



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O PROCESSO DE TRABALHO EM GESTÃO NO ÂMBITO DA MICROPOLÍTICA
Uma narrativa de trilhas e seus desafios em terrenos da Saúde

PATRÍCIA DA SILVA MIRANDA MENEZES

RIO DE JANEIRO
2018

PATRÍCIA DA SILVA MIRANDA MENEZES

O PROCESSO DE TRABALHO EM GESTÃO NO ÂMBITO DA MICROPOLÍTICA
Uma narrativa de trilhas e seus desafios em terrenos da Saúde

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial - MEPPSO do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Maria Paula Cerqueira Gomes

RIO DE JANEIRO
2018

Ficha catalográfica

Menezes, Patrícia da Silva Miranda, **O processo de trabalho em gestão no âmbito da micropolítica** - Uma narrativa de trilhas e seus desafios em terrenos da saúde. Patrícia da Silva Miranda Menezes. /Patrícia da Silva Miranda Menezes. -- 2018. 61 f.

Orientador: Maria Paula Cerqueira Gomes. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2018.

1. Gestão. 2. Micropolítica do Cuidado em Saúde. 3. Cartografia.

PATRÍCIA DA SILVA MIRANDA MENEZES

O PROCESSO DE TRABALHO EM GESTÃO NO ÂMBITO DA MICROPOLÍTICA
Uma narrativa de trilhas e seus desafios em terrenos da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Presidente - Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Júlio Sergio Vertzman - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Joana Angélica Macedo Oliveira - Supervisora Clínica-institucional da rede CAPS do Município do Rio de Janeiro

Aprovada em: 20 / 04 / 2018.

À vibrante força de persistência e perseverança na Vida transmitida a mim por meus pais, Isaura e Ayrton, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Força de Criação, que nomeio Deus deste Universo – onde tenho a oportunidade de Viver e de aprender que há caminhos possíveis para todos percorrermos.

A minha amada família, meu pai Ayrton (*In Memoriam*), minha mãe Isaura, meu marido Péricles, minha filha Clarice, minha sogra Linda e minha cachorrinha Lolla Maria, que me recarregam de lembranças e de afetos sempre que preciso, com episódios que vivemos de Amor, Carinho, Tensões, Fé, Risos e Tristezas.

A minha queridíssima orientadora Paula Cerqueira, que acredita, qualifica e renova suas apostas em meu percurso como profissional e como gestora em Saúde Mental, além de, agora, através da função de orientação em meu Mestrado, com toda sua maestria técnica, delicadeza e generosidade de sempre.

À banca de avaliação, Professores Julio Vertzman e Joana Macedo, por terem aceitado estar comigo nesta empreitada delicada e por percorrerem meus escritos de forma respeitosa.

Aos colegas do Mestrado, que renovaram alegremente em mim a existência de tantas multiplicidades de leitura de Mundo. Em especial, a acolhedora Leila e a Doce ‘Anjo do Mestrado’ Leiliana, que em tantos intervalos foram importantes no encorajamento de minha escrita.

A todos os meus amigos-familiares, que produzem fortes marcas em mim do que é ser humano, superando as atribulações da Vida de forma aguerrida, com postura digna, encorajada, firme, respeitosa e implicada na construção do Mundo em que vivemos – em especial, Giza ‘Cerqueirida’, Mauro ‘Brigadeiro’, Monica ‘Chiquita’, Ana ‘Banana’ Simões, Lú Alparone, ‘Tias’ Rose e Linda e Rita ‘Maria’.

A todos os companheiros que estiveram presentes comigo na construção dos serviços de Atenção Diária em que estive à frente, com os quais compartilhei muitas descobertas e pude experienciar fortalecimentos mútuos de afeto e apoio, em especial, Glória Regina, Washington Barros, Ricardo Hoertel, Sônia Teixeira, Sônia Segadas, Aline Carvalho, Bárbara Bruno, Suzane Gattass, Newton Valente, Janete Cohen, Sandra Cosme, Maria Isabel Silva, Mariana Wisneschy e Eni Oliveira.

Aos colegas gestores com os quais tive contato direto em meu percurso e me trouxeram importantes observações acerca da constituição e da execução tão difícil de tal função – em especial, na Saúde Mental, Edmar Oliveira, Anamaria Lambert e Hugo Fagundes, e no campo da Saúde em sua Integralidade, a querida Claudia Nastari.

Aos usuários, familiares e profissionais que tenho encontrado pelo campo das Políticas Públicas em Saúde e da Atenção Psicossocial, inspirada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Desinstitucionalização, que me estimulam a aceitar o desafio controverso do trabalho que exerço, colocando minha função de gestora a serviço de ações criativas e transformadoras, sem abrir mão de balizamentos da realidade e de direções de trabalho.

E por aí vou me infiltrando...

No meu caso, não em becos, mas em portas, repartições, setores, reuniões e notas de Diários Oficiais inanimadas e frias.

Sou vento, pois transporto sementes de lugares em lugares que frequento.

Sou água, pois me infiltro amolecendo a terra, o solo, as superfícies para entrada de nutrientes das relações.

Sou fogo, pois aqueço bravamente e ‘brabamente’ as cenas com inquietação e implicação.

Sou terra, pois recebo as pisadas e faço delas marcas para que sejam lembradas todo o tipo de trajetórias já percorridas.

E por aí vou me infiltrando...’

(Patrícia Miranda, março de 2018)

RESUMO

Este estudo apresenta processos relevantes na construção de um potente trabalho na gestão, advindos de discussões micropolíticas em serviços de Saúde Mental e da priorização do Cuidado em Saúde. Tomando-se por orientação os estudos da Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, elege-se o plano molecular das relações, como local em que acontecem os processos de subjetivação em função das relações de poder (FEUERWERKER, 2014). Apresenta-se a gestão sob uma perspectiva democrática, na qual a participação ativa de usuários e trabalhadores é efetivamente identificada nos desdobramentos de suas ações junto à mesma e nas mudanças de percurso e de planejamento das ações desta gestão em direção ao serviço. Tendo como objetivo principal demonstrar a importância da Micropolítica nos processos de trabalho vinculados à gestão, são apresentadas e analisadas, através do método da Cartografia, narrativas da autora sobre a experiência de exercer a função de gestora de um Centro de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro. Tais relatos virão a contribuir para a problematização dos efeitos do trabalho do gestor no lugar da centralidade do cuidado; na indicação de elementos que se destaquem na relação gestor-profissional e afetem a produção dos processos de cuidado VIVO EM ATO em serviços de Saúde Mental; e na indução de discussões no campo de formação de novos gestores.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Gestão. 2. Micropolítica do Cuidado em Saúde. 3. Cartografia

ABSTRACT

This study presents relevant processes in the construction of a mighty work in the management coming from micropolitical discussions in mental health services and the prioritization of health care. Guided by micro-politics of work and health care studies, the molecular plane of relations is chosen as the place where the subjectivation processes take place as a function of power relations (Feuerwerker, 2014); and submit the management from a democratic perspective, where the active involvement of users and workers is effectively identified in the unfolding of their actions close to it, and in the changes of paths and planning of the management actions towards the service. Having as its main objective to demonstrate the importance of micropolitics in work processes associated with managing, the author's narratives about the experience of act as a manager at the Psychosocial Attention Center of the Municipality of Rio de Janeiro are presented and analyzed through the Cartography method. Such reports will contribute to the problematization of the effects of the manager works as a centered-care, in the indication of elements that stand out in the professional -manager relationship and affect the production of the take care processes of "VIVO EM ATO" in mental health services, and the inducement of discussions in the training area of new managers.

Keywords: 1. Management 2. Micropolitics in healthcare 3. Cartography

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| APs | Áreas de Planejamento |
| CAP | Coordenação de Área de Planejamento |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CAPSad | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas |
| CIAC | Centro Intermediário de Atenção à crise |
| CODS | Conselho Distrital de Saúde |
| CPPII | Centro Psiquiátrico Pedro II |
| CSM | Coordenação de Saúde Mental |
| EEPS | Espaço de Educação Permanente em Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IMNS | Instituto Municipal Nise da Silveira |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| PES | Planejamento Estratégico em Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção em Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SRT | Serviço Residencial Terapêutico |
| SSM | Superintendência de Saúde Mental |
| SUBHUE | Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência |
| SUBPAV | Subsecretaria de Promoção à Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TEIAS | Território Integrado de Atenção à Saúde |
| TGA | Teoria Geral da Administração |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| CAPÍTULO I. 'GESTANDO' SERVIÇOS EM SAÚDE – LEITURAS E SIGNIFICADOS CONSTITUINTES DO EXERCÍCIO DA GESTÃO | 14 |
| CAPÍTULO II. ENVEREDANDO NA PRODUÇÃO DA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE | 21 |
| CAPÍTULO III. PERCORRENDO TRILHAS | 27 |
| 3.1 METODOLOGIA, CENÁRIO, OBJETIVOS | 27 |
| 3.1.1 PRIMEIRA TRILHA: Avançando sobre uma montanha de erosão em um Hospital-Dia – O que tenho a dizer sobre isso?..... | 34 |
| 3.1.2 SEGUNDA TRILHA: Atravessando o terreno de depressão relativa em um Centro de Atenção Psicossocial – O que tenho a dizer sobre isso? | 43 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 53 |
| REFERÊNCIAS..... | 55 |
| SITES | 57 |
| ANEXO 1. TERMO DE CONFIABILIDADE E SEGURANÇA | 59 |

INTRODUÇÃO

Um estágio recheado de acadêmicos foi o campo em que comecei na Saúde. Circulávamos em um setor de um dos grandes hospitais psiquiátricos da rede federal no município do Rio de Janeiro. A receptividade e a expectativa quanto à presença de todos nós era grande! Nossas observações, acerca do trabalho ali dentro, modificavam a organização daquele pequeno setor. E, isso, era mágico pra mim! Tão mágico que resolvi voltar àquela mesma instituição hospitalar para minha primeira Pós-Graduação tempos depois.

Retornei quatro anos depois da experiência que havia tido como acadêmica de graduação. Meu contexto era outro, e o do grande hospital também. Estava muito feliz apenas com todo o conteúdo aprendido para a prova do processo seletivo que fiz na Residência e minhas expectativas quanto à potência de produção de novos contextos para a Saúde Mental – inspiradas na memória de meu estágio – irradiavam energias para dar e vender! A alegria da diversidade viva me encantou durante os dois anos de Residência em Saúde Mental. Passei a fazer parte desta bandeira – eu era um impresso nela e ela, em mim.

A compreensão da vitalidade que um trabalho de território poderia trazer ao campo da Saúde Mental fez com que minha perspectiva referente à direção de trabalho, se modificasse. Autorizada pela experiência do estágio – de modificações a partir da participação ativa dos acadêmicos naquele campo – comecei a pôr em prática uma clínica referendada mais intensamente pelos temas da Desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica. Essa clínica, acompanhada e aprendida junto à equipe técnica, fez expandir meu território ao campo das relações de trabalho, da produção do trabalho e dos processos de trabalho em Saúde Mental. Então, identifiquei algo que voltou minha atenção sobre como e a partir de quê as pessoas construía seu trabalho... Era uma pista, que passou a me encantar imensamente, a me fazer investir e permanecer onde estou hoje.

Anos depois, lá estava eu de volta àquele hospício pela terceira vez! Na ocasião, a proposta nova para aquele setor era propulsora de uma modificação que atingiria as bases de seu projeto original de Centro Intermediário de Atenção à Crise (CIAC)¹ – posteriormente reconhecido como Hospital-Dia Casa d’Engenho.

O Instituto Municipal Nise da Silveira mantinha o movimento de reformulação iniciado nos idos do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). Os projetos internos do CPPII – elaborados, discutidos, aprovados e executados pelos servidores federais – trouxeram

¹ Criado como estratégia de acolhimento à crise de pacientes de primeiro surto ou que tivessem início recente do quadro, sem ingresso no circuito de internações.

exercícios e experimentações na clínica e na política capazes de fornecer bases, as quais vieram amparar o tema da Atenção Psicossocial.

Se, por um lado, todo esforço proposto na transformação acontecida no antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, na década de 1980, é responsável por um grande avanço na assistência prestada aos pacientes, por outro lado, a ausência de uma rede de saúde mental na cidade e o isolamento do cuidado com a saúde dentro dos muros dos grandes manicômios não permitiram que acontecesse um processo de desinstitucionalização. (OLIVEIRA, 2007, p.25).

A municipalização do CPPII, em 1999, trouxe a agenda da desinstitucionalização àquele hospício – que passou a chamar-se Instituto Municipal Nise da Silveira, a partir do Decreto n. 18.917 (OLIVEIRA, 2007, p.18). Em seu Projeto de Desinstitucionalização, pretendia levar os recursos, ainda concentrados em si, ao espaço da cidade.

Os serviços instalados no Instituto são convocados a se dirigir a esta mesma proposta, acolhendo a Desinstitucionalização com suas 'estratégias de enfrentamento do manicômio, a criação no território de serviços assistenciais, deslocando a ênfase no hospital e a posição segundo a qual seria necessário começar do interior do manicômio, criar as condições de sua desmontagem' (Barros, 1990, p.101). (MENEZES, 2006, p.02).

Como novo mandato do Hospital-Dia Casa d'Engenho estava sua transformação em um Centro de Atenção Psicossocial, e a responsabilidade em assumir a atenção em Saúde Mental para parte dos moradores do território da Área de Planejamento onde estava localizado. As medidas iniciais para a realização da tarefa contemplaram direcionar para o serviço os pacientes que residissem nos bairros que seriam de sua referência. Logo depois, substituiu-se a Coordenação do serviço e dois profissionais foram agregados à nova Coordenação como suporte para iniciar e subsidiar as discussões para mudanças de fato – eu era um deles. Sob o comando da nova Coordenação, muitos temas prioritários na Atenção Psicossocial e Desinstitucionalização passaram a ser trazidos à discussão com os técnicos no cotidiano do trabalho.

Em 2004, as reuniões de equipe passaram a contar com um Supervisor Clínico-Institucional. Ainda nesse ano, essa mesma Coordenação anunciou que não desejava mais estar à frente do serviço. A equipe foi surpreendida com a possibilidade de indicar um novo nome para coordená-lo. No espaço da Supervisão, pudemos dizer sobre nossas impressões acerca do que desejávamos de uma nova Coordenação. Neste contexto, foi sugerido por aquelas pessoas que eu assumisse tal Coordenação. Teria eu capacidade de levar à prática, como nova Coordenação, as direções de trabalho que se apresentavam de forma a fazer coabitar nelas os pedidos feitos por aquele grupo de profissionais? Foi esta a aposta que fiz

como gestora. Fui nomeada pela Direção do Instituto como Coordenadora do Hospital-Dia Casa d'Engenho em dezembro de 2005.

Com o tempo e a relação no trabalho, outros pedidos foram surgindo da equipe. De forma geral, retrato as demandas a seguir: consideração a suas percepções sobre o mundo; acesso à história como elemento fundante do trabalho; reconhecimento de potenciais e de limites pessoais; valorização dos registros de trabalho; respeito às discordâncias, ainda que se mantivessem orientações ao novo trabalho; escuta e respeito no acolhimento de novos profissionais; acolhimento do não saber a respeito de novas práticas; apoio 'em trabalho' e acolhimento às inseguranças de novas práticas dirigidas ao tratamento dos pacientes e familiares; investimento no conhecimento de novas tecnologias de cuidado em saúde; apoio para a organização do cotidiano individual de trabalho... Volta e meia, a equipe reafirmava a necessária escuta de todos os envolvidos sobre as mudanças acontecidas, bem como às vindouras no serviço.

