



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE
JANEIRO CENTRO DE FILOSOFIA E
CIÊNCIAS HUMANAS INSTITUTO DE
PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA
DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**

**CARTOGRAFIAS DOS POSSÍVEIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
COMPLEXO DO ALEMÃO:**

Relato de experiência de práticas interprofissionais realizadas entre o CAPS III, clínica da família e PET-saúde UFRJ

DESIRÉE SIMÕES SILVA

Rio de Janeiro

2024

DESIRÉE SIMÕES SILVA

CARTOGRAFIAS DOS POSSÍVEIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
COMPLEXO DO ALEMÃO: Relato de experiência de práticas interprofissionais realizadas entre o
CAPS III, clínica da família e PET-saúde UFRJ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (Programa EICOS), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção de grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Benedito Livramento Melicio

Rio de Janeiro

2024

CIP - Catalogação na Publicação

S457c SILVA, DESIRÉE SIMÕES
 CARTOGRAFIAS DOS POSSÍVEIS NA REDE DE ATENÇÃO
 PSICOSSOCIAL DO COMPLEXO DO ALEMÃO: Relato de
 experiência de práticas interprofissionais
 realizadas entre o CAPS III, clínica da família e
 PET-saúde UFRJ / DESIRÉE SIMÕES SILVA. -- Rio de
 Janeiro, 2024.
 136 f.

 Orientador: Thiago Benedito Livramento Melicio.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
 Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa
 de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e
 Ecologia Social, 2024.

 1. Cartografia. 2. Sistema Único de Saúde. 3.
 Educação Interprofissional. 4. Participação da
 Comunidade. 5. Saúde Pública. I. Melicio, Thiago
 Benedito Livramento , orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO DE DEFESA DE MESTRADO

DESIRÉE SIMÕES SILVA

CARTOGRAFIAS DOS POSSÍVEIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO COMPLEXO DO ALEMÃO: Relato de experiência de práticas interprofissionais realizadas entre o CAPS III, clínica da família e PET-saúde UFRJ

RIO DE JANEIRO, 23 DE FEVEREIRO DE 2024.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), Instituto de Psicologia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

Prof. Dr. Thiago Benedito Livramento Melicio
EICOS/UFRJ – Orientador

Prof^a. Dr^a. Maria Paula Cerqueira Gomes
EICOS/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Mirella Giongo Galvão da Silva
UFRJ

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Clínica da Família
HEGV	Hospital Estadual Getúlio Vargas
IPS	Índice de Progresso Social
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organizações Sociais
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMERJ	Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PSF	Programa Médico de Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SILVA, Desirée Simões. **Cartografias dos possíveis na Rede de Atenção Psicossocial do Complexo do Alemão: relato de experiência de práticas interprofissionais realizadas entre o CAPS III, Clínica da Família e PET-Saúde UFRJ.** Orientador: Thiago Benedito Livramento Melicio. Rio de Janeiro, 2024.

RESUMO

Esta pesquisa se propõe cartografar a rede rizomática produtora de ações de saúde realizadas no encontro entre as equipes do PET-Saúde UFRJ, CAPS III, Clínica da Família e comunidade do Complexo do Alemão, observando a efetivação ou não do encantamento nas propostas de promoção de vida e saúde. O estreitamento de vínculos entre os serviços, a academia e a comunidade levou aos serviços discussões sobre o trabalho interprofissional e colaborativo em saúde, focados em práticas socialmente emancipadoras e fortalecedoras, possibilitados pela aproximação com o território e com os movimentos sociais. Objetiva-se realizar uma cartografia dos processos de produção do cuidado, nas conexões macro e micropolíticas realizadas ao longo da parceria supracitada e identificar atos produtores de encantamento, como estratégia decolonial, que se materializaram ao longo de seus processos. Metodologicamente realizou-se a análise de diários de campo produzidos ao longo do tempo de imersão no campo para o acompanhamento das ações. Conclui-se que o elemento encantador da rede rizomática foi o retorno aos princípios ético-políticos inscritos na história dos movimentos populares e reformistas em saúde, possibilitando a efetivação da participação popular e democrática de pessoas da comunidade na formulação de ações de saúde tal como preconizam os diversos documentos que constituem as bases estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Cartografia; Sistema Único de Saúde; Educação Interprofissional; Participação da Comunidade; Saúde Pública.

SILVA, Desirée Simões. **Cartographies of possibilities in the Psychosocial Care Network of the Complexo do Alemão: experience report of interprofessional practices carried out between CAPS III, Family Clinic and PET-Saúde UFRJ.** Master's Advisor: Thiago Benedito Livramento Melicio. Rio de Janeiro, 2023.

ABSTRACT

This research aims to map the rhizomatic network that produces health actions carried out in the meeting between the teams of PET-Saúde UFRJ, CAPS III, Clínica da Família and the community of Complexo do Alemão, observing the effectiveness or not of enchantment in proposals for promoting health life and health. The strengthening of links between services, academia and the community led to discussions about interprofessional and collaborative work in health, focused on socially emancipatory and strengthening practices, made possible by the proximity to the territory and social movements. The objective is to carry out a cartography of the care production processes, in the macro and micro-political connections, carried out throughout the aforementioned partnership and to identify acts that produce enchantment, as a decolonial strategy, which materialized throughout its procedural acts. Methodologically, field diaries produced throughout the immersion in the field were analyzed to monitor the actions. It is concluded that the charming element of the rhizomatic network was the return to the ethical-political principles inscribed in the history of popular and reformist health movements, enabling the implementation of popular and democratic participation of people from the community in the formulation of health actions as advocated the various documents that constitute the structural bases of the Unified Health System (SUS).

Keywords: Cartography; Unified Health System; Interprofessional Education; Community participation; Public Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA DE INTERESSE.....	20
3. PROBLEMATIZAÇÃO.....	22
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	22
3.2. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	23
3.3. QUESTÃO DE PESQUISA.....	24
3.4. OBJETIVOS.....	24
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
4.1 CARTOGRAFIA, PRODUÇÃO DE REDES RIZOMÁTICAS E TRABALHO EM SAÚDE.....	25
4.2 PRESENÇA DA LÓGICA DA COLONIALIDADE NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA.....	33
5. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	42
5.1 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRAS - IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III EM TERRITÓRIOS CARIOCAS RESISTENTES AO PROJETO COLONIAL.....	42
5.1.1. A elaboração contra hegemônica nas áreas de saúde coletiva e mental 42	
6. DISCUSSÃO.....	65
6.1 EFEITOS DO ENCONTRO ENTRE OS SERVIÇOS INTERSETORIAIS DE BASE TERRITORIAL E COMUNITÁRIA, LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS E ACADEMIA.....	65
6.1.1. Mergulho na rede viva rizomática formada pela Clínica da Família, Centro de Atenção Psicossocial III, comunidade e academia.....	65
6.2 ASPECTOS DA ATUALIDADE DO TRABALHO TERRITORIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE BASE TERRITORIAL E COMUNITÁRIA NO COMPLEXO DO ALEMÃO.....	90
6.2.1. Retorno ao Centro de Atenção Psicossocial.....	92
6.2.2. Retorno à Clínica da Família.....	109
6.2.3. Retorno ao diálogo com a comunidade do Complexo do Alemão...119	
7. CONCLUSÃO.....	128
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133

AGRADECIMENTOS

Às duas pessoas que sempre acreditaram em mim, meus pais Sílvia Simões e Valter Alves. Obrigada por me ensinarem que a educação transforma vidas e por todos os esforços que fizeram para que eu hoje esteja onde estou.

Aos meus ancestrais negros e indígenas por todos os passos que tiveram que dar para que em algum momento alguns de nós conseguíssemos alcançar o direito a uma vida digna.

Ao meu filho Arthur Simões, que me ensina a cada dia que a maternidade é lugar de acesso e de manutenção do sagrado da vida.

Ao meu marido Antoine de Mena, companheiro que não poupa atenção e esforços para que a minha jornada seja abundante em amor e beleza.

Ao meu amigo Guilherme Souza, que em tempos em que a descrença habitava em mim sempre acreditou em minha aptidão para o envolvimento com a academia, me oferecendo preciosos incentivos.

Ao meu amigo Rafael da Mata, que em nossas trocas sempre acreditou nas minhas elaborações intelectuais.

Às minhas amigas de uma vida, Junna Tavares, Camila Menegardo e Thaís Rezende, que mesmo não compartilhando como antes o cotidiano, são um importante lugar de apoio e respiro nos momentos de adversidade e maravilhosas companhias nos momentos de felicidade.

Aos usuários de todos os serviços de saúde mental que tive o privilégio de acompanhar ao longo de 10 anos de trabalho no Sistema Único de Saúde. Professores de uma grande generosidade, que ao depositarem confiança em meu trabalho, me ensinaram tudo o que eu sei sobre clínica.

Aos moradores do Complexo do Alemão, por todo acolhimento e compartilhamentos construídos em 2 anos e meio de uma convivência que era trabalho, mas também era a vida.

Ao meu orientador, Thiago Melicio, por acreditar em mim desde o primeiro momento em que conversamos e por compartilhar comigo o sonho de uma luta radicalmente antimanicomial através de um SUS universal e de qualidade para todos os brasileiros.

Aos professores do Programa EICOS, em especial os docentes da linha 3. Profissionais que há muitos anos iluminam com suas ideias meus passos na clínica.

Às minhas parceiras de orientação Bruna Bizarro, Maria Clara Garioli, Thaís Sâmela e Margarete Araújo, pelos diversos compartilhamentos desde o momento inicial do percurso desta pesquisa.

Por fim, agradeço à mãe Terra e ao cosmos pela possibilidade da vida.

*À todas as pessoas que acreditam em uma sociedade justa social
e racialmente.*

1. INTRODUÇÃO

[...] uma sociedade é racista ou não é. Enquanto não compreendermos essa evidência, deixaremos de lado muitos problemas. (Frantz Fanon, 2008, p. 85)

Este trabalho diz respeito a minha experiência enquanto mulher, negra, carioca, enfermeira, trabalhadora da saúde mental e que vivenciei os atravessamentos da transformação em meu corpo através das vivências ocorridas no Complexo do Alemão. Essas transformações, de corpo e plano sensível, referem-se às dificuldades e às diversidades desse campo, uma vez que, se trata de pensar o cuidado de pessoas que vivem cotidianamente a experiência de ocupar um lugar de extrema vulnerabilidade social e racial frente as incidências contemporâneas do projeto colonial empreendido para a construção do Estado brasileiro.

Experiência também vivida por mim, a partir da condição da minha existência nas estruturas políticas globais e nacionais. Com isso, quero dizer que, entre os moradores do Complexo do Alemão e eu existem alguns pontos de identificação no que se refere à nossa constituição existencial enquanto sujeitos. Diz respeito ao compartilhamento de lugar de pertencimento no mundo, respeitando as singularidades e possibilidades de vida de cada um.

Creio que o compartilhamento de lugar de pertencimento, foi o que viabilizou um encontro tão potente entre os moradores do território e eu. Este ponto em comum ressoou de modo intenso, atingindo diretamente o modo como eu me afetava com os acontecimentos locais, especialmente em se tratando de um território marcado pela violência planejada pelo Estado. Minha sensibilidade se aflorou diante da convocação profissional de pensar a produção de cuidado em um território que frequentemente é alvo de um Estado que funciona na lógica da colonialidade, onde a exploração e morte de pessoas negras é uma das diretrizes do projeto.

O relato de experiência realizado nesta dissertação traz elementos que compareceram no plano da minha sensibilidade enquanto eu trabalhava no Complexo do Alemão. Sensibilidade que me conduziu a encontros produtores de caminhos rizomáticos e vivos, que me levaram para fora da obviedade de práticas produtoras de cuidado desempenhadas hegemonicamente nos serviços de saúde naquele momento.

Dando início ao trajeto...

Em 2019 aconteceu a aproximação do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) do Complexo do Alemão e de uma das Clínicas da Família (CF) do território com o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade

ligado à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Esta aproximação levou a esses serviços de atenção psicossocial e de atenção básica, discussões acerca do trabalho interprofissional e colaborativo, e fomentou reflexões sobre a produção de uma rede de saúde viva e rizomática no território do Complexo do Alemão. A partir disso, aconteceram planejamentos e realizações de estratégias de atenção à saúde articuladas entre o CAPS III, Clínica da Família, academia e comunidade, possibilitando o estreitamento do entrelace e, conseqüentemente, do fortalecimento da rede tecida com a comunidade.

No segundo semestre do mesmo ano houve reunião do Colegiado Gestor da CF, que teve como principal tema de discussão o assassinato da criança Ágatha Vitória Sales Félix, envolvendo como suspeita de disparo do tiro a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ).

Para melhor contextualizar, entendo ser importante tratar sobre a minha presença enquanto enfermeira de saúde mental do CAPS III e minha relação com o fato que deu início ao processo de produção desta pesquisa.

No dia 20 de setembro de 2019, eu estava cumprindo a minha escala de 24 horas de plantão no referido CAPS III. Era uma sexta-feira, que transcorria de modo tranquilo até o início do período noturno. No início da noite, chegou ao CAPS III um paciente regularmente acompanhado pela unidade, demandando atendimento, referindo mal estar geral e sensação de uma descompensação nos valores de pressão arterial.

Encaminhei o paciente para dentro da unidade. Sua pressão arterial foi verificada e ao constatar que efetivamente os valores estavam elevados, cumpri o protocolo clínico institucional de levá-lo à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, que divide espaço físico com o CAPS III. Ao sair para o estacionamento, percebi uma grande movimentação e apreensão nas pessoas que ali estavam.

Quando olhei para frente, havia uma kombi aberta, de onde escorria uma quantidade significativa de sangue. Ao estranhar a cena que se apresentava à minha frente, reconduzi o usuário para a recepção do CAPS III e fui conversar com os profissionais das equipes de apoio que estavam no estacionamento. Perguntei o que estava acontecendo e me informaram que uma criança havia sido baleada dentro da kombi, enquanto o veículo transitava pela região da Fazendinha, que se localiza próximo ao prédio que comporta as três unidades de saúde envolvidas no cuidado em saúde territorial.

Me disseram também que estavam apreensivos, pois havia notícias de que a população revoltada com o acontecido poderia invadir a UPA, caso a criança não sobrevivesse. Apesar do clima de tensão instaurado, eu precisava continuar a prestar uma assistência de qualidade ao usuário que tinha procurado o CAPS III e estava, em um nível

diferente, vivendo também um quadro de emergência clínica que demandava cuidados. Com isso, entrei na UPA e fui com ele até o consultório médico.

No consultório estava uma jovem médica, em seu primeiro plantão como profissional formada. Ela me olhou assustada, perguntando quem eu era. Neste momento, pedi ao meu paciente que esperasse na recepção da UPA e entrei na sala para me apresentar e entender o que estava acontecendo. Após me apresentar, a médica me falou que não estava conseguindo atender, pois estava com muito medo por ser seu primeiro plantão depois de formada, que além da médica *staff* da unidade estar na sala vermelha, tentando manter a criança baleada viva e ela ter ficado sozinha, estava com medo das ameaças de invasão da UPA.

Falou também que a criança era Ágatha Félix, que ela tinha 8 anos e que estava em um estado extremamente grave, sendo a tentativa possível naquela unidade mantê-la viva até que se conseguisse sua transferência, em vaga zero¹, para o Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV), que é o hospital com recursos de alta complexidade mais próximo à UPA.

Depois de ouvi-la, lhe contei sobre a situação caótica que estava se instaurando na recepção da UPA devido à demora na realização dos atendimentos, falei sobre a importância e desafios do trabalho cotidiano no território, afirmando que naquele momento não era possível recuar, me disponibilizando a estar junto caso ela achasse necessário.

De algum modo, a breve conversa que tivemos, pareceu surtir um efeito e a médica me olhou, pediu que eu entrasse com meu paciente, dizendo que contaria com a equipe de enfermagem da UPA. Recomeçou naquele momento a atender.

Pouco tempo depois, veio a notícia do óbito de Ágatha Félix, no HEGV.

Passada essa contextualização, retorno ao relato sobre a reunião do Colegiado Gestor, realizado na CF. Nesse, ocorreu um consenso entre os trabalhadores dos serviços da rede intersetorial de base comunitária, entre eles professores de escolas, acadêmicos e comunidade, de que seria importante a articulação de uma grande ação de saúde, a partir da mobilização social, com o objetivo de acolher e encantar o território.

Transformar através da prática de encantar diz respeito a minha identificação com a ideia de que no Brasil há um “ecossistema de sabenças encantadas que operam dinamicamente na dimensão do alargamento da experiência de ser no mundo” que pode ser acessado por pessoas que possuem sensibilidade e disponibilidade para acessá-lo. (SIMAS, 2021, p. 22).

¹ Vaga zero: “[...] é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, p. 5).

O repertório dessas sabenças encantadas tem como função a elaboração sobre os modos de se relacionar com o real, que se fundamenta em crer na existência e potência transformadora da realidade contidas nas “energias vitais que residem em cada um, na coletividade, em objetos, alimentos, elementos da natureza, nos diálogos entre corpos e música.” (SIMAS, 2021, p. 23). Para quem é sensível a estes outros saberes, a concepção de Simas (2021), oferece uma indicação sobre como se dá certo entendimento sobre os significados de morte e vida.

No plano onde estão inscritas as sabenças encantadas, a morte e a vida ultrapassam os aspectos fisiológicos, sendo a morte a espiritualidade do desencanto e a vida a disponibilidade para o encantamento. Aqui, acredita-se que o acesso a esse repertório através do plano sensível das pessoas implicadas nos processos que serão tratados ao longo deste trabalho, foi ao mesmo tempo ponto de partida e guia da caminhada descrita nesta pesquisa operando como elementos de transformação da realidade daquele momento. (SIMAS, 2021, p. 23).

As falas que mais reverberaram foram a das professoras das escolas, que se disseram assustadas, pois havia se tornado principal assunto das crianças nas escolas o medo de morrer. Atravessados por isso, começamos o tecimento de uma rede viva rizomática, que teve como primeira culminância a ação que recebeu o nome de “Ocupa criança”, que foi uma ocupação da população dentro do edifício que abriga a CF, CAPS III e UPA 24 horas.

Esse foi um momento de efervescência e fortalecimento dos vínculos de trabalho entre os profissionais de diversas categorias profissionais das unidades de saúde, e também de integração com alunos do internato de medicina, de outras graduações da UFRJ e das residências de Medicina de Família e Comunidade, da UFRJ e da Prefeitura do Rio de Janeiro. A atuação dos integrantes do PET Saúde funcionou como o fio condutor desta experiência e das experiências subsequentes, como por exemplo a ação “Ocupa Mulher”, as “Oficinas Voadoras” e o “Chá Dançante”, assim como o crescimento da capilaridade e do alcance de profundidade da rede rizomática, que geraram ganhos importantes para a comunidade, as unidades de saúde e para os demais serviços intersetoriais de base territorial e comunitária.

Diante das possibilidades criadoras, encantadoras e potencializadoras de vida que emergem através da formação de redes vivas e rizomáticas, tem-se como objetivo deste trabalho realizar a produção de uma cartografia dos aspectos micropolíticos relacionados à construção do trabalho sucintamente descrito acima e identificar os gestos produtores de

encantamento que se materializaram ao longo da processualidade do trabalho. Como princípio orientador no campo a partir do meu lugar, assumi como posicionamento a compreensão de que não há neutralidade possível na pesquisa cartográfica ou psicossocial, uma vez que o que deu início ao aumento do meu investimento sobre o território do Complexo do Alemão, foi o fato de eu me sentir afetada com o assassinato de uma criança. Este posicionamento traz consigo a concepção de que “a construção do conhecimento se processa como ativadora e produtora de intervenção na vida e acontece nesta mistura, neste tingimento do pesquisador com o campo. A vida como algo capital, a vida como produção e expressão de subjetividades” (ABRAHÃO *et al.*, 2014, p. 23).

Com isso, me coloco em um lugar onde minha pesquisa também tocará em mim, no meu modo de operar, fazendo com que os posicionamentos entre sujeitos e objetos de pesquisa, realizados pelas ciências alinhadas com a lógica colonial, racionalista e hierárquica de uma academia clássica, não seja possível. Dentro disso, o modo de produção de pesquisa cartográfica se mostra coerente com o relato da experiência trazida por este estudo, uma vez que a cartografia “como método de pesquisa-intervenção pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, com regras já prontas” (PASSOS & BARROS, 2009, p. 17).

A cartografia tem como diretriz a forma como ocorre o seguimento de pistas orientadoras do percurso da pesquisa levando sempre em consideração os efeitos do processo do pesquisar sobre três elementos: o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. Apesar de ser um caminho construído através do seguimento de pistas, a pesquisa cartográfica não é pesquisa sem direção, tendo na reversão o sentido tradicional do método. Reversão executada através do “primado do caminhar que traça, no percurso suas metas” em relação às pesquisas tradicionais, que operam na lógica realizar “um caminhar para alcançar metas pré fixadas” (PASSOS & BARROS, 2009, p. 17).

Os desafios de uma pesquisa que me toca enquanto pesquisadora passam pelo modo como eu percebo a dimensão da minha implicação na realização do trabalho em ato e na execução do gesto de pesquisa. Em alinhamento com este modo colocação da minha presença nos processos do trabalho relatado nesta pesquisa, existe o entendimento de que pesquisar a própria implicação é trazer para análise o próprio agir. E, olhar para o próprio agir é a possibilidade de reflexão sobre os próprios atos, onde está contida a vontade de transformação de si (MERHY, 2004). Poder compreender que há variados modos de produzir ciência e que é possível o seu exercício fora do campo da experimentação controlada, incide em mim como um catalisador do meu desejo de pesquisar como até então eu não havia experimentado. Outro catalisador para mim foi entender que fazer

cartografia é se colocar de corpo presente e inteiro, a partir de uma postura, em relação àqueles que nos sensibilizaram ao ponto de despertar interesse de estar junto, produzir conhecimento e compartilhar (MERHY, 2004).

Minha trajetória profissional no campo da pesquisa científica se deu inicialmente no campo da epidemiologia, onde fiquei marcada pela concepção de que fazer ciência era produzir dados “limpos”, neutros, que só podem ser feitos após “dar tratamento” através da utilização de *softwares* de estatística aos dados colhidos no campo e inserido em planilhas.

Aprendi, naquela época, que cientista bom era aquele que conseguia reduzir ao máximo os efeitos indesejados de seus dados. Este inclusive foi um dos motivos do meu rompimento com a disciplina no que se refere a minha implicação como pesquisadora, pois me trazia incômodo dar tanto tratamento aos dados, que ao final me parecia que toda a vida presente no campo de pesquisa tinha se esvaído, e meu trabalho reduzido a números mortos perfeitamente encaixados em retângulos de planilhas coloridas.

Escrever hoje a partir da postura cartográfica é uma ressignificação do meu pensar e do meu gesto de produzir pesquisa dentro da academia. Penso que por trazer como método a interação com os investigados na pesquisa a partir de uma relação sujeito-sujeito, onde a objetificação do corpo do outro não é uma possibilidade ética, a vida que há anos atrás eu vi se esvaír do campo das pesquisas acadêmicas retornou com força total. Em cartografia, a “separabilidade canônica” entre objeto pesquisado e sujeito pesquisador se desfaz, uma vez que, o próprio “processo de investigação e implementação, modifica e atua, a todo instante, no objeto a ser pesquisado” (ROCHA, *et al.*, 2014, p. 106).

Esse deslocamento do sentido da pesquisa na produção cartográfica de que a mesma é produzida não sobre um objeto, mas sim com o objeto, é o lugar de ressignificação da minha experiência como pesquisadora. Como diz Cerqueira *et al.* (2014, p. 26), há aqui a noção de que pesquisadora e objeto estão incluídos em um “mesmo processo, indo além em uma produção intrínseca e intercessora. Pesquisador/objeto não se diferenciam na construção e no fazer investigativo.”

Como modo de operação da pesquisa cartográfica Rocha, *et al.* (2014, p. 107),

2. JUSTIFICATIVA DE INTERESSE

Esta proposição de pesquisa se dá pelo fato de eu ter vivenciado de modo encarnado e rizomático, a experiência de ter sido trabalhadora de saúde no território do Complexo do Alemão. O Complexo do Alemão é um lugar onde historicamente a população tem sido atravessada por diversas camadas de violências. Lugar onde há, de modo não oficialmente declarado, uma guerra civil onde o inimigo do Estado são os cidadãos negros, empobrecidos e excluídos do *status quo* da colonialidade.

Através do desenvolvimento do trabalho tratado neste estudo, experimentei uma plasticidade antes desconhecida por mim, no que se refere ao território existencial daquele espaço, e ao mundo da produção viva e rizomática. Como traz Abrahão, *et al.* (2014), é possível dizer que, enquanto trabalhadora de saúde de um território favelado, eu estava operando na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, *in-mundo*, com o objeto.

Trabalho em que a postura cartográfica estava presente, incorporada em mim e em outros parceiros de compartilhamento de processos ao longo da formação da rede viva, rizomática, da elaboração e realização das ações em saúde ampliadas tratadas nesta pesquisa. Vivências viabilizadas pelo exercício da postura profissional que entendo como interessante no agir em saúde.

A presença dos tutores e alunos da universidade contribuiu substancialmente com direcionamentos relativos ao plano teórico conceitual de suas linhas de pesquisa na UFRJ, enriquecendo o fazer em saúde dos múltiplos e híbridos agentes do cotidiano do território.

Entendo que o encontro, propiciado pela convocação de um dispositivo de controle social em saúde de caráter democrático, entre representantes da universidade, os profissionais dos serviços intersetoriais de base comunitária, territorial e comunidade foi o elemento chave na formação do território em que as ações de saúde ampliadas tratadas nesta pesquisa puderam se apresentar enquanto culminâncias de certos processos.

Culminâncias onde pude reconhecer o seguimento de princípios e diretrizes, por tanto tempo estudados por mim, do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial do país.

A partir da minha postura cartográfica e “inmundicizada”, contaminada de mundo, no campo de trabalho, tenho aprendido a ser agente de construção de ações de saúde que ultrapassam o reducionismo biomédico hegemônico. A união dos elementos: território, interprofissionalidade e articulação com lideranças comunitárias contribuíram e

contribuem para pensar a construção de uma postura ética, potencializadora e encantadora da produção do cuidado.

Penso que a movimentação rizomática executada no percurso da pesquisa e do agir em saúde acontece pela minha dedicação em acreditar que caminhar na direção oposta ao engessamento normativo habitual no campo das práticas em saúde fortalece e encanta as redes da vida. Tal atuação transformou meu modo de circular no campo do trabalho e pelos caminhos da vida, possibilitando que meu pensar e agir em saúde estejam em movimentos de contínuas desterritorializações e reterritorializações.

Esse deslocamento modificou de modo significativo o meu modo de ser e estar no mundo.

3. PROBLEMATIZAÇÃO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O Complexo do Alemão, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, pertence à Área de Planejamento 3.1, e possui aproximadamente 300.000 habitantes. Seus indicadores de saúde apontam grandes deficiências no acesso ao sistema de saúde por parte da população, mostrando-se em situação de vulnerabilidades diversas (RIO DE JANEIRO, 2009; RIO DE JANEIRO, 2018).

No cenário atual é possível notar as precariedades e os incipientes investimentos públicos para implantação e implementação de uma rede de saúde que contenha uma capilaridade dotada de uma plasticidade que consiga efetivamente cobrir toda a população residente no território. A cobertura em questões ligadas à atenção psicossocial, tal como o cuidado em saúde mental, é baixa, contando todo o Complexo do Alemão com apenas 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial III para todo o território. Serviço este que possui ainda população adscrita sob sua responsabilidade sanitária na comunidade Vila Cruzeiro.

Com isso, faz-se de fundamental importância o fortalecimento da rede intersetorial de base territorial e comunitária, comunidade e universidade, a partir da reflexão e da investigação sobre estas ações no intuito de fomentar novas experiências orientadas pelos princípios da produção de tecnologias em saúde contra hegemônicas, sob a perspectiva ampliada e decolonial, que possam ter como efeito uma boa repercussão social nesta região.

O intuito deste trabalho é mostrar que é possível produzir deslocamento das práticas pautadas pelos saberes hegemônicos para práticas que vão na direção contrária, de reconhecimento dos saberes do território sobre as questões que o atravessam como caminho possível de construção de novas práticas em saúde adequadas às especificidades dos territórios resistentes ao projeto colonial. Aqui a diretriz fundamental é o alcance de uma sociedade com maior justiça social e racial.

Para este trabalho, intenciona-se elaborar a ideia de que ações de saúde realizadas nos serviços de base territorial e longitudinal de acompanhamento, entrelaçadas à comunidade e à academia, são uma das possibilidades de desenvolvimento de uma rede fortalecida e encantada que sustente a produção de saúde em territórios negligenciados em relação a investimentos do Estado, atravessados pelos temas da colonialidade e suas vicissitudes.

3.2. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Este estudo se justifica pela importância de pensar sobre os processos e modos de construção de redes vivas rizomáticas fortalecidas pelo encontro com o repertório de sabenças encantadas propiciado por um fazer inclusivo, democrático e colaborativo no que se refere às ações de saúde aqui investigadas.

É uma pesquisa que pensa sobre o enraizamento e suas multiplicidades e os princípios ético-políticos de ações de saúde que são planejadas através de um trabalho colaborativo e interprofissional, junto a academia com uma ampla participação comunitária.

Em tempos atuais, onde o desmonte das redes de saúde com concomitantes precarizações de trabalhadores e dos serviços traz grandes prejuízos a sociedade brasileira. Pensar sobre caminhos de reconstrução que contemplem movimentos rizomáticos, encantados e decoloniais pode vir a se mostrar como uma alternativa às mortificações produzidas como planejamentos de Estado.

3.3. QUESTÃO DE PESQUISA

Como realizar ações contra hegemônicas, em relação ao modelo biomédico, em territórios historicamente vulnerabilizados pelo projeto de colonialidade, de modo a produzir ações de saúde não enrijecidas, que gerem efeitos de fortalecimento e encantamento no tecido social comunitário e nas subjetividades dos sujeitos envolvidos?

3.4. OBJETIVOS

Cartografar a rede viva rizomática criada no Complexo do Alemão entre CAPS III, CF, comunidade e academia, no ano de 2019 e primeiro semestre de 2023. E identificar os atos contra hegemônicos em relação *ao status quo*, criados ao longo da processualidade de construção das ações de saúde concebidas a partir do ajuste de entrelaçamento entre CAPS III, CF, comunidade e academia, no ano de 2019 e primeiro semestre de 2023.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensur, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir”. (Gilles Deleuze & Felix Guattari, 1980, p. 19).

Neste capítulo será realizada a fundamentação teórico conceitual dos múltiplos temas que atravessam a questão investigada nesta pesquisa. Por se tratar do método cartográfico, onde a fundamentação teórica não é dogmática, trata-se de uma discussão que faz a defesa de que toda proposição de pesquisa encontre seu próprio modo de fazer. Preceito a partir do qual é possível afirmar que a cartografia é uma postura assumida na imersão do pesquisador no campo escolhido para realização da pesquisa.

Esta fundamentação teórico conceitual está dividida em 2 partes. A primeira parte trata da definição conceitual de cartografia, enquanto método de produção de pesquisa, produção de redes vivas rizomáticas e trabalho e tecnologias em saúde. Na segunda parte há um debruçamento sobre as questões que permeiam o campo da colonialidade e a decolonialidade na contemporaneidade brasileira, a partir do deflagrador desta investigação e de aspectos relacionados ao campo de pesquisa.

4.1 CARTOGRAFIA, PRODUÇÃO DE REDES RIZOMÁTICAS E TRABALHO EM SAÚDE

Como afirma Rolnik (2006, p. 23), “para os geógrafos, a cartografia [...] é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem”. A partir deste conceito, a autora compreende que as paisagens psicossociais também são cartografáveis, sendo possível a importação metodológica pelo campo da produção em saúde.

A aplicação do método cartográfico nestas paisagens ao mesmo tempo que acompanha, “se faz ao mesmo tempo que o desmanche de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos” (ROLNIK, 2006, p. 23).

