quando trazemos os fios constitutivos de um bio-poder que encontra na saúde um instrumento fundamental, encontramos entre essas funções médica e policial a “intensificação, a solidificação de um parentesco em rede, que jamais deixou de funcionar” (Foucault, 2013b, p.128).

O que assistimos a partir do século XIX, é então uma política de saúde também ela regulamentada e articulada às funções de Estado, que toma os problemas de saúde como questão política e econômica, e que deve ser regulada tanto em sua faceta privada, quanto “socializada”. “A saúde, a doença, como fato de grupo e de população (...) são problematizadas a partir de instâncias múltiplas, em relação às quais o próprio Estado desempenha papéis diversos” (Foucault, 2011a, p.358).

De maneira intrigante, em suas análises, Foucault dialoga com uma nocividade da medicina. “A medicina mata, ela sempre matou e sempre teve consciência disso” (2011a, p.379). Entretanto essa nocividade antes atribuída a uma ignorância, a uma fragilidade no saber entendida como sua não cientificidade, surge em outra semiótica. No início do século XX, aparece o fato “de que a medicina pode ser perigosa não mais por sua ignorância, porém por seu saber, precisamente por ser ela uma ciência” (ibidem, p.379). E como ciência legitima uma série de intervenções e de medidas de controle que se acena ao nível mesmo dos modos de vidas das pessoas e populações.

Constitui-se uma empreitada médico-política referida a uma população cercada por toda uma série de prescrições concernentes não apenas a doença, mas também às formas gerais de existência e do comportamento (os alimentos e bebidas, a sexualidade e fecundidade, a maneira de se vestir, a instalação típica do habitat). (FOUCAULT, 2011a, p.368).

O que chama a atenção de maneira especial, é o deslocamento que se opera nas intervenções médicas, que passam a tomar como alvo tudo o que se julga garantir a saúde do indivíduo. Desse modo, ao falarmos de uma medicina social, devemos lembrar que outros profissionais da saúde são atravessados por ela. “Na situação atual, o diabólico é que, quando queremos recorrer a um domínio que acreditamos ser exterior à medicina, nos damos conta de que ele foi medicalizado” (FOUCAULT, 2011a, p. 386). Assim, a vida, como domínio exterior, é atravessada de várias e diferentes maneiras pelos processos de medicalização.

Empreender esse breve panorama das emergências de uma política de saúde que incide sobre o espaço público, sobre as populações e os indivíduos, é operar uma análise em relação aos modos como esse fios nos chegam hoje, como nos relacionamos com isso hoje. Assim, essa análise crítica da história de uma medicina social nos interessa, pois ainda que tenham como solo países da Europa, também aqui germina, pelos ventos de um sistema capitalista de produção que é mundial e integrado.

Entretanto, não nos furtamos em pontuar também os elementos que peculiarmente compõe o nosso casaco de Arlequim, tais como a Revolta da Vacina.

A Revolta da Vacina, ocorrida no início do século XX, no Rio de Janeiro, se configura como um acontecimento histórico no campo da saúde. Congrega diferentes forças e, como acontecimento, coloca em análises uma série de atravessamentos, de controles e de insurgências gestadas na experiência da política de saúde que ganhava corpo. Várias leituras são possíveis, haja visto que na literatura (Chaoulb, 1996; Carvalho, 1987) acerca do assunto, encontramos análises distintas, análises que consideram um campo de forças distintas. Nos chama atenção a “Revolta da Vacina” como acontecimento que coloca em análise as políticas de saúde, experiência de insurgência, experiência crítica face aos rumos biopolíticos que iam se atualizando em práticas cada vez mais controladoras, em intervenções autoritárias, no campo das políticas de saúde no início do século XX.

A revolta da vacina tem como estopim a implementação da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. Importante pontuar que essa obrigatoriedade vinha no bojo de uma série de práticas higienizadoras na cidade, e que tinham como alvo principal os moradores dos subúrbios e dos cortiços, espaços tidos como perigosos e insalubres, considerados uma ameaça ao bem-estar da sociedade e aos ideais civilizatórios daquele momento.

Esses cortiços, além de atentar contra os preceitos do buscado progresso, foram morada, por exemplo, de defensores de causas abolicionistas, recanto de uma maioria pobre e marginalizada. Eram considerados por isso espaços que abrigavam vícios e a escória da sociedade, morada dos modos de vida que feriam a proclamada lógica da moral e dos bons costumes. Desse modo, iam se tornando alvo de vigilância e higienização. Tais políticas de higienização assumem seu ápice com a destruição do cortiço mais famoso do Rio de Janeiro naquela época, o “Cabeça de Porco”.

Na literatura sobre o assunto alguns autores pontuam que um movimento militar pegou carona no movimento popular, engrossando o coro das vozes contra a obrigatoriedade, entretanto movido por afetos e intencionalidades distintas: enfraquecimento do governo, a fim de aumentar para si as chances de uma tomada de poder via golpe. Além disso, é importante pontuar que, dentre a heterogeneidade de vozes e forças, havia ainda aqueles que viam na medicina sanitarista, uma afronta ao modelo privatista.

Entretanto, nos interessa sobretudo a dimensão de crítica que porta a “revolta da vacina”. O irromper da revolta, em 1904, figura um ato de resistência e de estranhamento a essas ideias de aburguesamento, progresso, ordem, modernidade, que tomavam as políticas de saúde como vetor, e operavam produzindo uma expropriação do corpo dos sujeitos como domínio do Estado, daí fazendo funcionar a segregação e legitimando toda sorte de abusos a essa indesejável margem da sociedade produzida pelo próprio “progresso”.

Puxar esses fios históricos nos auxilia a olhar para aquilo que estamos em vias de deixar de ser. De tal modo que importa não tomar as análises históricas como meio de entender e/ou se conformar a um estado de coisas, mas antes tomá-las como instrumento de deslocamento, de estranhamento em relação às conformações que nos atravessam, estranharmos as práticas, estranharmo-nos. “Importa saber qual o modelo utilizado e em que medida se pode modificá-

lo” (Foucault, 2011a, p. 392).

Assim, esse recuo histórico traz os fios dessas funções de controle que acham na atenção básica um potente dispositivo de propagação. Dispositivo potente dadas as características mesmas da atenção básica nas bandas de cá: a repartição do território, que permite que os serviços de atenção básica atender e monitorar territórios bem demarcados; a proximidade com o usuário, o que possibilita uma intervenção ao nível dos hábitos, dos modos de vida; o mapeamento das epidemias; dentre outros. Isso que vimo também nas cenas, nas conversas: na fatura que cobram da mulher e de sua prole, no discurso “a gente é que profissional da saúde, a gente é que sabe” que justifica e legitima a entrada na casa das pessoas e o ato de lhes ditar regras, no acesso negado ao usuário de drogas.

Assim, a atenção básica traz para o casaco de Arlequim os trapos costurados com esses fios de controle e normalização. Mas também nela vemos uma linha que conjuga retalhos de ética, autonomia, liberdade, luta, linhas que, inclusive, se fazem desatando alguns nós produzidos nos fios de controle e normalização. Fios, retalhos, que se atravessam. Fios que se pode buscar e reativar na própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Foucault (2011) não se furta a nos lembrar que, se por um lado o século XX é atravessado por essa semiótica da medicalização e da normalidade que ocupa cada vez mais espaço, por outro, e não à toa, as políticas de saúde são um calor que aquece uma série de lutas políticas, insurgências e revoltas desde então.

Insurgências como a Revolta da Vacina que, grandiosa, faz estremecer os rumos biopolíticos. Ou ainda, insurgências cotidianas, como as que podemos acessar por uma cena numa Unidade de Saúde em Cariacica, na voz de uma “descalculada”.

“Descalculada”, a moça estranha o modo como é arguida, se nega a passar a fatura da prole que lhe cobram, afirma seu planejamento farto “*eu já me planejei, eu quero ter mininus*”. Decerto, pelos afetos que perpassavam aquele momento, afirmar a farta prole não necessariamente surge de um planejamento feito, mas de uma inquietude que não lhe permite calar, não lhe permite endossar os cálculos de uma saúde normalizadora.

Se os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser

dirigido por um sistema de leis codificadas, podemos afirmar que a medicina do século XX está inventando uma sociedade da norma, não da lei. O que rege a sociedade não são códigos, mas a distinção permanente em ter o normal e o anormal, a perpétua empreitada de restituir o sistema da normalidade. (FOUCAULT, 2011a, p.384)

4.2- A rara virtude de não existir por completo: exercício ético, política e saúde

Arcadio a vira muitas vezes, atendendo a lojinha de comestíveis dos pais, e nunca tinha prestado atenção nela, porque tinha a rara virtude de não existir por completo, a não ser no momento oportuno.

(Gabriel Garcia Márquez, “Cem anos de solidão”).

A rara virtude de não existir por completo... Virtude na qual nos ancoramos, incompletude que insiste nas políticas de saúde, nas artes de governar, e que por isso as tornam férteis campos de um trabalho possível.