Perguntas acerca da infraestrutura de um CAPS, quando este fosse implementado fora do hospital (alimentação, medicação, equipe de profissionais, formas de atendimento, possível localização da nova sede, registros de atendimento etc.) eram pautas assertivas. O conhecimento da máquina administrativa da Prefeitura do Rio de Janeiro surgiu como essencial para que eu soubesse melhor como me guiar através do percurso que teríamos que fazer. Fiz a demanda sobre um curso a gestores e ela foi atendida; o programa desse curso incluiu temas como Sistema Único de Saúde (SUS) e rede de serviços de saúde do Município. Mesmo que os temas fossem relevantes, como a operacionalização administrativa da Prefeitura, e se atendiam algumas das preocupações trazidas pelos usuários, familiares e técnicos, ainda não estavam elucidados para mim.

Hoje, analiso que toda a implicação vivida por mim, à época, como ex-estagiária e ex-Residente do grande hospital federal – a respeito do qual refletia, projetava e operacionalizava, por mim mesma, mudanças em sua estrutura assistencial – assim como todo o momento que vivíamos na história da Reforma Psiquiátrica me fizeram não insistir em perguntar. Meu envolvimento e animação me dominaram. Tomada pela animação diante da tarefa já iniciada, superestimei os propósitos éticos e técnicos da Reforma Psiquiátrica como motes suficientes para obter resultados diante de realidades da administração pública. Assim, segui adiante.

Só acontecimentos vindouros me fariam 'voltar a mim', me discernir e diferenciar do que havia de normativo naquele projeto, e seguir pelos 'entrecaminhos', pelas relações com aqueles que, como eu, eram também gestores do trabalho em saúde: os profissionais de uma equipe. Toda a tessitura que experimentei nos encontros com as pessoas no cotidiano, parecia

ir sustentando afecções na direção de consequências às mesmas, retratando alteridades que me produziam desejo e nos faziam produzir mais trabalho na direção de um cuidado potente em saúde mental.

Neste trabalho, convido os leitores ao compartilhamento da análise de uma experiência de gestão, a qual defino como campo de investigação e análise, relatos de experiência e elementos que pude recolher de tais passagens, de movimentos meus na gestão e de efeitos na micropolítica do cuidado em saúde.²

Como suporte a este percurso descreverei no Capítulo 1 os marcadores teóricos utilizados acerca do que defino como gestão ou como produzir a ‘gestação de ações em saúde’, e de que forma as relações institucionais a constituem e afetam.

No Capítulo 2, tratarei do tema Micropolítica em saúde, fundamentos envolvidos e repercussão nas relações dentro de serviços de saúde e na produção do cuidado.

Apresento, no Capítulo 3, dois Relatos de Experiência de momentos diferentes como gestora. Utilizando a metodologia da Cartografia e me mantendo imersa no território da gestão, ressalto pontos nevrálgicos das vivências que tive, os agenciamentos múltiplos a partir deles e os efeitos das relações institucionais na ‘gestação de ações em saúde’ no âmbito da Micropolítica.

Como Conclusão, retomo o referencial teórico apresentado nos capítulos, evidenciando os componentes encontrados na análise do material apresentado para novas discussões na formação de gestores.

² Dedicarei o Capítulo 2 à definição do termo e dos elementos que o compõem no campo da Saúde.

CAPÍTULO I. ‘GESTANDO’ SERVIÇOS EM SAÚDE – LEITURAS E SIGNIFICADOS CONSTITUINTES DO EXERCÍCIO DA GESTÃO

A Lei 10.216, decretada e sancionada pela Presidência da República, completará o décimo quinto ano em breve. Em sua disposição, delibera sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ao longo deste tempo, a expansão de serviços territoriais e estratégicos para a Política de Saúde Mental proposta – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – têm se estendido por todo o território nacional.

Partindo do lugar reconhecido e fundamental que os CAPS possuem em uma das Redes de Atenção à Saúde – a Rede de Atenção Psicossocial – refletir quanto a suas práticas indica elementos favoráveis à discussão acerca do Cuidar em Saúde Mental. Delgado (2007, p.137) contribui para essa construção quando diz que “o CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde”.

Deixar-nos atingir pela experiência de estar na gestão de um CAPS foi o caminho escolhido para revelar o propósito deste trabalho, bem como expor os pontos de entrecruzamento que vieram a favorecer a nossa reflexão não sobre o que é ser gestor, mas a respeito de como se dá a ‘gestação de ações em saúde’, implicadas em dar consequências a novas normativas de vida dos sujeitos e a seus modos de ‘andar a vida’. Desta forma, sustentamos que conhecer a posição dos sujeitos em seus trabalhos significa saber além das metodologias de trabalho que orientaram um percurso formador. Saber a respeito da posição dos sujeitos em seus trabalhos significa encontrar com eles no que os afligem, no que os agenciam como sujeitos a significados valorativos.

Identificamos que este viés proposto para a construção de processos de gestão se diferencia das abordagens em que, tradicionalmente, se esperava que a ordenação de um planejamento determinístico e prescritivo indicasse maior efetividade nas ações organizacionais; e se desconsideravam tanto as mudanças ambientais quanto as características intrínsecas das relações humanas – como resistências e conflitos, a serem componentes com potencial influência na produção do mundo do trabalho (AZEVEDO, 1992).

A redução dos trabalhadores à condição de máquina programável, segundo o interesse da direção das organizações, é uma das características que estão presentes na clássica abordagem de Administração Científica de Frederick Taylor. Apresentando uma discussão crítica sobre o livro de Taylor, “Princípios de administração científica”, Campos (2015, p.23) chama a atenção para o estilo de governar que afirma a disciplina e o controle como bases

centrais da gestão – tal eixo conformador do taylorismo é denominado Racionalidade Gerencial Hegemônica. Neste, os processos de trabalho se organizam de forma vertical, havendo uma tácita diferença de poder entre planejadores/gestores e executores/trabalhadores. Imagina-se que a visualização de tais processos somente se tornaria possível na condição de existir um núcleo duro de poder concentrado. “Em outras palavras, o método de governo e a estrutura organizacional taylorista procuraram ‘produzir’ subjetividade diferente conforme se trate de trabalhadores ou dirigentes.” (CAMPOS, 2015, p.26).

Influenciada em sua concepção pelo taylorismo, a Teoria Geral da Administração (TGA) desloca a discussão dos fins para os meios das instituições. Nesta teoria, a Racionalidade Gerencial Hegemônica, que destaca o controle objetivo do trabalho e a eficiência, reafirma o predomínio do controle dos sujeitos e sua adaptação à organização (CAMPOS, 2015).

Ao contrário do que se pensou durante tanto tempo, modernizar estruturas organizacionais não aproxima a articulação entre planejamento e governo, tendo em vista que os efeitos da modernização nos sujeitos em trabalho, na maior parte das vezes, podem ser pouco acompanhados/recolhidos por quem planeja e/ou governa.

Proposições no campo de Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil foram se desenvolvendo, ao ponto de haver abertura para a análise e a reconstrução de sentido dos espaços de trabalho, em que os sujeitos neles envolvidos venham a poder estabelecer suas atuações na construção compartilhada de tais espaços.

Nos idos da década de 1950, a teoria que muito influenciava o crescimento em diversos campos de conhecimento era o racionalismo científico, inclusive no Planejamento em Saúde em toda a América Latina. O Planejamento, como prática instrumental que visava ao desenvolvimento econômico, era o desejável para o Estado. “A saúde da população passou a ser considerada um fator de produtividade, e os recursos de saúde, a serem tratados do ponto de vista dos modelos de custo-benefício.” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.47).

O Planejamento Normativo e sua racionalidade sofreram críticas importantes – como, por exemplo, o excessivo realce na alocação de recursos econômicos e a cisão entre técnico e político (TESTA, 1993 apud ONOCKO CAMPOS, 2003, p.47); mas também foi reconhecido pela busca declarada da necessidade de promover mudanças nas condições de saúde e de impacto nos indicadores de saúde da população (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.48).

Na década de 1970, o caráter político do Planejamento passou a evidenciar-se.

Governos militares haviam surgido em muitos países, a ilusão do desenvolvimento desmanchava-se no ar. Os formuladores refugiavam-se em núcleos de pesquisa ou em entidades internacionais. Nunca deve ter ficado tão clara para eles a necessidade de uma estratégia política, e as elaborações

teóricas começaram a se debruçar sobre os problemas do planejamento para além da questão técnica. É consenso entre vários autores que aí se inicia a constituição de um novo campo: o do Planejamento Estratégico. (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.48).

No Brasil, Carlos Matus e Mario Testa foram autores latino-americanos de grande influência. Suas obras foram difundidas e utilizadas por diversos autores do campo da Gestão e Planejamento em Saúde – muitos deles citados nesta Dissertação, em especial, Emerson Merhy.³ Segundo Onocko Campos (2003), ambos:

[...] influenciaram o movimento sanitário brasileiro, mas consideramos que a difusão do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus foi bem mais hegemônica (Cecílio, 1997; Rivera, 1992, 1995, 1996; Teixeira, 1995; Paim, 1992; Artmann et al., 1997) (ONOCKO CAMPOS, 2003, p. 49).

O PES tornou-se marcante na formação de uma geração de gestores no campo da Saúde.

O PES foi ‘o’ método de planejamento mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira. Simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral, o método foi introduzido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, nos vários núcleos de Planejamento e Gestão que começaram a se espalhar pelo país na década de 1980. (ONOCKO CAMPOS, 2005, p. 50)

Carlos Matus considera a realidade mutável, sendo necessário que ações de planejamento se voltem para o presente e se reflita sobre as previsões de possibilidade para que se projetem. “Como a realidade muda constantemente, é preciso que o planejamento seja a mediação entre o conhecimento e a ação, sendo assim continuamente construído.” (AZEVEDO, 1992, p.130). E, considerando que quaisquer contextos organizacionais estão afeitos a mudanças constantes, devemos levar em conta que “as organizações são percebidas como arenas permanentes de negociação e conflitos” (AZEVEDO, 1992, p.129).

Para a arena de discussão da gestão, o planejamento situacional de Carlos Matus traz as relações de poder existentes entre os sujeitos envolvidos no trabalho, por onde atravessa todo o efeito proposto de direções de trabalho de quem está identificado no lugar de gerente de tal processo. Uma perspectiva normativa de gerenciamento descarta que tais sujeitos envolvidos no trabalho possuem interesses intrínsecos a sua história, as quais influenciam a leitura sobre a realidade, atribuem valores e criam disputas quanto à direção de trabalho. “Torna-se imprescindível considerar, além dos recursos econômicos, os recursos de poder existentes para criar viabilidade aos processos de mudança.” (AZEVEDO, 1992, p.130).

³ Cujas obras abordaremos neste capítulo e, continuamente, no Capítulo 3.

Em estudos a respeito do planejamento estratégico surgem quatro linhas diferentes, que foram desenvolvidas a partir da produção de teorias e métodos do PES, apresentando enfoques predominantes:

1. O resgate da potencialidade comunicativa do Planejamento Estratégico, empreendido por autores da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, especialmente Javier Uribe Rivera e Edmundo Gallo.
2. A ênfase no subsídio do Planejamento Estratégico para a gestão democrática, que caracteriza os trabalhos de, entre outros, Emerson Merhy e Gastão Campos, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.
3. O aprimoramento de uma técnica de planejamento, de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.
4. O esclarecimento do Planejamento em relação às teorias da complexidade em voga, empreendido destacadamente por Adolfo Chorny, da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.73)

No presente trabalho, a ênfase será no subsídio do Planejamento Estratégico para a gestão democrática. Sendo assim, como Campos (2000 apud ONOCKO CAMPOS, 2003, p.30), podemos dizer que nos interessam tanto a defesa da vida e a eficácia, quanto a promoção de outra forma de subjetivação grupal, que permita a realização dos trabalhadores.

Este apelo à dupla finalidade é primordial, pois abre a possibilidade de trabalhar com ênfase nos fins, sem cair na manipulação dos sujeitos. Contudo, ao mesmo tempo, põe novos desafios para a competência técnica da intervenção nos meios, pois não nos bastaria, como planejadores, aprender a operar nos meios visando somente a produção de bens ou serviços. Assim sendo, destaca-se para nós o desafio de capacitar-nos (também tecnicamente) para lidar com grupos humanos. (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.30)

Campos; Cunha; Figueiredo (2013) nos dizem que:

[...] as relações humanas, tendo em vista a complexidade de sua gênese e a variabilidade de seus efeitos, demandam sistemas de cogoverno em que os agentes julguem e decidam sobre projetos e intervenções tanto com base na experiência prévia, em tradições, normas ou leis, quando tendo em vista o contexto singular de cada caso. Um modo de compreender e agir fundado na Práxis. (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p.11).

Com esta finalidade, discutir o campo do trabalho, seus paradoxos e desafios com os sujeitos que o compõem, torna-se imprescindível e indicado para a viabilização de práticas e a construção/reconstrução de instituições e organizações. A proposta traz a possibilidade de passar os sujeitos de um trabalho à posição de atores, com papel ativo na produção de realidades em construção. Ainda em Campos; Cunha; Figueiredo (2013),

[...] o cogoverno (cogestão) implica capacidade de compreender essa rede intrincada de leis, valores, interesses, normas, e de lidar com isto compondo interesses e valores singulares com outras perspectivas do coletivo. (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p.14).

No campo do trabalho, a Práxis será fonte vital de pistas acerca do que, coletivamente, interessa aos sujeitos tratar em dado momento acerca do tema central do próprio trabalho proposto no contorno institucional e organizacional em que estão inseridos. Sendo assim, nada mais cabível do que discutir os arranjos de trabalho em saúde estabelecidos entre os atores que promovem a assistência nos serviços. Aqui, elevamos estes arranjos ao status de processos de trabalho em equipe.

Não tem sido muito estranho, para os que estão nas mais diferentes frentes de lutas e ações na defesa de um sistema de saúde para todos universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania – que um dos temas mais tratados e problemáticos na organização deste, vem sendo o modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva. (MERHY, 1997, p.2).⁴

Antes de prosseguirmos, considerando como influências pertinentes para a compreensão de grupos e instituições do mundo do trabalho, portanto, do interesse deste estudo, citamos que:

[...] os sistemas sociais se organizam em três dinâmicas articuladas. São elas: 1) Uma de caráter ideológico ou cultural: expressa-se de várias maneiras e tende a cristalizar-se de forma normativa e legal. Funciona como tradição ou como mudança ensejada por movimentos de resistência ao status quo. Rede de leis e valores que compõem determinada sociedade historicamente; 2) Uma de expressão a partir de componentes estruturais e organizacionais concretos: o Estado, o mercado, partidos, organizações religiosas, etc.; 3) Uma composta de atores sociais de dois agrupamentos básicos: trabalhadores e funcionários, e empresários e governantes. (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p.14).

Para finalizarmos o exposto: “Estes lugares e papéis sociais distintos tendem a produzir interesses, formas de pensamento e de ação marcada pela existência concreta de cada pessoa e de cada equipamento” (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p.14).

O método Paideia apresentado por Campos; Cunha; Figueiredo (2013) propõe a construção de intervenções relacionadas aos contextos vividos, que se utilizem da cogestão como ferramenta, da prática reflexiva como estratégia e da formação de pessoas capazes de viver em democracia com o objetivo de constituição para instituições democráticas. No desenrolar deste método, a reflexão envolve a identificação e o reconhecimento da

⁴ Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores>>.

complexidade da gênese dos fatos sociais, assim como da multiplicidade dos efeitos destes últimos – buscando maior clareza e exame crítico da atuação dos próprios sujeitos no cotidiano.