Nesta pesquisa a escrita sobre o método cartográfico é criar território para enraizar o meu agir em saúde junto a uma rede intersetorial de serviços públicos de base

comunitária e territorial, equipe multiprofissionais / interprofissionais de saúde, academia e a comunidade, no campo da *práxis* em atenção psicossocial. Segundo Rolnik (2006, p. 63), “a prática do cartógrafo diz respeito às estratégias da formação de desejo no campo social” e tomando este mesmo referencial teórico como um dos orientadores desta produção, desejo aqui é entendido como um “movimento de afetos e simulação desses afetos em certas máscaras, movimento criado no encontro dos corpos”, sendo ele mesmo a própria produção do real social.

É possível, a partir deste referencial, pensar sobre a importância da relação do desejo com as configurações sociais. Os movimentos de desejo são também movimentações de atualização de alguma prática ou discurso, funcionando como catalisadores de atualização de um certo tipo de sociedade (ROLNIK, 2006).

Sobre o desejo, Deleuze e Guattari em seu livro “O Anti-Édipo” (2011, p. 16), afirmam que “o desejo não para de efetuar o acoplamento de fluxos contínuos e de objetos parciais essencialmente fragmentários e fragmentados. O desejo faz correr, flui e corta”.

Produzir cartografia, a partir das ideias trazidas por Suely Rolnik em seu livro *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo* (2006), é a possibilidade de acompanhar a produção de novos mundos e destruição de outros, através de um olhar que apreenda as linhas de vida que se apresentam ao longo dos processos de construção de um trabalho.

O fazer do cartógrafo, nesta perspectiva, seria a produção de alguma inteligibilidade da paisagem psicossocial descrita em seus acidentes e suas mutações. Segundo Rolnik (2006), este é um fazer político que se dá no campo da micropolítica e tem relação com as estratégias de produção de subjetividade.

Nesta investigação, a pretensão é conseguir realizar um acompanhamento e descrição, em especial, das linhas que trazem consigo os conceitos de territorialização e desterritorialização, na concepção de que através delas é possível trazer os meios que viabilizem a construção de novos mundos possíveis.

De acordo com Rolnik (2006), o que se constitui como problema de pesquisa para o cartógrafo não tem nada a ver com explicar ou com revelar. Sua intenção é a criação de mundos com a compreensão de que esta produção se dá através da criação de pontes de linguagem. Linguagem, que é em si mesma criação de mundos, surge através da sensibilidade que possibilita o mergulho na geografia dos afetos, que possibilitam a invenção de pontes para ligar e possibilitar travessias entre um lugar e outro.

O que o cartógrafo deseja é embarcar na constituição de territórios existenciais, constituintes de uma dada realidade psicossocial, e o seu método não é passível de

definição. Cada cartógrafo o define constantemente. Seu critério é o grau de abertura para vida que cada um se permite a cada momento e seu parâmetro é a expansão da vida, sendo o trabalho de sustentação desta expansão sua ética (ROLNIK, 2006).

Outro aspecto é também poder realizar um debruçamento sobre os territórios de produção de desejo que se fizeram e se fazem presentes ao longo da realização do trabalho produzido em rede rizomática a partir do encontro entre representantes dos serviços intersetoriais de base territorial e comunitária das políticas públicas, da academia e da comunidade.

Contido na descrição das linhas que tratam dos fenômenos de desterritorialização e territorialização, nesta pesquisa é realizada a descrição dos processos que as compõem a partir da análise do diário de campo elaborado durante a fase de campo desta pesquisa.

Em cartografia, as anotações do diário de campo “colaboram na produção de dados de uma pesquisa e tem a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modo de fazer”. A escrita deste tipo de documento propicia uma coprodução transformadora, em circularidade aberta ao tempo, da transformação da experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência. Desta maneira, o diário de campo se faz uma valiosa ferramenta para a produção cartográfica (PASSOS, *et al.*, 2009, p. 70).

Como, de acordo com os referenciais teóricos adotados para construção desta pesquisa, produção e processos caminham juntos, se faz necessária a construção de alguns caminhos elucidativos sobre o tema.

Aqui a produção é entendida no mesmo sentido colocado por Deleuze e Guattari (2011, p. 16), ou seja, a produção como processo que forma “um ciclo ao qual o desejo se relaciona como princípio imanente”. Para estes autores, é característica do que eles denominam de máquinas desejanças a regra de “produzir sempre o produzir, de inserir o produto no produto”, tendo a produção a forma de síntese conectiva “e”, “e depois...”.

O processo possui três sentidos: o primeiro se trata de inserir o registro e o consumo na própria produção, ou seja, torná-los produções de um mesmo processo; o segundo sentido é que homem e natureza são uma só e mesma realidade essencial do produtor e do produto; e o terceiro sentido é que o processo não seja tomado como uma meta, um fim, nem confundido com sua própria continuação ao infinito. O processo deve tender para sua efetuação (DELEUZE & GUATTARI, 2011).

Dentro disso, a proposição investigativa aqui presente pretende mergulhar nos campos da macropolítica e micropolítica presentes na formação da rede rizomática produzida pelo fortalecimento do entrelaçamento entre os serviços intersetoriais de base

territorial e comunitária, academia e comunidade, sobre o qual exerceu investigação neste estudo. Neste trabalho, o campo da micropolítica é entendido como propõe Rolnik (2006) como aquele que trata do campo das linhas dos afetos, da simulação e do território, com ênfase para a política das duas primeiras.

Segundo a mesma autora, o campo da macropolítica é compreendido como aquele que trata da política do território propriamente dita. Esclareço que a linha do território trazida neste ponto é aquela que fala do aglomerado de máscaras formado a partir das duas linhas anteriores, em dois movimentos, sendo elas a do afeto e a da simulação (ROLNIK, 2006).

Rolnik (2006) afirma que a linha dos afetos é da ordem do invisível, do inconsciente. Trata-se de um fluxo que nasce “entre” os corpos. Sobre o “entre”:

Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 49).

Nesta concepção, entende-se que os afetos que escapam traçam as linhas de fuga. Linhas estas que são entendidas como movimentos de desterritorialização e desestratificação. Estas linhas marcam “a realidade de um número de dimensões finitas que a multiplicidade preenche efetivamente; a impossibilidade de toda dimensão suplementar, sem que a multiplicidade se transforme segundo esta linha [...]” (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 18).

No prefácio da edição italiana do volume nº 1 de “Mil Platôs”, Deleuze e Guattari colocam que “as multiplicidades ultrapassam a distinção entre a consciência e o inconsciente, entre a natureza e a história, o corpo e a alma. [...] são a própria realidade, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito”. Segundo os referidos autores, no texto citado no início deste parágrafo, o modelo de realização das multiplicidades é o rizoma (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 10).

Para os autores citados no parágrafo anterior, o rizoma possui certos princípios: o primeiro princípio é o de conexão e o segundo é o de heterogeneidade. Ou seja, tratam do fato de que qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e que deve sê-lo (DELEUZE & GUATTARI, 2011 p. 22).

O terceiro princípio é o de multiplicidade, que trata de que é quando:

o múltiplo não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo. E o crescimento do rizoma em multiplicidades é realizado através dos agenciamentos que mudam de

natureza à medida que as conexões aumentam (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 23).

O quarto princípio é o de ruptura assignificante e o quinto e o sexto princípios são os de cartografia e de decalcomania (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 23).

No rizoma existem apenas linhas. Linhas que falam também sobre multiplicidades que se definem pelo fora: linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização. As linhas de fuga, que remetem ao quarto princípio, se apresentam quando há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem, mas sem deixar de fazer, ela mesma, parte do rizoma. As linhas se remetem o tempo inteiro umas às outras (DELEUZE & GUATTARI, 2011).

A desterritorialização se apresenta como a dimensão máxima segundo a qual a multiplicidade se metamorfoseia. Porém, há o risco de nestas linhas segmentares que explodiram ser reencontradas organizações que reestratificam o conjunto, ou seja produzindo reterritorialização. Sendo assim, o rizoma não é objeto de reprodução e sim uma antigenealogia (DELEUZE & GUATTARI, 2011).

Remetendo ao quinto princípio, o do rizoma como produtor de cartografia, vale a colocação de que ele é entendido como mapa e não como decalque. Para que este ponto fique mais nítido, segue uma citação literal:

Se o mapa se opõe ao decalque é por estar inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real. O mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói. Ele contribui para a conexão dos campos, para o desbloqueio dos corpos sem órgãos, para sua abertura máxima sobre um plano de consistência. Ele faz parte do rizoma. O mapa é aberto, é conectável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo e uma formação social. [...] Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas [...]. Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre “ao mesmo”. Um mapa é uma questão de performance [...] (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 30).

Neste sentido, esta pesquisa se propõe como um projeto de construção de uma dissertação-mapa, constituído de múltiplos movimentos rizomáticos que possam favorecer a apreciação das múltiplas linhas que compõem o campo investigado.

É possível dizer que os movimentos rizomáticos que compõem este campo de investigação foram gerados pela minha angústia enquanto pesquisadora e a angústia dos demais participantes das ações aqui investigada, diante das situações decalcadas de trabalho. Atualmente entendo que o que nos movimentou foi a procura por novas ramificações, novas conexões, que produzissem desterritorializações nas práticas do cuidado em saúde no território do Complexo do Alemão, na tentativa de reterritorializar

através do fortalecimento do entrelace em rede a partir da possibilidade de encantamento dos seus fios.

Como algo que levasse a caminhos produzidos pela criatividade possível de ser forjada na implicação com um trabalho. Um trajeto com ponto de partida identificável, mas sem delimitação do que seria um ponto de chegada. Trata-se, portanto, da busca de novos efeitos que podem ser produzidos pelo trabalho político-comunitário-rizomático, através de pensar que o movimento das novas conexões tem a capacidade de encantar, de produzir vida. Há, também, a compreensão de que os movimentos tratados aqui não são passíveis de reprodução, confirmando sua configuração em rede rizomática, uma vez que é antigenealógico e está inscrito no campo das multiplicidades.

A rede, que é um dos principais conceitos quando se trabalha com sistemas de saúde, possui algumas definições importantes, que quando observadas potencializam o cuidado oferecido e fortalecem a comunidade em um território.

De acordo com D'avila (2003), em seu texto “A porta, a Ponte e a Rede: Reflexões para pensar o conceito de Rede e o conceito de Comunidade”, trazem algumas conceituações, de alguns autores, sobre rede. Estas conceituações passam pelo entendimento de rede como sistema de fluxos e a sua relação com o laço universal da sociedade contemporânea.

Outra conceituação é uma citação a Michel Serres, que pensou a rede, na década de 60, como um diagrama “constituído por uma pluralidade de pontos religados entre eles por uma pluralidade de relações” (D'AVILA, 2003, p. 5).

Para Fernand Deligny “a rede é um modo de ser” e que é parte de certos modos de existir no mundo. O autor diz que a proliferação de redes “atinge seu ápice nos momentos em que os acontecimentos históricos [...] são intoleráveis”. Ele afirma ainda que algumas redes se tecem e se tramam, em analogia às teias produzidas por aranhas. Teias estas que têm o projeto de serem tecidas (DELIGNY, 2015, p. 15-16).

Para pensar especificamente o funcionamento das redes de atenção à saúde, em especial das Redes de Atenção Psicossocial, pode-se considerar as discussões a respeito das Redes Vivas. Segundo Merhy, *et al.* (2014) o conceito de Redes Vivas diz respeito ao “modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos, que opera como agenciador dos encontros entre os vários que pertencem ao mundo do trabalho em saúde e dispara a atualização das relações de poder no campo do agir em saúde”.

Neste estudo, Redes Vivas são as redes olhadas como redes de sustentação formada pelo entrelaçamento dos princípios ético-políticos dos Movimentos Sociais reformistas em

saúde e dos demais que igualmente lutam para a existência de uma justiça social. Redes Vivas que puderam experimentar momentos de encantamento que propiciaram a sustentação de encontros entre os serviços intersetoriais de base territorial e comunitária, a academia e a comunidade do Complexo do Alemão.

O trabalho em saúde no que se refere aos seus microprocessos, para esta pesquisa, se alinha com a definição de que este se constitui como um trabalho vivo ato. Tal como definem Merhy e Franco (2005, p. 282), o trabalho vivo em ato é “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. Este modo de trabalho é processual, se relaciona todo o tempo com instrumentos, normas e máquinas, e é mediado por diversos tipos de tecnologias. Os autores indicam que este modo de interação entre os elementos presentes no campo do trabalho vivo em ato constituem um sentido no modo de produção do cuidado (MERHY & FRANCO, 2005).

A partir da concepção acima, no cotidiano do trabalho vivo em ato no setor saúde, as tecnologias que mediam a execução do trabalho podem ser distinguidas como tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. As tecnologias duras são aquelas que para sua operação, acessam os instrumentos materiais disponíveis para o cuidado. As tecnologias leve-duras são aquelas desenvolvidas a partir do saber técnico estruturado que sustenta o trabalho em saúde. E as tecnologias leves são aquelas presentes nas relações entre os sujeitos que só tem materialidade em ato (MERHY & FRANCO, 2005).

Outro alinhamento nesta pesquisa é com as “formas de produção de conhecimento [que] não operam na cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências duras, ao contrário, operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, in-mundo, com o objeto” (ABRAHÃO, *et al.*, 2016, p. 22).

Essa concepção sobre o modo como se constitui a relação com o outro pesquisado também se apoia, nesta investigação, no que traz Maritza Montero (2015) em elaboração teórica com outros pensadores, sobre o conceito de Outridade. Segundo a autora

El sujeto se construye en la relación, a la vez que es parte activa de ella. La singularidad de la persona reside en su Otredad, la cual la hace diferente, diversa, externa. [...] La Otredad es la exterioridad. Una exterioridad que está fuera de la totalidad de quienes tienen el poder (MONTERO, 2015, p. 143).

Uma vez que esta pesquisa coloca em discussão a fragmentação e enrijecimento dos processos de trabalho relacionados à produção do cuidado em saúde, adota-se a perspectiva da clínica ampliada como princípio orientador da prática clínica. De acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, a clínica ampliada “busca integrar várias

abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional”. Nesta concepção de clínica, nenhuma abordagem disciplinar é desvalorizada (BRASIL, 2009, p. 14).

No campo pesquisado neste estudo, compreendo que o projeto PET-Saúde Interprofissionalidades da UFRJ desempenhou um rico papel de condução do trabalho realizado. Papel desempenhado a partir da contribuição de recursos teórico conceituais que tiveram uma função de sustentação da rede rizomática que construímos a partir da parceria entre academia, serviços intersetoriais de base territorial, comunitária e comunidade do Complexo do Alemão. Com isso, a partir do vínculo com o PET-Saúde é possível dizer que a clínica executada pelas equipes do CAPS III e da Clínica da Família se ampliou.

De acordo com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), ambas do Ministério da Saúde, o projeto PET-Saúde:

tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASÍLIA, 2010, p. 1).

Em sua chegada da UFRJ, o PET-Saúde foi entendido pelos docentes como um projeto que pode oportunizar o avanço das propostas de mudanças na grade curricular dos cursos da saúde, mudanças nos serviços de saúde que se disponibilizam enquanto espaços de aprendizagem, a integração com a rede do SUS, além de promover incentivos para integração entre os cursos. A partir desta integração, a expectativa era de impactar na produção de conhecimentos da universidade pública em relação aos conhecimentos para atender as demandas da rede de serviços assistenciais. Este último aspecto mostra a coerência do projeto no retorno do desenvolvimento de tecnologias para a sociedade que a mantém (GOMES, *et al.*, 2015).

Retornando ao assunto sobre multiplicidades, também são os referenciais escolhidos para sustentar a discussão proposta neste trabalho de investigação, uma vez que se trata de um problema que contém múltiplas camadas de complexidade em sua compreensão. Estão presentes aqui referenciais clássicos do campo da cartografia e referenciais de outros campos das ciências humanas e sociais, do campo das políticas hegemônicas mundiais e do campo da colonialidade e decolonialidade.

4.2 PRESENÇA DA LÓGICA DA COLONIALIDADE NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA

A colonização enquanto projeto do continente europeu de dominação de territórios e povos além de suas fronteiras, do modo como foi realizada, representa uma das maiores catástrofes da humanidade. O genocídio da alteridade e tráfico de seres humanos escravizados como modo de ação, junto ao saqueamento de terras e seus biomas, apresenta seus efeitos até os dias atuais por todo o mundo e, em especial nas Américas.

Césaire (2020, p. 10), afirma que não há colonização feita de modo inocente e que seja impune. Segundo o autor, uma nação colonizadora é uma civilização doente, uma civilização moralmente atingida e “que de consequência em consequência, de negação em negação, quero dizer, seu castigo”. Coloca que “o gesto decisivo aqui é do aventureiro e do pirata, dos merceeiros em geral, do armador, do garimpeiro e do comerciante; do apetite e da força” tendo atrás de si a sombra de uma forma de civilização que, em certo momento de sua história, estende à escala mundial a concorrência de suas economias antagônicas (CÉSAIRE, 2020, p. 21).

Em busca dos entes possíveis de serem responsabilizados pela operação da colonização, o autor, citado acima, responsabiliza o "pedantismo cristão por ter elaborado as equações desonestas: *cristianismo = civilização; paganismo = selvageria*, das quais só poderiam resultar as abomináveis consequências colonialistas e racistas” (CÉSAIRE, 2020, p. 11).

O cerne da colonização é a desumanização (CÉSAIRE, 2020). Segundo o mesmo autor, em 1955:

[...] a colonização, repito, desumaniza até homem mais civilizado; que a ação colonial, o empreendimento colonial, a conquista colonial fundada no desprezo pelo homem nativo e justificada por esse desprezo, inevitavelmente, tende a modificar a pessoa que o empreende; que o colonizador, ao acostumar-se ver o outro como animal, ao treinarse para tratá-lo como um animal, tende objetivamente, para tirar o peso da consciência, a se transformar, ele próprio em animal (CÉSAIRE, 2020, p. 23).

Para fomentar a reflexão sobre a colonização, utilizo aqui a discussão realizada por Frantz Fanon (2008, p. 83) no seu texto “Sobre o pretense complexo de dependência do colonizado”, onde tratou sobre a Psicologia da Colonização, trazida para debate público por Octave Mannoni, psicanalista francês, em 1950 na França.

O papel de Fanon neste texto foi o de contribuir com uma reflexão crítica acerca das disciplinas científicas do século XIX, que tinham a pretensão de criar “sistemas teóricos perfeitos, tendendo entretanto a se afastar dos contextos sociais e dos dados empíricos”. Esta teoria teve como objetivo chegar a alguma compreensão sobre os fenômenos psicológicos

que regem as relações nativo-colonizador. O objeto de investigação destes estudos era o “inventário das possibilidades de compreensão entre dois povos diferentes”. (FANON, 2008, p 84).

O que Fanon (2008, p. 92) considera ao realizar suas críticas é que “compreender algo novo exige disponibilidade, preparação, exige uma nova formação”. Para este autor, uma Psicologia da Colonização que realmente desse conta de abordar a realidade vivida entre colonizados e colonizadores, precisava levar em consideração alguns pontos, tais como: “uma sociedade é racista ou não é” - aqui situando que o racismo é na verdade resultado de uma estrutura racista -, aponta também que o racismo colonial não difere de outros racismos e que a civilização europeia e seus representantes mais formalmente qualificados são os responsáveis por este tipo de racismo, sendo o colonialismo “obra de aventureiros e de políticos [...] que se consideram acima da massa”.

Outro aspecto ressaltado por Frantz Fanon (2008, p. 90) é que “a inferiorização é o correlato nativo da superiorização europeia”. O mesmo autor afirma que é preciso ter coragem de dizer que “é o racista que cria o inferiorizado” a partir de uma análise unilateral de sua visão do mundo que, devido à estrutura histórica, política, econômica e social do continente europeu, confina os corpos negros em uma condição de inferioridade. Esta condição, tratada aqui como “complexo de inferioridade”, seria aquilo que, na concepção do autor, é o artifício utilizado em “uma sociedade cuja consistência depende da manutenção desse complexo, em uma sociedade que afirma a superioridade de uma raça” (FANON, 2008, p. 93 - 95).

O autor fala ainda sobre as consequências das invasões das forças colonizadoras em territórios estrangeiros ao continente europeu como produtoras de uma ferida não apenas psicológica, advertindo que “há relações internas entre a consciência e o contexto social”. Sobre este último, Fanon localiza a verdadeira origem dos conflitos existentes no movimento colonizador, nas estruturas sociais, e aponta que “em certos momentos, o social é mais importante do que o individual” (FANON, 2008, p. 93 – 100).

Os efeitos da articulação colonial seguem em sua versão atualizada em território brasileiro. Trazendo a discussão para as especificidades deste contexto específico, a partir das citadas teorias científicas do século XIX, temos como um dos principais representantes do movimento de racismo científico o médico Nina Rodrigues, com seu livro “As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil”, publicado em 1894.

Nesse livro, a principal defesa do autor é a existência de uma psicologia das raças humanas. Postula que deveriam existir diferentes códigos penais no Brasil, aplicáveis de

acordo com critérios de classificação racial, pensados a partir de uma classificação nosológica, bem própria do saber hegemônico biomédico.

Crítérios de classificações raciais eugenistas, através do princípio de que a raça ariana (branca) se apresentava em lugar de superioridade em relação aos negros e mestiços, colocados na condição de seres degenerados. Para trazer com literalidade o pensamento de Nina Rodrigues, trago o fragmento a seguir:

Deste jeito, nas raças inferiores, a impulsividade primitiva, fonte e origem de atos violentos e anti-sociais, por muito predominarão sobre as ações refletidas e adaptadas que só se tornaram possíveis, nas raças cultas e nos povos civilizados, com o aparecimento de motivos psíquicos de uma ordem moral mais elevada.

[...]

Com efeito, as condições existenciais de cada sociedade, das quais se origina e procede todo o direito, não são em última análise senão o resultado da sua capacidade mental, -; de sorte que é sempre na psicologia das raças humanas existentes no Brasil que havemos de procurar a capacidade delas para o exercício das regras de direito, que as regem (RODRIGUES, 1957, p. 58).

Como contribuinte desta ideia de estrutura racial e social no campo da literatura e no campo da produção de imaginário na população brasileira sobre a representação do negro, houve o movimento naturalista, que teve como um de seus principais expoentes o autor Aluísio de Azevedo. Este autor foi influenciado pelos movimentos europeus do cientificismo, darwinismo e determinismo social. Uma de suas principais publicações foi “O Cortiço”, no ano de 1890 (AZEVEDO, 1998; MOREIRA, 2017).

Neste livro, a principal defesa é a validação de um conceito conhecido como determinismo social, onde o argumento literário era o de que os autores escreviam a realidade tal como ela é. O método utilizado foi a adoção, por parte dos autores, de uma postura de narrativa onisciente. Este modo de produzir a escrita tinha como objetivo proferir uma visão que se pretendia o mais próximo possível da neutralidade científica racionalista, em voga no século XIX. Sua escrita, durante muitos anos, foi entendida pela camada mais privilegiada da sociedade brasileira como “um dos melhores retratos do Brasil do fim do Segundo Império”. No meio literário são conhecidos como romances de tese (AZEVEDO, 1998, p. 4; MOREIRA, 2017).

Para que “O Cortiço” fosse produzido, Aluísio de Azevedo realizou observações em habitações coletivas da cidade do Rio de Janeiro, comuns na segunda metade do século XIX, em decorrência do desenvolvimento urbano e industrial da cidade. Os ocupantes desses espaços eram trabalhadores operários, negros escravizados libertos, imigrantes nacionais, imigrantes estrangeiros, que procuravam moradia na área central da cidade devido a proximidade dos polos de trabalho e dos meios de transporte (MOREIRA, 2017).

Ao longo da leitura deste romance de tese a representação sobre os negros e mestiços os colocava no lugar de seres de pouca complexidade subjetiva e degenerados pelo meio social. Sobre isso, um fragmento de um escrito de Beatriz Nascimento, em 1987, quando tratou sobre os efeitos da produção literária no Brasil e impactos sobre a construção da identidade negra, pode nos ajudar a compreender este modo de representação:

Com poucas exceções, essa literatura é pensada e escrita por autores brancos que fazem parte do grupo social e econômico dominante. Por intelectuais que repetem e reproduzem seres estereotipados nas suas narrativas, memórias ou ficções. Essa produção se faz transpondo o negro numa narrativa e, principalmente, na memória, assim como a relação dominante entre branco e negro. A ele são dados os papéis mais subalternos, sejam relacionados ainda ao sistema escravista, sejam relacionados ao sistema moderno de alocação de mão de obra. No primeiro caso, são escravos completamente submissos, como Bertoleza de *O Cortiço* de Aluísio Azevedo (NASCIMENTO, 2022, p. 111).

Para ilustrar a crítica da autora trazida acima, trago uma citação literal de “O Cortiço” sobre a personagem Bertoleza, mulher negra que vivia na condição de escrava fugida no Rio de Janeiro. Trata-se do momento que ela recebeu o convite para ir morar junto ao João Romão, imigrante Português dono do cortiço e do bar onde ela trabalhava como cozinheira de domingo a domingo:

Ele propôs-lhe morarem juntos, e ela concordou de braços abertos, feliz em meter-se de novo com um português, porque, como toda cafuza, Bertoleza não queria sujeitar-se a negros e procurava instintivamente o homem numa raça superior à sua (AZEVEDO, 1998, p. 11).

Como modo de luta contra as estas opressões históricas que tem suas raízes no sistema colonial europeu, em diversas partes do mundo, em especial nas Américas, começou a ser articulado o que hoje conhecemos como pensamento decolonial. De acordo com Quintero, *et al.* (2019, p. 4), os estudos decoloniais ou descoloniais “se referem à dissolução das estruturas de dominação e exploração configuradas pela colonialidade e ao desmantelamento de seus principais dispositivos”.

De acordo com Santos (2022, p. 22), “o enfoque descolonial expõe as ordens hierárquicas de índoles racial, política e social que o colonialismo europeu moderno impôs na América Latina”. Neste mesmo texto, o autor afirma que o que pretendem os estudos decoloniais é analisar os legados vivos do colonialismo, sendo este entendido “como uma articulação de estruturas de poder e saber, estabelecidos sobre a base de raça e gênero, que sobreviveram ao colonialismo histórico”.

Para diferenciar os estudos decoloniais dos estudos pós-coloniais, ressalta-se que os segundos se baseiam em intelectuais europeus voltados para o pensamento eurocêntrico. Já os estudos decoloniais tem por objetivo promover as vozes historicamente subalternizadas que criticam as linhagens colonialistas epistemológicas do saber e da política. E como característica predominante no foco da produção dos estudos decoloniais está o colonialismo nas Américas (SANTOS, 2022).

Através da obra de Lélia Gonzalez (2020), que é uma autora muito cara para o pensamento decolonial nas Américas, podemos acessar um referencial brasileiro para pensar sobre as articulações das estruturas de poder de modo propositivo. Esta autora dedicou sua produção ao tecimento de análises sobre a condição do sujeito negro afro diaspórico latino americano através do uso representativo da mulher negra, trazendo a articulação entre racismo e sexismo em países da América Latina.

Ao analisar os mecanismos operativos no racismo brasileiro, a autora citada acima usou referenciais psicanalíticos de Sigmund Freud, Jacques Lacan e Jacques Allain-Miller para criar o conceito de neurose cultural brasileira, versando sobre as contradições do racismo à brasileira. Segundo Gonzalez (2020, p. 78), “o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira”.

Nesta elaboração conceitual, a autora trouxe o funcionamento neurótico como marca do *modus operandi* do racismo à brasileira, colocando que “o neurótico constrói modos de ocultamento do sintoma porque isso lhe traz certos benefícios. Essa construção o liberta da angústia de se defrontar com o recalçamento” (GONZÁLEZ, 2020, p. 84).

Em continuidade ao pensamento, Gonzalez (2020, p. 86), traz o conceito de denegação instituído por Freud, que afirma que o “não” não existe para o inconsciente. Então, “no momento em que fala de alguma coisa negando-a, ele se revela como desconhecido de si mesmo”. Ou seja, aquilo que um sujeito nega conscientemente no discurso, também é parte de si.

Ao realizar uma análise sobre o humor e a construção social da identidade negra, González traz o exemplo de programas radiofônicos que se intitulam populares e tem como principal função ridicularizar as questões relacionadas às vidas das pessoas negras. Para isso, traz outro conceito freudiano, o chiste, tal como fica explícito na seguinte frase: “afinal, um dos meios mais eficientes de fugir à angústia é ridicularizar, é rir daquilo que se provoca” (GONZALEZ, 2020, p. 86).

Sobre o aspecto cultural incluído em sua conceituação, a autora escreve que:

É interessante constatar como através da figura da “mãe preta”, a verdade surge da equívocação. [...] Ela, simplesmente, é a mãe. É isso mesmo, *é a mãe*. Porque a branca, na verdade, é a outra. Se assim não é, a gente pergunta: quem é que amamenta, que dá banho, que limpa cocô, que põe pra dormir, que acorda de noite pra cuidar, que ensina a falar, que conta história por aí afora? É a mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe deste barato doido da cultura brasileira. [...] A branca,

a chamada legítima esposa, é justamente a outra, que por impossível que pareça, só serve para parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso, a “mãe preta” é a mãe. E quando a gente fala em função materna, a gente tá dizendo que a “mãe preta”, ao exercê-la, passou todos os valores que lhe diziam respeito pra criança brasileira [...] Essa criança, esse *infans*, é a dita cultura brasileira, cuja língua é o pretuguês. A função materna diz respeito à internalização de valores, ao *ensino da língua materna* e a uma série de outras coisas mais que vão fazer parte do imaginário da gente (GONZALEZ, 2020, p. 87-88).

Uma das questões que guiou a autora a construir essa elaboração foi “o que foi que ocorreu para que o mito da democracia racial tenha tido tanta aceitação e divulgação?”. Com isso, Lélia Gonzalez critica diretamente o mito da democracia racial brasileira, ao perceber que há uma identificação do dominado com o dominador e a partir “de uma tentativa [...] de uma indagação sobre o porquê dessa identificação” (GONZÁLEZ, 2020, P. 78).

Este mito foi articulado sociologicamente por Gilberto Freyre, sendo “transfigurado em ideologia nacional e precisou ser denunciado tanto por pesquisadores, quanto por militantes”. Este mito se constituiu enquanto fundador de uma nova nacionalidade, a partir de olhar para as dinâmicas raciais no Brasil no início do século XX. Havia neste discurso uma valorização da mestiçagem como característica brasileira fundamental em contraste com a tradição do racismo científico, propondo com isso uma nova interpretação da realidade nacional (PEQUENO, 2022, p. 1).

Segundo Pequeno (2022), para Gilberto Freyre, devido à colonização, a sociedade brasileira “seria híbrida desde o início” e dentre os países das Américas a sociedade que se constituiu mais harmoniosamente no que se refere às relações de raça. Aqui haveria um ambiente de quase reciprocidade cultural. Porém, dentro desde “hibridismo” romantizado em suas obras, cada um continuava sendo afirmado no seu “devido lugar”: negros enquanto seres animalizados e hispersexualizados e brancos europeus ocupando um lugar de superioridade inata em relação aos primeiros.

Estar sob advertência destas construções em diversos campos da intelectualidade sobre a construção histórica da identidade dos sujeitos negros nas colônias europeias e, em especial, no caso do Brasil e sobre como foram pensados os movimentos de oposição a essa construção feita por teóricos negros ligados ao pensamento decolonial nos ajuda a compreender os modos de agir do Estado na contemporaneidade em territórios onde a maior parte da população residente é negra.

A entrada da Polícia Militar tal como ocorre recorrentemente nas favelas cariocas, pode ser pensada como uma culminância contemporânea e concreta do planejamento de subalternização, através da imposição do medo, e extermínio desta parcela da sociedade

brasileira. As favelas constituem lugares onde o Estado, encarnado em seus representantes das forças opressoras policiais, viola princípios veiculados através de documentos internacionais tais como as diversas publicações ligadas aos Direitos Humanos.

Sem autorizações legais, a Polícia Militar invade residências, agride pessoas física e psicologicamente e matam seres humanos como se não fossem seres efetivamente reconhecidos em seu estatuto de humanidade. Tiros de fuzil a esmo no meio das ruas sem aviso prévio se tornaram lugar comum. No lugar onde os moradores de favela vivem seu cotidiano, a morte iminente marca sem condescendência sua presença.