Desse modo não se trata de exconjuram as práticas de saúde, confinando-as nos limites do controle. Não se trata de aniquilar as possibilidades de trabalho que ocupam esse intervalo entre a mulher e sua farta prole e as intervenções da equipe de atenção básica, mas de fazer as críticas que nos soam pertinentes se queremos afirmar uma saúde que se faz a contrapelo dessas práticas tuteladoras. Foucault (2013b), nos parece tocar de maneira especial nesse ponto, quanto fala da morbidade e da parasitose no Nordeste brasileiro, em um texto datado de 1977.

Tomo o exemplo do Nordeste brasileiro. A taxa de morbidade atinge, lá, 100%: a parasitose – por mais “antimédicos” que sejamos – existe. E pode-se suprimir a parasitose. O problema é saber como podemos, efetivamente, obter resultados terapêuticos, que seria irrisório negar, sem que tenham por suporte e por efeito a instalação, e um tipo de poder médico, de relação com o corpo, e um tipo de autoritarismo – um sistema de obediência finalmente, visto que é disso que se trata, característico de nossa relação com o médico e com a medicina atualmente. (ibidem, p. 141).

Acompanhado essas linhas, nos comove o exercício a que elas nos impelem: exercício crítico frente às relações de poder que atravessam inevitavelmente as produções de saber. Se por um lado, há o que se comemorar quando um saber possibilita que a parasitose, e as mortes que ela ocasiona, seja suprimida, por outro, há que se perguntar por quais motivações, de que modos e em que medida, isso tem sido feito às custas de um processo de submissão, de crescente especialização, de produção de obediência e assujeitamento.

Há nessa citação uma pista que nos interessa seguir em relação às artes de governar, e ao exercício crítico. Frente à produção de assujeitamento e obediência, pede lugar o entendimento de um governo não mais pensado como atitude estritamente de dominação, como seguimento de regras que nos são externas, como prática de tutela da vida. E ainda, nos sentimos provocados a atuar uma saúde que pode e precisa ser vivida aliançada a uma atitude crítica que faça frente aos governos que incidem de maneira autoritária e controladora sobre a vida, minando as invenções cotidianas.

Saúde-política: fazer incidir uma normatização nas normalizações

O governo se dá no cruzamento entre as práticas de direção e dominação e as práticas pelas quais os sujeitos singularmente surgem na relação com essa mesma direção e dominação, podendo fazê-las variar. Portanto, há também no governo o plano constituinte das experimentações da liberdade, na medida em que ele é pensado também como produção de regras, como relação com a norma.

Esse é o movimento crítico, que nos interessa acessar na cena da mulher que se faz ouvir fora dos cálculos, que corajosamente insiste em não ser governada assim, a esse preço.

Se a governamentalização é esse movimento pelo qual se trata as práticas de sujeição por mecanismos de poder que reclamam uma verdade, a crítica se insere nesse quadro como o movimento pelo qual um sujeito se dá o direito de interrogar “a verdade sobre seus efeitos de

poder e o poder sobre seus discursos de verdade” (FOUCAULT, 1990, p.5). A crítica será “a arte da servidão involuntária, aquela da indocilidade refletida (...), teria por função o desassujeitamento no jogo do que se poderia chamar, em uma palavra, a política da verdade” (ibidem).

Desse modo o que se insinua é que a propagação das artes de governar se faz indissociada da germinação de uma outra questão: como não ser governado? “Como não ser governado *assim*, por isso, em nome desses princípios, em vista de tais objetivos e por meio de tais procedimentos, não dessa forma, não por isso, não por eles” (FOUCAULT, 1990, p.3).

Se na discussão da saúde e artes de governar empreendida, nos dedicamos a seguir os fios das práticas de **normalização**, de controle, de regulamentação que compõe uma bio-política que encontra nas práticas da política instituída de saúde um instrumento de efetuação, é também na política de saúde que podemos acessar as vias de sua variação. Com Canguilhem, e com as muitas cenas e experimentações que se passam nos serviços e com as quais nos dispomos a operar, podemos ver uma saúde afirmada como capacidade de **normatização**, ou seja, como esse exercício mesmo de não ser sujeitoado, não ser governado – “não ser governado *assim*, não dessa forma”.

A normatividade comparece como o exercício infundável de nos ocuparmos da relação que estabelecemos com as regras, com os assujeitamentos, com as situações adoecedoras que são aquelas mesmas que nos minam a capacidade de agir. A normatividade não se guia por uma reatividade, mas por uma produtividade: produção de normas, de mobilidade, possibilidade de farejar e inventar saídas diante do que obstaculariza o viver.

Seguindo essas costuras, as experimentações na saúde se encontram com aquilo mesmo que nos interessa afirmar como dimensão política. “Por dimensão política quero dizer uma análise que se relaciona com o que estamos dispostos a aceitar em nosso mundo; a aceitar, a rejeitar, e a mudar, tanto em nós mesmos quanto em nossas circunstâncias” (Foucault, 2011b, p.152).

No entendimento da política como esse exercício que se situa no labor empenhado em analisar o que estamos dispostos a aceitar, a rejeitar, a transformar, em nós mesmos e em nossas circunstâncias – o que, por fim, é inseparável-, pode ganhar força a formulação da

saúde como questão fundamentalmente política. Saúde, entendida justamente como essa capacidade de estar de pé, de enfrentar e de construir recursos, enfrentamento aos adoecimentos que acenam como risco intrínseco ao viver, como obstáculos a convite do desvio.

A saúde comparece como questão política (...). A saúde é questão de todos, por que é produzida de forma conjunta. As lutas pela saúde podem então ser deslocadas da esfera do privado para serem redefinidas a partir dos desafios da constituição de experiências coletivas. (BOTELHO, CESAR & PIMENTEL, 2014, p.5)

Disso surge a complexidade de atualizar políticas de saúde surgidas no exercício da acuidade do delicado processo de produzir um olhar para um organismo que situa também na experiência do não-orgânico (Brito e Barros, 2014). Uma saúde que pode se fortalecer em caminhar pelo bairro realizando uma pesquisa dos projetos e espaços de convivências, esporte e lazer que existem, traçando nisso um mapa singularizado, um mapa de errâncias, de desvios em relação ao que se encontra colocado como caminhos oficializados na atenção básica, um caminhar que forja e fortalece arranjos locais, aproximando coletivos, fomentando conversas, esquentando redes de produção de saúde. Uma saúde que se insinua nas lutas travadas em torno da construção da UBS de Vila Graúna, uma saúde que se expande quando uma equipe se ocupa de si, se encontra, conversa, inclui outros (bairro, usuários, gestores) e nisso, se equipa, se fortalece, uma saúde que se expande quando as decisões deixam de ser tomadas com exclusividade, por aqueles que se toma como os detentores do saber médico, e ganham na partilha um novo surgimento. Dentre outras tantos caminhos de saúde que experimentamos nesse conviver a pesquisa.

Nessas linhas que se juntam entre as proposições de Canguilhem, Foucault, e as experiências em Cariacica, a escrita de uma saúde vivida nas costuras de uma vida ganha corpo. A saúde escapole dos especialismos que se ocupam de recortá-la e segmentarizá-la por todos os lados, e pede seu lugar nas costuras feitas na infindável conexão vida-serviçodesaúde-rua-bairro-equipe-casa-...

Canguilhem (2002) nos ajuda a olhar para essa saúde que se faz atravessada pelas práticas de normalização, e a produzir o deslocamento necessário para deixar brotar uma saúde normativa. De maneira especial, situamos esse deslocamento a partir da imagem que ele nos

traz de uma paciente que, diante do médico a lhe dizer “poupe-se”, “cuide-de”, “faça isso”, lhe pergunta como fazê-lo, tendo em vista os afazeres de casa, os filhos pra cuidar, a louça pra lavar, etc.

Nessa cena lemos um questionamento que nos encaminha à formulação de uma saúde que não pode se fazer negando a vida e suas intempéries, se guiando por ideais forjados. Nessa imagem nos aproximamos do que ele nos apresenta como a experiência de uma saúde normativa, que se faz nas margens de maleabilidade e enfrentamento diante das infidelidades do meio. “A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate [...] com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas” (CANGUILHEM, 2002, p.159).

Tornar difíceis os gestos fáceis: hesitação ética

A normalização atravessa as práticas de saúde e se mostra na incrustação de hábitos, de ideais - “ser feliz como se deve”, “ser saudável como se deve”-, se assenta nas imagens de um sujeito ideal, uma saúde idealizada, modos de agir pré-fabricados. Normalização que aparta a própria vida que se faz como debate, não monótona, não retilínea. Entretanto, com Canguilhem (2002) e com as experiências vividas no cotidiano da pesquisa, encontramos os fios de uma experiência de saúde que se faz desarranjando as práticas normalizadoras, que se faz também ela mestiçando, e que nos ensina que se a normalização incide sobre nós, sobre o modo como nos tornamos sujeitos, ela não é tudo sobre nós.