Referindo-nos, em especial, às relações no campo de trabalho em saúde, observamos que a complexidade de elementos presentes refletem o contorno particular a ser considerado, reconhecido e aprofundado por atores interessados na produção e na análise do que significa a ‘gestação de ações de saúde’ (destaque nosso) – identificada como incluindo a gestão, mas a ser definida, neste trabalho, prioritariamente, por processos de subjetivação.⁵

Concordamos que construir respostas às solicitações no cuidado em saúde exige a ampliação do que identificamos e conceituamos como tecnologias de trabalho. No texto “Processo de Trabalho em Saúde” amplia-se o reconhecimento do que é tecnologia usada no campo industrial – inscrito nas máquinas utilizadas e na habilidade do operário em função de seu conhecimento técnico– para o que é tecnologia usada no campo da saúde, em que o trabalhador é o produtor da saúde na interação com o consumidor-usuário.

Sendo assim, podemos dizer que na saúde, além dos dois tipos de tecnologias já identificados nos processos produtivos, as que estão inscritas nas máquinas e no conhecimento técnico, há uma outra absolutamente fundamental, que é a tecnologia das relações. (BRASIL, 2005, p.71)

Dessa forma, a compreensão de ‘queixas’, ‘problemas’ e demandas trazidas pela população aos profissionais como necessidades de saúde ou não, passa a ser afetada e traduzida em razão dos tipos de recursos utilizados pelos mesmos para a articulação de respostas a esta mesma população. Aqui, consideramos “uma característica fundamental do processo de trabalho em saúde: a de que o trabalhador possui um razoável autogoverno sobre seu processo de trabalho, isto é, ele comanda o modo como vai se dar a assistência.” (BRASIL, 2005, p.74). Ele comanda a articulação de tecnologias a serem utilizadas.

Reconhecer o protagonismo dos atores envolvidos no campo de trabalho em saúde nos identifica a certo modelo de atenção que se pauta pela criação, pelas relações estabelecidas e pela implicação dos sujeitos na produção da própria saúde. Neste, caracterizamos o espaço de trabalho e o lugar da Micropolítica – que vem a ser:

[...] o protagonismo dos trabalhadores e usuários da saúde, nos seus espaços de trabalho e relações, guiado por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e ações na saúde. (BRASIL: 2005, p.74).

É partindo desta afirmação que indicamos o espaço de trabalho em saúde como aquele de construção da gestão do cuidado onde circulam quaisquer trabalhadores deste campo –

⁵ Mudanças no jeito de ser e agir de cada um, disparadas a partir da história e experiências de vida, das relações com grupos e indivíduos. Texto 2: O Processo de Trabalho em Saúde (BRASIL, MS, 2005, p.75).

independente de cargos gerenciais, além de imbricado de subjetividade e de autoria dos sujeitos circulantes, como local de produção de cuidado em saúde. Ou, melhor dizendo, como local de ‘gestações de ações em saúde’ dirigidas à produção de novos modos de andar a vida.

CAPÍTULO II. ENVEREDANDO NA PRODUÇÃO DA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Precisamos considerar os diversos vieses sobre os quais a produção de um cuidado está se fazendo transparecer para continuar esta discussão. Dizemos isso, pois, ao tomar a gestão como local de onde partimos neste estudo, notamos a consequência que ela acarreta ao mundo do cuidado por trazer efeitos os mais distintos e numerosos ao ato de cuidar. O objetivo a que serve o trabalho do gestor volta-se ao ato de cuidar. Melhor dizendo, este ato é a alma da gestão.

Em se tratando do campo da saúde, tomo em conta o cuidar como “uma dimensão da vida humana. Dimensão que frequentemente se dá no plano da intersubjetividade. Portanto, há sempre várias formas de cuidar, e há vários conhecimentos sobre esse cuidar” (MATTOS, 2006, p.120).

O cuidado que vem sendo proposto como integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considera a complexidade da vida humana e as condições em que está inserida, atentando a seus aspectos psicossociais, históricos e culturais, além das condições socioeconômicas e políticas. Sendo assim, há de se pontuar que as propostas ou intervenções criadas precisarão ter em seu bojo reflexões sobre atravessamentos dos aspectos citados, tanto por parte de quem é cuidado quanto por parte dos cuidadores – profissionais e gestores da saúde.

A discussão travada no SUS sobre gestão e planejamento no campo da saúde vem influenciando nossa formação e evidenciando dilemas, os quais são construídos a partir das relações entre todos os atores presentes no campo do cuidado. Para nós, será possível compreender a qual proposição de cuidado os profissionais e gestores estão submetidos através do interesse relativamente a como os aspectos acima atravessam e provocam efeitos variados na constituição das ações em saúde.

Descobrir o debate a respeito da produção do mundo do cuidado e das práticas diárias de profissionais e gestores a partir da Micropolítica do Trabalho e cuidado em saúde, veio nos contemplar na produção e no exercício de um saber reflexivo acerca do que desejamos ao ofertar nosso trabalho, seja como profissional de um serviço ou na qualidade de gestor do mesmo. Isso se mostra possível, pois a Micropolítica é “entendida como o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder.” (FEUERWERKER, 2014, p.37).

É preciso apontar a existência de autores e de teorias que influenciam a produção de conhecimento e constituem a Linha de Micropolítica de análise dos processos de produção

das práticas de cuidado e de gestão – como, por exemplo, Deleuze, Guattari e Foucault, dentre outros. A partir de um toque de Deleuze, mas sem privilegiar um ou outro pensador, citamos Feuerwerker (2014, p.18), que comenta as influências dos autores citados, destacando que a obra desses pensadores constitui a caixa de ferramentas conceitual. Será esta mesma caixa que virá a estruturar as investigações sobre o cotidiano do cuidado no mundo do trabalho em saúde.

Entendendo que o mundo do trabalho em saúde é carregado de multiplicidades inerentes a seus atores e ao território em que habitam, as discussões trazidas pelos autores influentes, citados acima – sobre os processos de produção do mundo, dos modos de subjetivação, de reinvenção da vida, de pensar e operar relações de poder, produções de saber e fabricação das relações com o outro – reorientam concepções e análises sobre percepções de cotidianos do trabalho (FEUERWERKER, 2014, p.18-9).

Vários são os planos de análise que podem ser abertos nos espaços de cuidado.⁶ Investigar a realidade a partir da centralidade em um ou em outro desses planos, neutraliza a potência inerente à produção do cuidado, uma vez que o mesmo é concebido como um emaranhado de relações de poder – imbuídas de características presentes a partir da complexidade de interesses dos usuários, dos profissionais e dos gestores envolvidos, bem como de afetações provocadas pela organização usual da vida desses sujeitos.

Sem dúvida, a disputa na criação de planos de cuidado está presente nas relações entre todos os citados. Desse modo, é no território e nas relações que as negociações irão acontecer. Isso porque a dimensão cuidadora ocorre no terreno das negociações, onde as tecnologias leves⁷ se fazem presentes. “É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertence ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental.” (FEUERWERKER, 2014, p.62).

Entendemos que tanto a sofisticação quanto a qualificação no cuidado em saúde precisam voltar-se para o momento da criação dos atos de cuidar. Isso, porque os elementos presentes na relação dos sujeitos envolvidos dirigirão a organização e os desdobramentos das ações propostas. Agir na direção desta configuração é o que levará à criação de novos

⁶Feuerwerker (2014, p.19) explicita os conceitos de segmentaridade e de linhas, que veio “a fabricar um certo modo de encarar o mundo e o homem, reconhecendo-os em permanente produção.”

Linhas de segmentaridade dura: os segmentos se configuram binariamente (ex.: homem-mulher, negro-branco, público-privado), com escolhas sucessivas de percepção, mas que se traduzem para além das mesmas. Revelam o molar, o estático, o instituído, os enunciados dominantes.

Linhas de segmentaridade flexíveis: os segmentos constituem devires, fluxos de intensidades, que vão além das grandes oposições molares e deslocam os sujeitos para outro lugar.

Linhas de fuga: Precede as outras e ao mesmo tempo sai delas. É o plano do instituinte, do processo produtivo-desejante.

⁷ Logo, nos próximos parágrafos, apresentaremos este conceito.

produtos, pois estarão mapeados e estabelecidos pelo território de tecnologias não-equipamento (MERHY, 2002, p. 29).

Em seu trabalho, Feuerwerker (2014, p. 42-58) desenvolve uma interessante discussão, iniciando com a produção do cuidado e a conquista da cura e da saúde como expectativas. Ao longo da obra, com base em suas pesquisas, a autora traz o questionamento sobre como o progresso tecnológico tem contribuído, de fato, para contemplar essas expectativas, tendo em mente que a insatisfação dos usuários sobre o sistema e os serviços de saúde permanece. Então, lança o foco na proposição de um cuidado que deveria iluminar efetivamente se as ações em saúde empregadas estariam ampliando ou diminuindo as redes de conexões existenciais dos sujeitos. O protagonismo na produção de projetos terapêuticos e de múltiplas redes de conexão são fatores a contribuir à maior autonomia para andar a vida.

Para avançarmos, é necessário esclarecermos a noção de tecnologia descrita por Merhy, por ser a utilizada neste trabalho:

[...] não a confundo de maneira específica como equipamento e máquinas, já que também incluo como tecnologia certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Desse modo, falo em tecnologias duras, leve-duras e leves. (MERHY, 2002, p. 42).

Seguindo a noção descrita acima, Merhy (1997) apresenta uma classificação quanto aos tipos de tecnologia presentes no campo da saúde, a saber:

- 1) Tecnologia dura – inscrita em máquinas e instrumentos, é programada a priori para produção específica e predeterminada. Ex.: Raios-X, esfigmomanômetro;
- 2) Tecnologia leve-dura – inclui o conhecimento técnico (parte dura) e a forma singular do profissional em aplicá-lo (parte leve); e, por fim,
- 3) Tecnologia leve – se inscreve no campo das relações e se refere ao jeito do profissional, em seu modo de ser, conduzir o cuidado em saúde prestado ao usuário.

A tradução de demandas nas citadas necessidades em saúde exige que os cuidados em saúde sejam o foco da atenção e das práticas das equipes profissionais, passando a ter, como primeiro plano, o encontro e o acolhimento dos usuários que lhes chegam. Posteriormente, seria preciso definir junto com estes últimos, os recursos e outras tecnologias pertinentes às demandas enunciadas. Indicamos este primeiro encontro como marcado pelo uso de Tecnologias leves; seguido de momentos onde a composição entre Tecnologias leves, leve-duras e duras se fará presente (BRASIL, 2005). Ainda nesta referência textual, compreende-se que serão as Tecnologias leves aquelas a expressar o chamado ‘Trabalho Vivo em Ato’ – que confere significado ao trabalho no exato momento de sua atividade produtiva (MERHY, 1997; 2002).

Merhy (2002, p.48), com a afirmação de que “o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente”, dirige nosso olhar ao fato de que todo o cuidado em saúde proposto ou produzido transcorre a partir de relações mediadas pelos territórios subjetivos dos agentes envolvidos. Assim, a subjetividade pode ser definida como:

[...] o modo próprio e específico de ser e estar no mundo, e em relação com os demais. Vale dizer que ela é dinâmica, muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo. Ela é produzida socialmente e nunca está acabada. (BRASIL, 2005, p.75).

Com base nessa definição, estamos aptos a afirmar que o cuidar exige a permanente (re)abertura para reconhecer as constantes produções que os sujeitos fazem de si. Em sua dimensão integral, concordamos que cuidar “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação de abertura para o diálogo.” (MATTOS, 2001, p.61).

No que diz respeito à Saúde Mental, as propostas de trabalho na área vindas da Itália, nos anos de 1960 e 1970, estão na concepção de Rotelli (1990), que comenta a separação artificial entre uma ‘doença’ como objeto fictício e a concretude da ‘existência’:

[...] do mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social’. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a ‘instituição’), todos referidos à ‘doença’. (ROTELLI, 1990, p. 27) (Grifos meus).

Desse modo, as propostas de trabalho circunscreveram a definição e o tratamento a tais sujeitos de forma previamente objetificada.

Sob a via da desinstitucionalização, com base ainda em Rotelli (1990), podemos indicar que o cuidar em saúde mental implica a diferenciação entre trabalhar com diagnósticos em doença mental e trabalhar com histórias de vida, bem como envolve a criação de estratégias que possibilitem aos sujeitos envolvidos no processo de ‘desins’ experimentarem relações capazes de produzir em subjetividade, deslocando-os do lugar de simples ‘objetos’.

Por consequência, a Saúde Mental, ao longo de suas construções históricas, passa a evidenciar um novo objeto, que é peculiar e dinâmico, ao qual se dedica: a ‘existência-sofrimento e sua relação com o corpo social’. Nada isento das relações institucionais em jogo no campo da Saúde a partir de então, e lidar com este último coloca em ‘cheque’ as tradicionais formas de análise advindas de um paradigma racionalista, que oferece respostas técnicas ou de tecnologias predefinidas no cardápio do que se reconhece como cientificidade.

A esse respeito, Mattos (2006) comenta:

[...] um modo de cuidar cientificamente fundado não necessariamente será o melhor modo de contribuir para uma vida decente, e, portanto, não necessariamente o melhor. Se o conhecimento que fundamenta um 'cuidado' for marcado pela imprudência, pela desatenção relativa às suas consequências, pelo silenciamento de outros conhecimentos, dele pode derivar a dor, o sofrimento, a opressão. (MATTOS, 2006, p. 120).

Nesta direção, o autor fala que a relação com a produção de um cuidar é incompatível com a geração de dor, sofrimento ou destruição da vida. Em lugar dessa negatividade, é preciso que se contribua para uma vida decente.

Sob esta perspectiva, as 'apostas' da clínica deverão ter compromisso com os efeitos do cuidar nas experiências entre os sujeitos envolvidos e neles próprios. Assim, deixa-se de lado a preocupação com uma resolução imediata e pontual da situação do paciente e passa-se a acompanhá-lo em suas relações com o meio circundante, tentando compreender quais circunstâncias (familiar, social, profissional etc.) envolvem e produzem seu sofrimento.

Pelo exposto vemos que o lidar com a loucura da maneira proposta pela psiquiatria italiana leva em conta a dinâmica institucional e seus componentes. Modificações possíveis na dinâmica da instituição que está a lidar com a 'existência-sofrimento e sua relação com o corpo social', estão inteiramente correlacionadas à reflexão ou não dos componentes nela presentes sobre a produção de subjetividade que transborda. Os profissionais atuantes nos serviços são, aqui, considerados como elementos absolutamente integrantes deste conjunto e também agentes na busca de reformulações sobre um fazer-saúde.

A partir da leitura acerca da investigação de Bichaff (2006) sobre o trabalho em Centros de Atenção Psicossocial, chamamos a atenção ao risco que corre a produção de cuidado em saúde mental no caso de desvincular o sofrimento dos sujeitos de seu significado social.

O estudo evidenciou a necessidade de revisão dos processos de trabalho da equipe, para possibilitar a construção de novos saberes, instrumentos e práticas, bem como o envolvimento dos trabalhadores enquanto atores sociais da Reforma. (BICHAFF, 2006, p. 06).

A ampliação das relações, das trocas ou dos contratos sociais que os usuários estabelecem com o mundo torna-se uma das estratégias centrais da nova forma de tratar na Saúde Mental. A dependência de relações criadas pelo sistema asilar e restritas exclusivamente a ele buscará ser substituída por um processo cada vez maior de autonomia dos pacientes no sentido que possam estender cada vez mais suas trocas no cenário social (SARACENO, 1996).