O assassinato tratado nesta pesquisa faz-se como uma lamentável ilustração da culminância das políticas de extermínio dirigidas historicamente ao povo negro. A utilidade desta pesquisa seja, talvez, possibilitar a quem tenha acesso a seu conteúdo a percepção de que quando há desejo implicado na realização de um trabalho torna-se possível a invenção de saídas e o surgimento de novas construções.

Para a realização da cartografia, me posicione na perspectiva de um sujeito implicado com a realidade do campo de trabalho, intervenção e pesquisa, que não entende que esta investigação, no que concerne a minha participação, apresenta bases neutras, uma vez que compus a equipe que idealizou e realizou o trabalho que intenciono investigar nesta pesquisa (MERHY, 2004).

Além disso, minha localização enquanto sujeito nas estruturas de poder globais e nacionais, por ser eu uma mulher negra, é a de sujeito subalternizado pelas estruturas e interseccionalidades entre gênero, raça e classe. Pontos que me colocam em lugar de identificação com os moradores da comunidade do Complexo do Alemão, guardadas a singularidade de cada um. O fato de eu me encontrar na condição de sujeito negro brasileiro também me retira do desejo e da possibilidade de executar uma pesquisa de bases pretensamente neutras, uma vez que a minha existência também é marcada pelas diversas violências históricas causadas pelo projeto de dominação/colonização do continente europeu frente ao mundo e, em especial, nas Américas.

A articulação colonial segue em sua versão atualizada em território brasileiro. Em algumas circunstâncias, tal como a da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, negros atualizam em seu fazer a lógica dominante da classificação racial. Reatualizam em seus atos a eugenia e o higienismo, produzidos dentro do projeto colonizador branco europeu. Um dos lugares onde ocorre esse modo de atualização são as corporações policiais. Espaço onde negros matam negros a partir da incorporação das lógicas disseminadas pelas pessoas brancas pertencentes às camadas histórica, política e economicamente mais privilegiadas da sociedade.

Diante da mortificação dos corpos negros diante da lógica da colonialidade, como estratégia de produção e sustentação da vida será incorporada, nesta pesquisa, a poética do encantamento. Esta poética trata da sua consumação como vida “no momento mesmo em que dela nada mais se alcança a não ser a percepção de que o mundo, momentaneamente, se desloca e não é mais apreensível pela palavra que se pretende exata” (SIMAS, 2021, p. 24).

O entendimento é que este tema se coloca nesta produção como um modo de fazer oposição ao “projeto de normatização da vida [que] pressupõe, para que seja bem sucedido, estratégias de desencantamento do mundo e aprofundamento da colonização dos corpos”, presente nos países apreendidos como colônia pelas nações localizadas ao norte do globo terrestre (SIMAS, 2021, p. 83).

Proponho pensar na produção de vida obtida como efeito da realização de ações relativas à clínica ampliada em saúde, no contexto estudo, através da formulação sobre o encantamento, encantarias e o encantado exposta abaixo:

Mais do que fenômeno restrito ao campo religioso, a encantaria é um campo fecundo para se pensar as artes da alteridade, do trânsito pelo transe, da necessidade de se relacionar com o outro, da aventura de pensar as linguagens do corpo como campo de possibilidades plurais para experiência de liberdade. A encantaria traz o cruzamento entre as diferenças que se encontram no arrebatamento. O encantado é um encorpado que já nem corpo é e, ao mesmo tempo, só o corpo tem. É aquele que se colocou disponível para mudar, alterar o corpo, transformar a experiência, atravessar e enxergar de outras formas a vida como caminho de negação da mortandade e afirmação da beleza do ser para a liberdade como ato fundante do existir (SIMAS, 2021, p. 65).

Entendo que em territórios periféricos favelados há uma sublinhação do projeto de colonização, uma vez que os que ali residem são aqueles para quem a roda do mundo não girou e tem suas vidas totalmente capturadas pelos sistemas de subalternização e mortificação de corpos. Diante desta colocação, o encantamento aqui é tratado como aquilo que atravessa as produções de redes vivas e ações de saúde que produzem vida em territórios vulneráveis, atravessados por um conjunto de violências históricas e políticas.

5. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

5.1. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileiras - implantação e implementação dos Centros de Atenção Psicossocial III em territórios cariocas resistentes ao projeto colonial

Neste capítulo será realizada uma breve contextualização sobre alguns pontos fundamentais para a compreensão de quais circunstâncias o trabalho investigado nesta pesquisa aconteceu, sendo eles: os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileiras, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas favelas cariocas a partir do olhar para a implantação e implementação de serviços no Complexo do Alemão e a operacionalização da coordenação do cuidado em saúde em base territorial e comunitária.

Este capítulo é dedicado a tratar sobre as elaborações contra hegemônicas dos movimentos político-sociais que formularam ideias, conceitos e modos de fazer que foram utilizadas como subsídio para a formulação dos serviços de base territorial e comunitária pelos pensadores dos campos da saúde coletiva e da atenção psicossocial no Brasil. Tais movimentos político-sociais são entendidos aqui como formas de resistência ao projeto de necropolítica colonial em curso em solo brasileiro, uma vez que a culminância do SUS, e seu princípios de universalidade do acesso, possibilitaram que serviços de saúde fossem implantados dentro de territórios favelados resistentes ao projeto colonial brasileiro.

5.1.1. A elaboração contra hegemônica nas áreas da saúde coletiva e saúde mental

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que segue em curso defendendo seus princípios fundamentais e lutando pelo avanço de suas pautas, pode ser definido como:

No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976 (FLEURY, 1997). A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da *saúde como um direito de todos e dever do Estado*, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (PAIM, 2008, p. 27).

A Reforma Sanitária Brasileira se desenvolveu inserida em uma conjuntura de transição democrática, com participação ampla da sociedade civil. A participação social, que é um dos pontos abordados por esta pesquisa, estava na base do movimento e ele, em si mesmo, se trata de um movimento popular. Apesar de uma parte da culminância do movimento reformista ser a criação do SUS e das políticas públicas de saúde que ele abarca, sobre seu processo é possível afirmar que diz respeito a um projeto de reforma social, indo para além das políticas estatais de saúde e do campo social. O movimento da Reforma é o movimento da sociedade civil organizada questionando e repensando seu próprio modo de funcionamento (PAIM, 2008).

Conforme citado no fragmento textual que abre esta seção, o movimento reformista sanitário consegue, como um dos resultados de suas lutas, organizar e realizar a hoje emblemática 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Esta conferência lançou as "diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. Saúde é vista como um dever do Estado" (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023, s/p). Sobre o modo como ocorreu a conferência citada, as pautas levantadas e seus resultados, a matéria do Conselho Nacional de Saúde afirma que em:

Cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial' [...] O relatório final da 8ª Conferência apontou a importante conclusão de que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira. Era preciso que se ampliasse o conceito de saúde e se fizesse uma revisão da legislação. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023, s/p).

Um ano após a 8ª Conferência, ocorreu a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 com o intuito de construir uma nova Constituição Federal para o Brasil e teve como fato inédito a participação popular para a definição de seus princípios e diretrizes. Para que isso fosse possível, em 1986 houve um movimento mobilizado pelo Senado Federal chamado projeto "Constituição - a voz do cidadão", que teve como intenção recolher sugestões da sociedade para a Assembleia Constituinte que seria realizada 2 anos depois. Tais sugestões eram recolhidas através do preenchimento de formulários nas agências dos Correios de todos os municípios do Brasil. Aponta-se que, na época, foram recebidas mais de 72.000 cartas.

Outro modo como se deu a participação popular na construção do documento final foi a

realização de emendas populares, apresentadas no primeiro esboço da nova Constituição Federal (VASCONCELOS, 2013, p. 1).

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, representa o principal símbolo da redemocratização do país após o final do regime ditatorial militar que durou de 1964 a 1985. Dentre seus princípios fundamentais assegurados estava a garantia constitucional da liberdade de pensamento para todos os brasileiros e em sua construção foram criados mecanismos para evitar abusos de poder do Estado em relação aos cidadãos (BRASIL, 1988).

O documento final, acessível *online* através do *site* Portal da Câmara dos Deputados, apresenta em seu início, no Título I, seus princípios fundamentais. Em seu artigo 1º. afirma que o Brasil se constitui como um "Estado democrático de direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político". Em parágrafo único coloca que "Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição". A saúde, tema que nos interessa nesta pesquisa, surge como um direito constitucional inserido no Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, capítulo II, que prevê os direitos sociais, artigo 6º.: "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 1988).

No capítulo II - Da Seguridade Social, Seção I - Disposições Gerais, consta no Artigo 194 que o campo da saúde pertence à seguridade social, junto com a previdência e a assistência social. A Seção II deste capítulo trata especificamente, de modo mais aprofundado sobre a saúde, trazendo em seu emblemático Artigo 196 que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988).

No Artigo 198 da mesma seção é criado oficialmente o Sistema Único de Saúde, que segundo o texto original deve ser organizado de acordo com as seguintes diretrizes: "I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade" (BRASIL, 1988). A participação democrática e popular, temas tratados nesta investigação, surge aqui como um dos pontos de sustentação do SUS. A compreensão que subsidiou a constitucionalidade deste princípio organizativo era a de que um sistema público de saúde que realmente esteja alinhado com as necessidades dos usuários em cada local de inserção dos serviços de saúde só poderá ser viabilizado se estiver capilarizado e

com escuta atenta às demandas dos territórios pelos quais assumem a responsabilidade sanitária.

A determinação de que o sistema público de saúde deve ser descentralizado² entre os entes federativos também é algo a ser destacado, pois foi compreendido que somente a partir desse modelo de organização territorial os serviços de saúde do SUS poderiam funcionar alinhados com os territórios onde estão inseridos. Além disso, age de modo a facilitar a participação popular e democrática das populações locais, pois cada município e estado dispõem de níveis centrais de gestão em suas prefeituras e sedes de governo do Estado que são diretamente responsáveis pela rede de atenção à saúde existente em seus territórios. Tal medida se faz necessária também devido a dimensão continental e híbrida do território brasileiro, pois tais tamanho e diversidade tornam impossível que uma gestão de serviços centralizada na União possa cumprir com uma gestão adequada aos serviços que em sua constituição precisam estar profundamente articulados às especificidades locais para planejamento e execução de suas ações clínicas.

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (2018, p. 1), em seu artigo intitulado "Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)", em 19 de setembro de 1990 foi assinada pelo então Presidente da República Fernando Collor de Mello a Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90, "que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS)". Segundo esta mesma fonte o SUS é compreendido como

um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, s/p., 2018).

Na Lei nº 8080/90 é definida no Artigo 3º, onde, a compreensão da saúde em uma perspectiva ampliada, deve orientar todo o sistema público de saúde, através da seguinte determinação:

² Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (BRASIL, 2009, p. 10).

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Tal entendimento da saúde como algo que requer uma boa conjuntura de políticas públicas, que assegurem a partir de seu funcionamento integrado condições dignas de vida aos seres humanos, se destrincha e aprofunda objetivamente na definição saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma desde o ano de 1946 que a saúde "é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade", apontando desde então que a saúde é uma questão abrangente que está articulada às diversas outras questões da vida além do binarismo simplista que pensa a saúde meramente como ausência de doença (BRASIL, 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, s/p.).

A outra Lei Orgânica de Saúde que estabelece diretrizes para o funcionamento do SUS é a Lei 8.142, assinada em 28 de dezembro de 1990, que "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências." Esta legislação institui as instâncias colegiadas onde se garante a participação democrática e popular no SUS, sendo elas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde e se trata de questões relativas à gestão do Fundo Nacional de Saúde.

Dentro do campo teórico da luta antimanicomial, onde estão inscritas as discussões públicas e democráticas sobre saúde mental e da atenção psicossocial há uma consistente articulação política que é sustentada até os dias atuais. Esta articulação política se dá entre as pessoas comprometidas com a pauta pelo cuidado em liberdade dos sujeitos que vivem em condições de intenso sofrimento psíquico, fora dos muros dos hospitais psiquiátricos e diversos outros modelos de instituições asilares disciplinares. Também há implicação com a pauta que defende que a saúde mental seja compreendida de um modo ampliado e não reducionista a partir de um alinhamento radical com a psiquiatria clássica.

O movimento brasileiro foi fortemente influenciado pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica Italiana e da Psicoterapia Institucional francesa na adoção de seus princípios, diretrizes e marcos teórico-conceituais. Em se tratando da influência italiana, um dos pensadores desse movimento que se constitui como referência internacional neste campo é o médico psiquiatra Franco Basaglia. Este autor, em seu comunicado no I Congresso Internacional de Psiquiatria Social, realizado em Londres no ano de 1964, intitulado "A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização - Mortificação e

liberdade do 'espaço fechado'³: considerações sobre o sistema 'open door'" afirma sobre as condições de funcionamento e necessidade de luta destruição destes espaços asilares:

De fato, só agora o psiquiatra parece redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno à liberdade, da qual até hoje ele mesmo o privara. A necessidade de um regime, de um sistema, na complexa organização do espaço fechado em que o doente mental foi isolado durante séculos, atribui ao médico o mero papel de vigilante, de tutor interno, de moderador dos excessos que a doença podia levar: o valor do sistema superava o do objeto dos seus cuidados. Mas, hoje, o psiquiatra se dá conta de que os primeiros passos em direção à "abertura" do manicômio produzem no doente uma transformação gradativa do seu espaço, da sua relação com a doença e com o mundo, da sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não só pela condição mórbida, mas também pela longa hospitalização. A partir do momento em que transpõe os muros do internamento, o doente entra em numa nova dimensão de vazio emocional (resultado da doença que Burton denomina *institutional neurosis* e que eu chamaria, simplesmente, de institucionalização); ou seja, vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento.

[...]

Isto se dá porque as consequências da loucura - que constituem o centro das apreensões dos nossos legisladores - são mais valorizadas que o doente mental enquanto homem. Isolado, segregado, tornado inofensivo pelos muros que o encerram, o internado parece converter-se em algo para além do humano - entre um animal dócil e inofensivo e um bicho perigoso - por todo o tempo em que a doença for considerada um mal irreparável, contra o qual não há nada a fazer, a não ser defender-se.

[...]

Mas a óbvia descoberta da liberdade, que o psiquiatra parece ter feito, pressupõe nele o conhecimento de sua liberdade pessoal: isto é, a superação de um vínculo objetivo com o paciente, que já não pode ser visto apenas como um objeto de estudo ou de análise numa relação alienante entre servo e senhor [...], mas como um sujeito cuja subjetividade e liberdade pessoal ele reconhece (BASAGLIA, 2010, p. 24 - 28).

Fazendo relação com o escrito de Franco Basaglia exposto acima com a configuração colonial da nação brasileira, extraio o apontamento que faz comparação da relação estabelecida entre o psiquiatra e o paciente com a "relação alienante entre servo e senhor" (BASAGLIA, 2010, p. 28). Sendo este modelo também o da subalternização adotada pelo ocidente em suas missões coloniais, especialmente nas colônias agrícolas de monocultura tal como ocorreu no Brasil, é possível encontrar um alinhamento entre as estruturas - institucionais, coloniais - que parece localizar um lugar onde se assentam as resistências de âmbito nacional encontradas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira em realizar seus movimentos reformistas dentro da lógica de funcionamento da sociedade brasileira.

³ Espaços fechados: manicômios, prisões, campos de concentração, instituições religiosas, colégios (BASAGLIA, 2010, p. 25).

Para tornar mais evidente o que trago para esta discussão, trago uma citação de Gilberto Freyre extraída de seu livro "Casa Grande e Senzala" (2006), que fala sobre como se estruturaram as bases da nação brasileira a partir da colonização portuguesa, caracterizada pelo domínio quase exclusivo da família rural ou semirural a partir da estruturação política e econômica escravocrata onde havia de um lado senhores e senhoras e de outro lado servos e servas:

A história social da casa-grande é a história íntima de quase todo brasileiro: da sua vida doméstica, conjugal, sob o patriarcalismo escravocrata e polígamo; da sua vida de menino; do seu cristianismo reduzido a religião de família e influenciado pelas crenças da senzala.

[...]

A família, não o indivíduo, nem tampouco o Estado nem nenhuma companhia de comércio, é desde o século XVI o grande fator colonizador no Brasil, a unidade produtiva, o capital que desbrava o solo, instala as fazendas, compra escravos, bois, ferramentas, a força social que se desdobra em política, constituindo-se na aristocracia colonial mais poderosa da América. Sobre ela o rei de Portugal quase reina sem governar. Os senados de Câmara, expressões desse familismo político, cedo limitam o poder dos reis e mais tarde o próprio imperialismo ou, antes parasitismo econômico, que procura estender do reino às colônias os seus tentáculos absorventes (FREYRE, 2006, p. 44; 85).

Como apontado no capítulo anterior, tal livro segundo o próprio autor é metodologicamente um ensaio de sociologia genética e de história social e tem até os dias atuais um grande papel na difusão e consolidação da ideia da democracia racial brasileira. É compreendida até hoje como uma obra que contém um grande potencial de explicação justa da formação histórica e social do país, sendo-lhe ainda em dias atuais atribuído grande valor por alguns estratos mais conservadores da cultura nacional. Segundo o autor, as fontes mais confiáveis para o estudo da história social do Brasil são os livros de viagem de estrangeiros, o que nos auxilia a compreender o campo epistemológico que se constituiu como território para as elucubrações sobre racialidade capilarizadas no corpo da nação (FREYRE, 2006).

O tom da narrativa é o tecimento de diversos comentários elogiosos a Portugal e aos portugueses, apresentando-os como seres com tendência mestiça histórica, que lhes conferiram um saber sobre a disposição de viver em união profunda com diversos povos, como cosmopolitas e como seres de alta complexidade subjetiva. Em contraponto os negros e indígenas surgem como seres de pouca complexidade subjetiva, mas de especial capacidade para o trabalho e para a promiscuidade sexual, sustentando, apoiado nas ciências utilizadas como referência, que eram sujeitos propensos biologicamente a ocupar os lugares de subalternidade no tecido social. Tais apontamentos têm como núcleo o apoio do autor na ciência europeia biologicista do século XIX, que surge como legitimador irrefutável das elaborações e interpretações apresentadas por Gilberto Freyre (FREYRE, 2006).

O próprio autor para apontar que o Brasil é um espaço onde há uma convivência possível entre os humanos de diferentes ancestralidades e fenótipos, em seu prefácio para a primeira edição do livro, escreve que "a miscigenação que largamente se praticou por aqui corrigiu a distância social que de outro modo se teria conservado enorme entre a casa-grande e a mata tropical; entre a casa-grande e a senzala" (FREYRE, p. 33, 2006). Miscigenação que se fez, segundo a perspectiva do autor, a partir das relações entre os brancos, negros e indígenas, condicionados pelo sistema de produção econômica e pela escassez de mulheres brancas nas colônias. Outro elemento importante que surge no texto é que de acordo com Freyre, as casas-grandes - "espaço que enlaça num mesmo ritmo os que convivem estreitamente unidos" - se constituíram como centros de coesão patriarcal e religiosa, sendo o grande ponto de apoio para a organização nacional (FREYRE, p. 32 - 36, 2006).

Em seu prefácio da edição do ano de 2006, o ex-Presidente da República Fernando Henrique Cardoso afirma que: "[...] todos que vêm lendo Casa Grande e Senzala, há setenta anos, mal iniciada a leitura, sentem que estão diante de obra marcante". O ex-Presidente aponta que "a descrição das raças formadoras da sociedade brasileira [...] o livro não apenas ganha força descritiva como quase se torna uma novela, e das melhores já escritas e, ao mesmo tempo, ganha força explicativa" (CARDOSO, 2006, p. 19 - 20), carregando traços híper realistas.

Dado esse panorama de configuração hierárquica colonial em que se constitui o Brasil e retornando a discussão sobre o modelo asilar e sua força neste território, é possível compreender o que sustenta a alta incidência histórica de internamento de sujeitos não brancos em relação aos sujeitos brancos nas instituições fechadas, tais como os manicômios e os presídios. Acredito que a partir da observação do panorama histórico e político do Brasil é possível pensar neste movimento de reclusão de sujeitos não brancos e interdições de suas vidas em instituições totais como uma continuidade do *modus operandi* dos gestos coloniais na gestão dos sistemas institucionais brasileiros.

A partir de um modelo de representação dos elementos tratados acima trago a presença do escritor negro Lima Barreto como contribuição aos entendimentos necessários nesta pesquisa. Lima Barreto, ele mesmo diversas vezes internado em hospitais psiquiátricos devido ao alcoolismo e ao posterior adoecimento psíquico, escreveu em seu livro "O cemitério dos vivos" uma narrativa descritiva do cotidiano de um hospício a partir do olhar do internado no início do século XX. Após descrever sua entrada na seção Pinel do Hospital dos Alienados, também conhecida, segundo ele, como "seção dos pobres", afirma que "os loucos são de proveniências mais diversas; originam-se em geral, das camadas mais pobres da população". Tendo a escrita sido realizada entre 1919 e 1920, Lima Barreto narra justamente o momento

pós abolição, quando a maior parte das pessoas empobrecidas eram as pessoas negras, remanescentes dos tempos de escravização e seus descendentes (SCHUWARCZ, 2018).

Lima Barreto nasceu em 13 de maio de 1881 e tomava seu nascimento como um presságio de liberdade, já que a Lei Áurea foi assinada no mesmo dia 7 anos depois. Dentre seus desejos estava o de escrever sobre a vida dos escravizados no Brasil. Em sua educação teve como valores transmitidos pela família nuclear a necessidade de lutar por direitos por uma vida digna e seus pais integravam uma categoria de negros politizados e ativos politicamente no delicado contexto da época. Sua família tinha como crença que a emancipação das pessoas negras não viria pela letra da lei, mas sim através do acesso à educação e combatia a questão aristocrática da escrita contra as ideias e práticas elitistas coloniais. Em suas discussões sobre racialidade, o referido autor traz à tona a questão da raça como um marcador de diferença social, indo muito além da questão estética e alcançando a compreensão de que a raça é algo que, na organização política brasileira condiciona a vida de uma pessoa ao lugar de privilégio ou subalternidade até a morte (SCHUWARCZ, 2018).

Sendo ele mesmo um representante do grupo de sujeitos que historicamente são alvo da necropolítica colonial, a partir de seu adoecimento, longas internações e agravamento de seu sofrimento psíquico, dar espaço para sua palavra é acessar a partir de um ângulo não hegemônico a realidade que se materializa no dia a dia dos hospitais psiquiátricos até os dias atuais. A partir do sofrimento agravado pelas internações em hospícios - que agiram em vários níveis de interdição em sua vida, a começar pela estigmatização por parte da sociedade - em algum momento de sua vida Lima Barreto passou a acreditar nos postulados da ciência biologicista da época, atribuindo a si mesmo a condição de ter em sua constituição genética traços hereditários de degeneração. Tais traços seriam os responsáveis pelo surgimento de doenças entendidas como resultado de mestiçagem, que era compreendida como degeneração das raças (SCHUWARCZ, 2018).

O movimento de luta antimanicomial brasileira em posição de combate contra a existência de instituições fechadas e isolamento de seres humanos como tratado acima, tem se articulado de modo contundente e promovido uma sequência de conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde mental em alinhamento com os princípios e diretrizes do SUS em relação ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Nas linhas que seguem, trago um sucinto panorama sobre as pautas tratadas nestas conferências de saúde mental, com intenção de contextualizar o leitor acerca dos movimentos da luta.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1987 antes da Assembléia Nacional Constituinte realizada no ano seguinte, tratou de três temas básicos: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária

e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental. Esta CNSM lançou como produto final em seu relatório a "Proposta de política de saúde mental da nova república", que tinha como objetivos o delineamento de estratégias para o alcance de um sistema de saúde mental que tivesse como pressupostos os seguintes pontos: universalização e equidade, articulação interinstitucional, ações integradas de saúde, regionalização e hierarquização, descentralização, prioridade do setor público, modificação do modelo assistencial, desenvolvimento de recursos humanos, mecanismos de supervisão e avaliação e uma nova política terapêutica (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988).

Acerca da modificação do modelo assistencial, o relatório final da I CNSM trazia a seguinte proposição: "Suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental." Além disso, destaco também a indicação de uma nova política de tratamento a partir da reorientação das atividades terapêuticas, descentrando-as do saber psiquiátrico e convocando para atuação saberes da psicoterapia e socioterapia como tratamentos preferenciais em saúde mental (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, p. 40).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, abordou como grandes temas os seguintes assuntos: Rede de Atenção em Saúde Mental, transformação e cumprimento das leis e direito à atenção e direito à cidadania. A atenção integral e direito à cidadania foram os conceitos direcionadores das processualidades de trabalho da conferência. Neste alinhamento com a atenção integral estava articulada a ideia de que a vida, em suas nuances e complexidades, exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental e que

O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p. 6).

Apoiada no marco conceitual da atenção integral em saúde, a II CNSM aponta como caminho a ser seguido pelos serviços de saúde mental do âmbito do SUS a proposição da criação de serviços de saúde mental enquanto "um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)." Acrescenta ainda que tais serviços de saúde deveriam se referir aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação comunitária, em

alinhamento com as premissas conceituais da VIII Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p. 7).

Sobre o modelo a ser adotado para estruturação da rede de atenção à saúde mental e o desmonte dos hospitais psiquiátricos e desinstitucionalização dos sujeitos internados em longa permanência, o relatório final da II CNSM indicou que

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. Os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos. Devem ser estabelecidos mecanismos concretos para a efetiva desospitalização dos doentes mentais, tanto nos hospitais públicos como nos privados, através da intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas, os quais deverão ser criados fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros, com a garantia de assessoria técnica por parte do setor público de saúde. É imperativo efetuar a desinstitucionalização de todas as instâncias com características manicomialis, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras. As ações de saúde mental devem integrar-se às outras políticas sociais, como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação, tendo definido o seu alcance preventivo e intersetorial (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1993, p. 7).

No período que se seguiu a II CNSM, a partir dos efeitos gerados no campo das políticas públicas de saúde, houve a criação de normas objetivas de qualificação das unidades de internação psiquiátrica e a criação de dispositivos mais eficientes para a fiscalização das mesmas. Com isso, diversas instituições totais que não cumpriam as exigências mínimas de assistência e respeito aos Direitos Humanos foram retiradas do sistema público de saúde. Em convergência a esse movimento, seguindo a diretriz de descentralização, foram sendo constituídas no âmbito do SUS redes de atenção psicossocial substitutivas ao modelo hospitalocêntrico em psiquiatria.

Após 9 anos da realização da II CNSM, ocorreu em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental após a sanção da Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001. Tal lei, que representa um dos marcos mais importantes nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Esta legislação reafirma o processo em curso desde 1992 e implica novos desafios para os gestores públicos de saúde e a sociedade (BRASIL, 2001).

O debate da III CNSM, cujo lema foi "cuidar sim, excluir não", girou em torno da discussão acerca da necessidade de melhorias nos modos de financiamento das redes e ações

de saúde mental, a fiscalização e supervisão dos hospitais psiquiátricos ativos, o ritmo de implantação dos serviços extra-hospitalares e comunitários, a criação de novas estruturas de suporte ao desenvolvimento do trabalho de desinstitucionalização de usuários em internações de longa permanência, a formação de recursos humanos alinhada com as novas prerrogativas em saúde mental e outras questões valiosas para a área (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

Em seu relatório final, a III CNSM ressaltou a importância do bom funcionamento dos mecanismos de controle social para a efetivação de princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Sua proposição principal foi o seguimento da política de substituição do modelo de atenção à saúde mental centrado nos hospitais psiquiátricos através de mecanismos de controle social já existentes - como por exemplo os Conselhos de Saúde, Comissões de Saúde Mental, Conferências, sociedade civil organizada em movimentos sociais, etc. - devendo-se constituir-se com representação dos segmentos de familiares, usuários e profissionais de saúde. A perspectiva apontada aqui visava garantir medidas de acompanhamento da construção das políticas estaduais e nacional de saúde mental (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

Sobre a participação dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada, é enfatizada sua importância no sentido de que "os programas municipais de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001, p. 142). Propôs ainda que no campo legislativo deve-se estimular a criação de leis alinhadas com a Reforma Psiquiátrica nos estados e municípios e apontou como caminho a ser seguido que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental retome a discussão dos princípios originais da Lei 10.216/2001 que é a urgência de extinção progressivas dos manicômios no Brasil (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

Em 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSM-I) que como o próprio nome indica, foi pela primeira vez uma conferência da área realizada intersetorialmente com ampla participação de usuários, gestores e trabalhadores do campo da saúde e de outras áreas, conferindo ampla participação e representação democrática na constituição do evento. O grande tema que orientou todas as ações da Conferência foi "Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios". De acordo com o seu relatório final, a convocação da intersetorialidade "representou um avanço em relação às conferências anteriores e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos." (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 7).

A IV CNSM-I deu-se a partir de um cenário político onde identificaram-se lacunas e desafios da reorientação do modelo de atenção à saúde mental, a complexidade, o caráter multidimensional, interprofissional, intersetorial dos temas e problemas do campo. A partir desta compreensão houve a convocação da intersetorialidade, com o objetivo de consolidar os avanços na implantação e implementação da rede e enfrentar os novos desafios por vir. O cenário político e social mais amplo e as características internas do campo da saúde mental expressaram os efeitos de outros fatores, tais como:

a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 8).

No momento de tecimento desta pesquisa ainda se aguarda a culminância da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio, que ocorrerá em Brasília de 11 a 14 de dezembro de 2023. O grande tema gerador dos eixos que serão debatidos pela Conferência será "A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS", e o cenário político em que ocorre está tensionado devido à ausência de garantia de financiamento da ação por parte da União. De acordo com o *site* do Conselho Nacional de Saúde no mês de novembro de 2023, "o objetivo central da 5ª CNSM é debater propostas para a formulação da Política Nacional de Saúde Mental e o fortalecimento dos programas e ações de saúde mental em todo o território nacional" (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023).

Sua realização se dará após a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, que entregou em seu plano Plurianual (PPA) e Nacional de Saúde (PNS) 2024 - 2027 as seguintes diretrizes e propostas relevantes para o campo da saúde mental:

Ampliar a articulação da rede de atendimentos da Atenção Básica promovendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluindo a rede de atenção à saúde

mental, álcool e drogas, com incentivo à capacitação profissional para o atendimento mais qualificado e humanizado, e garantir a execução do matriciamento em toda a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com ampliação da participação direta das pessoas usuárias estão apontadas na Resolução nº 715⁴, que foi homologada pelo Ministério da Saúde. Já a Resolução nº 719⁵, que traz todas as diretrizes, propostas e moções aprovadas no âmbito da 17ª CNS, traduz a amplitude do cenário desafiador para usuários, gestores e trabalhadores no âmbito da Saúde Mental. Ao todo são 97 menções à saúde mental no documento que sinaliza como a sociedade civil organizada, por meio do controle social, tem trabalhado na defesa de um serviço de saúde integral com vistas ao preocupante contexto de saúde mental da população brasileira, especialmente após a pandemia de Covid-19 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023).

Conforme é possível observar, a partir da consulta ao relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, houve pela primeira vez em documentos oficiais uma sinalização mais nítida sobre os modelos que deveriam ser adotados para a construção de uma rede de atenção à saúde mental, a partir do desmonte dos hospitais psiquiátricos e urgente desinstitucionalização dos sujeitos internados. Na indicação de que a rede de atenção à saúde mental deve ser substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, o documento citado traz os Centros de Atenção Psicossocial como um dos modelos de serviço de saúde que devem ser implantados e implementados (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, p. 6-7, 1994).

Para situar a rede, torna-se importante pensar que os CAPS, tal como apontados pela II CNSM, são serviços de saúde cujo modelo inicial se deu com o nome de Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), ano de 1986 em São Paulo, na cidade de Bauru. Foi um serviço cuja direção era fortemente inspirada nas ideias revolucionárias do movimento de Psiquiatria Democrática Italiana discutidas na cidade de Trieste, Itália.