São a certos modos de sermos governados, nas várias performances do viver, que estamos atrelados. Governados não por outros, especificamente, ainda que assim também o seja, mas por outrem, por lógicas de pensamento e ação sutis, condicionantes, interiorizadas, forjando-nos como atualizadores destes processos de controle, ao acreditar neles encontrar nossa segurança e alegria. Difíceis de desarmar, requisitando por isso o exercício crítico, laborioso, na direção de uma desaprendizagem dessas amarras insuspeitadas. (CÉSAR, 2014, p.61)

Em Foucault a questão da governamentalidade ganhará certa centralidade nos últimos escritos, costurando inúmeras linhas puxadas por ele, articulando ética-subjetividade-política. Há aí uma modulação, dentre tantas no percurso de seu pensamento, e que se sobressai mais propriamente alguns dos anos anteriores à sua morte em 84, essa torção se faz acerca das estratégias de governo que passam a ser lidas também, e sobretudo, na curvatura de si: uma leitura ética das práticas de si passa a habitar o terreno de discussão antes destinado a leitura política dos dispositivos de poder (Candiotti, 2010).

Partimos então para outras cenas, em que nos vimos num impasse, donde extraímos as linhas e os liames de costura de uma **saúde-ético-política**.

Em alguns momentos, os espaços coletivos de conversa que íamos forjando, experimentando e sustentando, ganhava a presença de trabalhadores da atenção básica de outras unidades de saúde do município, sobretudo as que eram mais próximas. Reunidas pra discutir fluxo, para driblar a escassez (falta de médicos, de enfermeiro, precariedade do espaço) que requeria a solidariedade entre as unidades, a confiança que se ia alargando possibilitava que assuntos outros pudessem ser dialogados, analisados, discutidos.

Numa dessas conversas a que nos dispúnhamos, ganha a roda a discussão das situações de trabalho em que o cuidado, tão naturalmente visto como função das agentes de saúde, deixa de sê-lo. Momento em que cuidar surge em toda sua complexidade.

Nesse encontro uma agente e a enfermeira de sua equipe, de uma outra unidade de saúde, traziam um caso, que tornava pra elas essa discussão importante. Eles trazem para a roda a história de uma travesti, com ferimentos resultantes da violência vivida nas ruas que ocupa todas as noites, com sua atividade de prostituta. Tinha fama de encenqueira e de se meter em situações “reprováveis”, tinha fama de falar com toda gente, incluindo aquela que se julga “criminosa”. Ela lhes solicitava auxílio, e não queria comparecer à UBS, por medo das represalhas e do burburinho que sua presença sempre suscitara.

A agente diz de como era para ela, uma pessoa religiosa, “*cidadã de bem*”, com filhos no bairro, prestar socorro a “*esse tipo de gente*”. Ela diz que como trabalhadora do SUS, como agente de saúde, se viu interrogada. Não sabia até que ponto o cuidado era pra todos, afinal,

“como cuidar de alguém que eu sei que não merece, alguém que eu acho perigoso? Alguém que vive arrumando confusão e que não se cuida?”. Ela dividia conosco o incômodo e os questionamentos que aquela situação lhe suscitavam. E prossegue, agora acompanha das colegas que se colocam em variados posicionamentos...

Umaz diziam:

“Acho que a gente dar preferência em cuidar de quem faz por onde... eu hein, isso daí já foge do que é papel nosso”

“Também acho que a gente tem nada a ver com essa gente que fica aprontando.”

Outras pontuavam:

“Eu até acho que entendo, mas será que é a gente quem vai julgar? Isso daí eu deixo pra Deus...”

“É complicado né, por que depois que você sabe que tem alguém numa situação dessa, precisando, como você vai deixar pra lá?”.

A agente que, junto a enfermeira, trouxe o caso pra roda, pergunta: *“Cuidar sem olhar a quem né?”*. Pergunta para em seguida operar um desvio interessante nesse questionamento: *“Ou melhor, cuidar olhando a quem, o que é mais difícil ainda”*. E continua: *“É estranho eu sabia o que eu achava daquilo, eu sabia que era errado, mas não adiantava saber. Eu fui lá, eu ouvi, eu tentei não julgar pra não deixar pior ainda. Eu socorri né.”*.

O que se expressava como espinhoso era o esforço que precisa ser empenhado em cuidar de um alguém cujo modo de vida a princípio significa uma afronta aos valores que lhe serviam de baliza. Um alguém que lhe fazia estremecer os limites, as certezas e o próprio saber. Como se a esses atributos que lhe eram tão caros “cidadã de bem”, “mãe da família”, “religiosa”, fosse somada uma hesitação, um vacilar que faz estilhaçar o que era para ela certo, *“não se meter com essa gente”*. E os estilhaços vão então ser rearranjados numa outra composição. Ser trabalhadora do SUS era aí possibilidade de uma artesanaria de outramento. Era a

possibilidade de torção de algumas segmentaridades. Menos que valorar a “cidadã de bem” ou a “trabalhadora do SUS que cuida sem olhar a quem”, interessa essa operação de reposicionamento.

Distância de si a si, nessa tensão intervalar, em que as formas de vida são prenes de linhas afeitas à conexão, inclusive com o desfazimento de arranjos, em um caminho, que para nossa alegria não se arremate em definitivo. Essa trajetória a ser percorrida, jamais alcançada, é o assento da ética, presença de liberdade e possibilidade de sua prática. (...) Se não há destino traçado ou princípio de predestinação, o que fazer de nós é questão aberta, ofertada todos os dias. Questão que entrelaça ética, estética e política. (CÉSAR, 2014, pp.92-93)

Distância percorrida e construída entre a mulher religiosa e a agente de saúde, e que permite acessar o plano de produção dos modos como nos direcionamos, o modo como nos constituímos. Deslocamento que se produz pela experimentação do trabalho na saúde.

Foucault (2013b), em um texto provocativo, interroga já no título “É importante pensar?”. Ele é questionado acerca das mudanças que se espera com as eleições que deram vitória a Miterrand, político considerado de esquerda, o que tornava aquele momento único e expressivo. Foucault então vai aos poucos desmontando a pergunta, desfazendo a premissa de que as mudanças políticas provêm de cima, de um governo instituído. Remete o campo das transformações políticas ao domínio das transformações sobre si. E o faz inclusive em relação ao seu trabalho “meu modo de trabalho não tem mudado muito, mas o que eu espero dele é que continue ainda a me mudar” (Foucault, 2013b, p. 358).

Exercício de deslocamento, que acessamos pela experiência que faz tremer na agente de saúde os valores que lhe parecem tão naturais, valores que perfazessem castelos de areia a se desmanchar na beira da praia, interrogados pelo movimento do mar, abrindo espaço assim para outros e diferentes contornos. Possibilidade de alçar o vivido ao plano ético e reflexivo

(...) o que poderia vir a ser pensado daquilo que vivemos, o que poderia vir a ser redobrado sobre o vivido, torna-se operação de um pensamento enraizado no corpo sensível, operação que transforma, a seu modo, o vivido, o agido, o sonhado, em outra coisa, barroca, retorcida. (FONSECA, 2012).

Se o sujeito que emerge das práticas de controle é sujeito moralizado, a ética se mostra como o próprio exercício de uma curvatura sobre si, de perfazer a distancia de si a si, que é precisamente a de uma obra, atitude crítica de se produzir como sujeito em meio às práticas.

(...) se o sujeito moral se apoia numa irreduzível divisão, o sujeito ético, por sua vez, ganha corpo num jogo de deslocamentos de si para si, de desequilíbrios, de asperezas, de conquistas frágeis e falhas relativas. Pois só há ética da hesitação (...). A divisão trágica do sujeito e do eu, abismo abrindo o abismo dos desconhecimentos – não é aquela do segredo impossível. É precisamente a distância de uma obra. Obra tomada talvez no sentido mais modesto: pois se há heróis na moral, a ética, por sua vez, só reconhece artesãos. (GROS, 2012, p.330)

Se até este momento, vimos por um lado um cuidado tutelador e assujeitador que se expressa em meio às práticas normalizadoras na saúde, e se por outro lado, as experimentações na atenção básica em saúde apontam uma direção singular do cuidado, que se conjuga nas práticas de confiança, escuta e partilha, a ética se insere como dimensão do cuidado que se exerce como trabalho de si sobre si - cuidado de si, que transversaliza todas as práticas, e aponta para a dimensão de nos constituirmos sujeitos, presente nas práticas de assujeitamento e nas práticas de liberdade. “Afirma-se assim a importância de praticar ações, nas quais se pode assumir-se, modificar-se, transformar-se. A constituição de uma atitude em relação ao viver dá-se pela efetivação do *ethos*²³ em práticas” (César, 2014, p.132).