Cuidar exigirá dispor-se a produzir experimentações a partir do outro e de si próprio. Comentando sobre processos de repetição e de criação de diferença na vida cotidiana, Merhy;

Feuerwecker; Gomes (2010) traduzem o quê nos interessa acerca deste cuidar e dizem de certas consequências sobre o olhar na clínica:

Na experimentação do corpo vibrátil, a dupla, significante-significado, dá lugar a outras experimentações, desestabilizando conhecidas representações tais como família resistente ao tratamento, paciente crônico, não há nada a ser feito, entre outras. Representações que muitas vezes produzem zonas de conforto e de desresponsabilização sobre a produção do cuidado. (MERHY; FEUERWECKER; GOMES, 2010, p.10).⁸

A exigência de práticas de cuidado que se articulem pela concatenação de possibilidades de arranjos para lidar com a vida e com seus acontecimentos, impasses e sofrimentos advindos é o desejável nessa perspectiva. Os agentes principais na inventividade esperada serão os técnicos. A imprevisibilidade é o componente aliado a este novo mandato dos profissionais.

Sabendo-se que “um dos efeitos em se tornar sujeito é o de ganhar maior capacidade de intervir sobre a realidade, ser protagonista de mudanças sociais, coletivas e individuais” (BRASIL, 2005, p.75), nossa aposta é que uma perspectiva atuante é a via pela qual serão desenhados os espaços de trabalho para a produção de cuidado e de vida.

⁸ Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-21.pdf>>.

CAPÍTULO III. PERCORRENDO TRILHAS

3.1 METODOLOGIA, CENÁRIO, OBJETIVOS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município do Rio de Janeiro tem como gestor técnico principal a Superintendência de Saúde Mental – pertencente à Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ).

A Superintendência estabeleceu seu trabalho para acompanhamento de serviços já implantados e de novas possibilidades de criação e de execução de ações, guiadas pela Política Pública Nacional de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, através da visualização da Cidade em três grandes zonas de abrangência: RAPS Zona Centro-sul, RAPS Zona Norte e RAPS Zona Oeste. Nelas, estão incluídas as dez Áreas de Planejamento (AP) de Saúde da Cidade. Em cada uma delas, há serviços indicados como pontos de cuidado pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Para desenvolver este estudo, seguirei a trilha de minhas memórias e a de registros em cadernos de campo, que redigi como profissional de saúde, marcada pelo lugar de gestora de serviços de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, na Zona Norte da Cidade, em momentos políticos e institucionais diferentes no que se denomina, hoje, RAPS.

Este estudo tem a pesquisa qualitativa como referência:

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p.21).

O interesse descrito por este ensaio pressupõe que as relações entre gestores e profissionais de saúde vão inscrever linhas históricas (produção de subjetividade), as quais indicarão diferentes modelos assistenciais. Isto, porque distintos modelos de atenção à saúde serão evidenciados, a depender de como se combinam os três tipos de tecnologia presentes nas caixas de ferramentas⁹ empregadas por todos os envolvidos na constituição do campo do cuidado (FEUERWERKER, 2014, p.41).

Delgado (2007) contribui com a ideia descrita ao dizer que:

[...] a inoperância em reconhecer e discutir as consequências das afetações do trabalhador e gestor em seus cenários de prática, alimenta possíveis

⁹ O conceito de Caixas de Ferramenta foi definido no Capítulo 2.

processos de alienação destes sujeitos, de suas práticas e de seu campo de atuação como profissionais de saúde, o que envolverá prejuízos prementes na sustentação das diferenças e na constituição de espaços de liberdade capazes de acolher idiosincrasias de sujeitos em sofrimento psíquico, assim como operar o cuidado a partir destas últimas. (DELGADO, 2007, p.150).

Como já citei, o material de análise constitui-se de Relatos da minha Experiência como gestora, em momentos diferentes – advindos dos cadernos de campo que produzi ao longo do tempo. Esses registros me assessoravam na indicação de pontos críticos, emblemáticos, surpreendentes, ou no registro de informações objetivas relacionadas ao trabalho em desenvolvimento.

O referencial teórico-metodológico utilizado será a Cartografia.

No Brasil, esta metodologia vem sendo praticada em pesquisas voltadas para as áreas das ciências da saúde coletiva, sociais e humanas, sobretudo quando os objetos de estudo apontam para análise e acompanhamento de processos e de produção de subjetividade. (SOUZA & FRANCISCO, 2016, p.811).

Tal metodologia foi criada por Gilles Deleuze e Félix Guattari no contexto da Esquizoanálise, em que inconsciente e subjetividade têm seus significados reconstruídos: o primeiro, “compreendido como uma máquina de produção que opera no social, no presente (composições atuais), atravessando sujeitos, seus territórios e suas relações”; o segundo significado passa a deixar de pertencer a um eu para ser polifônico, compondo, assim, devires de aberturas permanentes e sempre em movimento (MARTINES, MACHADO & COLVERO, 2013, p.205).

Nesta proposição, a Cartografia “possibilita o mapeamento de paisagens psicossociais, o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades.” (MARTINES, MACHADO & COLVERO, 2013, p.204)

Para percorrer mapas desta forma, Souza & Francisco (2016, p.812) apontam o uso original atribuído à ideia de rizoma enunciada na obra de Deleuze e Guattari – na qual incluem princípios que lhe são inerentes. Sem seguir um modelo estrutural, com um ponto embrionário específico, o rizoma possui diversas entradas e saídas, sendo reversível, repleto de conectividades e de devires. Por fim, Souza & Francisco (2016) citam as características principais do rizoma, descrevendo-as através dos autores originais:

O primeiro e o segundo são os princípios de conexão e de heterogeneidade: “qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo” (Deleuze & Guattari, 2011, p. 22); o terceiro é o princípio da multiplicidade: “é somente quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo (Deleuze & Guattari, 2011, p. 23); o quarto princípio se refere à ruptura assignificante: “contra os cortes demasiado significantes

que separam as estruturas, ou atravessam uma estrutura. Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas” (Deleuze & Guattari, 2011, p. 25). O quinto e o sexto são os princípios de cartografia e de decalcomania: um rizoma não se adequa a nenhum modelo estrutural ou genético. “Ele afasta a existência de eixo genético ou estrutura profunda, como no decalque, que segue a ordem da reprodução, daquilo que já está dado por uma estrutura ou eixo” (Martines, Machado & Colvero, 2013, p. 205). O rizoma é mapa e não decalque.” (SOUSA e FRANCISCO, 2016, p. 812).

O próprio caminhar na trama de provisoriedade, traduzida pelo rizoma, oportuniza o pesquisador a se conectar a pontos inusitados e diversificados, que o levem a novas descobertas durante a própria investigação. É necessário dizer que cartografar não diz respeito a aplicar conhecimentos ou percorrer etapas preestabelecidas, ainda que, ao cartografar, o pesquisador possua pistas e linhas orientadoras metodológicas.

Algumas das pistas orientadoras estão grifadas e descritas a seguir e foram desenvolvidas por Passos, Kastrup & Escóssia (2009).

Evidenciando o processo como caminho da investigação, é o plano da experiência que indicará as produções da pesquisa. É o mergulho na experiência “que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência.” (PASSOS & BARROS, R.B., 2009, p.17). A cartografia é um método de pesquisa-intervenção.

A inseparabilidade entre conhecer e fazer desfaz a pretensa posição de neutralidade do cartógrafo. O interesse do método é que se coloque “em análise os atravessamentos que compõe um ‘campo’ de pesquisa” (PASSOS & BARROS, R.B., 2009, p.20). Através da contribuição e influência do institucionalismo, evidencia-se o conceito de implicação, em que tais atravessamentos deixam de pertencer à vontade inconsciente ou à intenção dos indivíduos, e passam a estar incluídas em um inconsciente institucional, constituindo formas que se instituem como dada realidade (composta de valores, compromissos, crenças, desejos etc.). Sendo assim, analisar implicações dos que estão em um campo permite o acesso aos processos de institucionalização nas instituições (PASSOS & BARROS, R.B., 2009, p.19).

Intervir envolve pressupor-se no plano da experiência e, conseqüentemente, define uma direção clínico-política neste mesmo plano; ao mesmo tempo, esta mesma intervenção é geradora de conhecimento proveniente de uma prática clínica.

É este movimento permanente da produção da realidade que a cartografia busca acompanhar: “a pesquisa cartográfica consiste no acompanhamento de processos, e não na representação de objeto.” (BARROS & KASTRUP, 2009, p.53) (Grifo meu).

O campo do pesquisador é o movimento do território onde ele se faz presente e seu mergulho será nas intensidades, rupturas, discursos e contradições que ele encontrar ao longo do percurso.

Barros & Kastrup (2009, p.58) indicam a necessidade de diferenciar dois sentidos bem distintos da palavra processo: 1) Ideia de processamento – pautada na teoria da informação, é entendida como coleta e análise de informações; 2) Ideia de processualidade– a investigação de processos de subjetividade indica, na maioria das vezes, que já há um processo em curso. Nesta segunda é que se encontra o cartógrafo, em meio a afetos e linhas de força já em curso.

Acompanhar o movimento processual inclui um movimento de implicação, de composição no e com o território onde o estudo se desenvolverá. Território “diz respeito aos modos de expressão, aos sentidos, aos movimentos e processos que caracterizam um certo estilo e um modo de habitar” (SOUZA & FRANCISCO, 2016, p.815).

Cartografar pressupõe habitar um território, estar aberto à experiência sem qualquer necessidade de controle: “Em cartografia, o manejo da experiência, daquilo que acontece, não se dá pela via do controle, mas pela via do cuidado e do cultivo para que ela aconteça em sua efetiva expressividade.” (SOUZA & FRANCISCO, 2016, p.816)

A concepção clínica no cuidado significa inclinar-se sobre e aponta acolher o quê quer que apareça no território existencial – considerando a inclusão e a participação de todos os personagens que circulam nele.

A experiência de engajamento no campo somente será possível sem precondições, sem etapas prescritíveis de uma metodologia; tendo em vista que “a habitação de um território existencial está mais ligada a uma disposição de composição do que à execução de normas técnicas.” (ALVAREZ & PASSOS, 2009, p.148).

A partir da habitação do território é que o cartógrafo terá acesso ao coletivo de forças que o compõe, sendo este o plano de experiência cartográfica. Afinal, esta última toma a prática de construção de um plano coletivo de forças como pista orientadora do método.

De saída, a expressão coletivo de forças remete a determinada abordagem do conceito de coletivo, derivada de uma rede conceitual composta por pensadores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Gilbert Simondon, Gabriel Tarde, René Lourau, dentre outros. Nessa rede conceitual, a noção de coletivo distingue-se do modo como a psicologia e a sociologia entendem esse termo. (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2009, p.92).

Coletivo pode ser compreendido aqui como “plano relacional condicionado às interações, oposições e fusões operadas entre indivíduo e sociedade.” (ESCÓSSIA & KASTRUP, 2005, p.303). Ele é o próprio plano de produção de subjetividade.

Ao invés de uma oposição entre coletivo X individual, compreendida entre as duas ciências citadas, há uma substituição “pelo entendimento do coletivo a partir de relações estabelecidas entre dois planos – o plano das formas e o plano das forças – que produzem a

realidade” (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2009, p.94) e constroem reciprocidade em suas relações.

O plano das formas diz respeito ao instituído, às figuras estabilizadas que reconhecemos como constituintes da realidade. Nesta linha de compreensão, aquilo que é identificado como invariante pode ser resultante da composição do plano de forças em determinado momento, tendo em vista que objetos e figuras do mundo “são composições do plano das formas com o plano movente das forças ou coletivo de forças” (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2009, p.94).

Ao acessar o coletivo de forças, duas funções perpassam o método: a função transdução e a função transversalização. Ambas traduzem movimentos ao longo do processo de conhecimento dos mapas territoriais. A primeira função se efetiva pelas ações em andamento em variadas direções, produzindo encontros, contágios, transformações. A segunda são as ampliações e intensificações da capacidade de comunicação entre sujeitos e grupos, e de interseção entre fluxos e elementos diferenciados – “uma ética da conectividade (Simodon, 1989) nos processos, numa busca de superação das lógicas comunicacionais verticalizadas ou horizontalizadas, elas próprias, individualizantes.” (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2009, p.104).

Cartografar propõe-se a acompanhar o modo de funcionamento de um plano coletivo, seus agenciamentos. Através do agenciamento, o pesquisador poderá “estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos (...), criar algo que não está em você nem no outro, mas entre os dois.” (ESCÓSSIA & KASTRUP, 2005, p.303).

Habitar pontos de vista distintos é o rumo a ser tomado pelo cartógrafo, garantindo que as variadas forças existentes em um plano emergjam como enunciado geral compartilhado pelos diferentes sujeitos presentes – inclusive ele próprio. A ética é traduzida na passagem de dimensão normatizadora para a dimensão de amplificação do agir, abrindo o campo para ações e individuações dos objetos e da realidade.

O percurso de mapas rizomáticos tem como ferramenta fundamental a capacidade de o pesquisador manter o funcionamento de sua atenção como flutuante, tendo abertura em seus sentidos para afetos e pensamentos emergentes. O emprego da atenção favorecerá a inventividade do mundo pelo cartógrafo, contribuindo a uma política construtivista em que a processualidade da investigação é o que toma o pesquisador.

Na geografia cartografada, quatro modalidades de variedades ou gestos atencionais são encontradas: 1.rastreio– vai em direção da meta ou alvo móvel, acompanhando mudanças de velocidade, de posição, de ritmo; 2.toque– refinada por percepção de olhos, ouvidos ou outros órgãos para explorar o que não se sabe ainda o quê é; 3.pouso– indica uma parada para

a aproximação com zoom, mediante a qual se pode obter um trabalho mais fino e preciso pela intensidade e magnitude; e 4. reconhecimento atento – expande a percepção e a cognição, desconstruindo a noção tradicional de reconhecimento e sendo capaz de reconduzir o pesquisador ao objeto para o destaque de seus contornos singulares – afasta-o do presente em busca de imagens e o relança à imagem atual, que vai se transformando (MARTINES, MACHADO & COLVERO, 2013, p.209).

Dentre as pistas cartográficas indicadas e contempladas na investigação deste estudo, a interventiva aponta, exatamente, o que proponho: o conhecimento como produção coletiva e social, sendo os elementos processuais advindos da tríade realidade-território-contexto, encarando o pesquisador como inseparável do mundo, em coprodução mútua e simultânea com o objeto e trazendo implicações práticas, políticas e éticas na realidade (SOUZA & FRANCISCO, 2016, p.815).

[...] conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção. (PASSOS & BARROS, R.B., 2009, p.31).

Desta forma, buscarei dar passagem às narrativas e afetos como um gestor ‘trilheiro’, revendo e ressignificando mapas que percorri, estando meu olhar absolutamente afetado a partir de minha posição de gestora atual na Superintendência de Saúde Mental. Refazer os percursos de onde estou hoje fez marcações valiosas sobre como me debruço nas relações com os profissionais que acompanho no presente. E não poderia ser diferente, pois cartografar provoca um deslocamento de posições ou traços instituídos, o qual, pela proposta de Lourau, apresentada por Passos, Kastrup & Escóssia (2009, p.19), aponta para a necessária análise da implicação do pesquisador.

Altoé (2004, p.186), “buscando explicar uma deriva ‘utilitarista’ da noção de implicação”, esclarece o uso do termo dentro do quadro teórico da Análise Institucional. Neste último, a empregabilidade do termo não advém de jargões ou significados ideológicos traduzidos em palavras, como: compromisso, motivação ou participação, por exemplo. A empregabilidade do termo está ajustada a uma estratégia, a uma teoria, que nasce “sob a influência da *contratransferência institucional* em psiquiatria e sob o efeito da *intervenção socioanalítica*”. O autor segue afirmando que, “a implicação é um nó de relações; não é boa (uso voluntarista) nem má (uso jurídico-policial)” (ALTOÉ, 2004, p.190).

A tomada da implicação desvencilhada da ideia de contratransferência indica o esforço de Lourau em se afastar de um subjetivismo existente na relação transferencial, como também

de dizer sobre uma dinâmica de relação na qual posições bem localizadas não têm mais lugar (PASSO, KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009, p.25).