Segundo Lancetti (2016, p. 41), uma das primeiras medidas que a equipe inaugural deste NAPS realizou foi a promoção de espaço para a convivência grupal entre as pessoas acolhidas ao longo de seu turno de funcionamento. Na mesma cidade de Bauru que em 1987, nos ventos pré-Constituintes, aconteceu a organização do Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental. Foi o movimento de organização política e de discussões sobre um novo modelo assistencial em saúde mental e, conseqüentemente, acerca de um novo modelo de sociedade que foi lançado o emblemático lema "Por uma sociedade Sem Manicômios" (LANCETTI, p. 40, 2016).

⁴ Resolução nº 715: "Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde." (BRASÍLIA, 2023, p.1).

⁵ Resolução nº 719: "Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde (BRASÍLIA, 2023, p. 1).

O pioneirismo das ações contra hegemônicas realizados pelos trabalhadores em saúde mental deste município, que pode ser lido a partir dos termos Deleuzianos como uma linha de fuga do sistema vigente, inspiraram e inspiram até hoje todos os setores da sociedade que, neste momento, lutam pela existência de uma sociedade que inclua a diversidade de expressões humanas em termos de raça, gênero, classe, orientação sexual e de estruturas psíquicas e suas expressões sociais. Uma luta pela possibilidade de livre pensamento e de liberdade dos corpos em relação aos princípios humanistas e racionalistas impostos pelo ocidente colonizador.

Em paralelo à experiência de Bauru, acontecia em Santos a experiência pioneira no Brasil de intervenção em um espaço manicomial por parte da prefeitura da cidade de Santos, na Casa de Saúde Anchieta. Tal intervenção iniciou o processo de desinstitucionalização⁶ dos sujeitos institucionalizados no hospício, com o objetivo de através de comissões de alta organizar um trabalho faseado que possibilitasse o retorno dos pacientes internados para suas famílias ou pelo menos para suas cidades de origem em serviços especializados para acolher pessoas após longa internação psiquiátrica nos moldes de moradias. Uma das primeiras medidas tomadas pela equipe interventora, foi a colocação de um mapa da cidade de Santos em uma das paredes da instituição total e a organização de um trabalho de construção de uma nova organização múltipla e dentre as primeiras ações foi o agrupamento de pacientes em enfermarias de acordo com sua região de origem (LANCETTI, 2016, p. 41).

A partir da realização deste trabalho, foi inaugurado na Zona Noroeste de Santos um outro NAPS na edificação do centro de saúde local. Este NAPS foi inaugurado em funcionamento de 24h e já contava com 6 camas para a realização de acolhimentos.

As dificuldades enfrentadas pela equipe do serviço, especialmente devido ao compartilhamento de espaço físico com outras unidades de saúde, foram a convivência com os profissionais de outras áreas da saúde e com a população (LANCETTI, 2016, p. 42-44). Segundo o mesmo autor, "os Naps de Santos nasceram dotados de uma alma antimanicomial e com vontade de experimentação" e sobre os trabalhadores envolvidos na ação afirma:

⁶ Desinstitucionalização: "[...] iniciativas que visam garantir às pessoas [...] em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social." (BRASIL, 2014, p. 2).

Os Naps de Santos nasceram dotados de uma alma antimanicomial e com vontade de experimentação. [...] Foi assim que esses técnicos passaram por uma experiência de desconstrução de sua formação profissional e de sua subjetividade e por uma associação a outros mentaleiros que aí estavam para protagonizar o que Félix Guattari chamou, quando aí esteve em 1990, de quarta revolução psiquiátrica. As mudanças não eram só de paradigma ou de formas de pensar, de uma ou outra maneira a vida de cada um dos protagonistas se transformou (LANCETTI, 2016, p. 44).

Como precursor dos CAPS tal como os conhecemos hoje, temos o surgimento do CAPS Luiz Cerqueira no ano de 1987. Este serviço de saúde teve seu planejamento mais estruturado do que os serviços Naps, marcando em sua operacionalização a superação do modelo ambulatorial de assistência em saúde mental. Tanto os Naps quanto os CAPS, desde seus nascimentos, se constituíram como espaços de irradiação da cultura antimanicomial para o cenário das políticas públicas nacionais. Quando a proposta de implementação dos serviços substitutivos fora acolhido como um dos serviços da rede de atenção à saúde mental, o Ministério da Saúde optou pelo nome CAPS, optando pela nomeação centro ao invés de núcleo tal como a proposição das experiências pioneiras da Reforma Psiquiátrica Brasileira trazidos nesta discussão (LANCETTI, 2016, p. 45).

Em termos de avanço das políticas públicas nacionais e avanços das pautas históricas levantadas pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, no ano de 2001 foi promulgada a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redefine o modelo assistencial em saúde mental. No ano de 2002, após a Lei 10.216/2001, foi publicada portaria nº. 366 de 19 de fevereiro de 2002 por parte do Gabinete do Ministro da Saúde José Serra. Esta portaria trata das formas de constituição e organização dos Centros de Atenção Psicossocial para todo o território brasileiro. De acordo com pensadores do campo da saúde mental que elaboraram a proposta desta modalidade de dispositivo de saúde mental, é dever dos serviços da modalidade CAPS o atendimento prioritário dos casos mais difíceis, em que haja risco de morte, maior sofrimento ou maior inconveniente para a comunidade (LANCETTI, 2016, p. 48).

De acordo com os artigos e parágrafos da portaria citada acima, os serviços desta modalidade podem se organizar do seguinte modo:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria; § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante. § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental. Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria (BRASIL, 2002 p. 1).

Tal como aparece no texto da portaria citada acima, os CAPS são compreendidos como serviços territoriais e comunitários, e por terem este dever precisam atender aos princípios de acessibilidade e qualidade na assistência à saúde para a população de seu território de adscrição. Por serem comunitários estão inseridos em determinado território e meio cultural, favorecendo aos seus profissionais as vivências do território geográfico e existencial com seus problemas e potencialidades. Faz parte do processo de aprofundamento da Reforma Psiquiátrica o aprimoramento das práticas clínicas capilarizadas nos territórios onde os serviços foram implantados, como uma de suas principais frentes de trabalho. (MERHY, 2013).

De acordo com a Portaria 366/2002 e no que se relaciona diretamente ao objeto desta pesquisa, os CAPS III têm como especificidade, conforme os documentos oficiais, o atendimento prioritário para pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Deve proporcionar atenção contínua, funcionar 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS voltados para usuários de álcool e outras drogas e é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2002).

Após a responsabilidade de atender prioritariamente os casos mais graves do território, tal como apontado acima neste texto, a segunda responsabilidade dos CAPS é considerar todas as ações de produção de saúde mental articulados aos serviços de atenção à saúde da família, localizado na rede no campo da atenção básica em saúde (LANCETTI, 2016, p. 48). Para contextualizar historicamente de maneira breve, segundo o Ministério da Saúde (p. 8, 2010), o Programa Saúde da Família (PSF) nasceu em 1994, iniciando a Estratégia em Saúde da Família (ESF), baseado em experiências municipais que estavam ocorrendo em alguns lugares do Brasil. Seu surgimento, em conformidade com os princípios do SUS, é compreendido como uma ação que propôs a reestruturação do sistema de saúde a partir da organização da atenção primária em saúde, a partir da substituição de modelos existentes.

O Ministério da Saúde (1997, p. 7) tinha como objetivo ao implantar o PSF a reversão do modelo assistencial em saúde vigente na época, e continha a compreensão de que tal objetivo só seria alcançado através da mudança do objeto de atenção das equipes de saúde, das formas de atuação e da organização geral dos serviços, reorganizando, deste modo, a prática assistencial em novas bases e critérios. O PSF elegeu como ponto central para a realização de suas práticas o estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população.

A família e não o indivíduo passou a ser prioridade, a partir da compreensão da realidade onde está inserida de suas expressões como algo atravessado pelos elementos do contexto social ao qual pertence. Em sua concepção, o programa compreendia o território para algo além da delimitação geográfica, como um espaço onde acontecem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta por melhores condições de vida. Essas ideias expressam os princípios da compreensão sobre a saúde em sua perspectiva ampliada. Apontando, deste modo, para a necessidade de intervenções de maior impacto e significação social alinhado com a premissa de realização de ações locais. Suas diretrizes apontam para os princípios de universalidade e equidade. Trata-se também de um programa que em sua implantação não se deu de modo verticalizado, ao contrário, se caracterizou como uma estratégia que possibilitou a integração com os demais serviços territoriais e tem como propósito o enfrentamento e resolução dos problemas identificados em contexto local (BRASIL, 1997).

Apesar de ser uma estratégia de atenção à saúde que vem sendo construída desde o início da década de 90, apenas em 2011 surge a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir da publicação da Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011. No entanto, em 21 de setembro de 2017 foi publicada a Portaria nº. 2.436, que atualiza a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017, p. 1).

Tal atualização se deu a partir de discussões entre profissionais da área, pesquisadores, gestores, associações e conselhos de saúde através da participação em fóruns, conferências e reuniões passando por Consulta Pública antes de ser aprovada. A revisão a qual foi submetida alterou alguns aspectos da PNAB no que diz respeito ao prazo de implantação das equipes, à cobertura da Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica e à incorporação do Registro Eletrônico em Saúde, além da criação do perfil de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017).

Em seu artigo 1º. a portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e afirma que a mesma é

[...] resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017, p. 5).

Sobre as nomenclaturas Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, a portaria nº.2.436/2017, afirma que são termos equivalentes para as atuais concepções na área da saúde, de forma que deve ser associado a ambos os princípios e as diretrizes definidas no documento (BRASIL, 2017). Tal portaria traz importantes definições conceituais a respeito do campo, tais como

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. § 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. § 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. § 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017, p. 1).

A expansão e a consolidação da Atenção Básica prevista pela PNAB tem a Saúde da Família como estratégia de ação prioritária e tem como princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. As diretrizes trazem a regionalização e a hierarquização, a população adscrita e a territorialização⁷, o cuidado centrado na pessoa, resolutividade, a longitudinalidade do cuidado⁸, a coordenação do cuidado, a ordenação de rede e a participação da comunidade. Há previsto também pela PNAB a superação de compreensões simplistas onde há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para isso há um rompimento com as concepções biologicistas sobre os processos de saúde e adoecimento, e a emergência da compreensão de que a saúde é constituída por múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora da saúde das pessoas e coletividades é atravessada de modo multifatorial (BRASIL, 2017, p. 6).

De acordo com a PNAB, o papel de coordenação do cuidado que deve ser assumido pelos serviços da rede de atenção básica compreende a elaboração, acompanhamento e

organização dos fluxos dos usuários do SUS entre os pontos de atenção das RAS. Sua atuação deve ser como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde, se responsabilizando pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada entre os serviços. O objetivo desta diretriz é a produção de uma gestão compartilhada da atenção integral à saúde e deve estar articulada às outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2017, p. 7).

O papel de ordenador de rede das unidades de saúde da PNAB diz respeito ao dever que estes serviços têm de realizar o reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade sanitária e, a partir daí, organizar as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde. Esse trabalho contribui para que o planejamento das ações e a programação dos serviços de saúde partam das necessidades de saúde das pessoas daquele território específico (BRASIL, 2017, p. 7).

No Rio de Janeiro houve a partir de 2009 uma reestruturação da Rede de Atenção Básica, com o lançamento do programa "Saúde Presente". Este programa tem como objetivo ampliar a cobertura de serviços de saúde de base territorial no município do Rio de Janeiro, a partir de ações de planejamento e execução fundamentadas no conceito de territorialização.

Para a realização deste trabalho, "os gestores identificam e analisam as necessidades

Territorialização e adscrição: Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a territorialização está estruturada "de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele." No que se refere ao território, para esta política este é definido como "a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde." Segundo a concepção originou esta política, os territórios são "destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas." (BRASIL, p. 7, 2017).

⁸ Longitudinalidade do cuidado: Esta diretriz diz respeito a "continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, p. 7, 2017).

específicas de cada região da cidade e de sua população e as equipes multidisciplinares acompanham de perto um grupo pré-estabelecido de famílias monitoradas periodicamente." (RIO DE JANEIRO, [s.d.], p. 6).

O intuito da Prefeitura do Rio de Janeiro de reformar o modelo de atenção básica vigente na cidade a partir do programa de saúde pública citado acima partiu do fato da cidade

ter ocupado por anos as piores posições do país nos *rankings* de avaliação da saúde. Fazia parte do cenário enormes filas de espera para atendimentos e caos na rede hospitalar, que de modo equivocado acolhiam a demanda de pacientes com casos compreendidos como de baixa complexidade e deixavam, casos que necessitavam de atendimento especializado e intercorrências de urgência e emergência.

A transformação executada por este programa produziu uma expansão na rede de saúde, ampliando a cobertura populacional a partir da construção de novas unidades de saúde e modernização das existentes. Essa expansão da rede também se ocupou de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e teve como efeito o estreitamento de vínculo entre as famílias e a rede de saúde a partir da realização do trabalho territorial de ações como campanhas de orientação à população, atendimentos individuais, visitas domiciliares e ações de promoção e prevenção de agravos à saúde (RIO DE JANEIRO, [s.d.], p. 10-11).

Dentro deste programa as unidades de saúde da atenção básica receberam o nome de Clínica da Família e foram estruturados pela Prefeitura do Rio de Janeiro com a intenção de que fossem compreendidos como "centro de referência do bem-estar da população nos bairros" e são compreendidos como o ponto de partida do acompanhamento do cotidiano da população sob sua responsabilidade. A composição de recursos humanos compreende a formação de equipes multidisciplinares que atuam dentro das unidades de saúde ou em domicílio e atuam através da realização de consultas individuais ou coletivas. Constitui-se como porta de entrada no sistema municipal de saúde e garante para sua população adscrita atendimento imediato às questões de baixa complexidade, evitando assim que quadros de adoecimento menos complexos evoluam para situações graves (RIO DE JANEIRO, [s.d.], p. 12).

Tal como nos outros serviços de atenção básica de outros lugares do país ligados à ESF, nas Clínicas da Família cariocas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde e executam o trabalho chave de capilarização do serviço de saúde no território onde está implantado a partir de seu próprio pertencimento ao mesmo. Para a contratação desses profissionais a orientação é que sejam trabalhadores que morem do território, o que vem a colaborar para que os compartilhamentos realizados entre a comunidade e o serviço de saúde ocorram de modo fluido. Especificamente estes trabalhadores são responsáveis pela facilitação de acesso ao sistema público de saúde de pessoas que estão em situações extremas de vida, tais como prisão domiciliar, psicóticos graves que não chegam ao serviço de atenção psicossocial, pessoas vítimas de violência, etc. (LANCETTI, 2016, p. 49).

Através do modo como as práticas em saúde dos serviços de atenção básica são planejadas e executadas, as equipes de saúde da família passam a progressivamente a conhecer biograficamente os usuários atendidos (LANCETTI, 2016, p. 49). Tal nível de aprofundamento de conhecimento que os profissionais detêm acerca dos usuários do sistema de saúde viabiliza a efetivação da diretriz de cuidado centrado na pessoa, conforme indica a PNAB de 2017 por meio da seguinte citação:

aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado (BRASIL, 2017, p. 6).

Devido ao fato de ser a porta de entrada para a rede SUS, as Clínicas da Família do Rio de Janeiro têm um fluxo de encaminhamentos previamente organizados para poderem encaminhar os usuários que apresentam demandas que apontam para os profissionais a necessidade de um acompanhamento diferenciado. Quando há a identificação de que o caso necessita de suporte especializado, caso a CF conte com uma Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica, o mesmo é cuidado dentro da clínica. Caso não conte com este tipo de suporte, os usuários são encaminhados para unidades especializadas e hospitais de referência. Porém, apesar do encaminhamento realizado, os médicos das CF continuam sendo os profissionais responsáveis pela saúde do cidadão e devem manter a assistência dedicada após os procedimentos realizados pelos serviços especializados. Os demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar são responsabilizados pelo acompanhamento da evolução da saúde de cada habitante de sua área de atuação no território (RIO DE JANEIRO, [s.d.], p. 1).

Conforme é possível perceber a maneira como as CF são estruturadas, apesar das reformas e anúncios de cobertura integral da saúde de uma determinada população adscrita a partir do trabalho de uma equipe multidisciplinar o trabalho acontece de modo médico-centrado, o que denota forte alinhamento com uma concepção de saúde focada em conceitos reducionistas biologicistas para compreensão dos processos de saúde e adoecimento. No que diz respeito ao trabalho que as Clínicas da Família devem realizar junto aos Centros de Atenção Psicossocial, compreende-se que deve operar de modo integrado. Ambos são serviços que compartilham os princípios e diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para os serviços de base territorial e comunitária.

Muitas vezes as equipes de saúde mental são acionadas pelas equipes de saúde da família quando a segunda não possui recursos clínicos que dêem conta da complexidade e gravidade do quadro de saúde psíquica de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Entre esses serviços é possível dizer que ocorre o exercício de uma clínica compartilhada, que é um modo de fazer clínica em que há compartilhamento dos casos entre os serviços e equipes. Compartilhamento realizado após o "reconhecimento da complexidade [...] e da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários" (BRASIL, 2009, p. 15).

6. DISCUSSÃO

6.1. EFEITOS DO ENCONTRO ENTRE OS SERVIÇOS INTERSETORIAIS DE BASE TERRITORIAL E COMUNITÁRIA, LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS E ACADEMIA

Este capítulo trata dos movimentos agenciados através do encantamento da rede rizomática formada pelos representantes dos serviços intersetoriais de base territorial e comunitária, da comunidade e da academia, a partir do encontro proporcionado pelo retorno da instância deliberativa do Colegiado Gestor da Clínica da Família que é campo desta pesquisa.

A intenção é realizar um mergulho investigativo no meu diário de campo, que sustenta a possibilidade desta pesquisa existir, e tecer uma compreensão dos efeitos desta articulação entre serviços de saúde, comunidade e universidade na produção do cuidado em saúde realizada no Complexo do Alemão.

A divisão deste capítulo se dá em duas partes. Na primeira parte é apresentado um mergulho cartográfico na rede rizomática, fortalecida a partir do estreitamento do entrelace entre Clínica da Família, Centro de Atenção Psicossocial III, lideranças comunitárias e academia. O objetivo é descrever a formação da rede rizomática, de seus caminhos, a partir dos ramos que vão surgindo e se conectando no campo de pesquisa, compondo uma rede que acontece de modo mais enrijecido em certas circunstâncias, mas também apresenta momentos encantados ao longo do processo de capilarização no território.

E, na segunda parte, há uma discussão sobre dispositivos de controle social e participação comunitária no Complexo do Alemão, a partir do encontro propiciado pelo Colegiado Gestor da Clínica da Família que foi campo desta pesquisa, e das demais reuniões interdisciplinares fomentadas pela presença dos tutores e preceptores da UFRJ, com ampla participação comunitária.

6.1.1. Mergulho na rede viva rizomática formada pela Clínica da Família, Centro de Atenção Psicossocial III, comunidade e academia.

Neste subcapítulo há a apresentação um debruçamento na micropolítica dos processos de trabalho realizados a partir da articulação entre a Clínica da Família, Centro de Atenção Psicossocial III, comunidade do Complexo do Alemão e academia, a partir da

chegada do projeto PET Saúde Interprofissionalidades UFRJ no campo de pesquisa no ano de 2019.

Nesta elaboração teórica, micropolítica é um conceito compreendido como o que constitui as “questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva”. O político, o social e o cultural são compreendidos, em suas dimensões históricas, de continuidade e de incidência nos modos de subjetivação, no campo da macropolítica (ROLNIK, 2006, p. 11).

A proposição de cartografar estes processos de trabalho é oriunda da minha experiência como preceptora do PET Saúde no período de 2019-2020, momento em que eu desenvolvia o trabalho de enfermeira de saúde mental do CAPS III e atuava como matriciadora⁹ em saúde mental de algumas equipes da CF, ambos os serviços localizados no território acima referenciado.

Incluo também nesta descrição cartográfica o tempo de acompanhamento de produção de trabalho que realizei enquanto mestranda da linha 3 do Programa de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da UFRJ, no qual pude retornar ao campo e acompanhar algumas das ações realizadas no edital do Pet-Saúde Gestão e Assistência, durante o primeiro semestre de 2023.

Uma das principais frentes de trabalho que este programa da universidade propõe na conexão com serviços de saúde é fortalecer e apoiar o trabalho territorial, através da preocupação em planejar e produzir ações de saúde que fortaleçam o ¹⁰³ da comunidade com os serviços e vice-versa. Isto através do estabelecimento de uma relação que se esforça para ser inclusiva a todos a quem as ações de saúde são direcionadas, por meio de um fazer dialético com a comunidade do Complexo do Alemão. Sobre este ponto, este trabalho leva para o campo da produção do cuidado em ato os conceitos relativos ao campo das pesquisas relacionais.

Segundo Guzzo e Oliveira (2014), em seu artigo “Vida e a Obra de Ignacio Martín-Baró e o Paradigma da Libertação”, a discussão sobre o paradigma da libertação na psicologia refere-se a três dimensões, a saber: dimensão teórica-conceitual, dimensão

⁹ Matriciador: profissional em saúde que executa a prática do matriciamento. Matriciamento ou apoio matricial, por sua vez, é definido pelo Ministério da Saúde como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASÍLIA, 2011, p. 13).

¹⁰ Vínculo: “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21).

prática e dimensão ética. Ao direcionar o olhar para a dimensão teórica-conceitual, é possível apreender que é composta por alguns fatores, dentre eles o fator da perspectiva dialética. Esta se coloca como sendo

[..] contra interpretações do comportamento humano que separam indivíduo e sociedade e que alimentem explicações reducionistas [...]. Segundo os autores do artigo, esse aspecto da proposição teórica de Ignacio Martín-Baró anunciava que é parte fundamental do processo a ocupação em “atender as relações entre estrutura psicológica e estrutura social, e vice-versa” (GUZZO & OLIVEIRA, 2014).

Outra autora que pensou sobre a importância do aspecto relacional nas pesquisas, foi a teórica venezuelana Maritza Montero. Em seu texto “*Nuevas perspectivas em psicología comunitaria y psicología social crítica*”, ela traz conceitos fundamentais como a episteme da relação e a episteme da outredade (COSTA, 2015).

Ao tratar destas conceituações, a autora traz a ideia de que sempre devemos partir da relação e, realizando uma citação de Paulo Freire extraída do livro “Pedagogia do Oprimido”, publicado em 1970, reafirma a concepção de que somos seres de relações em um mundo de relações. Aponta também para a importância de utilização do método dialético, mas propõe que este seja expandido, de um modo em que o Outro desconhecido – sujeito de pesquisa - que está para além da totalidade, seja incluído na produção do discurso da pesquisa (COSTA, 2015).

Ao refletir sobre as vivências experienciadas no campo de pesquisa é possível pensar a realização do trabalho imersivo em campo a partir do seguimento de um trajeto rizomático que contém três momentos dinâmicos entre si: o primeiro de uma territorialidade desencantada instituída, o segundo momento de uma desterritorialização das práticas de trabalho desenvolvidas e o terceiro momento de reterritorialização dos processos de trabalho.

Sobre o que se pode pensar enquanto primeiro momento, o de experimentação de uma territorialidade desencantada instituída, trago o momento do trabalho como enfermeira de saúde mental do CAPS III antes da minha atuação como matriciadora em saúde mental de três equipes da Clínica da Família que compõe o campo dessa pesquisa.

Função a partir da qual houve a convocação por parte dos profissionais da CF para que eu estivesse presente na reunião do Colegiado Gestor junto ao então coordenador técnico do CAPS III. Esta instância de participação social e democrática, que é o Colegiado Gestor ocorreu após um tempo de pausa, mobilizado pelo efeito gerado pela notícia do assassinato de Ágatha no território existencial do Complexo de Alemão.

Chamo de territorialidade desencantada instituída, os modos de operação do trabalho vigentes no momento descrito. Em curso, processos de trabalho mortos, destituídos de potência criativa na sua construção. Segundo Merhy e Franco (2003, p. 1), o Trabalho Morto é o trabalho em saúde hegemônico, instrumental, que ocorre “quando o modelo assistencial se caracteriza como médico hegemônico, produtor de procedimentos”. Ainda de acordo com os mesmos autores, “o Trabalho Morto são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração” (MERHY & FRANCO, 2003, p. 5).

Naquele momento o cenário era do início das recentes precarizações dos serviços de saúde pública carioca, com fortes impactos nos serviços de atenção psicossocial municipais. A prefeitura estava sendo gerida pelo ex-prefeito Marcelo Crivella, que com sua política fundamentalista religiosa neoliberal produtivista, atacou gravemente o setor público. Segundo a cobertura analítica da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 2018, a equipe de gestão de Marcelo Crivella desestruturou a Rede de Atenção à Saúde voltada aos sujeitos mais vulneráveis da população. Feito conduzido através do projeto intitulado de “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde”. De acordo com a cobertura jornalística da Associação naquele momento:

Sob forte protesto dos profissionais da saúde e da população, devido aos cortes em curso e os anunciados para o ano que vem, as Audiências Públicas sobre a Lei Orçamentária Anual, referente à pasta da Saúde, acontecem sem a presença do idealizador dos cortes Paulo Messina e nem da secretária de Saúde Ana Beatriz Busch – a equipe está demitindo 1.400 profissionais do programa de Saúde da Família da cidade do Rio. A estimativa é que cerca de 1.200.000 pessoas ficarão sem atenção primária na saúde. Em geral, esses eram atendimentos feitos em áreas vulneráveis, assim como a maioria dos profissionais demitidos, também provenientes destas mesmas camadas. Portanto, a política de Crivella pune duas vezes os mais pobres. Além de retirar o atendimento humanizado e cotidiano, corta empregos daqueles que mais precisam (ABRASCO, 2018, p. 1).

Como visto acima, o cenário continha descontinuidade dos programas de saúde para a população devido às demissões em massa principalmente das equipes de saúde da família e atraso dos pagamentos dos profissionais das unidades de saúde que em luta por condições dignas de trabalho se mobilizaram em movimentos grevistas. Havia também redução dos insumos necessários para o desenvolvimento do trabalho, com consequente queda na qualidade da oferta dos serviços de saúde.

Tais fatos se justificam pelas manobras realizadas pelo então governo no final do ano de 2018, como um lançamento de um Projeto de Lei Orçamentária para o ano de 2019 que previa um corte de 725 milhões de reais para a pasta da saúde do município do Rio de Janeiro. O argumento utilizado para a defesa do projeto, por parte do governo, era a

dificuldade que estavam encontrando para manter as contas públicas equilibradas (ABRASCO, 2018).

Do ponto de vista da política de subjetivação, o capitalismo financeiro globalizado operou uma perversa instrumentalização da força de criação. O neoliberalismo se mostra como regime acolhedor do princípio de produção de subjetividade e cultura, sendo vivenciado como o salvador “que vem libertar a energia de criação de seu jugo, curá-la de seu estado debilitado, permitindo-lhe reativar-se e voltar a se manifestar” (ROLNIK, 2006, p. 19).

Possível pensar neste momento como aquele em que cada vez mais se instaurava a primazia do *Accountability*, vigente como lógica de avaliação da produção do trabalho em saúde até os dias atuais. O *Accountability* é definido pelo documento instrutivo da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) do município do Rio de Janeiro como um Seminário de Gestão que possibilita a oportunidade de reflexão sobre os processos de trabalho das equipes a partir do que vem sendo trabalhado como prioridades da Subsecretaria (RIO DE JANEIRO, 2023).

De acordo com o documento “Carteira de Serviços da Atenção Primária: diretrizes para abrangência do cuidado” as prioridades da Subsecretaria em relação à atuação da Atenção Básica, nomeada municipalmente como Atenção Primária, estão definidas a partir dos dados epidemiológicos de cada região administrativa em saúde, as Áreas de Planejamento (APs). De acordo com este documento, a principal diretriz é a territorialidade e aponta que é um alinhamento com as diretrizes organizacionais do SUS e da Atenção Primária no Brasil (RIO DE JANEIRO, 2021).

O documento citado acima foi lançado com o objetivo de definir regras sobre a organização dos serviços, sobre a composição mínima das equipes, sobre os tipos e estruturas mínimas das unidades. Seu tom é o de padronização da execução de práticas. Sobre seus princípios orientadores, traz em seu texto:

Porém, dois princípios devem ser levados em consideração quando se implementa a carteira da APS: o monitoramento e a revisão periódica da mesma. Para fazer frente ao primeiro princípio, a SMS-Rio⁴ estabeleceu uma metodologia de acompanhamento da oferta de serviços que foi denominada de “carteirômetro”. Tratava-se de uma prestação de contas (*accountability*) dos serviços oferecidos à população. Alguns procedimentos com alta relevância assistencial que sabidamente eram pouco ofertados foram selecionados para compor o carteirômetro, como a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), a realização de pequenos procedimentos, dentre outros (RIO DE JANEIRO, 2021, p. 9)

Esta mesma lógica vigente da prestação de contas não se restringiu a ser aplicada na Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde. O *Accountability* é também utilizado pela

Rede de Atenção Psicossocial como modelo de prestação de contas e avaliação do trabalho. Se pensar que toda a potencialidade e processos do trabalho em saúde da família, que na execução prática são compostos por diversas complexidades e engendramentos, estão hoje hegemonicamente reduzidos aos números de produção, já aponta para a possibilidade de que algo se perde ao tomar este meio avaliativo como padrão também para o campo da atenção psicossocial.

Em um campo onde as orientações, princípios e diretrizes convocam o exercício predominante das tecnologias leves ligadas ao campo relacional, tal como o campo da atenção psicossocial, a exclusiva mensuração de indicadores epidemiológicos (numéricos), sem a possível complementação com dados qualitativos e escuta da percepção das comunidades sobre as concepções de saúde e adoecimento aponta para um desajuste. Desajuste que produz efeitos no processo de trabalho, quando imposto sem o exercício de reflexão crítica para os profissionais atuantes na ponta dos serviços de atenção psicossocial.

Para os profissionais das equipes de atenção psicossocial atuantes em CAPS III, de onde parto como campo de experiência prática, a imposição da lógica padronizante cartesiana produtivista se impõe como uma questão. Se mostra como um contrassenso em relação aos princípios provenientes da luta antimanicomial, que entende que o padrão de normalidade hegemônico vigente não é algo a ser alcançado enquanto o objetivo.

Trabalhar no campo da atenção psicossocial é trabalhar em um campo altamente dinâmico, de temporalidades aceleradas, que compreende as lógicas das multiplicidades não normativas. É, ou deveria ser, produzir linhas de fuga das lógicas das estruturas econômicas e sociais dominantes.

Aplicado à prática de profissionais precarizados, desde o modo como são estabelecidos os vínculos de trabalho até à estrutura para desenvolvimento do trabalho em si, o modo produtivista traz uma sobrecarga aos trabalhadores. Para além de todas as funções exigidas da competência profissional de cada um, em interface com a multidisciplinaridade/interprofissionalidade, alinhadas com os as diretrizes próprias da linha de cuidado em saúde mental, são colocadas diversas tabelas não passíveis de questionamento ou contribuições que devem ser preenchidas após o desenvolvimento de cada ação.

Tabelas que surgem em meio a equipes com dimensionamento inadequado na escala de profissionais, já tendo cada profissional um alto volume de trabalho a desenvolver. Um a mais de função que em si carece de formulações de variáveis que se adequem a realidade do trabalho, talvez porque não seja realmente possível capturar as

riquezas e complexidades do trabalho em atenção psicossocial deste modo racionalista, através de retângulos de planilhas preenchidas com números que não dão conta de traduzir as muitas nuances dos processos de trabalho.

Por não ser uma ferramenta que chegue após reflexão com o coletivo de trabalhadores, por parte do nível central de gestão municipal, algumas vezes o desajuste aparece através da falta de compreensão por parte dos trabalhadores que devem se restringir ao papel de operários na aplicação do instrumento. Se quem aplica o instrumento carece de compreensão sobre onde a realidade de trabalho cotidiano pode se adequar em meio às diversas variáveis, o que se pode esperar é que os dados inseridos sejam muitas vezes enviesados. O furo acontece exatamente no entendimento de que por ter podido virar número, se trata de algo exato, realmente fidedigno. Outro problema ligado a esses tempos de primazia dos métodos estatísticos é que no momento da realização do seminário proposto para apresentação dos dados é que não há uma organização de eixos temáticos a serem discutidos com tempo e profundidade pelas equipes.