COSTURAR A SAÚDE AQUI

Talhar nos instantes da hesitação a improntidão como exercício de acolher o presente de modo crítico, propiciando acontecimentos, desfiando os fios das certezas e hábitos, fazendo vacilar nossos clichês.

²³ Foucault a partir de uma leitura dos textos gregos antigos, apresenta algumas das variações assumidas pelo termo *êthos*, que desdobra-se como: substantivo, verbo e adjetivo: *ethopoiên*, produzir o êthos, “transformar o êthos, a maneira de ser, o modo de existência de um indivíduo”; *ethopoiía*, formação do êthos; *ethopoiós*, “aquilo que tem a qualidade de transformar o modo de ser de um indivíduo”. O êthos, portanto, aparece como algo produzido e não como uma regra a priori. É algo que se constitui no decorrer da vida de um indivíduo, através do exercício de si. É ainda aquilo que, ao longo da prática, traz a possibilidade de uma transformação no ser. Foucault define ainda o *ethos* como “a maneira de ser e a maneira de se conduzir” de um sujeito ou de um coletivo.

A governamentalidade entendida nesse cruzamento entre as técnicas de domínio de outro e as técnicas de si nos interessa na medida em que possibilita empreender uma crítica em relação ao modo como as instituições de saúde institucionalizadas “cuidam” dos cidadãos, e propalam seus projetos de administração e gestão das vidas.

De acordo com Candiotto (2010), essa inserção de um ocupar-se de si, a fim de colocar em análise aquilo que nos atravessa, a forças que nos subjagam ou que nos potencializam, traz consigo toda uma tradição nas ciências humanas, biomédicas, sociais, que faz convergir a noção de um cuidado de si com uma ideia de terapia, cuidado do corpo, cuidado de si que se ancora no “eu” como instância essencializada, substancializada, naturalizada. Cuidar de si: cuidar de mim, da minha saúde psíquica, das minhas questões, da minha história pessoal. Cuidar de si, na esteira dessas fundamentações, implica uma fabricação de interioridades. Interioridades que alimentam o que há de normalização na saúde.

O “si”, entretanto, não coincide com essa figura de um eu-individualizado, mas um eu que só pode advir das relações, nas relações – princípio de imanência. Diferentemente dessa ideia de um cuidado que incide sobre o sujeito-individualizado, o cuidado de si é lido como intensificador das relações, aquilo mesmo que nos articula a elas (Gros, 2010).

Retomando a história de Arlequim, com a qual iniciamos esse trabalho, e seu casaco que lhe anuncia mestiço, nela temos um momento que é aquele onde já despido de suas roupagens, de seu casaco descombinado, que junta retalhos os mais diversos, o que se dá a ver é a pele, o sangue, a carne de um Arlequim que quase nem é mais.

Diante dessa cena, que marca a virada da comédia em tragédia, alguns abandonam a sala, decepcionados por, tendo chegado para rir, ter de pensar. Alguns permanecem e já não encontram no riso uma resposta. O riso antes fácil deixara de sê-lo. Algo vai se passando entre aqueles que permanecem e o Arlequim que (se) vai cada vez mais expondo suas mestiçagens. Algo se passa ao ponto de não mais ser possível dar de costas ao que se passa.

O riso, o deboche, eram a marca da separatividade na cena: os expectadores podiam rir da cena porque a julgavam como algo externo a eles, rir daquele que se faz lunático era o que se mostrava óbvio. Entretanto algo se passa de modo a vincular os antes expectadores ao que

antes parecia apenas um espetáculo. O riso deixa de ser fácil, a separatividade parece dar lugar à uma conexão que os torna vinculados ao que se passa.

Chamamos aqui de ética a esse movimento que nos conduz ao exercício de nos vincularmos ao que se passa, de emprendermos a crítica em relação ao que nos passa, movimento que dá caminhos para as mudanças que se mostram necessárias em nós mesmos e em nossas circunstâncias.

Rolnik chama atenção para a irremediável inconciabilidade entre o infinito movimento das forças formando diagramas e a finitude dos mundos ditados por cada um deles. Essa inconciabilidade é insuperável, de tal modo que ela define nossa condição como trágica - tal qual na história de Arlequim, cuja comédia desdobra em tragédia -, trazendo o que há de inquieto nas desestabilizações daquilo que somos, da nossa finitude.

Essa mesma inconciabilidade, a pensamos em relação às políticas públicas de saúde, que se faz nesses liames de abertura e finitude, e seria esse o território da ética.

Como “um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de inquietude permanente” (Candiotto, 2010, p. 9) - brincando um pouco, poderíamos dizer também, como um princípio de mestiçagem-, esse exercício ético faz funcionar um desprendimento em relação às forças de conformismo que nos tomam de assalto.

Como princípio de inquietude permanente, o cuidado de si tem uma aplicação claramente política. Na governamentalidade, o ato de conduzir os outros não exige a atitude de passividade ou a anulação da liberdade daquele que é conduzido. O outro da condução deverá sempre ser considerado um sujeito de ações, o que implica a possibilidade de “contracondutas”, estas constituem um dos domínios da governamentalidade que é a do governo de si mesmo, do direito dos governados de limitar os excessos dos diversos modelos, de ordem doméstica, política, espiritual, pedagógica, médica. (CANDIOTTO, 2010, p.161).

Nessa medida, como princípio de inquietação, o exercício ético de se constituir sujeito vinculado a um *ethos*, constitui um aliado nas lutas que se fazem no sentido de refrear as sujeições e de afirmar uma saúde combativa em sua normatividade.

4.3- Micropolítica pública: “a rara virtude de não existir por completo, a não ser no momento oportuno”

As grandes rupturas são sempre negociáveis, mas não a pequena fissura, as rupturas imperceptíveis, que vêm do sul.
(DELEUZE e GUATTARI, 2004, p.159)

Falar de uma política de saúde, a partir da conexão política-ética-saúde se faz como engenhosidade empenhada em fazer vacilar um entendimento das políticas públicas como “salvação”, como aquilo que poderia em si garantir melhor qualidade de vida, com seus direitos universalizantes e transcendentais, o que significa, ao fim, a anulação da política como campo de experimentação e da saúde como capacidade normativa. Ativar essa conexão é então meio de estremecer a produção de assujeitamento e controle que vem no rastro desse entendimento.

Se num momento antes discutimos que o público não se coincide com o estatal, e que a política não se submete ao plano dos governos institucionalizados, qual seria a noção de política pública com a qual jogamos nesse texto?

Guardemos a questão, enquanto trazemos para essa composição de agora mais uma cena.

Certo dia, ao chegar a UBS me sento na recepção e por ali me demoro. Às 8:30h da manhã a unidade bem movimentada, e uma espécie de varandinha minúscula para a qual se abre a janelinha da recepção está lotada. As pessoas se sentam nos bancos a frente da UBS também. Por ali passam alguns trabalhadores e falamos um pouco sobre a promessa da construção de um outro espaço para a UBS, promessa que já ultrapassa seus 7 anos de existência. A unidade está assim lotada pois é dia de pediatra²⁴, especialidade rara e que na ocasião atendia ali uma vez na semana. Quando já se chega às 11h, a unidade se vai esvaziando e engato uma conversa com o recepcionista. Numa certa altura pergunto quais são as peculiaridades da produção de saúde que ele, trabalhando naquela função, podia me contar.

²⁴ Desde abril de 2013 não há pediatra na UBS de Vila Graúna.

De início surge o tema da marcação de consulta com especialistas médicos que não são da atenção básica. O procedimento consiste em receber o pedido da marcação emitido pelo clínico da UBS, e pegar o telefone, para informar quando da efetuação do agendamento. A pessoa então tinha de retornar à unidade para pegar o encaminhamento, que deveria ser apresentado na consulta com o especialista. Ele conta que fora chamado numa reunião para discutir o número de consultas com especialistas que eram agendadas e perdidas, pois as pessoas não compareciam. Aquela reunião o deixara inculcado, ele volta para o trabalho e diz que passou a perceber que muitas pessoas não tinham telefone, sobretudo as mais velhas, e que se sentiam envergonhadas em dizer, daí inventavam um número ou davam o de um vizinho. Nesse processo muitas consultas que poderiam ser agendadas se perdiam. Ele diz ainda que sabia que o fato da pessoa ter de ir duas vezes à UBS antes de ir à consulta com especialista também fazia com que muitas consultas se perdessem, pois isso implicava para muitas pessoas ter de pagar três passagens de ônibus. Ele discorre sobre isso como quem afirma que só estando na unidade se pode saber algumas coisas.

Ele vai falando, contando do seu trabalho, de quando começara a trabalhar ali. Num dado momento ele se emociona, silencia, os olhos se enchem d'água.

Da voz embargada ouço *“sabe, hoje eu cheguei pra trabalhar e depois de muito tempo vi aquela fila de gente esperando pra marcar consulta, tem fila direto, eu sei, mas a gente se acostuma, hoje eu vi, e me doeu ver aquela fila de gente no sol”*.