Senti-me criando balizamentos em minhas intervenções no território da gestão. Produzir esse terreno e, ao mesmo tempo, seguir rastros nele, me exigiu coragem para topar com as instabilidades do mapa ao longo dos encontros que tive. Exigiu-me encarar a análise de implicação, realizando a quebra de instituídos e a passagem, sofrida, por processos de institucionalização (PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009, p.20), tendo em vista que as análises, a cada parada nas trilhas, partem das relações estabelecidas com as instituições que se entrecruzam em minhas vivências como gestora que sou, e que “o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não” (MONCEAU, 2008, p.21).

Contribuindo para a discussão e a valoração da Análise da Implicação em pesquisa, Altoé (2004) nos diz:

O útil ou necessário para ética, e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências e não referências, participações e não-participações, sobremotivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... – mas a análise desta implicação. (ALTOÉ, 2004, p.190).

O forte empuxo à padronização por metas e ordens, bem como a posturas correspondentes ao afastamento e à hierarquização na construção da realidade objetiva, atravessou todo o desenrolar desta pesquisa-trabalho. As forças presentes no campo incidiram diretamente na construção do olhar, do manejo, da ação e da intervenção desta gestora.

Cartografando meus fluxos de contato, acesso e intercessão com a realidade por meio da análise de minha implicação neste percurso, fui adquirindo carga para a produção de conhecimento acerca da ‘gestação de ações em saúde’ – produção de subjetividade, no que concerne a trabalhar com a micropolítica na gestão.

O tema da implicação define uma direção clínico-política ao trabalho de pesquisa-intervenção. A cartografia deve ser entendida como um método segundo o qual toda pesquisa tem uma direção clínico-política e toda a prática clínica é, por sua vez, intervenção geradora de conhecimento. (PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009, p.25).

Por fim, quero deixar claro que o propósito desta investigação não tem a pretensão de oferecer um resgate de fatos absolutamente completos e nem mesmo seguidores de uma ordem cronológica ao longo de cada trilha.

O objetivo geral deste estudo consiste em apresentar a importância da micropolítica nos processos de trabalho vinculados à gestão. E, ao final desta pesquisa, espero contribuir: problematizando efeitos do trabalho do gestor no lugar de centralidade do cuidado; indicando alguns dos elementos que se destaquem na relação gestor-profissional e afetem a produção

dos processos de cuidado VIVO EM ATO em serviços de Saúde Mental; induzindo discussões no campo de formação de novos gestores.

3.2 RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Diante de tanta intensidade de experiências, com pontos de alegria extrema, de cansaço, de pouso, de expectativas, de medos, de encruzilhadas, de resgates, de novos limites a alcançar, posso dizer que fiz, nos últimos anos, muitas trilhas. *Trekking* no terreno da Saúde, da Saúde Mental! Pesquisei um pouco mais sobre isso e descobri que *Trekking* nos faz conhecer lugares incríveis, ficar mais bem humorados, ser mais capazes de improvisar e de nos adaptarmos, conhecer novos amigos e consolidar mais as amizades atuais, além de desafiar os próprios limites.¹⁰ Pronto: caiu como uma luva!

Cuidando de mim e de me descontraír, buscarei falar de todo este percurso, colaborando com reflexões de forma que as mesmas venham a contribuir com outros estudos que abordem também elementos presentes neste trabalho.

Todos os relatos contarão com introdução – localizando o leitor nos cenários e em seus contextos político-institucionais – ensaios e ponderações dos recortes apresentados em associação com o marco teórico-metodológico proposto.

3.1.1 PRIMEIRA TRILHA: Avançando sobre uma montanha de erosão¹¹ em um Hospital-Dia – O quê tenho a dizer sobre isso?

Em unidades assistenciais da grande rede de hospitais federais localizados no município do Rio de Janeiro, o Hospital-Dia foi uma das modificações apresentadas como inovação na assistência em psiquiatria nas décadas de 1980 e 1990.

Criada em 1990, a Casa d’Engenho era um dos Hospitais-Dia da Cidade. Seu trabalho consistia em tratar apenas de pacientes que estivessem em sofrimento psíquico agudo (em crise) e sua clientela teria como características principais, preferencialmente, estar passando por um primeiro surto e possuir laços sociais preservados devido ao pouco tempo de adoecimento. Após este momento inicial, a orientação era que os pacientes fossem encaminhados aos ambulatórios de saúde.

O grande Centro Psiquiátrico onde se localizava a Casa d’Engenho, antes federal, foi municipalizado ao final da década de 1990 e passou a ser reconhecido como Instituto – criando seu Projeto Clínico-Institucional, voltado à Desinstitucionalização do hospital e

¹⁰ E-book - Trilhas a pé: guia básico para trilheiros iniciantes. Disponível em: <<http://www.vamostrilhar.com.br/conteudo/dicas/5-motivos-para-voce-caminhar-em-trilhas/>>.

¹¹ Disponível em: <<https://www.suapesquisa.com/relevo/montanha.htm>>.

propondo levar os recursos concentrados nele ao espaço da cidade. Ele instituiu que os hospitais-dia de adultos existentes dentro dele (ao todo três) deveriam tomar a responsabilidade por determinado número de bairros que compunham a Área de Planejamento¹² em Saúde, na qual o próprio Instituto se localizava. Cada um deles passaria a se constituir como referência de tratamento para a população dos bairros listados naquela divisão territorial. Esta reorientação foi iniciada dentro do Instituto, tendo o objetivo de que, posteriormente, os Hospitais-dia fossem instalados como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no próprio território.

A reformulação da Assistência em Saúde Mental no Município, tendo como direção a substituição do investimento no modelo de cuidado centrado nos grandes hospitais para a criação de uma rede substitutiva, trouxe para o cenário da Casa d'Engenho uma nova direção de trabalho. A necessidade de reformulação de toda a sua proposta levou a direção do Instituto a trazer uma nova Coordenação ao serviço – com a qual fiz meu terceiro retorno profissional àquele Hospital-Dia, onde fiquei como suporte à nova Coordenação, que esteve na função por dois anos.

Havia ali um terreno antigo, mas que eu não reconhecia mais como fonte de movimentação de pessoas, de seus afetos, de Vida. Acredito que o terreno que eu pisava foi perdendo sustentação. Senti como se não houvesse mais um cuidado com adubo naquela terra. E a vegetação, que traduz a Vida de um campo, aparecia escassa, desnutrida. O terreno, agora demasiado desnutrido, expunha fissuras.

Pacientes e profissionais mantinham seus encontros regulares, porém marcados por ideias preestabelecidas acerca de 'bom tratamento'. As ausências ou faltas ao serviço eram traduzidas como falta de compromisso. Iniciativas diferentes das ações esperadas na oferta assistencial possuíam desvalor – às vezes, julgadas como excesso de expectativa quanto ao que se esperar de retorno daquele trabalho; às vezes, claramente reduzidas a 'esquisitices' daquele sujeito do trabalho.

Reconheço muitas vezes, hoje, o mesmo sentimento de tédio diante de conversas que tenho com profissionais em meus encontros de trabalho. A incapacidade de realizar o reconhecimento a partir de um encontro, me é apavorante. Custa a acreditar que os encontros

¹² No que se refere ao Município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) divide a Cidade em Áreas de Planejamento (APs) descritas a seguir: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP, 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3. Cada uma delas circunscreve determinado número de bairros e sua população adscrita. Dentro das APs, estão os serviços de saúde de Atenção Primária, Secundária e Terciária. Na atual administração da SMS, serviços de Atenção Primária e Secundária são regidos por uma de suas Subsecretarias: a Subsecretaria de Promoção à Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). As Coordenações de Área de Planejamento (CAPs), subordinadas à SUBPAV, que coordenam as ações e o orçamento de tais serviços. Já os serviços municipais de Atenção Terciária, são regidos por outra Subsecretaria: a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). As Unidades hospitalares são orçamentárias e suas ações são ordenadas pela SUBHUE.

me faziam sentir mais viva e me atraíam tanto na extinta Casa d’Engenho. Os contornos daquela gente que eu encontrava me descobriam e, isso, criava adubo. Germinavam sementes que iam sustentando os retornos subsequentes para novas combinações e arranjos conjuntos. Está claro, pra mim, que não há produção coletiva sem a sinergia de interesses, ainda que estes sejam diferentes e se encontrem de forma a darem vazão a seus planos singulares. Não estar alerta à abertura destas vivências na atualidade, já me alerta para o que considero ‘perigos à vista’ para um gestor.

Impressionou-me bastante a forma como os acadêmicos passaram a fazer parte da paisagem. Ou melhor, eu diria, passaram a ficar ‘à parte’ da paisagem. Quase não estavam mais presentes lá. Identificados naquela pré-qualificação do que se considerava ‘bom’, também enfrentavam os prejulgamentos que citei. Curioso como isso se repete em locais com pouca potência de construções coletivas. Percebo que os trabalhos individuais se agregam como peças: estando em formato esperado, acomodam-se; não estando, geram atritos e quaisquer contribuições são rapidamente desprezadas. Simplesmente, são considerados desvios de um padrão de circulação, de movimento nas relações de trabalho. São claras rusgas transversais de mecanismos da gestão afetados pelas escolas de administração, que procuram reduzir a maioria dos trabalhadores à condição de máquina programável, descrita por Campos (2015, p.235) como Racionalidade Gerencial Hegemônica.

O semeio e o cultivo de ‘brotos acadêmicos’ (mais e novos estagiários e residentes) trouxe um efeito paradoxal para a Casa d’Engenho nos dois anos da nova Coordenação: esgarçou de vez um terreno já maltratado, dando visibilidade à erosão¹³ daquela terra; fez brotar nova vegetação, gerando a necessidade de adubo e de novo solo.

Neste exato momento, a trilha no trabalho e a minha Vida pessoal tinham algo em comum e era muito especial: ambas tinham brotos em crescimento. Afinal, eu acabara de dar à luz a minha filha!! Clarice veio pra clarear caminhos na minha Alma e na minha relação com este Mundo!!

Passei a ser a líder da trilha neste ponto: assumi a Coordenação da Casa d’Engenho. Por mais que eu já estivesse lá quando ocupei a função, senti um forte estranhamento. Eu tinha coisas a dizer desde a época como acadêmica de graduação e de pós-graduação naquele lugar, mas só naquele momento eu me sentia escutada. Havia uma dualidade, certo conflito, eu diria, em manejar um instituinte represado por treze anos a partir de um lugar onde a instituição, agora, me reconhecia e me indicava como poder instituído.

Por “instituinte”, entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação, a prática política como “significante” da prática

¹³Disponível em: <<https://www.suapesquisa.com/geografia/erosao.htm>>.

social. No “instituído”, colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de revisão. (ALTOÉ, 2004, p.47).

A tensão destas duas instâncias, não me produzia apaziguamento algum. Apenas perplexidade. E foi com ela que entrei pela porta do serviço.

Ao ler sobre montanhas de erosão,¹⁴ compreendi que este tipo de relevo se forma quando rochas resistentes e antigas vão se desgastando por efeito da erosão através de fenômenos da própria natureza, como o vento e a chuva. Ao longo do tempo, a parte resistente, que não sofreu desgaste, torna-se uma montanha. Sem conservação, a trilha neste tipo de terreno tende a somar prejuízos à erosão.

E estava eu lá, naquela montanha, afetada pela erosão do tempo e dos novos trilheiros.

Eu tinha um mandato ali como gestora: dar andamento à sedimentação do modelo da Atenção Psicossocial. E a equipe existente, que me escolheu como nova Coordenação, trouxe seus pedidos – alguns, logo que cheguei; outros, no decorrer do cotidiano. Listei os que pude,¹⁵ procurando mapear conexões com falas ou ações que eu esbarrava no serviço e se tornavam evidências para mim de ‘gestação de ações em saúde’.

Consideração das suas percepções sobre o mundo

Eu tive um encontro que atingiu em cheio minha insegurança. Um dos profissionais me perguntou: “Será que estamos mesmo fazendo tudo errado?” Pensei: “Do que ele estava falando, afinal? Não podia ser de mim, da minha pessoa?!” E claro que não era!

Havia verdades ali. Verdades sobre o que era tratamento, como receber pacientes, como compartilhar seu trabalho com colegas. Antes mesmo de chegarmos como gestores a uma equipe, os profissionais que encontraremos trarão consigo suas verdades sobre o trabalho. Mas, isso não é óbvio? As obviedades costumam ser esquecidas quando estamos em gestão. Porém, além de esquecê-las, o que vejo é a pressa de ‘by passá-las’, entonando certo desvalor sobre elas.

Escolhas que fazemos trazem efeitos ao trabalho. No caso de ‘by passar’ verdades dos profissionais, um dos efeitos é a clara desconexão entre o quê pretendemos com nosso mandato naquele momento e os pontos preexistentes ao nosso percurso na gestão. É como se minimizássemos os entroncamentos que se delineiam no caminho.

¹⁴ Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/formas-relevo.htm>>.

¹⁵ As frases e cenas descritas, neste trecho do texto, são registros adquiridos de conversas ou cenas informais do trabalho. Recriei-as a partir de expressões registradas em meus cadernos de campo, que não traziam identificação dos personagens – apenas ocupação de palavras, sentidos e afetos entre mim e os atores que encontrei em campo.

Ampliando o foco das consequências, sobrepomos Verdades. Criamos amontoados de Verdades em desencontro. A ‘gestação’ para o gestor, aqui, seria apoiar os encontros entre as Verdades, propiciando passagem à enunciação das afetações nos sujeitos e aos processos de subjetivação presentes. A ausência disso traz o isolamento e a impotência. E produz perguntas como a que me assustou e assusta até hoje: “Será que estamos mesmo fazendo tudo errado?”

Acesso à história como elemento fundante do trabalho

Minha experiência na Casa d’Engenho foi sentida como bem contraditória. Formada e fortemente atravessada pela história do serviço, eu deveria modificá-lo ao ponto de encerrá-lo em definitivo. A Casa d’Engenho estava destinada ao fechamento, tendo a mim como líder desta empreitada. Era um processo de intervenção e mudança de um percurso comigo. Terminaria o quê me começou?!

Para dizer disso, preciso registrar que histórias podem não estar escritas tão claramente, mas deixam suas pistas através de linhas-segmentaridades nas relações, nas instituições, no mapeamento do que ambas vêm produzindo. Apropriar-me disso é um esforço cotidiano que me traz suporte para a reconstrução de uma perspectiva, antes marcada pelo mal-estar de ‘macular um percurso original’.

Enfatizar o coletivo como campo de produção de subjetividade tem sido a saída para uma retrospectiva acerca do que é valorizar a história e, não mais, uma única história. Nesta direção, é essencial trazer à tona dualidades a respeito, por exemplo, do que é familiar ou do que é estranho aos sujeitos, do que é antigo e do que é novo, do que é tradicional e do que é inovador; é um caminho identificado à abertura de encontros de produção coletiva, os quais incluirão registros individuais, sem torná-los a centralidade do processo. Minha entrada neste percurso e nos atuais como gestora tem sido apontar traços que vão desenhando e dando à história seu caráter de constante movimentação.

Acolhimento do não-saber sobre novas práticas

Incluído no Projeto da Direção do Instituto, em minha posição de Coordenação, estava o aproveitamento dos recursos já existentes na Casa e o redirecionamento à nova empreitada. No que tange à equipe, devo dizer que o pedido foi na mesma direção. Por sua vez, é também necessário pontuar que os profissionais que não desejaram investir nessa aposta, pediram suas transferências de setor ou mesmo suas saídas do próprio Instituto.