O seminário costuma acontecer durante 1 dia, através da apresentação de slides *powerpoint* com gráficos simples que tratam sobre o funcionamento dos serviços e trazem as características da população adscrita para aquele serviço de saúde. Os indicadores produzidos são passados de forma rápida, com abertura para os integrantes das equipes falarem o que pensam a respeito daquilo que é apresentado. Ao final, a sensação de realização de uma reflexão inócua sobre o funcionamento do serviço de saúde pública e sobre o perfil dos usuários acompanhados pelo mesmo.

Esses seminários fomentam a construção dos relatórios de gestão, que são documentos produzidos pelos municípios, estados e governo federal para avaliação dos processos de trabalho das unidades de saúde. Como modelo utilizo o “Relatório Anual de Gestão 2022 - RAG 2022” da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro. Neste documento, na parte direcionada a avaliação da produção do cuidado em atenção psicossocial, a secretaria indica que entende que “uma análise da produção na Atenção Psicossocial deve ser feita a partir dos registros efetuados pelos CAPS” (RIO DE JANEIRO, 2023, p. 47).

A análise da produção de cuidado é realizada através da comparação de tabelas numéricas relativas aos últimos quatro anos que tratam de procedimentos como: acolhimento noturno em CAPS III, atenção às situações de crise, atendimento familiar, atendimento domiciliar, promoção de contratualidade no território, fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS e seus familiares, matriciamento de equipes da atenção

básica, acolhimento inicial e atendimento em grupo de pacientes em CAPS (RIO DE JANEIRO, 2023).

Diante de uma análise que compreende apenas a comparação entre números, questiono como avaliar indicadores como os que tratam de contratualidade e protagonismo de modo que seja possível confiar que seus resultados sejam condizentes com a realidade. Uma produção de dados desvitalizada em decorrência da ausência de discussões com os profissionais da ponta que pudessem pensar junto com a gestão central a formulação de instrumentos mais interessantes que pudessem apreender de modo mais vivo a produção do cuidado em saúde.

Naquele momento a sensação presente, para mim, na vivência do fazer cotidiano de trabalho era de um enrijecimento dos processos e pouca ou quase nenhuma possibilidade de exercício de reflexão crítica acerca da prática do trabalho que se orientasse pelos princípios fundamentais da implantação e implementação dos serviços de base territorial. Os princípios fundamentais deste tipo de serviço do SUS, tais como o trabalho territorial, pensamento clínico ampliado e fazer multiprofissional pareciam não compor a paisagem psicossocial cotidiana.

Talvez por se tratar de uma frente de trabalho sobre a qual estava localizado o meu desejo naquele momento profissional, o trabalho territorial, que era realizado pelo CAPS III onde eu atuava de modo desvitalizado, era para mim fonte de angústia.

Como agravamento do contexto, naquele momento de precarização acentuada, estava em curso um desmonte das equipes das Clínicas da Família municipais e as poucas equipes existentes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família¹¹ estavam extremamente comprometidas em sua capacidade de matriciar o trabalho no território da zona norte. As equipes estavam compostas por um pequeno quadro de profissionais, que por estarem sobrecarregados não conseguiam executar plenamente a função de acompanhar e construir recursos clínicos com as equipes de saúde da família para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

¹¹ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): não se constituem como serviços como unidades físicas independentes ou especiais e não são serviços de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Foram criados com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, assim como com a diretriz de resolubilidade. A constituição de suas equipes contém profissionais de diversas áreas do conhecimento que devem atuar de modo integrado e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família, de equipes de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais, etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes da saúde nos territórios de responsabilidade sanitárias dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial nas equipes nas quais os NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASÍLIA, 2012, p. 69).

Diante desse cenário desfavorável, no Complexo do Alemão, ficou para o CAPS III, a pedido da coordenação da Área Programática, a maior convocação em relação ao trabalho de matriciamento. Penso que havia uma confiança da gestão municipal na possibilidade de realização do trabalho de matriciamento por parte deste serviço de atenção psicossocial a partir da sua história, uma vez que sua implementação neste eixo se deu enquanto um CAPS matriciador dada a baixa cobertura histórica de NASF para a região territorial trabalhada.

No entanto, na prática, o que ocorria era uma grande desmobilização da equipe do CAPS ocasionada pelas precariedades sentidas de modos delicados, chegando mesmo a impactar prejudicialmente na saúde psíquica dos trabalhadores do serviço de saúde. Havia um grande descontentamento com o modo como o trabalho era gerido pela ¹², instância da prefeitura responsável pela gestão técnica em atenção psicossocial, assim como com a empresa responsável pela co-gestão dos serviços.

Um tempo de muita dureza e pouca escuta das demandas dos trabalhadores. Demandas que passavam pela reivindicação de melhorias salariais, de carga horária e de recursos físicos propiciadores do trabalho, mas também solicitação permanente por abertura de diálogo com a gestão interna do CAPS e com a gestão municipal em nome da Superintendência de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro.

O diálogo com a gestão estava cada vez mais comprometido, e com isso, os trabalhadores da ponta na assistência em saúde colocados cada vez mais no lugar de mão-de-obra executora de direcionamentos cada vez mais verticais. Com isso, o movimento que começou a acontecer foi de um aumento da resistência dos trabalhadores em aceitar sustentar, de modo bastante solitário, ser o pilar fundamental de uma frente de trabalho tão grandiosa quanto o matriciamento para além de tudo o que cabia a cada um em suas especificidades profissionais.

Além da convocação vertical, fora das lógicas pensadas pelos princípios orientadores do SUS, que apontam para uma gestão participativa e democrática dos serviços de saúde, os pedidos para pensar crítica e reflexivamente e o trabalho não eram atendidos de modo satisfatório. O dispositivo de reunião de equipe, que é um dos principais dispositivos para a real execução de um trabalho multidisciplinar/interprofissional, estava enfraquecido devido aos problemas internos entre gestão e supervisores clínicos-institucionais.

¹² Superintendência de Saúde Mental: área técnica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro responsável por estabelecer diretrizes, articular ações e gerir o programa de Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (RIO DE JANEIRO, [s.d.]).

Dentro deste cenário, estava eu. Desejante por ir para o território e realizar o trabalho que me mobilizava, junto às redes comunitárias, fora dos muros dos serviços de saúde. Naquele momento, inóspito, meu ímpeto foi o de me aproximar da Clínica da Família que funciona no mesmo edifício do CAPS III. Sobre este campo, trata-se de uma clínica escola que compreende 14 equipes de saúde da família e que mantém convênios com universidades e com a Prefeitura do Rio de Janeiro a fim de ser campo prático de formação de profissionais de saúde em nível de graduação e pós-graduação, incluindo as especializações do tipo residência em saúde.

De acordo com o Ministério da Educação do governo brasileiro, as clínicas escola têm como objetivos desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão; promover capacitação aos alunos através de condições efetivas de experiência profissional, sob a orientação de um professor responsável; acolher a comunidade que busca os serviços. (BRASÍLIA, 2018). Este ímpeto se deu pela afinidade que eu encontrava com alguns profissionais da CF, que assim como eu desejam persistir com o trabalho alinhado com os princípios do SUS e eram bastante combatentes em relação ao desmonte dos serviços de saúde. Havia, naquele momento, naquela clínica o desejo de fazer uma saúde pública de qualidade orientada pelas reais necessidades da ¹³ao serviço. Penso que havia também, um desejo de um fazer democrático e participativo na construção do trabalho em saúde.

Como marco do início do segundo momento, o de desterritorialização das práticas de trabalho desenvolvidas, coloco a minha entrada como preceptora do PET Saúde, que ocorreu após eu participar de uma reunião do Colegiado Gestor da Área Programática 3.1, realizada na Clínica da Família. De acordo com o manual técnico da Política de Humanização do SUS, *HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão*, o Colegiado Gestor das unidades de saúde tem composição de participação multiprofissional e se comporta como uma instância colegiada, com possibilidade de exercício de sua potencialidade de atuar de modo integrado e criativo no cotidiano de trabalho (BRASIL, 2007, p.12 – 13).

As atribuições do Colegiado Gestor são: elaboração do projeto de ação da unidade de saúde; “atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas; e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço” (BRASIL, 2007, p. 12).

¹³ População adscrita: população que está presente no território da Unidade Básica de Saúde (no Rio de Janeiro são chamadas de Clínicas da Família), de forma a estimular o desenvolvimento “de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado” (BRASIL, 2021, p. 21).

Este encontro foi planejado para que os serviços de saúde do território com seus profissionais multiprofissionais, profissionais do campo da Educação, Assistência Social, lideranças comunitárias, integrantes de Organizações Não Governamentais (ONGs) atuantes no território, a comunidade, os discentes e docentes da universidade pudessem tratar do assassinato de Ághata através de disparos de arma de fogo por parte de integrantes da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ).

Desterritorialidade provocada por uma morte que teve como causa um assassinato. Mas, como afirma Simas (2019, p. 151), “Tudo que morre pode viver pela palavra, pela celebração dos ritos de lembrança e pelo arrebatamento”. Esse parece ter sido o tom que conduziu as ações que serão descritas daqui por diante nesta pesquisa.

Desterritorialização é o campo das multiplicidades da linha de fuga. Estas mudam de natureza e ao mesmo tempo se conectam às outras linhas do rizoma. A linha de fuga ou linha de desterritorialização, “marcam ao mesmo tempo: a realidade de um número de dimensões finitas que a multiplicidade preenche efetivamente; a impossibilidade de toda dimensão suplementar, sem que a multiplicidade se transforme segundo esta linha” (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 25).

No momento de desterritorialização se localiza o acontecimento do princípio rizomático de rupturas assígnificantes. Apesar de todo rizoma compreende linhas de segmentaridade, segundo as quais, ele é territorializado, eles também compreendem as linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. “Há a ruptura do rizoma a cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter umas às outras” (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 25 - 26).

Nesta pesquisa, nomeio de desterritorialização das práticas de trabalho, o processo em que reunidos através do encontro propiciado pela reunião os agentes do território de diversos setores do poder público e da sociedade civil e começaram coletivamente a estranhar os modos de produção do trabalho operado pelos serviços de saúde. Neste momento o Trabalho Morto começava a ganhar vida, a transicionar, a transformar-se em Trabalho Vivo.

De acordo com Merhy e Franco (2003,) o Trabalho Vivo começa a se compor quando há:

[...] uma Transição Tecnológica, que [...] significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários

Os autores desdobram a ideia, acrescentando que o “Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves” (MERHY & FRANCO, 2003, *apud.* MARX, 2001).

Tratou-se de uma desterritorialização de ideias e conceitos a partir da formação de um território físico que se deu a partir do encontro entre os representantes dos serviços intersetoriais e da universidade presentes com os representantes da comunidade.

O território físico, formado pelo encontro, possibilitou a desterritorialização de ideias e conceitos operantes nos modos de agir dos profissionais dos serviços e em certo modo de fazer comunitário através da colocação das falas dos sujeitos presentes. Falas que, reunidas, tiveram como efeito a produção de uma angústia no coletivo. Segundo Lacan (2005), a angústia é um afeto que nos aponta a existência de um desejo. Além disso, segundo o mesmo autor, a angústia possui uma função de veículo e bússola e sobre isso, escreve: "Não que ela seja, em si mesma, o seu móbil, mas é o que permite nos orientarmos aí, em função dos momentos de seu aparecimento”.

Em termos de aplicação à situação ocorrida, ao mesmo tempo em que a angústia acometeu o coletivo provocando inicialmente profundo mal-estar, apontou para o desejo de transformação da paisagem psicossocial descrita ao longo desta dissertação. Foi ao mesmo tempo o que funcionou como motor e orientador do modo de construção do trabalho coletivo que é descrito ao longo deste capítulo.

O encontro é o próprio método de produção cartográfica em saúde. De acordo com Fiadeiro e Eugénio (2012, p. 1), o encontro “é uma ferida que [...] alarga o possível e o pensável sinalizando outros mundos e outros modos para se viver juntos, ao mesmo tempo que subtrai passado e futuro com a sua emergência disruptiva”.

Para os autores citados acima, o encontro só se caracteriza enquanto tal quando

[...] sua aparição acidental é percebida como oferta, aceite e retribuída. Dessa implicação recíproca emerge um *meio*, um *ambiente mínimo* cuja duração se irá, aos poucos, desenhando, marcando e inscrevendo como paisagem comum. O encontro, então, só se efectua - só *termina* de emergir e começa a acontecer - se for reparado e consecutivamente contra-efectuado - isto é, assistido, manuseado, cuidado, (re)feito a cada vez *in-terminável* (FIADEIRO & EUGÉNIO, 2012, p. 1).

No território do encontro que experimentamos coletivamente houve contribuições horizontalizadas e elaboradas através de um exercício coletivo de organização de fala e escuta que tinham em comum o princípio ético-político do fazer democrático. A convergência possibilitada pelo desejo comum em relação a este fazer, propiciou o desenvolvimento de ações em saúde realmente voltadas para as especificidades locais do território.

Tal organização das instâncias colegiadas do SUS traz a diretriz de co-gestão e o princípio de participação democrática nos processos decisórios do sistema da saúde. Estas instâncias do SUS, “na qualidade de espaço de embates e de escolhas políticas e técnicas, assumem elevado grau de importância na determinação nos rumos das políticas setoriais” (SILVA & LABRA, 2001, p. 1).

A horizontalidade mantida neste encontro, tal como como é postulado pelos princípios do SUS, trouxe uma característica fundamental para a possibilidade de formação de uma rede rizomática. Isso porque no rizoma a lógica não é a divisão hierárquica do trabalho, sendo seu modelo o oposto do modelo de estruturas pensados a partir da representação das árvores. É possível dizer que a manutenção da horizontalidade como princípio foi a segunda linha de fuga, desterritorializante.

A terceira linha de fuga surgiu a partir do exercício de escuta mútua entre os presentes. A escuta mútua trouxe para a cena as especificidades locais, especialmente a partir dos apontamentos dos moradores da região. Este movimento de escuta dos apontamentos de necessidades a partir da experiência vivida, cada um a partir de seu próprio lugar, ultrapassou a perspectiva reducionista dos que percebem que os indicadores de saúde, encerrados em si mesmos, são definidores padrão ouro de direções no planejamento e execução de medidas em saúde.

Este ato de reunião e contribuições horizontalizadas são entendidas como linhas de fuga devido por subverter um fazer engessado ainda comum nos serviços de saúde, a partir da inclusão em igual valor de importância de todas as contribuições fossem de profissionais autorizados a atuar no território pelo Estado Brasileiro ou moradores da comunidade. Subversão do fazer hegemônico porque foi um ato em direção contrária ao epistemicídio histórico de grupos sociais e racialmente marcados. Sobre este assunto:

É isso aí mesmo: assistimos ao processo de destruição de saberes, práticas, modos de vida, visões de mundo, das culturas que não se enquadram no padrão canônico. Relegadas ao campo da barbárie, ou acolhidas como pitorescas ou folclóricas, elas são desqualificadas em nome da impressão de que o hemisfério norte representa o ápice civilizatório da humanidade e de que a história humana só pode ser contada a partir dos marcos e dos códigos que o Ocidente produziu (SIMAS, 2019. p. 48)

Neste encontro, a universidade desempenhou o papel de, a partir da presença de seus professores/tutores e alunos, contribuir conceitualmente, mas também de condução, mapeamento e mediação da reflexão crítica coletiva. Deste modo, apresento a presença da academia como a quarta linha de fuga dessa rede rizomática.

Ao mesmo tempo que produtor de angústia e mobilização, o encontro tratado aqui foi o momento em que algo se encantou. Encantamento provocado pelo encontro de sujeitos que levam em si, encarnados, princípios ético-políticos e diretrizes oriundos de suas implicações singulares nos movimentos sociais reformistas próprios do campo da saúde coletiva, como de outros movimentos da sociedade civil organizada que historicamente lutam pela construção de uma sociedade mais justa e equânime político, econômica, social e racialmente.

Pessoas que podemos olhar pela perspectiva do corpo encantado, que pode ser descrito da seguinte maneira: “O corpo encantado é, portanto, aquele que dá um drible no corpo domesticado, adultizado e adulterado pela lógica produtivista do tempo do trabalho”. Talvez o drible dado pelas pessoas unidas pela organização coletiva tenha sido a capacidade que todos tiveram de se permitir afetar pelas falas uns dos outros. “Deixar-se afetar pelo outro - e permitir que ele se afete também neste processo - é estar disponível para renovar, recriar, inventar o tempo todo - e a todo tempo - a vida” (SIMAS, 2021, p. 23; 47).

Sobre a primeira linha de desterritorialização abordada nessa pesquisa, que foi o assassinato de uma criança por parte da atuação da PMERJ: em territórios abandonados pelo poder público, — que historicamente são habitadas por pessoas negras devido a condição de subalternidade que lhe é imposta pelas estruturas econômicas e sociais vigentes —, é possível fazer um paralelo com uma citação de Fanon (1952, p. 98) ao abordar o tema da colonização. Por exemplo, quando este fala sobre as questões do colonialismo do Império Francês e sua mão armada:

[...] Toda vez que havia um movimento insurrecional, a autoridade militar só colocava na vanguarda soldados de cor. Foram “povos de cor” que aniquilaram as tentativas de libertação de outros “povos de cor” [...] (FANON, 1952;2045, p. 98).

Este fragmento fanoniano contribui para pensar sobre a atuação da PMERJ e a continuidade ainda bastante atual de perpetuação de antigos mecanismos de dominação colonial das elites econômicas mundiais sobre a população afro diaspórica, em contexto brasileiro.

De acordo com Nobre (2010), 60% da corporação policial militar é constituída por pessoas negras. E, ao mesmo tempo, de acordo com o “Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022”, “elevadas de mortalidade policiais permanecem em vários estados, indicando que abusos e execuções permanecem como práticas de algumas instituições policiais” e que “a letalidade [das ações policiais] continua atingindo brancos e negros de

forma discrepante. Enquanto a taxa de mortalidade entre vítimas brancas retraiu 30,9%, em 2021, a taxa de vítimas negras cresceu em 5,8%”.

Realizada esta observação e retornando à narrativa processual acerca da reunião do Colegiado Gestor na CF, a discussão tratou sobre questões relativas à violência do território e vulnerabilidade dos moradores da região e os significados elaborados pela comunidade diante do luto. As falas, especialmente trazidas pelas professoras que atuam em escolas de ensino fundamental, traziam notícias sobre um grande sofrimento das crianças próximas à idade de Ághata no momento de seu falecimento, que segundo elas giravam em torno de sofrer em um processo de enlutamento pela morte de uma criança tal como eles, e o medo de serem os próximos a morrer.

O que compareceu naquele encontro foi a dureza de entender que as crianças que vivem naquele território são interrompidas do seu direito de brincar e sonhar, para pensar sobre a morte. Não a morte abstrata, que um dia distante virá inevitavelmente a acontecer com todos, mas a morte presente, tal como um fantasma, com a possibilidade de interromper as existências delas a qualquer momento.

Ao escutar tais colocações, como movimento seguinte houve falas de profissionais dos serviços de saúde, nas suas compreensões de que era emergencial pensar em estratégias de cuidado em saúde mental para as crianças e também falas de discentes e docentes da UFRJ na posição de se propor a apoiar, através do mapeamento de questões levantadas e ajudar a tecer as estratégias e realizar ações.

O posicionamento declarado pelos integrantes da universidade, gerou nos sujeitos atuantes politicamente na comunidade um incômodo, que foi verbalizado por uma ativista social, moradora do Alemão e mestranda da Fiocruz, sobre mais uma vez os moradores de favela serem tomados como objetos de pesquisa e como esta posição universitária não seria mais tolerada pelos moradores daquele território.

Houve a cobrança de que se a universidade fosse desenvolver “suas pesquisas”, seria imprescindível que estas fossem acompanhadas de perto por moradores e lideranças locais, que deveriam ser envolvidas nas trocas e elaborações sobre a vida daquela comunidade com suas especificidades e que em sua finalização seria necessário que fossem compartilhados os resultados finais com a comunidade local.

Reivindicação proferida pela boca de uma mulher negra, moradora daquela favela e mestranda em um dos mais importantes programas de saúde pública do país. Uma voz que trouxe no seu cerne, o apontamento para o modo ainda colonial de produção acadêmica no país, que comumente adotam a postura de que do lado da universidade há “o saber” e que

do outro lado há um outro objetificado, extirpado de subjetividades e desapropriado do lugar de saber.

Referenciando Rufino (2019) no livro “Pedagogia das Encruzilhas” e Simas (2019) em seu livro “O corpo encantado das ruas”, o posicionamento da mulher, acima referenciado, possibilitou a abertura de uma fresta. Fresta que abriu portas para se colocar a questão da colonialidade/decoloniadade como ponto a ser discutido.

Retomando o movimento vivenciado no campo de pesquisa, relativo ao enfrentamento de todos os tensionamentos surgidos — momentos de desterritorialização —, o encontro representou o estreitamento do entrelace da rede rizomática formada pelos os serviços intersetoriais de base territorial e comunitária, a comunidade e a academia.

Este encontro possibilitado pela reunião do Colegiado Gestor encantou a rede a partir da manutenção de princípios éticos e políticos herdados dos movimentos sociais reformistas desejosos de maior justiça social que influenciam as pessoas envolvidas na discussão e pela produção de reflexões coletivas sobre fortalecimento comunitário.

Após vivenciar o encantamento em rede, iniciei uma conversa com os docentes da UFRJ sobre as questões que me ocorriam acerca da discussão coletiva. Neste momento da interlocução, fui convidada a integrar o programa PET Saúde Interprofissionalidades como preceptora. Convite, aceito, fomos ao trabalho.

Conforme combinado na reunião, começamos uma grande mobilização para a organização de uma ação de saúde voltada para atenção, pautada sobre o princípio da integralidade, para as crianças do Alemão.

O terceiro momento, de reterritorialização encantada dos processos de trabalho, se iniciou a partir da ação foi intitulada de “Ocupa Criançada” e se desenhou tendo como direção levar não apenas ações clássicas oferecidas pelos serviços de saúde, mas levar o lúdico e a alegria em uma tentativa de realizar uma inversão da morte, simbolicamente, em vida. Tudo feito à muitas mãos: mãos de moradores, lideranças comunitárias, Organizações Não Governamentais, profissionais dos setores da saúde, assistência, educação, entre outros.

Segundo Deleuze e Guattari (2011, p. 26), os processos de reterritorialização e desterritorialização são relativos, estão em perpétua ramificação e presos uns aos outros. É o rizoma que se apresenta em sua heterogeneidade. Ainda sobre a relação entre a desterritorialização e a reterritorialização, os autores afirmam:

[...] a desterritorialização de um dos termos e a reterritorialização do outro, os dois devires se encadeando e se revezando segundo uma circulação de intensidades que empurra a desterritorialização cada vez mais longe. Não há imitação nem semelhança, mas explosão de duas séries heterogêneas na linha de fuga composta de um rizoma comum que não pode mais ser atribuído, nem submetido ao que quer que seja de significante. [...] Os esquemas de evolução

não se fariam mais somente segundo modelos de descendência arborescente, indo do menos diferenciado ao mais diferenciado, mas segundo um rizoma que opera imediatamente no heterogêneo e salta de uma linha já diferenciada a uma outra (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 26 - 27).

A ação foi realizada dentro da estrutura que comporta três serviços de saúde — o CAPS III João Ferreira da Silva Filho, a Clínica da Família Zilda Arns e a UPA do Alemão —, e se colocou efetivamente como uma ocupação por parte das crianças que foram levadas para participar das diversas atividades propostas. Apesar de ter sido uma ação entre muros, teve um teor altamente subversivo, pois as crianças da comunidade ocuparam o prédio das unidades de saúde em termos próprios das infâncias, com muita vivacidade e liberdade.

Este modo de produzir ocupação, em um espaço em que as normas higiênicas são a regra, causou estranhamento em muitos dos profissionais atuantes nas três unidades de saúde. Enquanto alguns achavam aquele movimento interessante e importante, especialmente pela presença de diversas lideranças e coletivos de luta representativos da comunidade, outros acharam que era uma iniciativa irresponsável pelo fato de atrapalhar a organização dos serviços.

Alguns atribuíram a presença da universidade, que estaria “inventando moda” mais uma vez com seus professores e alunos. Este termo que escrevo entre aspas foi ouvido por mim e anotado algumas vezes em meu diário de campo. A percepção das pessoas que verbalizam essa expressão era que os professores da universidade, nominalmente da UFRJ, inventam atividades descoladas das necessidades do cotidiano.

As atividades desenvolvidas foram conversas entre as crianças, em roda, com ativistas sociais do território, contação de histórias, capoeira, brincadeiras em pula pula e piscina de bolinhas, produção de artesanato e atendimentos específicos do campo da saúde em seus modos mais convencionais para aquelas crianças que se encontram com alguma questão de saúde mais delicada e escuta qualificada para aquelas que apresentavam um sofrimento mais agudo.

Entre uma atividade e outra, o prédio foi tomado pelo som das risadas e gritos de felicidade infantil. Houve, em minha concepção, produção de encantamento e vida em meio ao caos mortificador. A movimentação das crianças produziu ao mesmo tempo uma desterritorialização dos territórios existenciais dos profissionais naquele espaço, marcada pelo inicial estranhamento. Esta desterritorialização foi marcada pela perda dos contornos da assistência à saúde baseada no modelo biomédico, centrado na doença e na execução de práticas relativas às tecnologias duras em saúde.

Desterritorialização seguida de um movimento de reterritorialização que se fazia a partir da presença viva que resistiu, permanecendo em presença brincante no lugar onde a preconização é pelas regras e normas higiênicas. Nesta reterritorialização, o que se reterritorializou foram as formas de produção do cuidado em saúde pautado em tecnologias leves e leve-duras, condizentes com o que originalmente se preconiza para o trabalho dos serviços de saúde de base territorial e comunitária.

Ao longo dos encontros de planejamento a rede viva rizomática que se encontrou e ganhou potência neste primeiro encontro se foi fortalecendo-se a partir das constantes interlocuções entre os envolvidos no processo.

Foi um momento de encontros e descobertas de projetos voltados para apoio social realizados pela sociedade civil organizada no Complexo do Alemão. Projetos feitos por moradores para moradores, entre pares, com uso de termos e tecnologias próprias. Lugares onde a construção das atividades propostas é pensada de dentro, a partir do que os moradores reconhecem como necessidades para si e seus pares, enquanto sujeitos do território.

Após a realização do “Ocupa Criançada”, o rizoma continuou se expandindo em sua não linearidade e quebra de hierarquias clássicas em seu fazer. Penso que isso se deu porque o território se fertilizou a partir da força do encantamento gerado pelo encontro de pessoas implicadas com os princípios e diretrizes de movimentos políticos reformistas na saúde e em outras áreas da sociedade. Nossas inspirações comuns são provenientes do campo da luta pela ampliação do Estado e consequente ampliação dos direitos dos cidadãos brasileiros.

Neste contexto, a concepção de que a desterritorialização de um dos termos é concomitante ou seguido a reterritorialização de outros se fez palpável. Uma vez que o território de práticas enrijecidas se desfez em nós, o novo território que surgiu a partir de um movimento de reordenação reterritorializante ganhou consistência suficiente para que nesta nova paisagem psicossocial outros modos de fazer pudessem existir.

A partir daí, outras ações foram realizadas a partir de uma parceria cada vez mais estreita com as lideranças comunitárias. A relação estabelecida com associações de moradores e outras lideranças locais, fez com que nossa rede viva rizomática adquirisse mais força e se capilarizasse cada vez mais em expansão não ordenada para todos os lados e em profundidade no território do Complexo do Alemão.

Uma das ações planejadas em sequência ao “Ocupa Criançada”, foi chamada de “Oficinas Voadoras”. A ideia era que juntos pudessemos fazer oficinas que discutissem variados temas a respeito da produção do cuidado fora do cenário hegemônico das

unidades de saúde, mas fora, sobrevoando o espaço territorial e pousando onde o terreno estivesse precisando ser ativado.

Para esta atividade ser possível, nos aproximamos muito da Associação de Moradores da Nova Brasília e de suas lideranças. Começamos a frequentar o prédio da associação com frequência e a estabelecer de modo cada vez mais consolidado um vínculo de confiança que nos proporcionou ouvir demandas em saúde do território que não chegam dentro das unidades de saúde.

Dentre as situações que não chegam aos serviços de saúde a mais colocada foi a violência contra a mulher, que segundo as falas das lideranças ainda é assunto tabu na comunidade. Entre os fatores que as lideranças conseguiram elencar como impeditivo de fala para as mulheres estava o medo de que dentro dos serviços de saúde a informação se disseminasse e chegasse aos ouvidos de seus parceiros, tendo efeito contrário para si.

Na concepção que nos foi apresentada, as mulheres da comunidade vítimas de violência doméstica deixavam de acessar o cuidado em saúde necessário para seu restabelecimento físico e psíquico por entender que ao falar com profissionais de saúde estariam denunciando seus parceiros. Além da estrutura de poder patriarcal hegemônica, muitas dessas mulheres tinham como parceiros integrantes do movimento organizado do tráfico de drogas.

Me pergunto se tal compreensão sobre as equipes de saúde seriam efeitos do passado em que as equipes de saúde pública, antes dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, agiam de modo policialesco com as camadas mais empobrecidas da sociedade. A polícia sanitária surgiu no Brasil no século XIX e tinha como função vigiar a cidade para evitar a propagação das doenças (EDUARDO & MIRANDA, 1998). De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde, no tempo em que Oswaldo Cruz ocupou o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública, a polícia sanitária

adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarelo, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres a demolí-los ou reformá-los. As brigadas; mata-mosquitos percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d'água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos (BRASÍLIA, 2017, p. 3).

O estreitamento do vínculo entre as lideranças da Associação de Moradores da Nova Brasília gerou outros efeitos de reterritorialização, tais como a oferta, por parte da presidência, da chave de um dos prédios utilizados pela organização comunitária para que usássemos como plataforma de planejamento e realização das “Oficinas Voadoras”. A sugestão da liderança era para que também utilizássemos o espaço com a finalidade de

realizar grupos terapêuticos com as mulheres vítimas de violência doméstica do território. Tal fato aconteceu em uma reunião que fomos fazer — preceptores dos serviços, alunos e tutores — na Associação de Moradores, conversar sobre o que a comunidade entendia que eram suas principais demandas para o sistema de saúde pública.

Tratava-se de uma estratégia para facilitar a chegada das mulheres vítimas de violência aos serviços de saúde pública, sem que os demais moradores percebessem exatamente do que se tratava. Era um meio de produzir uma opacidade protetora à mulher e possibilitar que seu discurso alcançasse as instituições às quais têm direito de acesso garantido por lei. Era uma ideia que tinha como intenção primeira a proteção da vida das mulheres vítimas de violência por parte de quem entende, de dentro, sobre o funcionamento das outras políticas territoriais.

No momento da oferta, uma tutora da UFRJ e eu, sentadas lado-a-lado, ficamos animadas com a possibilidade de ganhar efetivamente um lugar dentro do território para pensar sobre a produção do cuidado em saúde deslocadas dos impessoais e frios equipamentos de saúde oficiais. Pensamos que se tratava da possibilidade de produzir um agir em saúde “imundicizadas” pelos saberes do território, por podermos contar com um espaço dentro da comunidade.

Ambas compreendemos também que, apesar da sala estar cheia de pessoas, a liderança falava todo tempo olhando para mim enquanto fazia o oferecimento e compartilhava conosco sua ideia. Trocamos um rápido olhar e discretos acenos que confirmaram que nós duas estávamos pensando de modo alinhado sobre a aceitação da oferta. Essa troca de olhar, aparentemente simples, fez com que eu decidisse que caso a chave fosse oferecida mais uma vez naquela conversa, eu pegaria. O que de fato aconteceu.

A partir daquele momento, houve um fortalecimento de vínculo que possibilitou a formação de outros territórios para o seguimento da nossa entusiasmada caminhada. A confiança envolvida no empréstimo da chave, nos deu um lugar com a comunidade. Simbolicamente também estávamos escapando das prescrições padronizadas e higienizadas dos serviços de saúde, para capilarizar e aprofundar nossa entrada no território.