Aquelas lágrimas podiam refrescar a gente a suar sob o sol. Refrescam na medida em que sinalizam a força de desnaturalização que pode atravessar mesmo o que há de mais habitual nos serviços, e acessar o que há de intolerável naquilo que acabamos por entender como necessário, habitual. A fila a cujos olhos se acostumam pode surgir fora do clichê e assim convocar ao esforço de pensá-la.

Desse modo proponho a ele que escreva sobre isso e leve para a conversa com a equipe, na próxima reunião. Ele me chama para estar nessa reunião. Assim, ficamos acordados.

Na reunião, ele então lê o que escrevera:

Semana passada estava indo trabalhar, chegando na unidade, me deparei com aquela fila de sempre. Naquele dia eu achei muito triste aquela fila, gente de idade, gente com uniforme do

serviço, criança. Como pode a gente trabalhar todo dia no mesmo lugar e não ver o que acontece? Pensei que acho que a gente faz isso porque se não, não aguenta. Mas de vez em quando é bom a gente poder jogar fora o que vê todo dia, pra pensar, pra ver o que pode fazer.

Deixemos um pouco essa cena para retomarmos algumas experimentações oriundas do projeto “Apoio Institucional às Políticas Públicas na Grande Vitória”, e da parceria universidade, Ministério da Saúde (PNH) e Secretária de Saúde de Cariacica que viabilizava suas atividades.

No início ainda deste texto partilhamos o incômodo e as preocupações que nos tomaram quando nos damos conta dos inúmeros atravessamentos de um projeto proposto de territorialização dos serviços de atenção básica, princípio organizativo ainda não fundamentado no município. Como dissemos, a ideia era pensar a territorialização a partir de oficinas nos serviços, incluindo trabalhadores, gestores e usuários, colocando em discussão também os modos de trabalhar. Num dado momento começamos a perceber que a territorialização era atravessada por forças eleitoreiras, que passam a ver no projeto algo que pode ser útil aos seus interesse particulares. Alguns vereadores passaram a interferir nas UBS's, ditando que os moradores de determinados bairros é que deveriam ser atendidos, ou ainda separando agendamento de consulta para uns e outros. Os trabalhadores dos serviços viam ainda nessa parceria, uma possível “chapa branca”, ou seja, alguns trabalhadores temiam que nossa entrada, enquanto universidade, se condicionava a favorecer a Secretaria ou a prefeitura, enquanto instâncias ditas superiores.

Diante desses impasses chegamos a nos perguntar se não havíamos nos perdido daquilo mesmo que era o nosso leme: o fortalecimento das políticas públicas de saúde. Entretanto, tomar as práticas e as cenas vividas, em toda sua mestiçagem, nos ajudou a entender que quando avaliávamos estar nos distanciados das políticas públicas estávamos a vivendo em toda a sua intensidade, em meio a projetos, programas, capturas, desvios.

O que se apresenta como caminho diante desses impasses é interferir numa política pública entendida como campo de luta, fundado na incompletude, na abertura, e que nos solicita

análise, exercício crítico se o que queremos é afirmar um caráter público que se faz desmontando modelizações, normalizações que tendem a operar uma saúde que desdobra preconceitos, sujeições.

Assim, ao pretender discutir políticas públicas afirmando que isso se faz a partir de um olhar para as práticas, para o concreto da experiência, cuidado da sempre ampliação da dimensão pública, entendida como abertura que acolhe as mestiçagens, pontuamos que a divisão “razão de Estado e políticas públicas” não se faz onde supomos, e ainda que essa divisão pretendida é já um efeito das máquinas binárias em funcionamento.

(Micro)políticas públicas: linhas em agonística

Desmontamos a hipótese de um aparelho de Estado estendendo suas funções de dominação sobre o tecido social, e depois uma força de resistência que se colocaria contra isso. Seguindo o caminho apresentado por Foucault ao falar da política como análise daquilo que estamos dispostos a modificar, a aceitar, a rejeitar, o cruzamos com um caminho que nos chega por um texto chamado “Políticas” (Deleuze e Parnet, 2004). Neste texto o que se coloca é o indicativo de tomar como políticas as linhas - de segmentaridade, flexíveis, de fuga- operando na experiência, linhas em agonística.

Deleuze e Guattari (2012) em seus estudos trabalham com a imagem de que - sujeitos, grupos, instituições – somos feitos de linhas, que trabalham imanentemente umas nas outras, de modo que somos produzidos no seu entrecruzamento.

De que linhas falamos? Deleuze e Guattari (ibidem) propõe pensarmos as linhas como sendo de três tipos: linhas de corte, linhas de fissura e linhas de ruptura. Estes três tipos, ainda que distintos no seu funcionamento, não operam separadamente. Ainda que em alguns momentos possamos perceber o traçado de uma linha se sobressaindo às outras, elas sempre estão coexistindo. Podemos pensar que estes são três tipos de movimento que coexistem no traçado dessas linhas de produção da vida.

Podemos acompanhar, na narração da história de Arlequim empreendida por Michel Serres, a um desfile das linhas de homogeneização, de permanência e unidade, e ao mesmo tempo podemos ver os encontros e desencontros destas com linhas que fulguram mestiçagens.

O casaco de Arlequim, que enfim confunde-se com o próprio Arlequim, compõe-se no inacabamento, conjugando trapos, pedaços descombinados, que se vão remendando ao sabor das suas andanças, afetos, dos encontros com fagulhas de diferenciação. Linhas e mais linhas que se vão traçando. Formas e forças num processo de criação interminável.

O processo de criação conjuga formas que se vão firmando e/ou sofrendo variação pela ação das forças. Muitas vezes, porém, uma forma ganha existência e dela se diz eterna, imutável. Naturalizamos alguns modos de viver, alguns modos de agir, e distanciamos assim as formas de seu processo de produção, que se faz sempre em variação.

A plateia que anseia por ouvir extravagâncias, também ela espera que Arlequim, o imperador, possa ser conforme o que anuncia - “*em toda parte é tudo como aqui*” -, e diante das mestiçagens que lhe desenham a superfície, chega a se perguntar se é possível pedir a alguém que arranque a própria pele. Busca-se aí uma unidade, algum contorno que permita dizer “eis o imperador”.

As linhas de corte, ou linhas duras, atuam num plano de organização molar, ou seja, tuam na produção de formas que configuram nossas maneiras de viver, de ser estudante, de ser usuário da saúde, de ser trabalhador, empreendendo contornos que configuram um certo jeito de ser sujeito, contornos onde nos alojamos e referenciamos nossas ações -“ (...) linha em que tudo parece contável e previsto. (...) todo um jogo de territórios bem determinados. Tem-se um porvir, não um devir.” (Deleuze e Guattari, 2012, p.74).

As formas produzidas podem sofrer cristalizações, e assim nos enredamos na ilusão de que os modos como temos nos guiado na vida são próprios de cada um, são naturais e imutáveis. Deste modo, separam-se as formas de seu plano de constituição. As linhas duras portam o perigo das totalizações, e nos solicitam uma manejo cuidadoso, para flexibilizá-las, suspendê-las, desviá-las, “um trabalho que se faz não apenas contra o Estado e os poderes, mas diretamente sobre nós mesmos” (Deleuze e Parnet, 2004, p.166).

Acompanhando a cena que Serres nos apresenta o imperador segue em seu processo de arlequinar de modo que dele não se pode mais dizer “imperador”. “*Arlequim não é imperador, nem mesmo derrisório*”.

Entramos então no terreno das linhas de fissura, ou linhas flexíveis, de segmentação molecular, onde os segmentos são *quanta* de desterritorialização. Essas linhas fissuram o que se encontra estabilizado, estremecem as segmentaridades duras e acenam a abertura que permite ensaiar outras formas de vida, de ser estudante, de ser usuário da saúde, de cuidar, enfim. Se nas linhas duras falamos de um plano de organização, aqui já migramos para um plano de consistência e imanência: traçados tremidos de uma micropolítica. (...) porque as linhas moleculares fazem passar, entre os segmentos, fluxos de desterritorialização que já não pertencem nem a um nem a outro. (...) Se abrirá um regato que repõe tudo em jogo e faz fracassar o plano de organização. (Deleuze e Parnet, 2004, pp. 158-159).

Nas linhas moleculares nos encontramos com os mesmos perigos que se produzem nas linhas duras, porém aqui disseminados, molecularizados. Uma linha flexível pode se precipitar num buraco negro, donde não mais poderá sair, ou pode culminar na produção de segmentos que nada tem de novo, mas que acham nela uma maneira de perdurar e de se migrar para um endurecimento ainda maior. “Deixamos as margens da segmentaridade dura, mas entramos num regime não menos regulado, onde cada um se afunda no seu buraco negro e se torna perigoso nesse buraco, dispondo de uma segurança sobre seu caso, a sua função e a sua missão (...)” (Deleuze e Parnet, 2004, p. 167).