Minhas reflexões foram na busca de estratégias que incluíssem os que decidiram permanecer de forma a criar espaços para que elementos do trabalho pudessem ser descobertos, afirmados ou ‘re-articulados’. Indicar uma resposta como gerente, não os faria

avançar na tomada de responsabilidade da constituição de seus próprios terrenos de trabalho. Uma construção coletiva de trabalho não se reduz a aspectos formais de modernização de estruturas organizacionais ofertadas por um gerente. A pista, aqui, era habitar e estar em convivência com a formulação dos dilemas daquele grupo do qual eu fazia parte.

Tomei a posição de que as relações presentes na Casa d'Engenho eram objeto e recurso do próprio trabalho a ser feito. Aproveitei-me de ter acabado de conhecer a discussão sobre Educação Permanente em Saúde (EPS),¹⁶ em curso que havia recém terminado, para propor um Espaço de Educação Permanente em Saúde (EEPS) no serviço. Seu funcionamento era quinzenal e tinha discussões progressivas, que poderiam ser traduzidas em momento posterior, através da formulação e da construção de questões de aprendizagem. A primeira e marcante questão produzida por nós me alimentara a firmeza do coletivo como local potente de agenciamentos múltiplos e me indicaram a permanência nesse caminho para ir ao encontro da 'gestação de ações em saúde': COMO CONSTRUIR LUGARES DE TRATAMENTO EM UM CAPS?

Esse lugar, em conjunto com a Supervisão Clínico-Institucional do serviço, sustentou a desconstrução de práticas e saberes, permitindo o desafio de reflexões acerca das relações de poder na organização da Unidade, de processos de trabalho nela e de reinvenção de práticas cotidianas de cuidado – muito mais porosas, agora, às tecnologias relacionais, às tecnologias leves.

Ofertas e espaços de tratamento, assim como de conversações da equipe sobre o trabalho foram sendo repensados. Produzimos supressões (de quinze ou dezessete atividades coletivas semanais ou quinzenais, dentre oficinas e grupos, reduzimos ao número aproximado de oito), modificações (os acolhimentos passaram a ser responsabilidade de todos e as recepções a pacientes novos passaram a ser em pequenos grupos) e criações (acompanhamentos terapêuticos foram reconhecidos como ferramentas efetivas de tratamentos; espaços de educação continuada no serviço ganharam seu lugar como norteadores das tarefas, para discussão e conceituação de temas da nova direção de trabalho – por exemplo, o que é técnico de referência, ou, ainda, quais elementos eleger para construir uma apresentação e discussão de caso).

¹⁶ Ribeiro e Motta (1996, p.5) dizem que “a educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.”

Escuta e respeito no acolhimento de novos profissionais

Como já disse, a reorientação do trabalho partiu dos recursos disponíveis para fazê-lo. A saída de profissionais que não desejavam seguir na nova direção de trabalho e a simultânea chegada de outros que passaram a se engajar no projeto, foram trazendo um retrato da nova constituição daquele solo.

A reiterada sinalização dos profissionais que chegavam à equipe, acerca da necessidade de respeito e do acolhimento de percepções dos profissionais sobre o trabalho, me chamou a atenção. O quê aquilo indicava para o meu trabalho como gestora?

Apesar de conversas preliminares terem acontecido com eles, antes do seu ingresso no serviço, as conversações habituais foram mais reveladoras no que diz respeito à descoberta do que os fez sair, ou ‘serem saídos’, dos serviços de onde vieram. De forma mais contundente, estavam sempre apontando que algo faltava ao que era oferecido na assistência à clientela ou apresentando à nova equipe os enunciados que poderiam indicar uma ampliação da relação dos usuários com seus familiares ou com os próprios técnicos. Sem perceber tão claramente quanto vejo agora, aqueles eram fatos e pessoas que traziam problemas novos às relações de trabalho. Havia algo em curso com aquela gente e eles o traziam para os encontros diários comigo. Resolvi tomar aquilo como ferramenta do trabalho e transportei seus enunciados para as relações entre nós, entre nós e os usuários, entre nós e os familiares, entre nós e os acadêmicos (estagiários de graduação e pós-graduação) que tínhamos ou recebíamos no serviço. Alguns dos enunciados eram:

- “Nunca escutam o que a gente tem a dizer sobre o funcionamento de distribuição de medicações.”

- “Por que não incluímos esta atividade de medição de pressão como rotina quando os pacientes chegam em crise?”

- “As famílias são responsáveis, sim, pelos pacientes. Mas elas precisam também incluir a responsabilidade delas na aproximação dos pacientes quanto aos seus tratamentos.”

- “Com o tempo na atividade (oficina), nós (técnicos e pacientes) vamos ganhando autonomia para decidir divisão de tarefas. Todos têm seu lugar nisso. Técnicos e pacientes.”

Um pequeno toque de atenção a elementos, a princípio sem muito valor, para o que a gestão imagina que seja seu papel de ordenadora. Tendo em vista que é marcada por orientações acerca do que deve ser valorizado e como as ações assistenciais devem ser articuladas e registradas, essa atenção trouxe-me surpreendentes reforços para vitaminar aquele solo ainda em ressecamento e empobrecido que eu seguia pisando. Pudemos nos debruçar e experimentar novos papéis na assistência, contando com produtores de inovações,

que reordenavam padrões, interesses, desejos e valores em todos os atores circulantes naquele território.

Apoio 'em trabalho'

A aproximação entre nós, trabalhadores, logo após a primeira mudança de coordenação técnica, teve um marco de crítica e de cobrança importantes. De fato, havia desatualização acerca do que o campo da Saúde Mental trazia como inusitado da Atenção Psicossocial após doze anos de criação da Casa d'Engenho. Além da distância dessa conversação, o clima era permeado pela rispidez, reduzindo muito a potência do que poderiam ser diálogos vívidos advindos da fenomenologia da clínica, dos efeitos das intervenções nela, de percursos de trabalho e da relação afetiva de troca entre todos.

Para que eu mergulhasse nos modos de produção do cuidado criados ali, foi necessária uma proximidade cotidiana e diária com todos. E lá fui eu, 'trilheira' em desníveis de conhecimento, em territórios marcados pelo cansaço, pela descrença, pela insegurança e, também, pela curiosidade e desejo de semear novos espaços. A cada pisada, precisava me certificar se poderia seguir ou se deveria recuar naquele momento. Conciliar isso com as exigências da macropolítica, dos sistemas de referência de outros níveis da gestão, é sempre uma complicação!

Feuerwerker (2014, p.37), a partir dos escritos de Emerson Merhy, comenta a respeito da micropolítica para dar visibilidade ao desenho e à dinâmica em ato que configura um emaranhado social. Com a finalidade de aproximar a Atenção (ou amenizar A Tensão) Psicossocial como mote circulante nos espaços, incluí o diálogo relacionado ao trabalho de cada um no dia-a-dia. Percorri as chatices dos registros de produção, a elegibilidade dos conteúdos de evolução dos pacientes, dos conteúdos percorridos em livros de ata e de comunicação da equipe, como também a organização da grade de horários e atividades de cada um. Exaustivo! Mas, efeitos, que nem mesmo eu esperava, surgiram. Entre as formalidades dos pontos preconcebidos como importantes a serem abordados nessa etapa da trilha, foram surgindo pontos extras de sustentação dos sujeitos naquele território.

As conversas formais com a Coordenação foram tomando certa leveza e se tornando prosa. Mais uma etapa para a sedimentação de um solo novo, propício ao reconhecimento de todos como viável à realização de um percurso conjunto: “mapeando a quente como, em cada território, vão se fabricando as relações, seus limites, suas possibilidades.” (FEUERWERKER, 2014, p.37).

Acolhimento às inseguranças de novas práticas dirigidas ao tratamento dos pacientes e familiares

Com percurso centrado na atenção à crise dentro do espaço assistencial, os elementos das Histórias de Vida dos pacientes e seus familiares adquiriam a leitura, basicamente, de sinais e sintomas de quadros clínicos. Provocar uma ‘re-leitura’ dirigida à fabricação de territórios que desnudassem necessidades diferentes ou divergentes entre técnicos e usuários ou familiares não era recebido sem inquietações.

Quando o adoecimento era o mote inicial das conversas trazidas por usuários e familiares, o diálogo era mais reconhecido como imbuído de sentido. O papel técnico se mantinha reconhecido no arsenal de leitura com base nos saberes e nas tecnologias leve-duras da formação profissional. O receio por não estar ‘cumprindo o papel’ designado por sua formação abriu questões valiosas para nos deslocarmos na direção de sentidos diferentes sobre o que seria tratar, o que seria estar em tratamento e para onde estariam dirigidos os objetivos do cuidado em saúde.

Como gestora, debruçar-me sobre estes conflitos foi zelar pelo processo, em curso, de reconstrução da terra que tínhamos embaixo de nossos pés. Não seria possível avançarmos sobre uma dimensão cuidadora em saúde, sem passar pelos diversos sentidos subentendidos de cuidado que perpassavam as práticas ali há anos. Feuerwerker (2014, p.49) diz que a consideração do outro como sujeito ou como objeto na relação profissional-usuário, identificará se saberes e aspirações de todos são encarados como legítimos ou ilegítimos – como gestora, acrescento que o mesmo se transpõe para a relação entre gestor e sua equipe.

Em determinada altura do trabalho, discussões da Atenção Psicossocial extrapolaram conversas sobre a teorização e assumiram forma nas preocupações, propostas e intervenções da equipe. A participação efetiva da clientela e dos familiares em tudo que se processava ali passou a ser objeto de inquietação de todos. A proposta de transformação de uma das atividades coletivas em espaço de Assembleia foi aceita e investida como tal. A Assembleia se tornou dispositivo valioso para disparar atuações de planejamento para todos do serviço.

Em meio a isso, surgiu a possibilidade concreta de um imóvel para a instalação do CAPS em um dos bairros que eram de sua responsabilidade territorial. Essa notícia catalisou a necessidade de organizarmos ações para a mudança da Unidade de local. Equipe, usuários e familiares se organizaram em Comissões destinadas às atividades específicas:

1. Comissão territorial: encarregada de fazer um reconhecimento do novo bairro onde o CAPS se instalaria – aproximação com a população da vizinhança, unidades de Saúde e outras instituições públicas existentes, instituições da organização civil (ONGs,

associações de moradores), comércio local, malha viária de acesso para chegada, visitas ao imóvel com grupos de usuários e familiares etc.

2. Comissão de documentação: encarregada de levantar documentos e registros necessários a uma Unidade de Saúde CAPS – sistemas de informação (de produção, de RH, de regulação etc.), fluxo de autuação de notas, abertura de prontuários etc.
3. Comissão de mudança: encarregada de organizar objetos documentos e recursos para mudança – transporte, prontuários, móveis, quadros dos pacientes que estavam em tratamento, medicações, material de escritório, providenciar caixas para embalar objetos etc.
4. Comissão de decoração e reorganização dos espaços: encarregada de propor à direção como o novo imóvel seria ocupado – como e para que seriam as salas, a divisão dos banheiros, as possíveis decoração dos novos ambientes a partir de confecção da oficina expressiva ou das iniciativas de geração de renda já existentes no serviço, a utilização dos armários etc.
5. Comissão de inauguração: encarregada de pensar o necessário para a inauguração da nova Unidade CAPS II Torquato Neto – *design* e confecção de convites, relação de convidados, cerimônia etc.

Enfim, em 2008, o novo CAPS era aberto em endereço próprio. E eu dei adeus àquela Casa em que havia entrado no ano de 1993 como estagiária. Fiz uma vistoria geral dentro do imóvel, constatei seus cômodos e paredes vazios. Tranquei a porta principal e entreguei as chaves à direção do Instituto Municipal Nise da Silveira.

A Casa d'Engenho encerrava suas atividades.

3.1.2 SEGUNDA TRILHA: Atravessando o terreno de depressão relativa em um Centro de Atenção Psicossocial – O quê tenho a dizer sobre isso?

O CAPS II Torquato Neto foi inaugurado em 12 de junho de 2008. Enfim, esta gestora havia chegado à terra firme naquele *trekking*!

Quem me dera... Era apenas uma segunda trilha no mesmo percurso.

Dar-me conta, com agilidade, do novo terreno foi resultado de uma característica própria dele. O relevo classificado como depressão,¹⁷ tem a presença de rebaixamentos repentinos do solo em sua definição. Era empregar a perspicácia ou sucumbir ao desmoronamento – simples assim!

¹⁷ Disponível em: <<http://www.geografia.seed.pr.gov.br/>>.

As dificuldades no novo campo chegaram rápido. Algumas, já esperadas, tiveram intensidade duplicada; outras, eu resolvi tomar como desafios para não recuar de habitar aquele território e sustentar que os que vieram comigo também pudessem fazê-lo.

O imóvel se localizava em rua residencial e sua posição era nos fundos de outra casa. A vizinhança reagiu a todos do CAPS com violência e ameaças. Por mais que tivéssemos feito um trabalho sucessivo e consecutivo de aproximação anteriormente (Comissão territorial), além de termos mantido estratégias que pudessem viabilizar trocas acerca das questões que vinham surgindo da convivência com o CAPS após nossa mudança (distribuição de panfletos sobre o serviço e seus objetivos, conversa com os transeuntes sobre o serviço, reunião aberta no CAPS e dirigida aos moradores da rua, convite das festas do serviço de forma extensiva a moradores da rua etc.), não houve mudança quanto à reatividade dos moradores ao serviço.

Sucessivos acontecimentos nesta relação – xingamentos a usuários e familiares enquanto andavam na rua; ameaças a funcionários ao estacionarem seus carros; danos a carros estacionados de funcionários; ligações telefônicas ameaçadoras nominais aos funcionários; tudo isso gerou uma série de iniciativas protagonizadas por mim (direção), a partir de muitas discussões coletivas entre os que circulavam no CAPS.

Algumas questões emergiram imediatamente para minha nova posição de gestora: Qual era minha governabilidade agora? Quem compunha a rede de conversações da Secretaria Municipal de Saúde e com quem eu poderia contar? Qual a relação de outros órgãos da Prefeitura (outras Secretarias) ou outros órgãos públicos com um serviço de saúde como aquele? Todas essas perguntas ganharam força catalisadora em minhas buscas diante do aumento gradativo da amplitude dos problemas que apareceram à Unidade.

Em meio aos conflitos presentes com nossa vizinhança, a infraestrutura física necessária ao funcionamento do serviço passou a dar sinais de complicações. O desabastecimento de água do imóvel, devido à necessidade de regularizações quanto a pagamentos anteriores, e o impedimento do conserto da rede de esgoto dele, em razão da necessidade de contrato de manutenção com complexidade maior do que o vigente, passaram a provocar seguidas interrupções no funcionamento do CAPS.

Os efeitos destas interrupções no coletivo em construção ali tornaram-se logo claros e visíveis. Era necessário que eu e todos estivéssemos atentos aos afetos que se tornavam presentes. Dentre todos os desconfortos surgidos, a ameaça de ficarmos sem ‘lugar’, era a maior. Impedido de permanecer na Unidade durante todo o dia como esperado, pela necessidade de estruturar seu cotidiano, um usuário que se encontrava desorganizado e em sofrimento, abriu uma crise e agrediu gravemente um dos técnicos. Na ocasião, em sua fala,

pôde dizer algo como “Esse lugar é meu. Eu mando aqui nesse lugar, digo a hora de entrar e sair.”

Outro medo era que, de novo, nosso lugar voltasse a ser o hospício. Ouvir isso não era nada fácil pra mim. Era altamente forte nossa história com o Instituto, tanto no que dizia respeito ao percurso da maioria de nós (usuários, familiares e técnicos) quanto com relação aos poucos recursos administrativos que o CAPS possuía, vindos ainda, totalmente, do IMNS – tendo em vista que se constituía como nossa unidade gestora.¹⁸ Tantos percalços provocavam oscilações em desejos sobre o trabalho, acirravam que diferenças fossem vistas, exclusivamente, como incompatibilidades, e esgarçavam princípios primordiais que norteavam o cuidado em produção ali.