Neste momento, estávamos com os sujeitos do território, pensando e atuando junto, coletivamente. Passamos a habitar um território completamente novo em nosso fazer e nos animávamos com o seguimento das pistas que nos abriam novos e instigantes caminhos, experienciando com emoção as curvas e desvios sem ter no horizonte alguma indicação que nos apontasse qual seria o desdobramento final do nosso projeto.

O fato de não nos ocuparmos de pensar sobre o final nos possibilitou uma fruição dos processos vivenciados. Penso que esta fruição não ansiosa pelo fechamento da questão,

possibilitou que nossa presença nas articulações e fosse vivenciada de um jeito pleno. Pleno em atenção e cuidado aos detalhes e pleno a ponto de nosso corpo literalmente vibrar com cada novo passo.

Sobre corpos que vibram em diferentes intensidades ou corpos vibráteis, Rolnik (2006), afirma que são corpos que são tocados, que alcançam o invisível. Na concepção da adotada nesta pesquisa, o corpo vibrátil é o “Corpo sensível aos efeitos dos encontros dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, simulação em matérias de expressão” (ROLNIK, 2006, p. 31).

Seguido ao momento do empréstimo da chave do imóvel pertencente a Associação de Moradores da Nova Brasília e pensando sobre nossas possibilidades intervenção na produção do cuidado à saúde da mulher realizado por parte dos equipamentos de saúde realizamos a ação “Ocupa Mulher”. Esta ação aconteceu de modo similar à ação “Ocupa Criançada”, com mulheres do território ocupando o prédio dos serviços de saúde sendo acolhidas com delicadeza e cuidado nos serviços.

Mulheres que ao saberem do acontecimento da ação de saúde que não se propunha a tratar apenas dos temas clássicos relativos à saúde da mulher, mas também oferecer oficinas que compreendiam que a autocuidado a partir do cuidado com outras dimensões da vida. Foram organizadas rodas de conversa, oficina de turbantes, brechó, oficina de produção de artesanato, etc. O edifício foi decorado com cores, salas foram organizadas de modo acolhedor e confortável e os trabalhadores envolvidos na ação estavam, em sua maioria, disponíveis para trocas e expressando contentamento em estar vivenciando aquele momento.

Recebemos novamente lideranças comunitárias para compartilhar o espaço dialógico criado, dentre elas, a mulher responsável pela criação de uma das primeiras Organizações Não Governamentais do Complexo do Alemão que é hoje uma das principais referências para se pensar sobre o trabalho do terceiro setor em territórios de vulnerabilidade social e racial. A presença de outras pessoas como ela se deu de modo a produzir conversas que trataram sobre uma produção do cuidado em saúde não farmacológico, mas sim através do uso das ervas ancestrais.

Outras preciosidades produzidas foram os espaços de cuidado voltados para a beleza e a estética. Havia bastante animação com os tecidos e modos de enlace dos turbantes e também com o brechó de roupas. Mulheres negras, que assim como eu, sofrem as incidências violentas das estruturas de raça e gênero. Mulheres empobrecidas como resultado de uma política de Estado que prevê o empobrecimento dessa parte da população como uma das metas a serem alcançadas pelo projeto. Vidas que as estruturas dominantes

de gênero, raça e classe desejam que permaneçam em continuidade na posição de subalternidade.

Como efeito imediato desta ação ampliada em saúde, houve a presença de mulheres que estavam afastadas dos serviços de saúde e conseqüentemente do seu próprio cuidado. Diversas dessas mulheres demandaram acolhimento por parte de suas equipes de saúde da família, sendo atendidas por um dos profissionais das suas respectivas equipes. Houve quem fosse atendida pelo enfermeiro da equipe, outras pelo médico de família e quem conseguisse agendar consultas em data próxima caso não houvesse espaço na agenda dos profissionais para a recepção.

Concomitante a execução da ação “Ocupa Mulher” e das “Oficinas Voadoras” estava em curso o vínculo cada vez mais fortalecido com a liderança feminina da comunidade sobre a qual me referi acima. O fato de esta mulher ser presidente de uma ONG que luta por maior justiça social e racial em território de favela, que se sustenta pela rede criada e sustentada pelas tecnologias relacionais de base comunitária, fazia com que entendêssemos que naquela interlocução surgiam saberes ancestrais. Saberes que entendo que se situam no lugar das sabenças encantadas, pois, se tratam de saberes que operam o alargamento da experiência de ser no mundo.

Foi um tempo de grande aprendizado sobre a ciência curativa das ervas ancestrais. Chamo de ervas ancestrais por se tratar de ervas usadas secularmente pelos povos negros e indígenas, cuja sabedoria foi transmitida de modo oral entre pares, geração após geração. Tecnologias de cuidado que remetem à saberes antigos de diversos povos africanos e indígenas reunidos em território brasileiro à força através das diásporas produzidas pelos colonizadores que invadiram estas terras.

Eram conversas que traziam para nós, profissionais de saúde, a necessidade do cuidado com territórios subalternizados pela estrutura biomédica hegemônica, através de um outro modo de pensar o corpo. Modo muito próximo ao trazido por Simas (2021), que afirma que no campo das sabenças encantadas há ainda

[...]uma dimensão de corporeidade que escapa da mera ideia de motricidade e percebe os corpos como suportes de manifestações de encantamentos, em transes de expressão do que já no corpo mora e de incorporação daquilo que, fora do corpo, nele eventualmente se aconchega e passeia para arrepiar o mundo (SIMAS, 2021, p. 22- 23).

Em contato com essa outra dimensão de corporeidade que acessamos a partir do encontro com a liderança trazida neste ponto, outro ramo foi criado no rizoma descrito nesta pesquisa. Esta ramificação foi o que propiciou uma ação em saúde que mobilizou a

CF e o CAPS na criação de um dia de atividades que priorizassem nos atendimentos ações voltadas para as práticas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), formando um novo território possível para trânsito na comunidade para o cuidado em saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), se definem como:

[...] recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. As práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). São elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (BRASÍLIA, [s.d.], p. 1).

No dia da ação houve uma organização da parte externa da Clínica, ocupando a área da Academia Carioca, e também a organização de alguns consultórios para exercício de práticas que não podiam acontecer ao ar livre. As especialidades oferecidas foram variadas: havia acupuntura e outros recursos da Medicina Tradicional Chinesa, florais de Bach, Reiki, Shantala e Biodança.

Foi um dia em que houve uma inversão dos saberes valorizados, saindo do modo prescritivo medicamentoso hegemônico para a valorização dos saberes que pensam a constituição do corpo e da existência humana, em si, de modo ampliado em relação ao modelo biológico. Através dessa produção de cuidado pautado no uso de tecnologias leves e leve-duras, também teve como função reaproximar pessoas que estavam afastadas do seu cuidado em saúde dos serviços, sendo uma ação viabilizadora do acesso dos cidadãos do território às unidades de saúde.

Outra ação que produzimos na primeira etapa do Pet-Saúde Interprofissionalidades UFRJ no Complexo do Alemão, quase no final do meu primeiro período de participação no projeto foi o “Chá Dançante”. Este evento foi pensado a partir da troca com as lideranças da Associação de Moradores da Nova Brasília sobre as greves de trabalhadores da saúde que se intensificaram quando o governo do então prefeito do Rio de Janeiro, Marcelo Crivella, paralisou o pagamento dos trabalhadores da saúde vinculados a algumas Organizações Sociais da Saúde (OSs) que realizavam a co-gestão dos serviços da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Nesta troca estávamos tratando sobre a grande precariedade vivida naquele momento nos serviços de saúde, onde o que se fazia ausente não era apenas o salário dos profissionais, mas também os insumos necessários para ofertar o cuidado em saúde de modo adequado aos usuários dos serviços. A contrapartida das lideranças da Associação de Moradores trazia que esse modo de desmontar os serviços de saúde não eram tão percebidos pela população, uma vez atingia principalmente algo intangível para o público, que era principalmente o salário dos profissionais.

Com isso, identificamos que esse modo de precarização favorece a uma polarização entre trabalhadores do serviço e comunidade, uma vez que, a população não apreende o motivo pelo qual os trabalhadores organizam greves, trazendo como consequência imediata a redução da oferta de cuidado em saúde a partir do déficit de presença quantitativa de profissionais de escalados para a cobertura dos dias nas unidades. Indignada com o obstáculo que movimentos grevistas criam para o acesso ao serviço de saúde, a população apresentava tendência a sentir raiva dos trabalhadores.

Em concordância sobre o ponto de que era preciso tratar dessa questão abertamente com a comunidade, planejamos e realizamos o “Chá Dançante” na quadra da Nova Brasília. A intenção era compartilhar um chá da tarde com os moradores da comunidade, imersos no território existencial daquele espaço, para explicar qual era o panorama da saúde pública do Rio de Janeiro naquele momento e as motivações dos movimentos grevistas.

O evento foi realizado também com o objetivo de lembrar a força dos levantes populares em saúde, pelos quais é marcado o projeto de Reforma Sanitária Brasileira. A ideia era um encontro que pudesse produzir um novo ramo no rizoma, através da união entre os trabalhadores de saúde, academia e lideranças comunitárias pela luta de melhorias no SUS.

Na prática o cenário com o qual nos deparamos trouxe muitos elementos que voltaram a nos desterritorializar em nosso saber sobre o campo de trabalho. Lá compareceram diversos outros presidentes de outras Associações de Moradores do Complexo do Alemão, convocadas pelos representantes da Associação de Moradores da Nova Brasília. Inicialmente pensamos que seria um momento de trocas com pessoas mobilizadas pela luta social e que, diante disso, teríamos êxito em nossos objetivos.

Perdemos o chão, desterritorializados pelo surgimento de uma linha de fuga que era formada pela desmobilização em torno de causas comuns entre as lideranças. Não conseguimos estabelecer diálogo, nem parceria. O pouco que pudemos entender é que havia um medo de exposição das lideranças, relacionado ao modo como cada um

estruturou sua própria rede de sustentação. Diante desse medo, fazer parceria conosco, podia significar exposição pessoal com um alguém opaco para nós. Neste ponto, rizomaticamente, acessamos algumas camadas das políticas do território, até então desconhecidas por nós. Entendemos que havia entre nós, representantes dos serviços e academia, muito mais um não saber sobre o território do que algum tipo de saber.

Este entendimento teve a função de nos deixar advertidos a respeito do fato de que por mais que tenhamos a percepção de que pisamos em território firme, através dos nossos saberes garantidos no mundo do trabalho em saúde, trata-se de uma ilusão. Este estado de advertência sentido pelos nossos corpos vibráteis produziu um outro território para aportar.

Um território talvez mais próximo ao que podemos chamar de realidade, cheio de instabilidades dinâmicas, atravessados por linhas de fuga desterritorializantes e eventos reterritorializantes, que exigem de nosso agir em saúde uma presença e corpo gingado dotado de maior plasticidade e pluralidade de elementos. Como diria, Simas (2021. p. 21), um corpo encantado, sendo este aquele que dribla as lógicas de domesticação dos corpos e as lógicas produtivistas do tempo do trabalho.

6.2 ASPECTOS DA ATUALIDADE DO TRABALHO TERRITORIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE BASE TERRITORIAL E COMUNITÁRIA NO COMPLEXO DO ALEMÃO

Este capítulo se propõe a tratar do meu retorno ao campo acerca do qual trata esta pesquisa. Esse retorno se deu no primeiro semestre de 2023, quando visitei o CAPS III, a Clínica da Família e uma das ONGs que participaram ativamente da construção das ações de saúde descritas por mim no subcapítulo: "Mergulho na rede viva rizomática formada pela Clínica da Família, Centro de Atenção Psicossocial III, comunidade e academia". Nestas unidades de saúde fui recebida por diversos profissionais, entre gestores, trabalhadores da ponta da assistência e tutores do projeto atual do PET-Saúde UFRJ e pela liderança comunitária que fundou a ONG que citei anteriormente. A descrição exata sobre os lugares de representação ocupados pelos meus interlocutores em cada um dos espaços por onde passei será ocultada, devido ao pequeno tamanho das unidades de saúde. Tal dimensão do sigilo se apresenta como algo importante porque ao identificá-los com as categorias profissionais a qual pertencem facilitaria a identificação das pessoas que se dispuseram a colaborar com a realização desta investigação.

O primeiro lugar ao qual retornei foi o CAPS III. Isso se justifica pelo laço afetivo que acredito que constitui com o serviço ao longo dos quase 3 anos de trabalho que realizei enquanto enfermeira especialista em saúde mental. Trata-se de um serviço que reconheço hoje em mim, enquanto profissional, como produtor do que hoje são características que marcam a minha atuação em outros campos. Foi o primeiro CAPS III em que trabalhei após anos desejando trabalhar em serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico através de um viés clínico-territorial.

O CAPS III foi o serviço que me possibilitou encontrar com as pessoas do território do Complexo do Alemão, o que viabilizou meu encontro com aspectos ligados à minha própria origem e existência. Como citei no início deste trabalho de pesquisa, toda minha família paterna tem origem no Morro da Mangueira, também localizado na zona norte do Rio de Janeiro e também lugar que se constituiu como primeiro lar em minha vida. Mangueira e Alemão são territórios culturalmente aproximados e adentrar o território do Complexo me possibilitou encontrar com elementos que me constituem também.

No CAPS III construí diálogos através dos quais pude compreender como hoje ocorre o planejamento das ações de saúde do serviço, no que toca quais frentes de trabalho têm sido compreendidas como prioritárias, sobre a integração do trabalho com o atual programa do PET-Saúde UFRJ e acerca da lógica de funcionamento que tem sido colocada para os serviços de saúde mental geridos pela Superintendência de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Após a minha ida ao CAPS III, retornei à Clínica da Família. No compartilhamento com profissionais deste serviço o foco foi uma reflexão sobre o atual modo de funcionamento da CF, as reorganizações feitas na unidade que incidem na organização atual do PET Saúde, quais são as compreensões sobre saúde e clínica dos profissionais tutores que orientam o planejamento da inserção dos alunos de graduação vinculados ao programa PET Saúde, funcionamento integrado PET Saúde UFRJ e CF, lógica assistencial atual da CF e dos demais serviços de atenção básica da SUBPAV da Prefeitura do Rio de Janeiro.

A conversa com representantes da comunidade se deu em visita a uma das ONGs do território que estiveram fortemente vinculadas aos serviços aqui apresentados no momento de planejamento e execução das ações de saúde descritas no capítulo anterior. Lá fui recebida pela fundadora e presidente da ONG, que é uma das militantes pelo acesso aos direitos intersetoriais constitucionalmente garantidos para os moradores do Complexo do Alemão, por uma outra militante ligada aos veículos de informação e comunicação comunitários criados e estabelecidos pelas diversas comunidades que compõem o Complexo do Alemão e por outras representações locais.

No tempo de compartilhamento, foram tratados temas relacionados ao modo como a comunidade tem percebido a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de base territorial e comunitária e de acompanhamento longitudinal do território, como tem sido a reflexão comunitária acerca do atual modo de execução das políticas públicas intersetoriais que atendem o território do Complexo do Alemão, sobre a percepção da relação das organizações sociais territoriais com a UFRJ e sobre a atual situação de aumento significativo da presença do tráfico de drogas na região, conflitos com a Polícia Militar e incidência e efeitos desta conjuntura sobre a saúde dos moradores do Alemão.

Cabe ainda informar que há seções em que levanto questões porque para o modo como se apresenta a pesquisa para mim, abrir perguntas significa mostrar com a produção deste trabalho acadêmico que a minha intenção é tentar abrir uma fresta onde haja espaço para a criação de um espaço dialógico por parte da sociedade civil com as instituições sobre as causas de tamanhas dificuldades causadoras de queda na qualidade assistencial dos serviços públicos que têm atravessado as unidades de saúde pública do município do Rio de Janeiro nos últimos tempos.

Aqui a fé está em acreditar que através da sustentação das discussões, ainda que possam se constituir em campo de duro enfrentamento, se materializa como uma das poucas vias possíveis para o redirecionamento das ações do Sistema Único de Saúde. Na prova de que o tempo é espiralar, o que apresento aqui nada mais é do que o retorno a ideais levantadas ao longo da ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1988 em Brasília pré-Assembleia Nacional Constituinte no contexto de finalização da Ditadura Militar Brasileira. Nesta conferência, se preconizava que o SUS deveria ser um sistema público universal de saúde feito para ter nas suas bases de funcionamento a participação popular e democrática que garantisse que o sistema estivesse sempre incluído nas pautas públicas discutidas pela sociedade brasileira.

Por fim, para alimentar a reflexão sobre o tempo espiralar, trago a definição conceitual elaborada por Leda Maria Martins:

A ancestralidade é clivada por um tempo curvo, recorrente, anelado; um tempo espiralar, que retorna, restabelece e também transforma, e que em tudo incide. Um tempo ontologicamente experimentado como movimentos contíguos e simultâneos de retroação, prospecção e reversibilidades, dilatação, expansão e contenção, contração e descontração, sincronia de instâncias compostas de presente, passado e futuro (MARTINS, 2023, p.63).

6.2.1 Retorno ao Centro de Atenção Psicossocial

Quando retornei ao campo de pesquisa, optei por começar minha reinserção pelo CAPS III. De acordo com Lancetti (2016, p. 47), sobre a implantação de CAPS III em território nacional em seus primórdios "o Ministério da Saúde deveria ter começado pelos Caps 3, ou seja, pelos destinados a substituir os hospícios, que funcionam 24 horas por dia, com possibilidade de agir na complexidade do território e oferecer camas de hospitalidade diurna e noturna".

Tal escolha de início de percurso se deu devido ao fato de eu ser ex-funcionária da unidade e ter sido a partir desse lugar que pude atuar como preceptora do PET Saúde Interprofissionalidade da UFRJ. Foi meu ponto de partida para a vivência de todas as processualidades tratadas nesta dissertação. Ao chegar ao CAPS III, uma sensação curiosa compareceu para mim. A percepção de como o campo da afetividade está presente no trabalho realizado nos serviços de atenção psicossocial do SUS. De acordo com Merhy e Franco (2013, p. 113), o núcleo tecnológico do processo de trabalho em saúde deve operar modos de trabalho mais relacionais, capazes de disparar processos de subjetivações, que afetam outros ao mesmo tempo que constroem a si mesmos como sujeitos dos processos.

Durante meu tempo de permanência fui acolhida por ex-colegas de trabalho, que de modo muito afetuoso me contaram em nossas conversas como está, neste momento, a estruturação clínica assistencial daquele serviço e da Área de Planejamento 3.1, onde os equipamentos de saúde tratados aqui estão localizados. Trouxeram elementos, registrados por mim em meu diário de campo, que compreendiam estar ligados com a angústia que sentem enquanto profissionais da ponta do sistema de saúde, diante do desmonte cada vez maior e mais acelerado dos serviços, referindo grande cansaço e precariedade das condições de trabalho.

Sobre o serviço especificamente, trouxeram situações das suas vivências cotidianas que os faziam sentir certo saudosismo de tempos passados da gestão municipal dos serviços públicos de saúde mental. Falaram sobre os efeitos do desmonte dos equipamentos públicos em suas vidas e saúde causadas pelas constantes trocas de Organizações Sociais de Saúde (OS); sobre a descontinuidade da assistência aos usuários do CAPS III causada pela recorrente troca de profissionais, com conseqüente reconhecimento na queda da qualidade da assistência em saúde oferecida pela unidade aos usuários acompanhados; centramento da assistência do cuidado na modalidade ambulatorial e em acolhimento noturno com prejuízos na execução do trabalho territorial; e sensação de sobrecarga sentida devido às cobranças de faturamentos para realização de *Accountability* pelo serviço realizadas pela gestão central e organização

social co-gestora, através da imposição de uma lógica neoliberal e produtivista para a atenção psicossocial; descontinuidade do vínculo do CAPS III com o PET Saúde da UFRJ.

Em uma investigação sobre os elementos identificados e listados acima, apresento uma breve discussão sobre cada um deles a seguir:

2.1.a) Efeitos sentidos pelos trabalhadores de saúde como consequência da constante troca de Organizações Sociais de Saúde (OS) na co-gestão do CAPS III

Há alguns anos os serviços de atenção psicossocial da cidade do Rio de Janeiro são geridos em co-gestão com empresas do terceiro setor¹⁴ que possuem pessoa jurídica de Organizações Sociais (OS)¹⁵, criando na saúde pública uma discussão sobre as metodologias de produtividade neoliberais aplicadas ao trabalho em saúde nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo dos anos, esse modelo de co-gestão e a má administração de recursos públicos específicos desse setor, por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, foram responsáveis pela pungente precarização dos serviços de saúde do SUS, tendo afetado de modo significativo os equipamentos das Rede de Atenção Primária em Saúde (APS) e Rede de Atenção Psicossocial da cidade.

¹⁴ Terceiro setor: O terceiro setor é composto de "organizações privadas que realizam atividades voltadas para reduzir o sofrimento humano, promover o interesse dos pobres, proteger o meio ambiente, prover serviços sociais básicos e desenvolver comunidades" (BANCO MUNDIAL, 1997).

¹⁵ Organização Social (OS): "é um tipo de associação privada, com personalidade jurídica, sem fins lucrativos, que recebe subsídios do Estado para prestar serviços de relevante interesse público, como, por exemplo, a saúde pública." (RIO DE JANEIRO, [s.a.], p. 1).

O desmonte das redes citadas, no campo macropolítico, apresentou efeitos de graves consequências para a população da cidade, como o aumento na desassistência e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sentidos pela população em seu cotidiano. De acordo com matéria do Jornal O Globo, durante o ano de 2017, houve um grande impacto na oferta de serviços de saúde municipais:

O primeiro ano de Marcelo Crivella [...] foi diferente daquele anunciado em 1º de janeiro, no dia da posse. Não teve um volume maior de investimentos em saúde, mas, sim, cortes no setor. [...] Fontes da própria administração municipal citam decisões equivocadas que causaram prejuízos à prefeitura ou à qualidade dos serviços públicos (O GLOBO, 2017, p. 1-3).

Isso, dentro de um cenário político onde as notícias sobre o que vinha afetando o funcionamento das unidades de saúde não eram colocadas com transparência para a população, fazendo com que existisse um distanciamento entre a população e os trabalhadores de saúde. Não compreendendo amplamente os motivos que justificavam a redução do

funcionamento dos serviços de saúde, como efeito das greves articuladas e sustentadas pelos trabalhadores, houve terreno para que a população manifestasse certa animosidade com o setor público de saúde.

Sobre o modo de tomada de decisões e gestos dos governantes, pensados a partir do viés da decolonialidade, Krenak (2020, p. 67) chama tais ações de continuação do colonialismo conforme se exemplifica na seguinte frase: "Esse colonialismo está impregnado na cabeça do vereador, do prefeito, do governador, de tudo quanto é gente que tem o status de apertar algum botão, de abrir um portão. Esses caras continuam a serviço da invasão".

No nível micropolítico, dentro dos serviços de saúde e dos respectivos níveis gestores, o desmonte trazia e ainda traz grande instabilidade no funcionamento dos serviços que atualizam as consequências tratadas acima, mas também grande instabilidade para as vidas da maioria dos trabalhadores de saúde dos serviços. Nos serviços públicos de saúde a maior parte dos trabalhadores é formada por pessoas que dependem do recebimento do salário de cada mês para arcar com os custos básicos de suas vidas. As condições de trabalho, cada vez mais insalubres, incluiu por muito tempo as seguintes situações para efetuação dos pagamentos: ou metade do pagamento do valor da remuneração contratualizada com o trabalhador ou pagamento faseado no decorrer do mês do salário ou ausência de pagamento dos salários dos trabalhadores por meses seguidos.

Para além disso, as instalações dos serviços foram se tornando cada vez mais precárias pela falta de manutenção da estrutura física onde estão localizados os serviços de saúde. O CAPS III funciona dentro de um edifício de container inaugurado em 2010, com expectativa de vida prevista naquele momento para 10 anos. Esse seria o tempo previsto como suficiente pela gestão pública da época da implantação do serviço para que a Prefeitura do Rio de Janeiro executasse a transferência dos serviços de saúde dos containers, devido ao seu caráter de construção provisória, para construções de alvenaria que viriam a garantir a solidez das unidades de saúde no território do Complexo do Alemão.

A referida mudança de estrutura física até hoje não se deu, fazendo com que os trabalhadores que desenvolvem suas atividades no CAPS III hoje, trabalhem ainda no edifício de container sem previsão de quando a promessa de mudança se efetivará apesar dos 13 anos de existência do edifício. O que pude compreender com os profissionais com quem compartilhei o tempo em que estava imersa no campo de pesquisa, sobre este ponto, é que esse assunto não é sequer pauta de notícias por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo foi informado no ato da coleta de dados desta pesquisa é que recentemente houve reformas na estrutura do prédio, em um movimento de renovação de parte da Prefeitura após a mudança de gestão de Marcello Crivella para Eduardo Paes, no ano de 2017. Tal iniciativa,

anunciada como positiva pela gestão municipal inclusive em redes sociais, como por exemplo a plataforma *Instagram*, na verdade coloca essa questão em uma posição de apagamento perante a sociedade civil.

Com a continuidade da precarização em dias atuais, que têm sido realizadas através das recentes e frequentes trocas de empresas co-gestoras do CAPS III e efeitos que ainda ressoam do contexto histórico brevemente mencionado acima, os trabalhadores em seus relatos atribuem quadros de adoecimento físico e psíquico que vivenciaram nos últimos tempos à instabilidade no vínculo empregatício. Diversos profissionais nos últimos anos não têm conseguido tirar período de férias, uma vez que nas trocas de contrato trabalhista não há consideração pelo tempo trabalhado pelo profissional na empresa anterior na contagem de seu tempo trabalhado para que férias sejam possíveis.

Além disso, referiram também frequentes mudanças nas escalas de trabalho, pois também não há consenso no modo como cada empresa distribui os tempos de trabalho das diferentes categorias profissionais. Tal contexto tem sido responsável, segundo os entrevistados trouxeram em seus relatos, pelo intenso cansaço sentido pelos profissionais do serviço. Outro ponto que surgiu nas falas dos participantes dessa pesquisa tem a ocorrência de uma sobrecarga de trabalho sentida devido ao dimensionamento da equipe apresentar um número de profissionais menor do que seria o adequado para o desenvolvimento de todas as ações realizadas pelo CAPS III. Pelo que pude perceber a sensação dos trabalhadores é que realizam uma quantidade de funções acima do que seria adequado para uma pessoa realizar.

O adoecimento dos trabalhadores de saúde, apesar de se constituir em uma realidade vivida, pouco recebe atenção por parte das organizações gestoras que administram o serviço de saúde. Sobre esse aspecto, trago uma fala de uma profissional se referindo às precarizações da rede pública municipal, que registrei em meu diário de campo:

Eles não querem saber, tudo está pior. A gente adoce pela falta de segurança e sobrecarga no trabalho. Eu, por exemplo, passei a tomar ansiolítico para conseguir me sentir melhor e seguir em frente. Fazer o que? É o jeito de continuar porque não posso parar de trabalhar. (Profissional A, maio/2023).

Diante disso, algumas perguntas podem ser suscitadas, tais como: Como sustentar que a qualidade da assistência em saúde se mantenha em níveis adequados diante da responsabilidade sanitária dos serviços se os profissionais de saúde estão adoecidos devido à sobreposição de precariedades da máquina pública incidindo violentamente em suas vidas? Trata-se da gestão de equipamentos públicos enquanto estruturas duras e desvitalizadas ou gestão de vidas? O que efetivamente está em jogo aqui?

E, como último ponto, trago que pensar sobre os pontos trazidos aqui é pensar sobre as determinações da máquina pública processual e burocrática e seus efeitos na sociedade. Determinações que acontecem justificadas por argumentos que trazem à superfície sua orientação racionalista-capitalista e que para uma sociedade ocidental ou ocidentalizada parecem produzir sentido, mas que em sua outra face não leva em consideração as diversas nuances que a vida apresenta, em sua complexidade e sensibilidade, no momento de tomadas de decisão por parte dos representantes da macroestrutura.

Para uma última reflexão sobre a estrutura capitalista, trago as palavras do líder indígena Ailton Krenak em crítica ao sistema político e econômico onde estamos inseridos: "Isso que as ciências política e econômica chamam de capitalismo teve metástase, ocupou o planeta inteiro e se infiltrou na vida de maneira incontrolável." (KRENAK, 2020, p. 44).

2.1.b) Descontinuidade da assistência aos usuários do CAPS III causada pela constante troca de profissionais e trocas de prontuários eletrônicos

Outro elemento que contribui para dar notícias sobre o cenário de precarização deste momento na unidade de saúde tratada aqui é a recorrente troca de profissionais de diversas categorias profissionais no quadro de recursos humanos. Segundo a impressão que tive através da relação com os profissionais com quem compartilhei tempo ao longo de meu retorno ao campo, esse fato é uma consequência direta da constante troca de empresas co-gestoras ocorrida nos últimos 4 anos.

A troca de profissionais é causadora de graves fraturas no acompanhamento dos usuários do CAPS, o que significa que esta fratura ocorre no lugar mais sensível e primordial do campo de trabalho na atenção psicossocial, enquanto modelo de atenção à saúde que pensa o cuidado de modo longitudinal, territorial e de base comunitária, tem como elemento primordial a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹⁶ dos usuários atendidos pela unidade de saúde.

O momento de saída de profissionais, quando não ocorre de modo tranquilo, tal como tem ocorrido nos últimos tempos, em que os funcionários dos serviços são atropelados pelas determinações de mudanças no modo de gerir o sistema de saúde, tem deixado os processos de trabalho interrompidos. Um profissional que sai do serviço adoecido não tem muitas vezes condições ligadas à sua saúde psíquica de finalizar seus processos de trabalho na compreensão de que se retirar de um serviço de saúde é também um momento de trabalho. São saídas traumáticas, de onde o sujeito deseja apenas sair na tentativa de restabelecer algo em si que foi atingido de um modo difícil em sua subjetividade. Foram recorrentes, no campo, os

profissionais apontando as dificuldades de retomar os processos de trabalho interrompidos pelas saídas dos colegas de trabalho, tal como mostra a fala da Profissional B quando me viu no saguão do serviço novamente, trazida abaixo:

Você era referência da L. né? Me falaram aqui. Está muito difícil realizar o acompanhamento dela e sempre me dizem que quando você era técnica de referência dela o caso apresentava mais contornos. Acontece que teve uma grande rotatividade de profissionais que a acompanharam nos últimos tempos e agora esta responsabilidade é minha. Acontece que as pessoas saem do trabalho tão adoecidas que não fazem uma transmissão boa, ainda mais de uma usuária acompanhada a tanto tempo por este CAPS. Nem no prontuário consigo muitas informações por causa da troca de prontuários eletrônicos e perdas de informações. Tudo se perde. Será que você poderia me passar seu contato para a gente conversar sobre o caso? Me ajuda a montar uma história de acompanhamento clínico dela? (Profissional B, maio/2023).

Apesar dos esforços empregados por cada um, as lacunas de informações acumuladas ao longo do tempo de precarizações sofridas pelo CAPS fazem com que os casos acompanhados tenham dificuldades em apresentar mudanças em seus cursos de vida e persistam vivenciando uma espiral de sofrimentos agudos em suas existências. Para as equipes surge como recolhimentos dos processos de trabalho empenhados nas ações clínicas o reconhecimento dos poucos deslocamentos que tem conseguido ser construídos em cada caso acompanhado pela unidade de saúde.

¹⁶ Projeto Terapêutico Singular (PTS): "é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. [...] Os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais [...]. E ainda que o centro de um projeto terapêutico singular seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém – em especial na saúde mental – exige um foco abrangente que inclui o seu entorno familiar e territorial" (BRASIL, 2011, p. 21).

Ainda sobre as lacunas de informações acumuladas, outro elemento que em muito contribui para o cenário de práticas clínicas interrompidas foi a troca de prontuários eletrônicos que saiu da plataforma *Prime* para o Prontuário Carioca da Saúde Mental do Programa Saúde Pública Carioca da SMS Rio. Trocas de prontuário que trouxeram muitas dificuldades para a equipe no contexto do trabalho cotidiano, fazendo com que houvesse a percepção por parte dos participantes desta pesquisa de uma acentuação na queda de registros realizados por profissionais nos prontuários.