Há ainda as linhas de fuga, aqueles donde emergem as molaridades e molecularidades, linha que explode as outras duas, por não admitir segmentação, mas que é ela mesmo primeira, não por uma questão cronológica, mas por que se faz como o direito ao intempestivo. As linhas de fuga são imprevisíveis, de destinação desconhecida, configuram rupturas irrevogáveis, irremissíveis porque fazem com que o passado tenha deixado de existir. “É sempre numa linha de fuga que se cria, (..) porque é aí que se traça o real, e que se compõe um plano de consistência. Fugir, mas ao fugir, procurar uma arma”. (Deleuze e Parnet, 2004, p.167). A linha de fuga é criação traçando o viver.

Embora traga a potência e alegria de criar, a força de atravessar muros e sair dos buracos negros, ela é passível de “... ricochetear no muro, de recair em um buraco negro, de tomar o caminho da grande regressão e de refazer os segmentos mais duros ao acaso de seus desvios” (Deleuze e Guattari, 2012, p.87). Isso, ao invés de se conectar com outras linhas e aumentar sua potência. A linha de fuga traz assim o perigo da destruição. De modo que muitas vezes vem acompanhada de sentimento de ameaça, desespero, medo.

O medo de perder a segurança da organização molar nos intranquiliza. Mas nos intranquilizam também as durezas que seguem reverberando ao infinito. “Essa história de intensidades é muito delicada: a mais bela intensidade torna-se nociva quando ultrapassa nossas forças nesse momento, é preciso poder suportar, estar em boas condições” (Deleuze e Guattari, 2012, p. 71).

É necessário salientar que as três linhas são dadas simultaneamente, tomadas umas das outras, isto é, tomadas de modo imanente num verdadeiro emaranhado. Estão presentes o tempo todo e não é fácil desenovelá-las.

Ensaiai uma micropolítica pública, como se propõe o título desse capítulo, é seguir o rastro dessas linhas. Fazer uma análise micropolítica é, trazendo as formas constituídas, entrar em sintonia com o plano molecular – plano que constrói sujeito e objeto (Oliveira, 2001).

Ao emprendermos essa discussão podemos nos afastar de um seguimento que objetiva a política de saúde, para pensá-la a partir de suas linhas de feitura: política como “experimentação ativa, porque não se sabe antecipadamente como uma linha vai se desenvolver” (Deleuze e Parnet, 2004, p. 166). Assim, vão se abrindo os caminhos de uma saúde-ético-política.

Afirmar uma micropolítica pública na saúde auxilia também a colocar em análise alguns segmentos cuja produção se faz e desfaz no próprio curso do trabalho de conviver a pesquisa junto aos trabalhadores na Unidade Básica de Saúde de Vila Graúna.

No dispositivo grupal montado em alguns momentos na UBS vivemos um reclamar constante do esvaziamento das reuniões de equipe. Se repetia a reclamação de que os trabalhadores

eram desinteressados, não ligavam para o trabalho e por isso não compareciam às reuniões. Como se o interesse fosse anterior ao próprio processo de se reunir e de discutir. As agentes de saúde, que eram as pessoas mais assíduas nos encontros, todavia, em outros momentos relatavam que “afastar-se” do trabalho era para elas um recurso de saúde, era a possibilidade de continuar sendo agente de saúde, de continuar indo às casas das pessoas, habitar a miséria, a doença, a precariedade.

Não trazemos essa cena para apontar uma contradição, mas para de novo afirmar uma desnaturalização de olhares e posicionamentos que permite um reencaminhamento da discussão ao plano dos processos de trabalho, ao plano da política como experimentação ativa, ao plano da hesitação ética, ao plano da imanência enfim.

Retomando a cena que iniciou esse sub-capítulo, nos encontramos com a fila que ganha o olhar do recepcionista, e depois gera uma discussão na reunião de equipe acerca do modo como se poderia reformular o processo de marcação de consultas, a fim de torná-la menos penosa. Produz-se e se começa a experimentar outro modo de efetuar as marcações: experimentação local, que vai sendo acompanhada e avaliada. A esse movimento se seguiu a apresentação de um projeto de proposta de reformulação da dinâmica de marcação de consulta, que ganhou legitimidade a partir de discussões junto à Gerência de Atenção Básica da Secretária de Saúde, e assim se pode expandir para outras Unidades de Saúde do município.

A fila que acontece para um trabalhador fissa um cotidiano naturalizado, e ao ser discutida faz estremecer um certo modelo, e vai desembocar na produção de um outro modo de efetuar as marcações de consulta, um outro modo que deve ser cuidado para não ser posto a funcionar como dureza imposta, mas que deve ser celebrado como conquista em uma política municipal de saúde, para cuja micropolítica ofertamos o olhar: a rara virtude de não existir por completo, a não ser no momento oportuno. Nisso acenamos a importância de que essas experimentações ativas ganhem consistência, se expandam, encontrem lugar nas costuras de uma política pública de saúde.

Menos que fabricar um modelo, essa experimentação acena para a possibilidade de fabricar modos, atentos ao que no cotidiano se passa, guiando as ações por aquilo mesmo que se

mostra na Política Nacional de Atenção Básica: o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos, e que o cuidado e o imperativo ético-político é que deve balizar as intervenção técnico-científicas (BRASIL, 2012).

A ética, a política, a saúde, se encontram no cuidado em relação às mestiçagens, se encontram na afirmação da porosidade, da abertura. Se encontram na afirmação das lutas cotidianas, se encontram na força de desmontar práticas de assujeitamento, práticas tuteladoras, se encontram no plano da imanência, onde se fortalecem as forças de normatividade, as forças de liberdade em uma micropolítica pública de saúde.

O QUE NÃO TEM GOVERNO NEM NUNCA TERÁ

5- O QUE NÃO TEM GOVERNO NEM NUNCA TERÁ

O que será que será

Que dá dentro da gente e que não devia

Que desacata a gente, que é revelia

Que é feito uma aguardente que não sacia

Que é feito estar doente de uma folia

Que nem dez mandamentos vão conciliar

Nem todos os unguentos vão aliviar

Nem todos os quebrantos, toda alquimia

Que nem todos os santos, será que será

O que não tem descanso, nem nunca terá

O que não tem cansaço, nem nunca terá

O que não tem limite

O que será que me dá

Que me queima por dentro, será que me dá

Que me perturba o sono, será que me dá

Que todos os tremores me vêm agitar

Que todos os ardores me vêm atiçar

Que todos os suores me vêm encharcar

Que todos os meus nervos estão a rogar

Que todos os meus órgãos estão a clamar

E uma aflição medonha me faz implorar

O que não tem vergonha, nem nunca terá

O que não tem governo, nem nunca terá

O que não tem juízo

(Chico Buarque – “O que sera – A Flor da Terra”)

O que será que da dentro da gente, e que não devia, que não é programado, previsto, e que nos leva a sermos convocados por esses acontecimentos os mais cotidianos? Como de repente

cenar vividas em uma unidade de saúde podem se desdobrar o exercício de olhar para o trabalho e de fortalecer uma política pública de saúde afeita às liberdades, à sua abertura?

Conviver uma pesquisa “desacata” a gente, a tal ponto de não mais podermos distinguir as nossas experimentações, desvios, com aquelas da pesquisa, a ponto de nos vermos, tal qual uma política pública, porosos. Exercício que faz brotar a alegria de partilhar a vida, mas também se faz como labor intranquilo, “que nem todos os unguentos vão aliviar”: queima por dentro, perturba o sono.

Iniciamos essa dissertação com a história de Arlequim-pierrot-incandescente para apontar já de início a força da mestiçagem como algo que atravessa: a pesquisa, uma política pública, a saúde, nós mesmos. Por isso a introdução vem num depois, depois de experimentarmos as mestiçagens que nos chegam pelo conviver a pesquisa em uma unidade básica de saúde. A mestiçagem aponta para a dimensão relacional donde tudo emerge: a atenção básica, uma política pública, a produção de saúde e de nós mesmos.

A possibilidade de religar um projeto a um processo de pesquisa, ponto no qual tocamos ao falar do percurso, se apresentou como a possibilidade de insistir, e nisso se apresentou como experiência de produção de saúde, de fortalecimento. E essa foi então uma pista fundamental de como guiar as questões dessa pesquisa.

Afinal, como práticas tuteladoras, de assujeitamento, como o autoritarismo, o medo pode coexistir com a produção de saúde? De que modo e assentada em quais práticas a saúde vem sendo cuidada?

Se nos interessava essa noção de que produzir saúde é nos encaminharmos pelas veredas da liberdade, da potência, do “manter-se de pé”, o que se colocava como fundamental era por em análise as práticas em funcionamento na atenção básica, a fim de fazer a crítica e operar os desvios em relação às práticas que conformam e confinam a saúde a uma função normalizadora que a atravessa historicamente, com diferentes artifícios. Celebrar um saber médico que pode diminuir as mortes por parasitose no Nordeste no Brasil, como aponta Foucault, mas não sem avaliarmos em que medida isso se faz às custas de assujeitamento e controle.