A chegada de um usuário me fez ver, claramente, o divisor de águas em que nos encontrávamos. Encaminhado de um CAPSad, o paciente declarava sua necessidade de acompanhamento e pedia que o recebêssemos. Após acolhido, sua história foi levada à discussão em equipe. Desde que havíamos saído do hospital, mesmo com todas as dificuldades que irrompiam o trabalho, há muito a questão diagnóstica não era apresentada como dúvida para assumirmos um processo de cuidado. Todavia, o diagnóstico e o uso abusivo de drogas tomaram a frente do sujeito, que ainda nem conhecíamos, com quem nem havíamos nos relacionado ainda. Da posição que tenho hoje na Superintendência, retomo o sentimento que tive na ocasião e somente consigo dizer, agora, de um embate entre o conhecimento técnico prévio e o pedido de tratamento de um paciente.

Contemporaneamente, dirijo o trabalho para que o objetivo dos serviços seja a ‘gestação de ações em saúde’ que faça sentido ao trabalho de todos (usuários, familiares, profissionais e gestores). A dimensão cuidadora precisa ser traduzida pelo entre, pelas múltiplas subjetividades em jogo. Compreensões ou descrições unilaterais não operam no reconhecimento do outro, na alteridade, nas ‘ex-periências’ que são exteriores aos que as ouvem.

O projeto estava em cheque!!! Havia um risco iminente de nos perdermos ou de interrompermos a trilha. Buscando intervir e nos manter alinhados com as direções de trabalho, sugeri que revíssemos conceitos/temas reconhecidos como guias na prática da Reforma Psiquiátrica e das Políticas Públicas de Saúde. Como não existia uma publicação que congregasse tais temas na discussão da Saúde Mental em nosso Estado, utilizamos a de um Estado que construiu uma rede de Saúde Mental exitosa em sua capital, encerrando leituras

¹⁸ Unidade orçamentária ou administrativa investida do poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sob descentralização; contabiliza atos e fatos administrativos e é responsável pela realização de parte do programa de trabalho por ela descentralizado. Fonte: Glossário Portal do Orçamento Federal - Senado Federal.

psiquiátricos, criando novos equipamentos e reconstruindo processos de trabalho ao redor do tema da Reforma Psiquiátrica, da Desinstitucionalização e do SUS.¹⁹ Foi precioso revermos os conceitos de Acolhimento, Vínculo, Responsabilização do Cuidado, Atuação em equipe, Organização do processo de trabalho, Cidadania, Construção coletiva, Reabilitação Psicossocial, Oficinas terapêuticas, SRTs e Ações intersetoriais. Era uma tentativa para contribuir com a sustentação do projeto. Nossas angústias permaneciam, mas elas precisavam se encontrar com o que havia nos levado até ali – afinal, éramos história naquele instante.

Neste mesmo movimento, aprendendo sobre o alcance do que era governável por mim e prosseguindo, parti para o rastreamento de novas relações para além da Saúde Mental, que pudessem lidar com todo aquele panorama em conjunto, tendo em vista que o Instituto e a Coordenação de Saúde Mental (CSM), à época, pareciam já ter esgotado suas possibilidades. Era preciso emergir todo nosso contexto e ampliar a problematização acerca dele para fora de nossos muros ‘capsianos’. Os recursos do campo da Saúde Mental não davam mais conta. E os revéses visualizados por ele, não eram exclusivamente seus.

Tomei impulso para me deslocar de um ponto a outro da trilha, que eu não sabia ao certo qual imagem também passaria a compor quando chegasse à nova paisagem daquele percurso. No novo cenário, encontrei-me com o Conselho Distrital de Saúde (CODS) e a Coordenação de Área da AP 3.2. Mesmo já entendendo como essencial ampliar conexões, naquele instante, aquela abertura foi uma ampliação de potência – que veio coincidir com a ampliação de potência da assistência à saúde pela via da Atenção Primária, que se expandia naquele território.

O CODS se fez presente não só no espaço físico do CAPS, mas junto com usuários, familiares e equipe em ações e visitas na vizinhança. O coletivo se fortalecia por ali, e fazia emergir sua expressividade, dando vazão a ‘re-articulações’ do trabalho diário entre todos. Representantes das associações de moradores ou pessoas moradoras e reconhecidas em comunidades que eram do nosso território de responsabilidade tornaram-se parceiros valorosos na criação de redes de apoio àquele trabalho. Conversas se transformaram em atendimentos domiciliares guiados por estas pessoas nas ruas ou vielas que percorríamos. Em outros casos, nos quais os pacientes corriam o risco de ficarem pela rua ou de serem vítimas de algum tipo de violência na comunidade, conseguimos dividir a responsabilidade sobre garantir o acesso deles, com integridade, de volta a seus domicílios.

A visada em ações comprometidas com a produção de atos de cuidado, que se retratavam pela abertura do diálogo entre usuários, familiares e comunidade foram efeitos de

¹⁹ SOUSA, M.E. de & LOBOSQUE, A.M. (Orgs.) **Atenção em Saúde Mental**. MG-BH: Secretaria de Estado de Saúde. 2006.

agenciamentos importantes advindos da construção de novos sentidos sobre o que seria nosso mandato de trabalho na assistência.

Em movimento sincrônico e paralelo a minha aproximação da Coordenação de Área, a SMS redirecionou os recursos orçamentários do CAPS. Nossa unidade gestora deixava de ser o Instituto e passava a ser a CAP 3.2. Era pra lá que meus pedidos já iam sendo dirigidos!

Não demorou muito tempo para que eu identificasse que, naquela etapa da trilha, não havia me orientado bem quanto às precauções que deveria ter tomado antes de iniciá-la.²⁰ Precisava de alguns conhecimentos prévios que me favorecessem no percurso: clima institucional entre gestores locais e gestores de níveis estratégicos ao redor da previsão e da criação deste novo serviço; instrumentos, linguagens e sistemas que pudessem traduzir melhor a execução de trâmites de Recursos Humanos, de registros de atendimento e produção, de aquisição de materiais de consumo e os permanentes, de recursos orçamentários; fontes²¹ e rubricas²² que pudessem garantir alguma alternativa para pequenas despesas do serviço; conhecimento acerca de contratos de serviços e suas execuções; tempo comum que a Prefeitura costumava utilizar para a resolução de problemas previstos ou não previstos, dentre outros. E, claramente, eu não os tinha.

Isso me fez lembrar a desconfiança de um hiato em meu conhecimento, quando ainda exercia meu papel de coordenadora da Casa d'Engenho. Suspeitei da falta de equipamentos para aquela trilha, mas não lhe dei a devida atenção.

Esse entremeio com a Coordenação de Área repercutiu de forma que passei a dar outros sentidos às percepções e aos desconfortos que tínhamos diariamente. As estranhezas de meus parceiros (usuários, familiares e profissionais) quanto às ausências de solução aos impasses que tínhamos, tomaram com força o sustento de minhas indagações sobre o funcionamento da máquina de administração pública da Prefeitura e de instituídos que se apresentavam nas relações da própria gestão responsável pelos serviços, em seus variados níveis. Para além de discordar, era necessário que eu conhecesse o que nos era externo. Estávamos localizados em um território, mas sem participarmos dele, sem nos sentirmos atingidos pelo que o afligia: como poderíamos compartilhar aflições e transformá-las em comuns a um mesmo mundo?

Exercia minha primeira parada na trilha para visitar equipamentos que eu ainda possuía para segui-la com alguma margem mínima de segurança e adquirir novos com os

²⁰Disponível em: <<http://www.penatrilha.com.br/blog/trekking-os-7-erros-mais-comuns-e-o-que-fazer-para-evita-los/>>.

²¹As fontes de recursos constituem determinados agrupamentos da natureza de receitas, atendendo a determinada regra de destinação legal, e servem para indicar como são financiadas as despesas orçamentárias.

²²As rubricas orçamentárias são verbas previstas em orçamentos públicos e destinadas a significados específicos.

parceiros recentes, quando foi proposta a implantação de um primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) sob a gestão daquele CAPS. Reconhecendo o valor dessa iniciativa, o adiamento da mesma durante a empreitada que já passávamos, foi difícil decisão. Esta decisão em nada se opunha, absolutamente, à direção de trabalho que define a importância da reconstrução da vida de pacientes, longamente internados, fora do hospital psiquiátrico – como parece ter sido interpretado à época. De fato, a decisão ia ao encontro da necessária tessitura de uma malha de sustentação para tal iniciativa – através de ações, afetos, discussões dentro dos processos de trabalho e das redes de apoio em torno do próprio CAPS, que ainda estavam em processo.

Havia diversos atravessamentos, encontrando-se e constituindo um novo mapeamento do terreno de trabalho. Acolher vicissitudes cotidianas e transformá-las em viabilidades era familiar à labuta. A estranheza foi identificar o Estado, o poder público, como agente passível de desimplicação quanto a transformar impasses em soluções que viabilizassem novas conformações para a realidade assistencial. A indignação tomava conta e sufocava cada um de nós, do lugar que cada um ocupava.

Como aceitar a existência de um serviço de saúde que emitia documentos à mão, com cópia em papel carbono, por quase sete meses, no ano de 2009, pois não havia como redirecionar recursos para a compra de uma impressora?

Como entender que não havia planejamento para a reposição de Recursos Humanos, ainda que temporariamente, para equipes assistenciais que tivessem tido baixas no quantitativo de profissionais em função de licenças diversas?

Naquela ocasião, aquela Unidade de Saúde CAPS funcionava com apenas nove técnicos para um quantitativo em torno de trezentos pacientes inscritos para tratamento.

Exigências não paravam de surgir naquele cenário e sentíamos quase um assolamento dos esforços da equipe em manter vivos os sentidos das práticas e dos diálogos na travessia daquele solo conturbado.

O ponto crucial de impasse foi a visita de agentes da Vigilância Sanitária. A Legislação vigente exigia a construção de um Abrigo Externo de Resíduos na Unidade – o que nunca fora suscitado ou orientado a mim desde a primeira ocasião em que o imóvel me foi apresentado. Constatou-se a inviabilidade disso, tendo em vista que o espaço físico externo não era suficiente para tal construção, especialmente em função da ordem de grandeza das medidas padronizadas para tal Abrigo; além do que, o fato de o imóvel ser alugado impedia a construção de novas áreas externas. A visita gerou relatório que, ao ser incorporado aos

documentos encaminhados ao Ministério da Saúde, impossibilitou a Habilitação²³ do serviço. Tornava-se inviável a permanência naquele imóvel.

Era preciso transformar aquele ‘beco sem saída’ no retrato vivo de pontos de entrecruzamento a todos, que iriam para além da visualização da gestora do serviço sobre aquela adversidade encontrada a mais. Precisei percorrer a multiplicidade de pontos de vista dos atores envolvidos naquele terreno de depressão relativa, que já vínhamos explorando conjuntamente há algum tempo, e ampliar a comunicação entre sujeitos, promovendo intersecções de fluxos e de sensações tão diferenciados.

CAPS, CODS, CAP e Direção assumiram sentidos e funções reconhecidos entre si e foram também reafirmados e reconhecidos no cotidiano de usuários, familiares e profissionais que eu continuava a acompanhar – enunciações de limites e de redirecionamento de propostas assistenciais eram discutidas no cotidiano do serviço por profissionais e usuários; cartas de usuários dirigidas ao Conselho eram escritas; ouvidorias eram dirigidas à CAP para providências quanto aos recursos necessários; posições sobre o meu lugar de direção quanto aos efeitos de tudo aquilo no dia-a-dia do serviço me eram cobradas. Um agir protocolado, apenas reconhecendo o instituído de cada um desses lugares, deu lugar à possibilidade de transitoriedade de composições e de associações entre cada instituição presente, produzindo acontecimentos inovadores aos atores envolvidos no campo do cuidado.

Indignações permaneciam, mas os efeitos de paralisação delas mediam força com uma movimentação, através e com as instâncias acima, que prevalecia.

Após toda esta tessitura, o CODS apoiou a sugestão da CAP de mudança da Unidade para outro imóvel. Desta vez, um imóvel público, já utilizado pela Prefeitura e onde se planejava a implantação de uma das Clínicas de Família do território da AP 3.2.

Depois da constituição, novamente, de Comissões pela equipe, com usuários e com familiares para que fosse feita a nova mudança em 2011, o CAPS II Torquato Neto ocupou sua mais nova sede e ganhou lugar na geografia de afetos da rede de saúde comunitárias daquela AP.

Nos anos subsequentes, a expansão da Estratégia de Saúde da Família trouxe novos cenários para a Saúde e a Saúde Mental se dedicarem. As parcerias com aquelas novas equipes ofereciam traços preciosos do que a população sob nossos cuidados elegiam como prioridades a agirmos na direção de. Passávamos por terreno em que novas faces da complexidade produziam mudanças sobre o cuidado em saúde a ser oferecido.

²³ O processo de Habilitação é a ferramenta do MS que permite a Municípios ou Estados receberem transferências de recursos financeiros federais necessários à implantação de políticas em saúde.

Como diretora de Unidade reconhecida e pertencente à AP 3.2, fui chamada a participar da apresentação de todo o planejamento proposto e construído pela Coordenação de Área. A implantação do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)²⁴ daquela AP, trazia a reordenação dos serviços através da Atenção Primária e a expansão da ESF. A responsabilização territorial pela assistência à saúde da população foi redividida geograficamente entre os CSM e as Clínicas de Família – que iam sendo instaladas. Seguindo esta mesma ação, a responsabilidade territorial dos CAPS também foi revista: não eram mais bairros que definiam nossa população adscrita de responsabilidade, mas a população coberta por cada Unidade de Atenção Primária. Cada CAPS passou a ser referência de um número X de Unidades de Atenção Primária da AP, sendo sua população de responsabilidade a mesma de suas Unidades de Atenção Primária de referência.

Éramos recém-chegados ao novo ponto daquele mapa nomeado AP 3.2. Passamos a receber recém-chegados à rede de saúde pública da área. A ESF desnudou vários pequenos mundos nas ruas e nas comunidades, e suas descobertas passaram logo a fazer parte de nosso panorama. Junto com outros serviços de Saúde Mental da AP, fomos chegando mais próximo das recém-chegadas Clínicas de Família. Muitos ineditismos simultâneos!

Porém, estranhamentos não demoraram a chegar.

Naquela travessia, uma revolução de encontros se fez presente, abrindo a temporada de desafios de lidar com peculiaridades as mais diversas. Depois de aprender o valor da abertura ao que eu não entendia e só criticava, ou da abertura ao que eu não pretendia dar atenção e simplesmente descartava, lancei-me a discutir os efeitos dessa aprendizagem sobre mim e sobre as relações que instituíam o CAPS. Nossos diálogos precisavam ser travados para além dos muros do CAPS, para além do que tínhamos em frente de nosso campo de visão. E nossas afetações precisavam ultrapassar os registros de surpresa, de inadequação ou de falta de compreensão do que era o trabalho da Atenção Psicossocial por parte dos novos parceiros da rede.