Isso foi causado devido ao tempo em que realmente não havia sistema de prontuários eletrônicos funcionando na unidade, tempo necessário para que todos os profissionais da equipe de saúde aprendessem lidar com as novas ferramentas de trabalho ligadas ao campo das tecnologias digitais ou leve-duras. Segundo Merhy e Franco (2013, p. 116), as tecnologias leve-duras são aquelas que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado.

Outro problema relacionado à questão do prontuário eletrônico é a perda de informações do banco de dados da plataforma antiga, o que impossibilitou a portabilidade de

informações diversas sobre os casos acompanhados pelo serviço em tempos anteriores. A perda de informações de bancos de dados públicos e a dificuldade do trabalho arquivístico é uma questão para o Estado Brasileiro em todos os setores, inclusive o setor saúde.

Mas o certo é que a maioria dos Caps não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência. Nesse caso, não cabe aos terapeutas procurar novas estratégias clínicas: os pacientes é que devem adaptar suas demandas às ofertas dos serviços. Tal linha de ação foi criando uma corrente tecnocrática e burocrática: os Caps envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centralizar-se no psiquiatra. [...] Um Caps burocrático é um Caps que cheira mal (LANCETTI, 2016, p. 47).

Diante de tal cenário, concluo esta seção com uma questão: o que é possível caber a uma gestão técnica no campo da saúde pública - macro e micropoliticamente - em tempos de desmontes que tocam no que é mais fino e delicado nos serviços?

2.1.c) Na contramão da clínica ampliada em saúde mental: centramento do cuidado na modalidade ambulatorial e em acolhimento noturno com prejuízos na execução do trabalho territorial

¹⁷ Técnico de referência: "aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto" (BRASIL, 2004, p. 27).

No decorrer da pesquisa, um dado delicado surgiu como um dos graves efeitos de precarização histórica do serviço de atenção psicossocial que foi campo desta pesquisa. Trata-se da reorientação de práticas de saúde para o sentido oposto ao que é preconizado legalmente para este tipo de equipamento de saúde, um movimento de desterritorialização a partir do empuxo sofrido pela unidade para a adequação dos processos de trabalho orientados ao produtivismo neoliberal na saúde. Os CAPS e serviços que, a partir das estratégias para a reforma psiquiátrica no Brasil, prometem discursivamente criticar o modelo manicomial hegemônico (MERHY, 2013, p. 214).

Deste modo os CAPS se constituíram como lugar de construção de práticas alternativas e substitutivas em relação às práticas hegemônicas em saúde. Uma unidade de saúde deste tipo que funcione pautada em modelos fechados ou receitas prontas, elimina a multiplicidade que deveria ser intrínseca ao seu modo de funcionamento e desperdiça a possibilidade de construir um fazer coletivo solidário e experimental (MERHY, 2013, p. 214-215). Como tal, suas práticas devem ser orientadas ao cuidado das pessoas em sofrimento

psíquico de modo capilarizado pelo território, através da inclusão no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de atividades como visitas domiciliares realizadas pela equipe multiprofissional e atendimento peripatéticos de usuários dentro do território.

Esta situação traz fragilidade ao serviço de saúde, uma vez que o território é o lugar privilegiado para o fomento de práticas em saúde voltadas para ações de promoção em saúde mental e acompanhamentos psicossociais aproximados dos usuários cadastrados na unidade evitando o agravamento dos casos, o atendimento aos usuários que apresentam dificuldades de chegar no CAPS e impede o reconhecimento territorial de outras pessoas que se beneficiariam das práticas desenvolvidas pelo serviço.

De acordo com Merhy (2013, p. 215), os CAPS deveriam ser espaços que se propõem a produzirem novas vidas desejantes, novos sentidos para a inclusividade social, através da formação de um campo de cooperação, reflexão, autoanálise e reflexão de práticas. Isso em contraponto às práticas excludentes e interditoras de desejos. É próprio do campo de trabalho da saúde mental se orientar para a desinterdição dos desejos ao mesmo tempo em que deve gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para viver o âmbito social. Com isso, se apresenta como um campo de alta complexidade técnica e reflexiva, múltiplo, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial (MERHY, 2013, p. 216).

A promoção em saúde mental é uma frente de trabalho que apenas pode ser realizada por um serviço que pense o trabalho territorial de modo capilarizado no território e tenha como objetivo evitar que surjam novos casos de adoecimento psíquico na sociedade. A promoção à saúde tem como definição conceitual:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. [...] A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. (OTTAWA, 1986, p.1).

De acordo com os registros feitos em meu diário de campo, o que tem sido desenvolvido no cotidiano do CAPS são o desenvolvimento de práticas voltadas ao atendimento ambulatorial multiprofissional dos usuários, em esquema de agendamento, atendimentos oriundos de demanda espontânea nos turnos de acolhimento inicial, acolhimento noturno de usuários em crise psíquica, desenvolvimento de grupos terapêuticos, oficina de realização de atividades ligadas ao campo da arte através do uso de diferentes linguagens, dispensa e aplicações de medicações psicotrópicas e deslocamentos em formato de passeio para diferentes espaços da cidade com grupos de usuários.

Tratam-se de atividades que acontecem majoritariamente entre as paredes do serviço de saúde, efetivando uma inversão da lógica assistencial preconizada para os serviços de base territorial e comunitária por parte do Ministério da Saúde. Além disso, é possível perceber certo alinhamento com as lógicas capitalistas neoliberais vigentes neste momento nos modos de co-gestão de serviços de saúde, guiados pelo modo de funcionamento neoliberal, no município do Rio de Janeiro. Isso aponta para o fato de que o modo como o serviço de saúde tem funcionado se relaciona com forças macropolíticas, suas determinações e efeitos destas no campo da micropolítica efetuada no espaço.

Sobre o modo de operar vinculado à lógica racionalista-capitalista em saúde se faz importante trazer o seguinte fragmento:

O setor sente a pressão dos altos custos de financiamento dos serviços de saúde e busca intervir sobre o problema a partir de uma lógica administrativa. [...] "é um sistema que utiliza incentivos financeiros e controle da gestão, para dirigir os usuários aos provedores responsáveis por proporcionar a atenção. É importante destacar a permanência de um elemento central: a imposição da racionalidade econômica através do controle administrativo da prática clínica. Esta racionalidade está orientada pela lógica da eficiência (que privilegia a relação custo-benefício econômico) e da composição do mercado. Implica uma profunda transformação da prática clínica, já que se produz uma radical subordinação dos profissionais de saúde às decisões administrativo-financeiras (MERHY, 2013, p. 121 *apud* IRIART, 1999, p. 36).

A gravidade destas consequências aponta para outro lugar extremamente problemático para o campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Se o serviço de base territorial está realizando suas práticas majoritariamente dentro da estrutura física do serviço, extrapolando ou mergulhando pouco no território onde está alocado, qual é o agente que está zelando pela realização de práticas de cuidado que garantam a liberdade dos sujeitos? O cuidado em liberdade, ou seja, o cuidado dos usuários do SUS no laço social foi, e, é a luta principal do movimento reformista em prol da finalização da realização de práticas disciplinares punitivistas e encarceradoras historicamente realizadas intra-muros pelos hospitais psiquiátricos.

De acordo com Lancetti (2016, p. 51), a Reforma Psiquiátrica não se reduz ao levantamento de bandeiras ideológicas, fazendo com que suas prerrogativas levem para o campo da clínica em saúde mental uma exacerbação de complexidade. A prática dos CAPS deve ocorrer ao mesmo tempo dentro e fora das unidades de saúde, no território geográfico e no território existencial, no domicílio, no serviço e em outros espaços onde se faça necessário o cuidado clínico em saúde mental. O autor afirma que os hospitais psiquiátricos e seu modo de construção e efetivação de práticas clínicas nos mostrou a importância do dentro e do fora dos serviços e o uso das bordas da unidade de saúde como espaço privilegiado de produção de subjetividade cidadã. Seriam os CAPS serviços de saúde com um pé no território e outro no serviço de saúde mental, sendo ancorado tanto em si mesmo quanto na “unidade de saúde e no bairro, para que o trabalhador de saúde mental navegue pelos espaços-tempos da produção da doença e da saúde mental” (LANCETTI, 2016, p. 52).

Ainda de acordo com o autor trazido acima, as práticas de saúde mental operadas nos territórios são uma práxis complexa, atuando de maneira oposta ao funcionamento manicomial. O que Lancetti afirma é que “o percurso clínico pelo território existencial com pessoas que pretendemos ajudar imprime uma intensidade e uma vertigem à experiência que funciona como um antídoto ao corporativismo e à estreiteza dos profissionais” (LANCETTI, 2016, p. 52).

A inversão de lógica assistencial realizada pelo serviço pesquisado e por outros equipamentos de saúde mental da cidade coloca em risco pilares fundamentais da Reforma Sanitária ao acolher como modelo de co-gestão do serviço público a adoção de práticas neoliberais contemporâneas. Práticas que produzem uma cortina de fumaça com a aparente maior capacidade analítica cartesiana sobre o funcionamento de serviços, justificado com o argumento de que a partir da análise dos dados produzidos é possível reorientar as ações de saúde para os lugares apontados pelos indicadores como mais frágeis e conseqüentemente melhorar a qualidade da assistência em saúde ofertada pelo CAPS.

O que acontece é que os indicadores não dão conta de apreender todas complexidades que envolvem a construção do pensamento clínico possível de ser construído no CAPS a partir de seu devir extrapolador de muros. Os efeitos de precarização que vão na contramão do amplo debate público realizado ao longo dos anos 70, 80 e início dos anos 90, no que se refere ao cuidado digno e em liberdade no campo da saúde mental para as pessoas que apresentam transtornos psíquicos graves e persistentes. Ao caminhar nesta contramão, se alinha com aquilo que deveria ser rechaçado: a estreita aproximação com o "cuidado" manicomial, asilar.

2.1.d) Sobrecarga de trabalho sentida pelos trabalhadores devido às cobranças de faturamentos para realização de *Accountability* pelo serviço, realizadas pela gestão municipal e organização social co-gestora

Como efeito principal de todas as questões que se mostraram atravessando o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde do serviço tratado neste ponto da pesquisa, está a sensação de extremo cansaço causado pela sobrecarga de trabalho que lhes são exigidas pela gestão municipal. Para pensar acerca da sobrecarga, acredito ser útil, realizar uma reflexão sobre como se estrutura organizacionalmente a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Rio de Janeiro.

O modelo de organização hierárquica do trabalho, segundo pude observar em campo, se dá de modo vertical, desde o modo como se organiza no nível do organograma municipal até o modo de tomadas de decisões. O diálogo com os trabalhadores da ponta da assistência nos serviços é extremamente frágil e, geralmente, quando acontece é permeado por um tensionamento entre as partes. A aproximação dos gestores que representam o nível municipal muitas vezes se dá quando ocorre algum evento considerado problemático e a presença destes é muitas vezes pensada enquanto intervenção punitivista e poucas vezes como um ponto para reterritorializar aquilo que se desterritorializou a partir de um evento que aqui pode ser compreendido como uma linha de fuga.

Para ilustrar o elemento trazido acima, trago uma fala registrada em meu diário de campo dita por uma das profissionais com quem tive interlocuções em meu retorno ao campo:

A superintendência só aparece aqui quando há um problema. Nunca para ajudar a pensar, apenas para apontar os erros (Profissional B, maio/2023)

Tal modelo de organização dos fluxos de trabalho traz características aproximadas ao modelo racionalista produtor de instituições clássicas, o que surge como ponto de fragilidade para que a rede de atenção psicossocial possa vir a sustentar a existência de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico como pontos de cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Não apenas realizar uma mudança das nomeações dos serviços, mantendo um funcionamento muito aproximado ou até mesmo similar aos serviços manicomiais. Trata-se aqui de ter colocado que o campo da Reforma Psiquiátrica não é um campo de trabalho onde as coisas estão "dadas", bastando seguir um certo protocolo.

Segundo pensadores das reformas sanitária e psiquiátricas brasileiras um aspecto primordial para pensar acerca da organização tecnológica do trabalho em saúde:

[...] lidar com com trabalho e tecnologias em saúde, significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, implica ter que considerar nas análises os

modos como o trabalhador e o usuário se constituem como sujeito moral e político. A micropolítica tem esse forte componente, ou seja, é o território de entendimento do que significam os processos de subjetivações e os encontros dos sujeitos, agindo um sobre o outro. E, sem compreender isso e levar isso em consideração, não há como compreender a constitutividade dos modelos produtivos, em saúde. (MERHY & FRANCO, 2013, p. 124).

A questão que se impõe é a realização de um caminho de reflexões que se ocupe de olhar em que lugares teóricos e técnicos apoiam a estruturação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e as práticas clínicas realizadas pelos equipamentos de saúde. Penso que esse caminho crítico-reflexivo poderá nos levar para espaços cada vez mais aproximados do núcleo das problemáticas, como por exemplo, a compreensão de que um ponto que escapa e aparece como estranho na produção de sentidos e atos clínicos dos serviços é que, apesar do discurso macropolítico através do qual o serviço é anunciado, o efeito que se recolhe no campo micropolítico é o funcionamento que se espelha no extremo oposto do preconizado pelas políticas públicas de saúde atuais: o hospital psiquiátrico.

Discurso alinhado com os princípios dos movimentos democráticos reformistas em saúde, porém com funcionamento institucional hierárquico, verticalizado e burocrático tal como as instituições clássicas racionalistas ocidentais. Um dos elementos concretos percebidos no campo como contribuinte para o sentimento de sobrecarga de trabalho e aumento da exaustão física dos trabalhadores de saúde foi o aumento da burocratização dos processos de trabalho, atrelado ao desempenho de atividades cujo nível de desempenho depende também da aquisição de conhecimentos de diversos níveis de tecnologias duras e leve duras.

A informatização dos processos de trabalho desenvolvidos no campo da atenção psicossocial carioca há alguns anos, traz como trabalho a ser executado pela equipe o preenchimento de prontuários eletrônicos e o acesso à *internet* para utilizar ferramentas *online* de localização de serviços territoriais da rede com os quais se faz necessário construir uma radícula de comunicação com outros pontos de cuidado.

Tal acontecimento complexificou como cada profissional é exigido a dimensionar seus tempos de trabalho, de modo a tentar atender as expectativas de produtividade no atendimentos aos usuários dos serviços, no preenchimentos de uma série de perguntas estruturadas em forma de questionário nos prontuários eletrônicos e produzir textualmente as compreensões e elaborações clínicas que teceu no atendimento ao usuário, tempos para a realização da troca com outros profissionais com quem se compartilha a responsabilidade pelo acompanhamento dos casos e o preenchimento manual de planilhas.

Planilhas criadas com a pretensão de ser um documento que consiga alcançar as potencialidades e fragilidades de serviço através da contabilização do faturamento mensal e anual da unidade de práticas clínicas. Nos instrumentos tais práticas são condensadas em nomeações pobres para executar a função de capturar o que é mais precioso na produção de um serviço de atenção psicossocial, que é da ordem do campo relacional e ligado ao campo das tecnologias leves em saúde.

No trabalho em saúde, o que deve ser pensado como nuclear "são as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, que em ato conformam uma certa dimensão do agir tecnológico no modo de agir, no manejo para a produção do cuidado" (MERHY & FRANCO, 2013, p. 125). O chamado "trabalho vivo em ato" é o movimento deste manejo e pensar sobre as relações como parte constitutiva dos processos de trabalho traz a dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o trabalhador. Para a construção deste trabalho investigativo, o trabalhador é compreendido como "sujeito cognoscente, dotado de capacidade própria a partir do conhecimento e com o qual se constitui a atividade produtiva" (MERHY & FRANCO, 2013, p. 125).

A burocratização dos processos de trabalho em saúde, cria um polo de cuidado burocrático pouco cuidadoso e ineficaz, retira tempo e energia que poderia se voltar para a realização de uma assistência em saúde realmente qualificada, uma vez que a demanda por atendimento por parte da população para o serviço é alta (MERHY & FRANCO, 2013, p. 125). Penso que desburocratizar o funcionamento dos serviços públicos de atenção psicossocial, através da busca por um modelo de gestão em saúde diferente da opção neoliberal dos dias atuais, poderia ser uma forma de abertura de fresta no espaço para o traçamento de um caminho rizomático que vire os olhos na direção de Sankofa¹⁸. Ir nesta direção pode vir a ser a possibilidade de reativar elementos pensados pelos integrantes dos movimentos reformistas em saúde tratados neste trabalho e os atualizar no tempo presente, alimentando-os com as complexidades e questões que se apresentam nesta discussão nos dias atuais.

Desburocratizar para regenerar e revitalizar o rizoma formado pelas redes de atenção à saúde em sua integralidade. Isto, a partir do alinhamento radical com a humanidade das pessoas que sustentam o funcionamento do serviço no território, em ato, desde os usuários aos trabalhadores, preferencialmente adotando uma postura disruptiva à norma, de contra colonialidade, no reconhecimento e organização de suas processualidades cotidianas.

Por fim, sobre contra colonialidade, deixo inscrito aqui o pensamento de Antônio Bispo dos Santos, no texto "arquitetura e contracolonialismo":

O contracolonialismo é simples: é você querer me colonizar e eu não aceitar que você me colonize, é eu me defender. O contracolonialismo é um modo de vida diferente do colonialismo. O contracolonialismo praticado pelos africanos vem desde a África. É um modo de vida que ninguém tinha nomeado. Podemos falar do modo de vida indígena, do modo de vida quilombola, do modo de vida banto, do modo de vida iorubá. Seria simples dizer assim. Mas se dissermos assim, não enfraquecemos o colonialismo. Trouxemos a palavra contracolonialismo para enfraquecer o colonialismo. Já que o referencial de um extremo é o outro, tomamos o próprio colonialismo. Criamos um antídoto: estamos tirando o veneno do colonialismo para transformá-lo em antídoto contra ele próprio (SANTOS, 2023, p. 58-59).

2.1.e) Descontinuidade do vínculo do CAPS III com o PET Saúde da UFRJ

Atualmente, diferente dos anos 2019/2020, não há mais parceria do CAPS com o PET Saúde Interprofissionalidade da UFRJ. Segundo compreendi, minha participação enquanto eu ainda era trabalhadora do CAPS foi o único momento em que ocorreu e se sustentou a parceria institucional. Naquele momento, os modos de gestão da saúde na esfera macropolítica eram menos burocratizados e informatizados do que nos dias atuais, funcionando ainda de um modo em que a sobrecarga em cima dos trabalhadores parecia em

¹⁸ Sankofa: "Símbolo da sabedoria de aprender com o passado para construir o futuro." (NASCIMENTO & GÁ, 2022, p. 5).

algum lugar menos pesada do que no momento de retorno ao campo desta pesquisa. Acredito que por ter vivido o trabalho de preceptoria que se constitui como tema deste trabalho em um momento em que as exigências burocráticas eram menos intensas, foi algo que possibilitou a amplitude das ações de saúde organizadas naquele momento.

Com a continuação da precarização dos serviços públicos de saúde municipais ao longo dos últimos anos e aumento de exigências referentes ao exercício das funções atribuídas aos profissionais que atuam no CAPS, surgiu como recolhimento nesta pesquisa a fala de profissionais que apontaram sentirem como extremamente difícil a realização de qualquer convocação para além das convocações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde/Superintendência de Saúde Mental.

Percebi que diante desse contexto adverso vivenciado pelos profissionais de todos os níveis e profissões que atuam no serviço, novas propostas são sentidas como algo que produz uma sensação de incômodo. Tal sentimento é verbalizado pela equipe que o vincula ao ponto mais delicado do serviço de saúde, que segundo compreendi é a ausência de estruturação de um modo de operacionalização de ações que viabilizem a realização do que é o mandato institucional do serviço e a tessitura de parcerias com instituições de ensino e pesquisa.

Por outro lado, surge também a questão relacionada ao modo como as instituições de ensino e pesquisa se apresentam e transmitem seus planejamentos, objetivos e o modo como compreendem que pode se dar a articulação interinstitucional. O que para mim, em meu lugar de pesquisadora, surge como a impressão de que seria preciso tratar no campo relacional o tema das opacidades. Opacidade que se apresenta no encontro entre as diferenças de intencionalidades e consequentes modos de estruturação, compreensões de mundo, organização, objetivos e temporalidades entre as diferentes instituições.

O debruçamento sobre o desejo de enxergar as opacidades que inviabilizam o tecimento de compreensões mútuas entre as instituições e o retorno de parceria, pode vir a contribuir para que as instituições consigam se enxergar mutuamente como parceiros que podem vir a convergir e potencializar-se mutuamente a partir de uma abertura de diálogo que objetiva mapear de modo compartilhado o que se apresenta como enodamento que impede o trabalho articulado.

A parceria entre as duas instituições no tempo passado se mostrou profícua, uma vez que houve um importante impacto para a questão em pauta na época de trabalho compartilhado em 2019/2020, que era a saúde mental das crianças do território do Complexo do Alemão. Foi um momento de grande riqueza e experimentações orientadas pelo campo das tecnologias leves, ligadas ao campo relacional do tecido social daquele território.

A ausência desta parceria em tempos atuais, reduz as possibilidades de em ato ocorrer a produção de tecnologias de saúde que sejam construídas a partir da realidade das unidades de saúde públicas, tendo os profissionais da ponta do sistema em lugar de destaque da criação de ferramentas que ajudem a melhorar a qualidade da assistência em saúde, não apenas do serviço onde desempenham suas atividades profissionais, mas dos serviços análogos de todo o sistema público de saúde. Sem a imersão nos serviços de saúde pública a universidade perde a possibilidade de produzir conhecimentos enraizados na prática cotidiana dos serviços de saúde pública e seus territórios geográficos e existenciais. Aumenta, com isso, a chance da construção de conhecimentos universitários que tenham valor apenas nas discussões entre acadêmicos clássicos, a partir de uma produção puramente teórica e conceitual, completamente alienada do campo de práticas.

E como consequência desta alienação causada pela ausência, neste caso por impedimento macro e microestrutural, da academia do campo de práticas, pode haver a ocorrência da redução da procura por parte dos profissionais de saúde por conhecimentos construídos pela universidade quando estes desejarem adquirir ferramentas que os auxiliem a construir soluções para o que se apresenta como desafio no trabalho vivo realizado em ato no cotidiano. O perigo é o desenlace não apenas com o campo de produção de tecnologias em

saúde alinhados com a realidade dos serviços, mas também o desenlace da academia com a sociedade como um todo.

Nesta pesquisa torna-se possível articular que o fato de a equipe manifestar constante sensação de cansaço, sentimento de estarem sobrecarregados no desenvolvimento de suas atividades profissionais, ligados à sensação das constantes pioras no sistema como um todo, traz importantes consequências que extrapolam em muito as instituições. Quem realmente perde a oportunidade de desfrutar de uma oferta de serviços que tenham como eixo de implicação o campo da ciência e tecnologia em saúde é a população atendida por estes serviços em todo o Brasil.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte da Política Nacional de Saúde, desenvolvida no âmbito do SUS. A Constituição Federal em seu artigo 200, inciso V, inclui o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação no sistema público de saúde. Os princípios constitucionais em cima dos quais o SUS é desenhado, como a universalidade, integralidade e equidade, se aplicam também à PNCTIS. A aplicação desses princípios deve corresponder ao compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em alinhamento com o eixo de controle social (BRASÍLIA, 2008, p. 5).

Populações, tal como a população atendida no Complexo do Alemão: pessoas fenotipicamente negras, indígenas ou negras-indígenas, empobrecidas pelo saqueamento colonial, residentes em territórios historicamente vulnerabilizados pelo projeto colonial e de colonialidade em curso no Brasil desde a sua fundação enquanto nação pelos colonizadores brancos europeus. Populações que apresentam, nos indicadores socioeconômicos e de saúde os piores resultados nas avaliações sobre aspectos ligados ao acesso a uma vida digna e de qualidade em comparação com os indicadores apresentados pela população branca brasileira, tornando evidente o racismo institucional em nível macropolítico que atravessa toda a organização da estrutura burocrática adotada como oficial pelo Estado Brasileiro para a organização macro e micropolítica dos serviços públicos federais, estaduais e municipais.

6.2.2 Retorno à Clínica da Família

Na Clínica da Família compartilhei momentos com gestores e com profissionais que hoje atuam como preceptores do PET Saúde UFRJ. Nesses encontros havia duas motivações: o primeiro é que era notícia sabida por mim que o PET Saúde, enquanto programa, continua

em vigor neste serviço de saúde e o segundo motivo era então acessar os trabalhadores intimamente envolvidos com o desenvolvimento deste projeto na unidade de saúde objetivando recolher informações que me permitissem estabelecer uma reflexão que abarcasse dois tempos do PET Saúde para esta pesquisa.

Como primeiro dado significativo para os interesses desta pesquisa, trago a dificuldade que os profissionais tiveram em me receber, ainda que tenhamos agendado previamente horários. Lá senti dificuldade em abordar e solicitar orientações com os profissionais da CF sobre a localização das salas para onde eu deveria me dirigir para encontrar com os profissionais com quem eu havia agendado conversas. O que pareceu comprometida foi a disponibilidade dos profissionais da CF para a possibilidade do surgimento de uma nova demanda acrescentada na carga de trabalho e funções acumuladas em seu cotidiano de trabalho. Algo que me pareceu muito próprio das instituições hierárquicas e verticais clássicas, enquanto espaços pouco acolhedores ao público que demanda algo de seu trabalho.

No compartilhamento com alguns profissionais alguns pontos compareceram como elementos que interessam a esta pesquisa, tais como: sobrecarga de trabalho dos profissionais da assistência frente às exigências da SUBPAV para a atenção básica no município do Rio de Janeiro; lógica de produção de dados estatísticos sobre a assistência prestada pela CF para o território adscrito como área de responsabilidade sanitária; reestruturação organizacional da Clínica da Família que passou a contar com uma Equipe Multiprofissional da Atenção Básica; a compreensão dos profissionais sobre lógicas de assistência à saúde em saúde coletiva e continuidade da execução do projeto PET Saúde Interprofissionalidade e suas novas formas de planejamento e execução.

Tal como feito na discussão sobre os elementos encontrados no diálogo com a equipe do CAPS III, realizada no tópico acima, apresento abaixo uma divisão temática de eixos de investigação e breve discussão acerca de cada um dos temas.

2.1.a) Sobrecarga de trabalho dos profissionais da assistência frente às exigências da SUBPAV para a atenção básica no município do Rio de Janeiro

Tal qual foi possível apreender no retorno ao serviço de atenção psicossocial, foi possível perceber que o sentimento de sobrecarga no trabalho por parte dos profissionais de saúde da Clínica da Família investigada é algo presente. De uma qualidade de presença daquelas que atravessam todos os processos de trabalho da CF e por consequência gera efeitos na qualidade da assistência ofertada pela unidade, afetando diretamente a população sob sua responsabilidade sanitária, e efeitos na saúde dos trabalhadores do serviço.

A Clínica da Família também passou por mudanças de Organizações Sociais no compartilhamento de sua co-gestão junto à Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro/Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) nos últimos anos, gerando efeitos nas vidas dos trabalhadores e da população que demanda atendimento ao serviço de saúde similares aos descritos acima, quando tratei sobre a precarização dos serviços de atenção psicossocial. Diferente do CAPS, a imersão no trabalho de campo neste equipamento de saúde mostrou que a burocratização e informatização dos processos de trabalho se apresentam de modo mais intensificado.

A complexidade de trabalho da CF acontece desde o seu lugar enquanto coordenadora do cuidado do território inscrito em sua responsabilidade sanitária, além de precisar atender diretamente uma população adscrita do território onde está localizada. Trata-se também da porta de entrada para todas as redes de atenção à saúde que o usuário porventura necessite de assistência para reversão de algum agravamento de questões relacionadas à sua saúde (BRASÍLIA, [s.a.], p. 1).

Para conseguir efetuar o monitoramento das ações e oferecer informações que se fazem necessárias para alimentação de diversos sistemas de informação, os profissionais têm como parte considerável de suas atribuições profissionais a dedicação ao preenchimento de diversos formulários manuais e informatizados após a realização de cada atendimento que é realizado. Além disso, há a obrigatoriedade, como todo serviço de saúde, do registro em prontuário com informações relativas ao atendimento realizado ao usuário, tais como avaliação clínica, condutas tomadas e encaminhamentos realizados.

De acordo com Franco (2015), os Sistemas de Informação em Saúde precisam de três matérias primas para funcionar: dados, informação e conhecimento sobre como operá-los de modo articulado com os elementos que são a realidade local onde os serviços estão estabelecidos. São constituídos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação em saúde. Para a execução deste trabalho há profissionais envolvidos em processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados. Para profissionais da saúde atuantes na ponta, o envolvimento na construção de instrumentos de coleta, treinamentos para captação correta dos dados e o processamento da informação são importantes, uma vez que possibilitam maior domínio dessa área do conhecimento.

Esta forma de burocratização das processualidades do serviço de saúde demanda também que os profissionais de saúde sintam efeitos negativos que a aceleração da temporalidade do funcionamento da CF impõe, no que diz respeito ao atendimento à demanda em saúde da população do território. Quanto mais etapas e processos se acumulam na gestão

que cada um faz de seus processos de trabalho, maior a necessidade de acelerar o tempo de atendimento dos usuários a quem as realizações das práticas de saúde se orientam neste serviço. Menos tempo para atender, escutar, examinar, pensar e avaliar criticamente cada situação que se apresenta através das falas dos usuários.

Menos tempo da realização de um trabalho que ocorre de humano para humano, fazendo com que o trabalho se efetue de um modo cada vez mais mecanicista e menos crítico-reflexivo. O acúmulo das exigências próprias do trabalho burocratizado, exige maior pragmatismo e velocidade nos tempos de planejamento dos Projetos Terapêuticos Singulares e nos encaminhamentos tomados após avaliação clínica. Há menos tempo também para as discussões sobre os casos com outros profissionais em reuniões e debates clínicos que se convocam a partir de casos que apresentam maiores complexidades em suas questões.

Conforme o trabalho do serviço vai adquirindo características alinhadas com a ideia de produção capitalista neoliberal, mais se torna perceptível o empobrecimento do campo relacional no serviço de saúde. A perda neste campo acarreta um impacto em princípios e valores próprios do campo da atenção básica em saúde, conforme preconizações do Ministério da Saúde, tal como a humanização de ações de saúde que pensem o sujeito em sua integralidade.

Para contextualizar teoricamente os elementos trazidos acima, no que tocam a reestruturação do modelo de organização dos serviços da atenção básica, desde a implantação do Programa Médico de Família (PSF), é possível observar que:

Outro exemplo, pode ser dado em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente a principal proposta de organização da atenção básica nas redes públicas de saúde, induzida e ofertada pelo Ministério da Saúde, para a construção das redes locais e regionais de saúde, no SUS. Em muitos municípios onde o PSF foi implantado, observa-se alteração dos processos de trabalho, sem contudo haver uma inversão das tecnologias de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturado pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos centrados nos profissionais. Mesmo as modalidades de PSF que atuam com uma aparente mudança na forma de produzir saúde, pois operam mais centralmente no território, focadas nos núcleos familiares e domicílio, o processo de trabalho, na essência, pode não ter sido alterado (FRANCO & MERHY, 2013, p. 129 *apud* FRANCO & MERHY, 2003).

A CF deveria ser o espaço em que a saúde é compreendida fora da lógica dos especialismos médicos e de outras categorias da área da saúde. O acolhimento e escuta atenta, que ativam para se exercer o campo relacional, deveriam ser espaços garantidos nos serviços de atenção básica. Por ser um serviço territorial de base comunitária, a CF se constitui muitas vezes como principal porta de entrada de usuários nas unidades de saúde do SUS. Apesar disso, compreendi ao longo do tempo de imersão no campo que o trabalho do profissional

médico ainda é central no funcionamento do serviço de atenção básica, trabalho esse que apresenta uma forte relação com os modos capitalistas de produção do trabalho. No que diz respeito a esse assunto, segundo Merhy e Franco (2013, p. 128):

Essa é uma das apostas do capital sobre os serviços de saúde, na busca da distribuição dos seus produtos em larga escala. Mas essa aposta não é a única determinação do modelo tecnoassistencial, que caracterizamos como "médico-hegemônico, produtor de procedimentos profissional centrado." A indústria produtora desses insumos encontrou, nas teses flexinerianas, o apoio teórico para propor modelos centrados no consumo de seus produtos e na formação dos profissionais de saúde, dentro de um padrão de tecnologias leve-duras que subsumir à clínica à matriz de pensamento liberal de organização das relações sociais e produtivas (MERHY & FRANCO, 2013, p. 128).