Nesse sentido, colocamos em análise: “o descabido”, cujos vícios é que ganham destaque, privando-o do acesso aos serviços de saúde; a mulher da farta prole e suas “inconsequências” a serem aferidas na unidade básica; as práticas, enfim, que tendem a fazer incidir nas política de saúde toda uma polícia dos corpos, das populações, dos hábitos.

Nessas mesmas cenas, habitando as esquinas que moram em toda prática, podemos, ao colocar em análise o que há de assujeitamento e controle, se aliar ao que há de há de atitude crítica, de insurgência, e que faz luzir uma saúde vivida como normatividade. Acesso a dimensão ética que possibilita olharmos para o modo como nos vinculamos às práticas, como surgimentos sujeitos nelas.

(...)há um otimismo que consiste em dizer: de todo modo, isso não pode ser melhor. Meu otimismo consiste mais em dizer: tantas coisas podem ser mudadas, frágeis como são, ligadas a mais contingências do que necessidades, a mais arbitrariedades do que evidências, mais a contingências históricas complexas mais passageiras do que a constantes antropológicas inevitáveis... você sabe dizer: somos muito mais recentes do que cremos, isto não é maneira de abater sobre nossas costas todo o peso de nossa história, é mais colocar à disposição do trabalho que podemos fazer sobre nós a maior parte possível do que nos é apresentado como inacessível” (FOUCAULT, 2013b, p.358).

Assim, trazemos também: a fartura da prole que a mulher anuncia provocativamente; trazemos os reposicionamentos constantes dos trabalhadores e que os levam a desfazer-se de valores pré-concebidos para afirmar um ética do encontro no trabalho, trazemos uma fila que de repente acontece e comove, e essa comoção vai achar lugar na proposição de outros modos que seguem se produzindo cotidianamente, outro modo que vai buscar seu lugar também na política municipal de saúde institucionalizada, e deve por isso ser cuidado para não ser tomado pelas forças de modelização; trazemos os movimentos das agentes de saúde que caminham junto e o seu exercício de traçar redes locais de saúde, produzidas na conexão que não cessa de se expandir rua-unidade-afeto-esquina-confiança-bairro-projetos...

O que chama atenção é que, não à toa o SUS seja o tempo todo alvo dessa biopolítica. É porque, como política, viva, vivificante, a produção da variação nela se faz a todo tempo. Ela é também o campo da “revolta da vacina”, “da saúde pública”, campo de lutas pela não

privatização da vida, campo da revolta e do canto popular, da luta de trabalhadores, da insistência em não acatar a miséria e a morte como destino ligeiro de muitos brasileiros.

O que vivemos nos ensina que não dá para afirmar uma política pública de saúde, se negando a olhar para o que há nela de tutelador, não dá para esperar que os autoritarismos saiam de cena, que o assujeitamento cesse, que os usos eleitoreiros estanquem, para pensar uma política pública. Atentos a isso que se passa, é que se pode ensaiar vias de desmonte do que se apresenta como fechamento, modelização, tutela, violência, controle. Afirmando uma política pública mestiça, e uma atitude crítica ao fazê-la, intentamos produzir as esquinas éticas necessárias para a ativação de caminhos de liberdade.

Uma crítica não consiste em dizer que as coisas não são bem como são. Ela consiste em ver em que tipos de evidências, de familiaridades, de modos de pensamento adquiridos e não refletidos repousam as práticas que se aceitam. (...) Há sempre um pouco de pensamento, mesmo nas instituições mais bobas, há sempre pensamento, mesmo nos hábitos mudos. A crítica consiste em caçar esse pensamento e ensaiar a mudança: mostrar que as coisas não são tão evidentes quanto cremos, fazer de forma que o que aceitamos como indo de nós não tenha mais de nós. Fazer a crítica é tornar difíceis os gestos mais simples. (...) Então não há um tempo para a crítica e um tempo para a transformação, não há aqueles que tem fazer a crítica e aqueles que têm de transformar, os que estão encerrados em uma radicalidade inacessível e aqueles que são obrigados a fazer as concessões necessárias ao real. De fato, creio que o trabalho de transformação profunda só pode ser feito no espaço aberto e sempre agitado de uma crítica permanente. (FOUCAULT, 2013, pp. 356-357).

Nos vincularmos pelas experimentações ativas de uma política de saúde, a partir das cenas vivenciadas em unidade básica de saúde, auxilia a mapear os desmontes que se acenam necessários para manter sua abertura, sua porosidade, sua dimensão pública, auxilia também a sustentar o que há nela já de conquista a ser celebrada e revigorada - defesa da saúde como direito de todos, a afirmação do vínculo e da confiança como ferramentas de saúde, a afirmação das práticas produzidas atentas às dinamicidades locais, etc...

Trata-se enfim de uma “política pública-luta”, que se insere num campo de forças que não cessa de movimentar. Forças centrípetas que atuam interiorizando, conformando modos, institucionalizando, fechando, e forças centrífugas que não cessam de expandir, conectar, alargar, abrir, as políticas de saúde. Forças centrípetas e centrífugas que conferem movimento à política de saúde, ao SUS, forças que coexistem num regime diferencial, mantendo assim o seu movimento.

As experimentações ativas possibilitadas pela pesquisa e pelo acesso as experimentações dos trabalhadores e usuários de uma unidade básica de saúde em Cariacica, insinuam que a luta não é por outra política de saúde que virá, mas pelos enfrentamentos que precisam ser feitos nessa que vivemos. A atitude crítica, a hesitação ética, que aliançamos à produção de saúde, é o exercício de afirmar que não se trata de querer outra política de saúde, outro SUS, pois é só nesta política, neste SUS, que podemos ensaiar vivê-lo de outros modos, que podemos nos empenhar em seus outramentos. Ao operar a crítica abrimos mão de um presente ressentido em nome de um futuro que virá.

Assim, percorremos uma série de produções que tem se colocado como desafios que atentam contra a afirmação da dimensão pública das políticas de saúde: os constantes movimentos de privatização, que levam a pensar a saúde como mercadoria e como responsabilidade de cada um; as terceirizações e a precarização dos contratos de trabalho, que se mostra gritante em Cariacica; as concepções preconceituosas que fazem vigorar a saúde como benefício a ser ofertado aqueles que se considera caber numa certa normalidade –a figura do cidadão de bem-; o desmonte dos trabalhos de equipe, por meio da alta rotatividade de profissionais e do não fomento dos espaços coletivos de discussão; a entrega dos hospitais universitários à serviços terceirizados, dentre outras tantas.

Nesse sentido, é que trazemos a carta-retalho de um Fórum Municipal em Defesa da Saúde Pública. Seu lema “a nossa luta é todo dia, nossa saúde não é mercadoria”, congrega diversas questões que se colocam na atualidade, quando o que se intenta é afirmar as lutas necessárias para a efetivação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde em sua dimensão pública.

Não se trata de levantar bandeiras prontas, mas de produzi-las, de seguir as pistas dos retalhos que as compõe. E ainda, não se trata de levantar bandeiras - “mais saúde!”, “mais hospitais!”-, se não pudermos também nos perguntar: “saúde como?”, “política de saúde como?” A questão seria: como temos vivido esses espaços? Como os temos ocupado? Que práticas têm sido privilegiadas? Quais práticas urgem serem repensadas? Que caminhos de liberdade são possíveis?

Essas questões que nos acompanharam ao longo do texto vão, no último capítulo, ser rearranjadas na circularidade política-ética-saúde.

Pública, uma política se faz no paradoxo de permanecer na impermanência, ou seja, de manter-se inacabada, e assim pode se talhar com as mestiçagens que o cotidiano nos serviços oferta, pública pode repensar suas práticas, pode cuidar do que se apresenta naturalizadamente “descabido”. Talha improntidões alimentadas pelas diferenças que os encontros e experimentações portam. Ao experimentar essa abertura nos enveredamos nas suas costuras micropolíticas. Nesse sentido, publicizar é já produção de saúde, é já desencaminhar as totalizações, é já refrear os intimismos e assujeitamentos, é alargar os caminhos presentes de autonomia, confiança, vínculo, cuidado, acolhimento, saúde enfim.

Saúde política, porque se localiza no exercício mesmo do que Foucault situa como dimensão política: “Por dimensão política quero dizer uma análise que se relaciona com o que estamos dispostos a aceitar em nosso mundo; a aceitar, a rejeitar, e a mudar, tanto em nós mesmos quanto em nossas circunstâncias” (Foucault, 2011a, p.152).