Havia um hiato entre nós. Restava saber se ele iria se traduzir como contágio separatista ou curiosidade atraente. Mobilidade e deslocamentos na subjetividade e na circulação pelo território eram necessários à abertura a processos de subjetivação inovadores. Aquele era um novo espaço para circulação, mas que não seria trilhado sem alguma experimentação de pertencimento a ele – ainda que este pertencimento partisse de

²⁴Estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e de organização da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a afirmar os valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social na saúde. [BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Articulação em Rede. **Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde - TEIAS**: Estratégias, pressupostos, componentes e diretrizes. Proposta de documento substitutivo Brasília: MS; 2007.]

julgamentos de fragmentações, desconexão e falta de resolutividade no trabalho. Como gestora de processos de cuidado, o que foi se tornando presente em mim, naquele momento, era a necessidade de que afetos, incômodos e contradições ganhassem voz e passassem a ser visíveis entre nós. Somente assim, poderíamos ter mais clareza acerca do modelo de atenção à saúde que estávamos propondo àquela população que nos era comum assistir – ampliando potência, ganhando cumplicidade e assumindo nossa corresponsabilização sobre o terreno em que circulávamos. Visando sustentar um movimento de desconstrução e construção de saberes e relações em atos de trabalho, como direção, investi em mergulhos da equipe pelo território. E mesclai mergulhos de outras equipes entre os ‘nós torquatianos’.²⁵

Imediatamente, aderi à proposta de constituição de Rodas de Conversa sobre Saúde Mental com a Atenção Primária nas próprias Clínicas de Família, a qual foi feita ao CAPS junto com outros serviços de Saúde Mental. Nelas, produzimos contornos do que eram demandas de Saúde Mental a trabalharmos.²⁶

No CAPS, nossos parceiros da Atenção Primária foram convidados a participar de Rodas de Conversa sobre Saúde. Os temas diziam respeito à Saúde geral: tuberculose, dengue, diabetes, hipertensão etc. Mensalmente, recepcionávamos nossos convidados para a discussão desses assuntos com usuários, familiares e equipe do CAPS. Agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos de família chegavam para nos presentear com orientações de cuidado sobre nossa saúde e recebiam o acolhimento das relações de um serviço de saúde mental. O curto espaço de tempo ia sendo preenchido com comportamentos, expectativas, contradições e memórias que iam se articulando e tecendo relações, que desembocavam em novos investimentos nos espaços onde todos circulávamos.

Efeitos dessas visitas apareciam na hora – quando usuários se lembravam de adoecimentos de familiares ou associavam sintomas quaisquer com o que estava sendo discutido, sempre que os técnicos do CAPS tiravam dúvidas sobre sinais e sintomas dos agravos discutidos na Roda – ou após a Roda – nas ocasiões em que os profissionais da Atenção Primária nos davam retorno quanto ao seu receio inicial de estar em um serviço com pessoas portadoras de transtorno mental, sobre sua surpresa acerca da receptividade dos usuários do CAPS e da capacidade de participação ativa destes últimos, ou quando, em nosso cotidiano do trabalho, os profissionais do CAPS traziam a lembrança daqueles nossos colegas da Atenção Primária como possibilidade de nos ajudarem no cuidado de pacientes que estávamos acompanhando.

²⁵ Termo meu, que faz alusão ao coletivo de trabalho ao qual pertenci, o do CAPS II Torquato Neto.

²⁶ Na ocasião, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ainda não haviam se constituído na AP.

Nossas festas e comemorações passaram a incluir convites à Atenção Primária. Estando presentes ou não, ao se encontrarem comigo, como direção da Unidade, agradeciam ou lamentavam não terem podido estar presentes em algum momento.

Contemporaneamente a estes acontecimentos, a Prefeitura executou a chamada de profissionais aprovados em concurso público para compor o quadro da Secretaria Municipal de Saúde. Aconteceram também muitos remanejamentos na lotação de servidores entre serviços de saúde já existentes, e o CAPS foi contemplado com todas estas movimentações.

Enfim, era chegado o momento de recuperarmos nosso lugar em um dos braços fortes da Reforma Psiquiátrica: o investimento em Serviços Residenciais Terapêuticos. Último CAPS de transtorno mental de adultos da Cidade a implantar SRT, junto à Superintendência de Saúde Mental da época, constituímos o processo seletivo para compor a equipe técnica que atuaria na casa onde os pacientes iriam residir; reinvestimos nos encontros semanais do grupo de pacientes com longa data de hospitalização para avaliação e preparo ao processo de alta; e, por fim, buscamos e estabelecemos o imóvel dedicado à constituição do primeiro SRT do CAPS II Torquato Neto.

Além de sede nova em 2011, encerramos o ano de 2013 com dezessete profissionais como *staffs* da Unidade, com as prioridades do trabalho reorganizadas pelos novos relevos que a Atenção Primária passava a explorar conosco e em processo pleno de desinstitucionalização de práticas e saberes acerca da loucura – simbolizado pela presença objetiva da nova SRT.

Meu percurso como gestora, ali, encontrava-se em finalização. Seguindo o que eram pistas de constituição de linhas históricas e absolutamente afetada pelos modos de subjetivação em movimento nas relações do território – agentes fundamentais para as tantas ‘gestações de ações em saúde’ nas quais tive a grata satisfação de estar envolvida e incluída a partir da posição de gestora – escolhi me debruçar por outros rumos que me indicariam novas críticas e reflexões daquele e de outros percursos meus na Atenção Psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do gestor nos territórios de trabalho em Saúde traz, ao longo da história, uma forte marca de instituídos, de modelos e de padronizações nos modos de ofertar o cuidado à população. No entanto, é da função de gestora, a qual ocupamos até o presente momento, que constituímos o suporte para a provocação de elencarmos o terreno da Micropolítica de trabalho e cuidado em saúde na discussão deste estudo.

Por um lado, fluxos e sistemas assistenciais criados trazem importante retrato da realidade de saúde. Por outro, como todo retrato é estático, deixa de fora ondas de movimento que se tocam, de modo que propagam efeitos de sua inércia a partir de e sobre os elementos vivos que fazem parte do cenário – referimos como tais elementos os usuários, os profissionais e (por quê não?) os ‘vulgos’ empedernidos gestores.

Mesmo diante da homogeneização presente quando da criação de fluxos assistenciais, de sistemas de informação, de sistemas de financiamento e de outros instrumentos que venham a envolver a assistência à saúde na busca da uniformização, “dar visibilidade ao desenho e a dinâmica em ato do emaranhado de linhas e planos que configuram o real social em determinado momento e sob certos pontos de vista” através da análise da micropolítica (FEUERWERKER, 2014, p. 37) parece-nos potente ferramenta ao trabalho do gestor afeito a produzir deslocamentos de dentro de território tão árido como é o da Gestão em Saúde.

Como nos diz Malik (apud ONOCKO, 2003, p. 9), assumir o pressuposto de que o propósito do planejamento em saúde é a Saúde, “modifica os critérios para definir o que é adequado, interfere nas noções de prioridade e pode perturbar os processos de trabalho dos acostumados a um modelo mais tradicional de pensamento.”

Na cartografia percorrida neste trabalho, os ‘nós de embaraçamento’ foram cuidadosamente tratados como ‘nós de entrelaçamento’, permitindo que a centralidade da construção do cuidado acompanhe o movimento de interesses e as linhas de força entre os atores envolvidos no cenário, em lugar de se balizar, exclusivamente, no contorno desenhado pela figura do gestor. Para isso, é importante a devida atenção aos fenômenos e às relações que se vão presentificando no contexto. As respostas para as dificuldades de transformação das práticas estão neste micro universo de relações cotidianas.

Por isso mesmo, estudar o cotidiano da produção do mundo é uma opção forte - que possibilita ir para o campo mais aberto, com menos aprioris, mapeando a quente como, em cada território, vão se fabricando as relações, seus limites, suas possibilidades. (FEUERWERKER, 2014, p. 37).

Gestão e Tensão rimam e andam juntas mesmo. Constantemente, esta última se coloca sobre a primeira, assolando-a de exigências e de respostas vertiginosas. A tomada de responsabilidade maior é a de assumir decisões ou construir ações que se sustentem como registros objetivos e afetivos dos atores envolvidos no trabalho. Por vezes, será também a tensão que, ao atingir o gestor, abrirá portas a novas significações de sua função – sustentadas pelo que sua percepção e sentidos extraem da realidade em que está imerso e não pela representação de conhecimento já formalizado e reconhecido de como um gestor deveria organizar seu trabalho.

Reafirmando que é no campo das relações de trabalho em nível molecular que se realizam os processos de subjetivação a partir das relações de poder (FEUERWERKER, 2014, p. 37), torna-se necessário indicar que os gestores incluam em suas normativas de trabalho, como um fio condutor, a configuração da realidade em andamento, que passa pela diversidade de interesses e de questões dos sujeitos presentes na mesma. Sendo assim, e tendo como propósito o cuidado em saúde, interessa a ele recolher os efeitos do cuidado VIVO EM ATO que estará produzindo com seus parceiros.

Instigar o gestor à produção de governabilidade em processos sociais e à construção de espaços coletivos – “arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2015, p. 42) – parece fundamental para a ‘gestação de ações em saúde’, que contemple o aparecimento e a conversação de objetivos diversos entre si, a viabilidade da produção de sentidos compartilhados e a corresponsabilização da construção de um processo de gestão político.

REFERÊNCIAS

- ALTOÉ, S. (Org) **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- ALVAREZ, J. & Passos, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E., KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. da (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- AZEVEDO, C. da S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico situacional de Carlos Matus. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8(2):129-33, abr-jun, 1992.
- BARROS, D.D. A Desinstitucionalização e Desospitalização ou Desconstrução? In: **Revista de Terapia Ocupacional** - USP, São Paulo, 1(2), 1990.
- BARROS, L.P. de & KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E., KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. da (Orgs.) **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- BICHAFF, R. **O Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.
- BRASIL, MS. O processo de trabalho em saúde. In: BRASIL, MS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasil, MS, Rio de Janeiro: Brasil, MS, Fiocruz, 2005.
- CAMPOS, G.W. de S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e Formação PAIDEIA**: apoio e co-gestão em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. 4.ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- CAMPOS, G.W. de S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos** – A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5.ed. São Paulo: HUCITEC, 2015.
- CECÍLIO, L.C. de O. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: MATTOS, R. A. de & PINHEIRO, R. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- COSTA, L.B. da. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. In: **Revista Digital do LAV** - Santa Maria, 7(2):66-77, mai.-ago., 2014.
- CRUZ, K.T. da. **Agires Militantes, Produção de Territórios e Modos de Governar**: Conversações sobre o Governo de si e dos Outros. 2015. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.
- DELGADO, P.G.G.D. & LEAL, E.M. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R., GULJOR, A.P., GOMES, A., MATTOS, R.A. de. (Orgs.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS UERJ - ABRASCO, 2007.

- ESCÓSSIA, L. & TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E., KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. da (Orgs.) **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- ESCÓSSIA, L.de & KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**. Maringá, 10(2):295-304, mai.-ago., 2005.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo do Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS UERJ-ABRASCO, 2006.
- JORGE, M.A.S. **Proposta para Implantação do Centro Intermediário de Atenção à Crise**. Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II, 1990.
- MARTINES, W., MACHADO, A., & COLVERO, L. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, 7, p. 203-211, 2013.
- MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. de. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- MATTOS, R.A.de. Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: MATTOS, R.A. de & PINHEIRO, R. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC UERJ, IMS ABRASCO, 2006.
- MENEZES, P. da S.M. **Espaço de Educação Permanente: uma estratégia na desconstrução de um serviço de Saúde Mental**. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, 2006.
- MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B. (Org.). **Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.
- MERHY, E. E.. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. HUCITEC, 1997.
- _____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S.F. (org). **Democracia e Saúde**. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998.
- _____. **Saúde: Cartografia do trabalho vivo em ato**. (Saúde em debate) São Paulo: HUCITEC. 2002.
- _____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO. T.B. et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.
- MINAYO, M.C. de S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MIRANDA, P. da S. **Desospitalização X Desinstitucionalização: a Teoria na Prática é outra**. Monografia de conclusão do curso de Especialização em Saúde Mental em nível de Residência. Rio de Janeiro: ENSP Fiocruz, 1999.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. In: **Fractal - Revista de Psicologia**, 20 (1):19-26, 2008.

OLIVEIRA, E. Cuidando da desconstrução: do Engenho de Dentro para o Engenho de Fora. In: **Arquivos Contemporâneos do Engenho de Dentro** - Instituto Municipal Nise da Silveira. Ano I, n. 1 (Nov 2007) - Rio de Janeiro: IMNS, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. 4.ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

ONOCKO CAMPOS, R. **O Planejamento no Labirinto** – uma viagem hermenêutica. São Paulo: HUCITEC, 2003.

PASSOS, E., KASTRUP, V. & ESCÓSSIA L. da (Orgs.) **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E., & BARROS, R.B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E., KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PINHEIRO, R., GULJOR, A.P., GOMES, A., MATTOS, R.A. de. (orgs.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS UERJ - ABRASCO, 2007.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Saúde para Debate**, n.12, 39-44, jul. 1996.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOUSA, M.E. de & LOBOSQUE, A.M. (Orgs.) **Atenção em Saúde Mental**. MG-BH: Secretaria de Estado de Saúde. 2006.

SOUZA, S.R.L. de & FRANCISCO, A.L. O Método da Cartografia em Pesquisa Qualitativa: Estabelecendo Princípios... Desenhando Caminhos... In: **Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//v. 2**. - 5o Congresso Ibero-americano em investigação qualitativa. Atas CIAIQ 2016.

SOUZA, S.R.L. de & FRANCISCO, A.L. O Método da Cartografia em Pesquisa Qualitativa: Estabelecendo Princípios... Desenhando Caminhos... In: **Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud/v.2**. - 5o Congresso Ibero-americano em investigação qualitativa. Atas CIAIQ 2016.

SITES

EROSÃO. Disponível em: <<https://www.suapesquisa.com/geografia/erosao.htm>>. Disponível em: <<http://www.geografia.seed.pr.gov.br/>>.

RELEVO. Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/formas-relevo.htm>>

TREKKING. Disponível em: <<http://www.penatrilha.com.br/blog/trekking-os-7-erros-mais-comuns-e-o-que-fazer-para-evita-los/>>

TREKKING. <http://www.penatrilha.com.br/blog/trekking-os-7-erros-mais-comuns-e-o-que-fazer-para-evita-los/>

TRILHA. E-book - Trilhas a pé: guia básico para trilheiros iniciantes. Disponível em: <<http://www.vamostrilhar.com.br/conteudo/dicas/5-motivos-para-voce-caminhar-em-trilhas/>>.



ANEXO 1. TERMO DE CONFIABILIDADE E SEGURANÇA

Eu, PATRÍCIA DA SILVA MIRANDA MENEZES, R.G: 09215566-2, declaro, por meio deste termo, que todas as informações da pesquisa intitulada **“O PROCESSO DE TRABALHO EM GESTÃO NO ÂMBITO DA MICROPOLÍTICA”** são de minha responsabilidade, Mestranda do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), sob orientação da Professora Maria Paula Cerqueira Gomes.

Comprometo-me a prestar consulta a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail psi_patmirandatextos@gmail.com ou telefone (021)996988970, ou presencialmente, no endereço profissional onde curso mestrado: Avenida Venceslau Brás, 71 fundos- Botafogo-RJ.

Fui informado também de que os usos das informações por mim utilizadas estão submetidos às normas éticas destinadas a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Saúde (CONEP), pelo Comitê de ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ.

O material coletado será extraído de diários de campo do pesquisador, constituídos ao longo dos anos de experiência como gestor; e o acesso às informações se dará apenas pelo mesmo e por seu orientador.

O pesquisador está ciente que os dados serão utilizados somente para análise e fins acadêmicos - com intuito de atender aos objetivos desta pesquisa, guardados por cinco anos e, a seguir, descartados pelo pesquisador.

Os riscos relacionados à pesquisa consistem na possibilidade de, mesmo sem nomear, identificar ou exaltar atores no processo descrito, pessoas podem se reconhecer nos lugares e tempos da pesquisa. Assim, o pesquisador garante sigilo e restrição das mesmas, sem colocar em risco suas opiniões, ou ainda sem as denegrir ou expor.

Atenciosamente,

Patrícia da Silva Miranda Menezes

Pesquisador

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018.