Ao longo do texto nos preocupamos em afirmar uma peculiaridade nas políticas públicas, que as diferenciaria da atividade política que comumente conferimos com certa exclusividade ao Estado, entendido como figura transcendental. Nesses tempos neoliberais, em que o Estado na forma de seus governos instituídos, tem cada vez mais se desinvestido das políticas sociais, terceirizando, privatizando, onde a máxima “governar o menos possível” e a marca da frugalidade despontam como estratégias do biopoder, há um risco em empreender essa discussão. Há de então se guardar um cuidado aos modos como acolhemos essa questão, pois na tentativa de afirmar a dimensão pública das políticas como algo valioso, podemos incorrer no conformismo em relação à fragilidade e à alguns absurdos levados a cabo pelos governos formalmente instituídos (secretarias, prefeituras, etc.). Sempre lembrar então, que não se trata de uma discussão políticas públicas X políticas de governo instituídas.

Não falamos de dois modos excludentes de pensar/fazer política, mesmo porque o que esperamos é que a dimensão pública das lutas cotidianas, das experimentações, siga alimentando e colocando em questão a produção das políticas levadas a cabo pelos governos instituídos. Afirmamos, então, no registro público a singularidade de sua porosidade, a sua força de atravessar os segmentos mais duros fazendo-os estilhaçar, produzindo brechas e descontinuidades, desfiando desmontagem às formas nas quais nos aferramos e que não mais auxiliam a viver.

Nessa pesquisa, que emerge com as experimentações na Unidade de Saúde de Vila Graúna, nos alegram as conversas possíveis, a produção coletiva de estratégias para fazer frente ao intolerável, o fortalecimento dos espaços coletivos de discussão, as reuniões de equipe que se tornaram mais frequentes e consistentes, a experimentação crítica da política de atenção básica co-produzida ali, o fortalecimento de sua dimensão pública. Nos interessam os movimentos que seguem provocando e avivando o que há de ingovernável: a saúde como liberdade. O esforço renovado em se exercitar e potencializar a saúde em nós como atitude crítica, que pergunta, participa e permite aos sujeitos tomarem posse de seus caminhos de trabalho e vida. Saúde-liberdade que, paradoxalmente, compõe a governamentalidade como direção ética, e ao mesmo tempo segue provocando suas lógicas, instigando o que não tem governo nem nunca terá.

O que será que será

*Que andam suspirando pelas alcovas
 Que andam sussurrando em versos e trovas
 Que andam combinando no breu das tocas
 Que anda nas cabeças, anda nas bocas
 Que andam acendendo velas nos becos
 Que estão falando alto pelos botecos
 Que gritam nos mercados, que com certeza
 Está na natureza, será que será
 O que não tem certeza, nem nunca terá
 O que não tem conserto, nem nunca terá
 O que não tem tamanho*

O que será que será

*Que vive nas ideias desses amantes
 Que cantam os poetas mais delirantes
 Que juram os profetas embriagados
 Que está na romaria dos mutilados
 Que está na fantasia dos infelizes*

*Que está no dia a dia das meretrizes
No plano dos bandidos, dos desvalidos
Em todos os sentidos, será que será
O que não tem decência, nem nunca terá
O que não tem censura, nem nunca terá
O que não faz sentido*

*O que será que será
Que todos os avisos não vão evitar
Porque todos os risos vão desafiar
Porque todos os sinos irão repicar
Porque todos os hinos irão consagrar
E todos os meninos vão desembestar
E todos os destinos irão se encontrar
E mesmo o Padre Eterno que nunca foi lá
Olhando aquele inferno, vai abençoar
O que não tem governo, nem nunca terá
O que não tem vergonha, nem nunca terá
O que não tem juízo*

(Chico Buarque – “O que sera – A Flor da Pele”)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. O Apoio Institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva online**, 2009.

BERNARDES, A. G. Cartografia de práticas de cuidado. Em: **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte , v.24, n.3, 2012.

BOTELHO, I. C.; CESAR, J. M.; PIMENTEL, E.H.C. A experiência de construção de um fórum de trabalhadores da educação na ampliação do debate entre saúde e trabalho. **VII Encontro Brasileiro da Rede Estrado-Trabalho Docente e Políticas de Responsabilização**, 2014. (Trabalho ainda não disponibilizado online)

BRASIL. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM** - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde: 2006..

BRITO, J. M.; BARROS, M. E. B. Tecendo pesquisas e políticas públicas: a saúde do professor, o território e a narrativa na educação. **Comunicações ANPAE**, 2014. Disponível em: <http://www.anpae.org.br/simposio26>. Acesso em 05/06/2014.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Em **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, suppl., p.1865-1874, 2007.

CANDIOTTO, C. Ética e política em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 33, n. 2, 2010

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARDOSO JR, H. R. Acontecimento e história: pensamento de Deleuze e problemas epistemológicos das ciências humanas. **Trans/Form/Ação**, Marília , v.28, n.2, 2005.

CARIACICA. **Agenda Cariacica 2010-2030**: Planejamento Sustentável da Cidade / Área:

Gestão Pública Municipal: diagnóstico e construção e cenário. Cariacica, 2012.

CARVALHO, J. M. **Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi.** São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CÉSAR, J. M. **O que se passa nos processos formativos? O labor de um *ethos* na produção de si.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

COIMBRA, C. **Atenção básica na assistência social: entre miséria necessária, artes de governar e redes de solidariedade.** Dissertação. Programa e Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2010.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 5. Tradução: Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 2008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 3. Tradução: Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia, Suley Rolnik. São Paulo: Editora 34, 2012.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos.** Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004.

ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: **Estratégia, Poder-Saber: Ditos e escritos IV.** pp.335-351. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento.** Ditos e Escritos II. Org. Manoel Barros de Mota. Trad. Elisa Monteiro. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população:** curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France [1975-1976]. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, M. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina:** Ditos & Escritos VII. Org. Manoel Barros de Mota. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a.

FOUCAULT, M.. Aula de 17/11/1980: Subjetividade e Verdade. In: FOUCAULT, M. **Do Governo dos Vivos: Curso no Collège de France, 1979-1980:** excertos. Org.: Nildo Avelino. Rio de Janeiro: Achiamé, 2011b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Org. Roberto Machado. São Paulo: Graal, 2013a.

FOUCAULT, M. **Repensar a Política:** Ditos & Escritos VI. Org. Manoel Barros de Mota. Trad. Ana Lucia Paranhos Pessoa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013b.

FOUCAULT, M. Qu'est-ce que la critique? Critique et Aufklärung. Bulletin de la Société française de Philosophie, v. 82, n. 2, avr./juin. 1990, p. 35-63. (Conferência proferida em 27 de maio de 1978). **O que é a crítica?** Tradução: Gabriela Lafetá Borges e revisão de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <http://www.filoesco.unb.br/foucault>. Acesso em: 07/06/2014.

FOUCAULT, M. **Filosofia, Diagnóstico do Presente e Verdade.** Ditos & Escritos X. Org. Manoel Barros de Mota. Trad. Abner Chiquieri. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FUGANTI, Luiz. **A Ética Como Potência e a Moral Como Servidão.** São Paulo: 2001, disponível em <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/etica-como-potencia-e-moral-como-servidao>. Acesso em 13/03/2014

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

GROS, F. A propósito da Hermenêutica do Sujeito. Tradutor: Alessandro Francisco. In: **Mnemosine**, vol.8, nº2, p. 316-330, 2012.

GROS, F. Situação do curso. In: FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2010.

HECKERT, A.L.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. Em: **Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização.** Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MENDONÇA FILHO, M. Adeus à política. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 4,

2012 .

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Em: **Cadernos de Saúde Pública**, 9 (2). 1993. p. 177-184.

MORAES, M. O. O Conceito de Rede na Filosofia Mestiça. **Revista Informare**, v.6, n.1, pp.12-20, 2000.

MORAES, M. O.; ARENDT, R. J. J. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social. Em: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.18, n.2, 2013.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. Em: **Interface**, Botucatu , v. 13, supl. 1, 2009.

OLIVEIRA, S. P. Micropolítica do fracasso escolar: uma aliança com o invisível. Tese de Mestrado em Educação. Vitória, UFES, 2001.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. In: **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.8, n.14, 2004.

ROCHA, M.L. Prefácio. In: BARROS, M. E. B. ; OLIVEIRA, S. P. de; ARAGÃO, E. M. A. (Orgs.). **A (re)invenção da escola: desafios contemporâneos para o trabalho do psicólogo**. 1. ed. Vitória: Instituto de Ensino Saberes/FACITEC, 2007.

RODRIGUES, 2012. Notas da aula de 17 de fevereiro do livro *Hermenêutica do Sujeito de Michel Foucault*, 2012. (não publicado)

ROSA, J. G. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: ed. Nova Fronteira, 2006.

SERRES, M. As Ciências. In: Le Goff, J. & Nora, P. **História: Novas Abordagens**. Rio de Janeiro, F. Alves, pp.160-179, 1988.

SERRES, M. **Filosofia mestiça**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

VEYNE, P. **Como se escreve a história**: Foucault revoluciona a história. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1992. pp. 151-181.