Ao contrário do funcionamento pragmático e veloz exigido pela máquina pública burocrática, um trabalho que desenvolva a atenção à riqueza existente no campo relacional, de sensibilidades, demanda que os tempos e cargas de trabalho girem em outro tempo. A reorientação das práticas em saúde no sentido do trabalho realizado por humanos para humanos como elemento fundamental pode ser uma das saídas possíveis ao funcionamento atual dos serviços que parecem ir na direção oposta ao pensado pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira em suas bases estruturais.

Tal como apontado na discussão que trazia os elementos encontrados na pesquisa realizada no CAPS, penso que a alternativa a esse manejo que empobrece o solo onde devem se enraizar as redes rizomáticas é a realização do caminho em Sankofa. Olhar para trás e resgatar ideias construídas pelos campos de referências para os movimentos reformistas em saúde com os quais se alinha esta pesquisa e revitalizá-las com as questões que se apresentam e atualizam neste momento contemporâneo para os serviços de saúde que atendem majoritariamente uma população negra/negra-indígena historicamente vulnerabilizada pelo projeto colonial e de colonialidade em curso em todos os espaços da colônia brasileira.

2.1.b) Reestruturação organizacional da Clínica da Família que passou a contar com uma Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica.

Durante alguns anos o Complexo do Alemão foi um território que careceu de Equipes Multidisciplinares da Atenção Básica, o que fez com que o CAPS III do Complexo do Alemão, desde a sua implantação e implementação em 2010, fosse um serviço de atenção psicossocial que teve previsto em seu escopo de ações o matriciamento de várias equipes de saúde da família das diversas CF do território.

A CF que foi campo desta pesquisa, por anos foi matriciada pelo CAPS III, mesmo tratando-se de diferentes serviços de saúde, ambos com vasta amplitude de responsabilidades

com o território onde estão inseridos. Apesar disso, o trabalho de matriciamento do CAPS III com a CF ocorreu de modo bem sucedido por vários anos, segundo é a percepção dos poucos trabalhadores mais antigos ainda em atuação profissional dos dois serviços, sendo algo relacionado com a proximidade em que as unidades de saúde estão uma da outra. Essa característica de localização possibilitava que o trabalho efetivamente ocorresse de modo mais frequente do que com outras Clínicas da Família do território, pois para ativar o suporte especializado para a realização do atendimento de pessoas em sofrimento psíquico que apresentavam maior gravidade do que é a possibilidade de ação da CF na linha de cuidado de saúde mental, bastava que um dos profissionais da CF enviasse uma mensagem ou subisse até o CAPS III.

Lembrando que os CAPS III são serviços especializados, de alta complexidade voltados para o acolhimento de casos considerados clinicamente graves e persistentes das redes de atenção psicossocial em âmbito das políticas públicas de saúde vigentes. Logo, a parceria entre os serviços trazia como benefício para a população adscrita a avaliação e suporte especializado para pessoas em situações de maior gravidade, menos burocratizado e alongado em relação ao tempo de desempenho das ações de saúde.

A proximidade territorial de ambos os serviços também traziam como benefício a integração entre as duas equipes em momentos de confraternização, fazendo com que entre os profissionais ocorra uma vinculação também de ordem afetiva. Algo que atualmente também ocorre de modo menor do que em tempos passados. O mesmo acontecia com o CAPS III, que ao acolher usuários em crise psíquica não estabilizados clinicamente em relação ao adoecimento orgânico tinha como recurso chamar algum profissional da CF para avaliar o caso sem a necessidade de regulação de vaga para alguma intercorrência mais simples. O trabalho de matriciamento que era facultado ao CAPS trazia o ônus do acúmulo de funções sobre sua responsabilidade com equipes dimensionadas com menor número de profissionais do que seria adequado para garantia de boas execuções de todas as ações que são de sua incumbência, mas era algo que garantia como bônus a formação de uma parceria efetiva entre os dois serviços públicos de saúde.

Recentemente, foi inaugurada a primeira Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica da CF tratada neste estudo. A chegada desse dispositivo em saúde não apenas nesta CF, como em outras CF do território do Complexo do Alemão, fez com que a frente de trabalho de matriciamento do CAPS III se reduzisse em relação a tempos passados. Em relação ao que compreendi no meu retorno ao campo, foi também uma das razões que justificam um maior afastamento entre os profissionais dos dois serviços, e conseqüente enfraquecimento de

vínculo entre as equipes, em comparação ao momento em que eu fui enfermeira de saúde mental do CAPS III entre 2018 e 2020.

Ao longo das trocas que realizei com os profissionais da Clínica da Família percebi que ao se referirem ao CAPS III, o tratamento era como de um serviço de saúde distante do cotidiano da unidade e quando tratava-se de uma conversa sobre as questões relativas ao campo da saúde mental, os profissionais se referiam apenas à Equipe Multi da Atenção Básica. Esse fato pode ser ilustrado com a seguinte fala do profissional C, que é alguém contratado recentemente pela Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica ao estranhar meu apontamento sobre a relação que havia entre os dois serviços há algum tempo atrás:

Se antes era assim não sei. Agora temos a Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica dentro desta Clínica da Família, onde estou lotado. Penso que funciona muito bem, temos em funcionamento o eixo de saúde mental, que oferece o suporte necessário às equipes de saúde da família desta unidade. Não vejo muito a relação com o CAPS, que fica mais isolado lá em cima. (Profissional C, maio/2023).

Outro aspecto que chamou minha atenção no retorno ao campo de pesquisa foi a quantidade de novos profissionais nos dois serviços. Talvez estas mudanças tenham contribuído negativamente com o histórico de parceria e compartilhamento de casos clínicos entre as unidades. Uma vez em que a rotatividade de profissionais fez com que nem o trabalho aproximado se sustentasse com a mesma força, nem preservou muitas memórias dos tempos passados em que o CAPS e a CF se apoiavam mutuamente. Apesar do ganho com o novo dispositivo entre suas linhas de cuidado, no caso da linha de cuidado em saúde mental, minha percepção é que algo do vínculo entre os serviços se esvaiu.

2.1.c) Compreensão dos profissionais sobre lógicas de assistência à saúde em saúde coletiva e continuidade da execução do projeto PET Saúde Interprofissionalidade e suas novas formas de execução

As Clínicas da Família foram criadas no ano de 2009, e apesar de todas as preconizações citadas no capítulo que contextualiza o histórico dos movimentos reformistas em saúde, neste momento se mostram alinhados às lógicas de gestão neoliberal. Esse fato tem transformado o modo como os serviços públicos de saúde compreendem sua responsabilidade sanitária nas comunidades onde estão inseridos e a partir disso, como estes se propõem a funcionar.

No tempo de imersão no campo de pesquisa em tempos mais recentes, percebi que apesar das dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde há a compreensão por parte de gestores da clínica de que o modelo implementado para monitoramento nas ações de saúde é

adequado e diante disso, grande empenho para pensar como é possível fazer para que o trabalho se torne menos adoecedor para os profissionais que realizam a assistência em saúde na ponta do serviço. Não percebi discursos disruptivos com a norma instaurada, mesmo notando grande dedicação ao trabalho por parte da equipe e grande apreço por parte dos profissionais de quem me aproximei pela história de resistência do Sistema Único de Saúde.

Apesar do meu estranhamento, enquanto pesquisadora militante imundicizada pela multiplicidade dos mundos criadores do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, notei que não há uma percepção nítida disseminada entre os profissionais sobre os desalinhamentos entre os modos de funcionamento vigente no serviço e os elementos compreendidos como pilares estratégicos para o bom funcionamento dos serviços públicos de saúde através da história do movimento orgânico criador do SUS.

A normalização da aproximação da operacionalização dos serviços do SUS com o modo de operacionalização de empresas de saúde parece ter relação com outro fator, este relacionado com a formação dos profissionais de saúde. Sobre o agir em saúde dos profissionais de saúde atuantes nas unidades e a impressão que fazem nos modos de operação do trabalho, trago o fragmento abaixo, com o intuito de enriquecer a reflexão disparada pela imersão no campo de pesquisa:

Importa registrar o fato de que, por mais que se pensem e desenvolvam modelos de operação do serviço de saúde, o cuidado de fato se produz a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletivo, na cena da produção da saúde, isto é, no lugar de encontro entre os trabalhadores do serviço e os usuários, que são os destinatários finais de todo esforço produtivo. O perfil de cuidado que se produz é definido no nível da micropolítica do processo de trabalho, isto é, no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, nas relações que estabelece com outros trabalhadores, com os usuários, o arsenal tecnológico do qual utiliza. [...] Na produção do cuidado, que é sempre em ato, o trabalho vivo do trabalhador opera com muita liberdade perante o trabalho morto que lhe constrange; por isso, na saúde conta o fato dos trabalhadores exercerem um razoável autogoverno sobre seu processo de trabalho e essa liberdade de ação indicar que a transformação do perfil produtivo, depende de mudanças no agir do trabalhador de saúde. [...] Portanto, lidar com o trabalho e tecnologias em saúde, significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, implica ter que considerar nas análises os modos como o trabalhador e o usuário se constituem como sujeito moral e político (MERHY & FRANCO, 2013, p. 123-124).

As consequências do descolamento apontado acima pode ser um dos panos de fundo do cenário de sucateamento dos serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. Os tempos impostos pelo neoliberalismo, em todas as escalas da sociedade, são os tempos da voracidade inscrita na lógica consumista, que é incompatível com os tempos da reflexão e da própria vida. Quando serviços que foram idealizados para acompanhamento do desenvolvimento integral dos seres humanos inseridos em seus territórios retiram da possibilidade de construção do trabalho os tempos e espaços do pensamento e da reflexão crítica é como se

houvesse sido retirado o principal substrato que deveria nutrir o solo em que o serviço de saúde pública historicamente se apoia.

Segundo o Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa (2010, p. 210), “crítica” significa "arte ou faculdade de julgar produções ou manifestações de caráter intelectual". Neste sentido, seria possível pensar que quando o sistema oficial organiza seus fluxos alinhados com a lógica da produtividade neoliberal há um corte castrador em uma ramificação por onde passa o fluxo vital de uma seiva que se espalhará por todo organismo rizomático formado pelos serviços e suas redes de atenção à saúde tal como se estruturam no SUS.

O pensamento e suas possibilidades, compreendidos nesta pesquisa como a seiva que nutre todos os processos de uma vida saudável que caminha em consonância com o ecossistema no qual a humanidade está inserida. Extrair de um sistema que pensa justamente a saúde dos seres humanos de modo integral, o tempo e circunstâncias de os profissionais poderem refletir sobre suas práticas no âmbito micropolítico é extrair a possibilidade de que propostas que rompem com o normativo sejam criadas e levadas como pautas para os espaços participativos a partir da produção de consciência de coletividade entre os trabalhadores. As decisões coletivas também como algo em jogo, uma vez que há uma grande centralidade na figura do profissional médico nestes espaços, sendo estes profissionais extremamente vinculados, a partir da ocupação de uma posição de poder, às ciências biomédicas e ao trabalho sustentados pelas lógicas neoliberais onde as decisões e modos de gerir os processos são tomadas por um ou por poucos. Na lógica do mercado prevalece o individual, não havendo incentivo de nenhuma ordem para que as pessoas se reúnam para pensar juntas, de modo compartilhado e com tempo apropriado para a criação.

Inserido neste contexto político, segue em realização o programa PET Saúde Interprofissionalidade UFRJ. Em minha reaproximação com o programa após ter sido preceptora há alguns anos, pude recolher algumas impressões, a partir da minha troca com profissionais preceptores, em comparação ao início da implementação do programa no ano de 2019.

Havia no momento de retorno ao campo um importante evento acontecendo na unidade de saúde, que era a implantação e implementação de novo prontuário eletrônico e que o foco da CF naquele momento era a melhora dos indicadores de saúde da região pelo qual se responsabiliza. Outro elemento a ser destacado, foi a compreensão dos profissionais preceptores de que naquele momento a unidade de saúde estava lidando com o surgimento de demandas que estavam reprimidas ao longo da pandemia de COVID 19. Desafios com os quais os alunos incluídos nas equipes também estavam implicados na realização de suas

práticas. As atividades em que os alunos da UFRJ estavam inseridos eram, no momento da pesquisa, grupos voltados para a promoção à saúde e na academia carioca.

Sobre o ponto tratado acima, foi possível perceber que os profissionais compreendiam o programa PET Saúde como um apoio na execução das ações, com foco nas ações já estabelecidas pela CF enquanto prioritárias. Diferente do primeiro momento que é descrito nesta pesquisa, o componente criativo perdeu espaço no território onde o trabalho vivo, em ato, acontece. Sem tempo que acolha os tempos de reflexão crítica, conforme tratei acima nesta seção, a criatividade perde espaço para se exercer. Uma vez que na lógica macropolítica neoliberal, o tempo que vale é o tempo do procedimento, como elaborar linhas de fuga que desterritorializem a norma imposta e possibilitem reterritorializações potencializantes para a melhora da qualidade da assistência em saúde ofertada pelo serviço?

A elaboração da questão acima impõe pensar sobre quais são os efeitos dessas múltiplas situações sobrepostas de precarização do trabalho, conforme vem sendo tratado neste estudo, na formação dos alunos do PET, que com o curso da vida serão daqui a pouco os novos profissionais de saúde que estarão ocupando os postos de trabalho nas unidades. O caráter formador do programa, que em sua execução nos espaços onde está inserido se faz atravessado pelas questões macro e micropolíticas acerca de como o serviço está constituído.

Segundo recolhi em conversas com estes profissionais, no momento atual, os 13 alunos de diversos cursos de graduação da UFRJ são inseridos nas equipes de saúde da família da CF a partir de onde os profissionais do serviço compreendem que se faz necessário mais profissionais para execução do trabalho necessário. A alocação dos alunos nos espaços, no momento de minha pesquisa, se organiza na inserção deles dentro das equipes de saúde da família e dentro das equipes do Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica, divididos no trabalho a partir das linhas de cuidado definidas pela CF. Para isso, leva-se em consideração a avaliação dos indicadores internos utilizados para monitoramento do trabalho, em uma compreensão de que a boa formação profissional está ligada ao aluno vivenciar a experiência de atuar como alguém a mais nas equipes com maiores necessidades.

Com a visão gestora de que os alunos do PET Saúde constituem este tipo de apoio para CF está ligada com a questão macroestrutural que gera a problemática da sobrecarga de trabalho ao qual a equipe está submetida diante das precarizações e demandas territoriais pelos serviços ofertados pela instituição de saúde. A ideia dos profissionais de quem me aproximei com o intuito de compreender o momento em que retornei ao campo era a de que o trabalho desenvolvido junto ao PET deveria ser cada vez mais "funcional".

Em minha cabeça de pesquisadora que é pesquisadora porque tem a cabeça lotada de perguntas para as quais se faz necessário organicamente encontrar espaços para dar tratamento

de elaboração, encerro essa seção deixando em aberto duas dúvidas: o que pode ser provisionado para os serviços do SUS quando o que ganha valor na formação dos futuros profissionais do sistema é o aspecto da funcionalidade na execução dos processos de trabalho? De que leitura sobre funcionalidade estamos tratando aqui e quais serão suas consequências para o presente e para o futuro?

6. 2. 3. Retorno ao diálogo com a comunidade do Complexo do Alemão

Após fazer uma imersão nos serviços de saúde tratados nesta pesquisa, voltei a fazer algo que me proporcionava muito prazer na época em que eu era funcionária do CAPS III, que foi entrar na comunidade para conversar com lideranças comunitárias legitimadas pela população do Complexo do Alemão como tais e com pessoas que atuam voluntariamente com cidadãos que moram no território e que desenvolvem atividades educativas e sociais para os moradores.

O Complexo do Alemão é uma região que possui um forte senso de organização comunitária, contando este território com diversas Organizações Não Governamentais que atuam na tentativa de complementar a oferta de serviços existentes no território, na intenção de viabilizar a garantia daquilo que é de direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros, mas que não chegam em áreas onde vivem populações historicamente vulnerabilizadas pelo Estado. De acordo com o Dicionário de Favelas Marielle Franco (2023, [s.p.]):

O Complexo do Alemão, popularmente chamado de Morro do Alemão ou simplesmente Alemão, é um bairro que abriga um dos maiores conjuntos de favelas da Zona da Leopoldina, na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. [...] Segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, seu índice de desenvolvimento humano era de 0,711, o 126º e último colocado da cidade do Rio de Janeiro. O Censo de 2010 ainda revela que a população do bairro é de 58.962 habitantes, divididos em 21048 domicílios, numa área de 21982 km². Sua principal comunidade é o Morro do Alemão, embora haja dezenas de comunidades pertencentes ao morro, espalhadas por extensões territoriais enormes. É oficialmente um bairro, mas devido a sua enorme extensão, os limites da área do bairro e das favelas pertencentes aos morros se misturam com outros bairros da Zona Norte da capital, como Ramos, Higienópolis, Olaria, Penha, Inhaúma e Bonsucesso (DICIONÁRIO DE FAVELAS MARIELLE FRANCO, 2023, s/p.).

Cabe informar que a ONG em que fui acolhida é a primeira ONG reconhecida como tal no Complexo do Alemão e que sua fundadora e presidente mantém a oferta de serviços há 20 anos de modo gratuito a quem se interessar. É uma organização que realiza um trabalho, na chave do voluntariado, ligados aos eixos de educação (desde o letramento de alfabetização ao letramento de mundo), cultura, saúde e assistência social.

Neste espaço fui gentilmente recebida pela presidente da organização, que em meio ao desenvolvimento de diversas atividades com crianças e adolescentes da região, cedeu seu tempo para conversar longamente comigo. Pouco tempo depois, se juntou a nós outra pessoa que é uma militante por melhores condições de vida para as pessoas do Complexo do Alemão, ligada à comunicação comunitária. Em nossa conversa surgiram os seguintes temas: princípio do “nós por nós” e concepções acerca da produção de um sentido de comunidade criado pela própria comunidade; percepções da comunidade sobre o trabalho desenvolvido no momento atual pelos serviços de saúde investigados nesta pesquisa - contrapontos entre o momento atual e os anos de 2019/2020; percepções da comunidade sobre o modo como têm sido desenvolvidas as políticas públicas no território do Complexo do Alemão; como as organizações da sociedade civil percebem a demanda territorial pelos direitos básicos para a experiência de uma vida digna e relação das organizações comunitárias com a UFRJ.

Abaixo, trago os temas elencados no parágrafo anterior e breve discussão sobre cada um deles, tal como realizado nos dois tópicos anteriores trazidos neste capítulo:

- a) Princípio do “nós por nós” e concepções acerca da produção de um sentido de comunidade criado pela própria comunidade e compreensão das organizações da sociedade civil sobre a demanda territorial pelos direitos básicos para a experiência de uma vida digna.

Em minha imersão capilarizada no território do Complexo do Alemão, em retorno à uma ONG do território que participou através de sua liderança e demais colaboradores do projeto nas ações de saúde descritas no capítulo anterior, reencontrei lideranças comunitárias que participaram ativamente das construções realizadas pelo PET Saúde em 2019/2020. Foram pessoas com quem, na época em que fui preceptora do PET Saúde, articulei diversas ações junto aos demais preceptores e tutores da UFRJ.

Sobre o trabalho que desenvolvem na comunidade, para a comunidade, surge como elemento nuclear que sustenta o desejo coletivo de persistir a luta política pelo direito à vida digna para todas as pessoas do Complexo do Alemão, o que é chamado de “nós por nós”. Em minha compreensão de pesquisadora externa ao território, o “nós por nós” é o princípio ou raiz fundamental que estrutura todos os processos de organização política das organizações do terceiro setor da comunidade e das associações de moradores. Lugar privilegiado para poder observar a partir de minha inserção no campo o manancial de tecnologias relacionais e sociais que atravessam os territórios favelados.

Especificamente sobre a ONG que revisei em meu retorno ao campo, se trata de um espaço localizado com um ponto de apoio a ser acionado por todos os moradores do

Complexo do Alemão na rede comunitária que está capilarizada por diversas partes do território. Lugar muito conhecido e que tem a função de garantir ao local onde está inserida a existência de algum ambiente seguro em um meio tão inóspito ao transcorrer de uma vida saudável. Um espaço onde os moradores sabem que podem ativar a cada vez que alguma situação de maior fragilização acontecer, além do suporte diário realizada pela ONG para a comunidade através da oferta de atividades de reforço escolar, cursos de informática, aulas de jiu-jitsu, aulas de empreendedorismo, horta comunitária e distribuição de cestas básicas.

As atividades apresentam a tendência a se modificarem ao longo do tempo, pois são organizadas a partir do que se apresenta como demanda das pessoas da comunidade e todos os agentes que colaboram com a instituição realizam o trabalho através do vínculo do voluntariado. Voluntários que também são moradores da comunidade que em algum momento se beneficiaram das ações ofertadas pelo espaço ao longo dos anos ou que sentem apreço pela liderança responsável pela criação do projeto e sua dedicação em desempenhar um papel de representação política em diversos espaços políticos e públicos da sociedade civil em defesa das vidas do território do Alemão. Pessoas que têm uma rica rede territorial comunitária enquanto referências cotidianas, que levam em frente a defesa pelas vidas faveladas e que surgem como multiplicadores de práticas de suporte à comunidade.

Práticas de suporte comunitário que não funcionam propriamente através das estratégias dos colonizadores ocidentais. Ao invés disso, utilizam em seu fazer tecnologias ancestrais no modo como são operacionalizadas as redes de apoio que se montaram nas favelas como principal estratégia de resistência ao trator colonial que tentou e tenta a todo momento passar por cima dos territórios existenciais dos quais fazem parte as vidas negras, indígenas e negras-indígenas. De acordo com Krenak (2022, p. 37), "estamos vivendo num mundo onde somos obrigados a mergulhar profundamente na terra para sermos capazes de recriar mundos possíveis." Ainda de acordo com esse autor:

Acontece que, nas narrativas de mundo onde só o humano age, essa centralidade silencia todas as outras presenças. Querem silenciar inclusive os encantados, reduzir a uma mímica isso que seria "espiritual", suprimir a experiência do corpo em comunhão com a folha, com o líquen e com a água, com o vento, com tudo que ativa nossa potência transcendente e suplanta a mediocridade a que a humanidade tem se reduzido. Para mim, isso chega a ser uma ofensa. Os humanos estão aceitando a humilhante condição de consumir a Terra. Os orixás, assim como os ancestrais indígenas e de outras tradições, instituíram mundos onde a gente pudesse experimentar a vida, cantar e dançar, mas parece que a vontade do capital é empobrecer a existência. O capitalismo quer um mundo triste e monótono em que paramos como robôs, e não podemos aceitar isso (KRENAK, 2022, p. 37-38).

Pude perceber que o que se faz pode ser lido como a prática em ato e cotidiana de estratégias quilombolas ou de aldeamentos indígenas, que se organizam como um híbrido

entre os saberes dos quilombos, das aldeias e do ocidente. Acerca das estratégias quilombolas e indígenas, em articulação, na formação do modo de vida de uma população é possível afirmar que:

No quilombo, somos compartilhantes, desde que tenhamos nascido aqui ou que tenhamos uma relação de pertencimento. E quando digo da relação de pertencimento com o quilombo, falo de uma relação com o ambiente como um todo, com os animais e as plantas. [...] Não fizemos os quilombos sozinhos. Para que fizéssemos os quilombos, foi preciso trazer os nossos saberes de África, mas os povos indígenas daqui nos disseram que o que lá funcionava de um jeito, aqui funcionava de outro. Nessa confluência de saberes, formamos os quilombos, inventados pelos povos afroconfluentes, em conversa com os povos indígenas (SANTOS, 2023, p. 38;45).

Modelo de organização social que surgiu aos meus olhos como a continuidade em modo espiralar ao que foi convocado no nível da sobrevivência às pessoas que, expulsas das regiões compreendidas como mais privilegiadas da cidade nos períodos pós abolição da escravidão no Brasil precisaram realizar um êxodo para regiões mais distantes da zona central do município e se estabelecer em condição de extrema vulnerabilização racial e social. E é esse modelo híbrido de organização social que está enraizado no território e suas práticas igualmente híbridas que compreendi que as pessoas que fazem parte do tecido social do Complexo do Alemão nomeiam de "nós por nós".

A dificuldade trazida por este modelo de organização social comunitária, que tem como principal via de operacionalização a oralidade, tem trazido historicamente dificuldades no acesso aos recursos financeiros que costumeiramente apoiam organizações não governamentais do Brasil. Tais instituições fomentadoras apesar de muitas vezes mirarem no fomento ao trabalho realizado por entidades que pensem questões relacionadas ao que anunciam como reparação histórica em decorrência da colonização branco-europeia, na prática operam a partir de todos os artifícios legitimados pelo ocidente enquanto modo oficial de agir.

O precário reconhecimento social dado aos saberes construídos pelos saberes orais, como efeito e traço do racismo estrutural em que o Brasil está fundamentado enquanto nação, em todos os espaços, faz com que exista um baixíssimo fomento para ações locais que consigam sustentar que as iniciativas do território favelado em prol de sua própria segurança e em afirmação de sua resistência ao projeto necropolítico colonial avancem com vigor no desenvolvimento do seu trabalho. O abandono histórico que se refaz e atualiza a cada instante, que impede que o dinheiro do mundo seja gerido por mãos de vítimas do genocídio colonial.

Diante deste duro cenário, a comunidade se articula, se reinventa, cria saberes e ricas tecnologias que nutrem os campos simbólico e relacional do Complexo do Alemão, mostrando que o vínculo comunitário enquanto lugar de criação da raiz encantada do "nós por

nós" é dotado de uma potência criadora de vida que apenas pode existir naqueles a quem ancestralmente tudo é negado.

b) Percepções comunitárias sobre o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Complexo do Alemão, com enfoque nos serviços de saúde que constituem esta pesquisa

No que toca o funcionamento dos serviços de saúde do SUS, o que pude apreender e registrar em meu diário de campo, se relaciona ao modo como os representantes da população local percebem não apenas sobre se as pessoas do território se sentem atendidas ou não nas demandas que endereçam para esses espaços, mas também sobre se as unidades de saúde são ou não disponíveis à participação comunitária e articulação com entidades locais.

Começando de trás para a frente e tratando sobre o valor atribuído pela comunidade aos serviços, que através da postura profissional adotada pelos seus trabalhadores se colocam disponíveis a escutar a demanda que o território de maneira organizada articulou para lhes endereçar. Como atributos reconhecidos como positivos para os serviços notei que há grande valorização do serviço quando este não apenas recebe representações territoriais para discutir situações específicas, mas também quando o serviço se organiza e transita de modo peripatético pelo espaço com interesse em trocar com a comunidade compreensões sobre o processo saúde e adoecimento da população local. Para versar um pouco sobre a explicação da significação do termo peripatético, trago as palavras de Antonio Lancetti ao explicar a razão de ter levado para o título de seu livro o termo ao qual nos referimos aqui:

Peripatético no sentido comum do adjetivo e no sentido etimológico da palavra que provém de [...] peripatêô: passear, ir e vir conversando. A escola filosófica fundada por Aristóteles (384-322 a.C.) tornou-se conhecida pelo nome de *peripatética* em virtude do costume do Estagirita de ensinar andando pelos jardins de Apolo no Liceu, perto de Ilissos, nas cercanias de Atenas. [...] Também na literatura psicanalítica, mais precisamente em algumas biografias de Freud, pode ser encontrada a expressão *terapia peripatética* para referir-se às sessões acontecidas caminhando. Outro acontecimento que provocou tal escolha foi a observação de uma paciente, que depois de me ver andando pela rua com outro de quem tratava, me disse: - Você é um analista peripatético. Outra influência [...] foi nietzschiana. Conta-se que Nietzsche afirmava que as principais ideias surgem durante caminhadas (LANCETTI, 2016, p. 15).

Neste sentido a CF apareceu como um serviço bastante valorizado, sobre o qual as pessoas referem se sentir escutadas de modo geral. A inclusão em suas práticas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foi citada como um espaço ativador de compartilhamentos do serviço com o território valorizando, de alguma maneira, os saberes ancestrais dos povos que se reuniram a partir do compartilhamento do mesmo espaço

territorial. Minha impressão, enquanto pesquisadora de um campo atravessado pela reflexão acerca dos processos de subjetivação é que quando essas conversas acontecem, geralmente com as mulheres da comunidade, algo desse modelo híbrido de organização social próprio das favelas - quilombo, aldeia e ocidente - passa a compor o que se compreende como saúde e processos de cura pelos sujeitos que habitam a comunidade. Sobre o encontro entre profissionais das unidades de saúde com a população, trago a seguinte colocação:

É no lugar do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, onde está a riqueza e a intensa atividade de cuidado. Como uma malha que é tecida com grande energia, cruzam-se saberes, fazeres, e construção de linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma Unidade ou de uma Equipe de Saúde (MERHY & FRANCO, 2013, p.111).

Outros pontos altos pelos quais a CF é valorizada pela rede comunitária são as práticas em saúde desse serviço foi o fato de a CF ser uma unidade de saúde que historicamente, desde a sua implantação e implementação, se dedicou às ações de promoção à saúde fora do espaço da unidade de saúde em diversos espaços do território. A utilização das quadras poliesportivas do território para organização de rodas de conversa para realizar ações de educação em saúde foram atividades lembradas com apreço. De acordo com o que pude recolher, outra prática em saúde que faz com que a CF seja compreendida como um serviço que realiza um bom atendimento da população através das Visitas Domiciliares (VDs) ainda que os lugares se mostrem inóspitos em seu acesso.

Foi possível notar que sobre os dias atuais, o que a comunidade percebe é que há uma escassez de realização de atividades capilarizadas pelo território geográfico e atribuem a tais fatores a rotatividade de profissionais das equipes e ao modo como hoje se apresenta a ocupação do Complexo do Alemão com o tráfico de drogas e as corporações policiais. Segundo registrei em meu diário de campo, os representantes da comunidade sentem como algo que impactou negativamente na assistência a troca de profissionais que nos últimos 5 anos se agravou, gerando uma rotatividade que durante os 10 primeiros anos de serviço não era recorrente. Recuperaram também o momento em que o município vivenciou uma grave crise na saúde pública, os desmontes dos serviços de atenção básica do Rio de Janeiro a partir do corte de recursos financeiros para a área e a demissão em massa de mais de 1000 profissionais, atingindo Clínicas da Família do município (REIS, 2018; MESQUITA, 2019).

Em 2018, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em sua página eletrônicas de notícias em saúde, divulgou uma reportagem com o título: "A crise que esmaga a saúde no Rio de Janeiro", explicando o panorama político e de gestão municipal da cidade e

estruturação e modo de operação do desmonte da Rede de Atenção Básica. Dessa reportagem, para contextualizar o tema investigado neste ponto da pesquisa trago o seguinte fragmento:

A Abrasco denuncia mais esta política de desmonte do SUS como o Projeto de Lei Orçamentária para o ano de 2019 que prevê um corte de 725 milhões para a pasta da saúde da capital fluminense, que atinge em maior medida a atenção primária, sob o argumento de dificuldades financeiras. Confira a análise crítica de pesquisadores que avaliaram o documento [“Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde”](#) divulgado no último dia 30 de outubro pelo secretário-geral da Casa Civil, Paulo Messina, que convocou a imprensa para anunciar o plano de reestruturação e que mostra como será a reorganização do atendimento oferecido pela rede de Atenção Primária (ABRASCO, 2018, [s.p.]).

A extração abrupta de equipes completas da CF, causou efeitos de fragilização no operador de cuidado mais importante de um serviço de saúde estruturado dentro do SUS, que é o vínculo. O vínculo com a unidade de saúde que se constitui através de como se apresenta o campo relacional entre os moradores da comunidade assistida e os profissionais dos serviços de saúde. Segundo se mostrou ao longo de minha presença no campo de pesquisa, as pessoas de quem me aproximei lamentavam o fato de não poderem mais contar com a continuidade dos seus acompanhamentos clínicos com os mesmos profissionais que iniciaram os projetos terapêuticos. A percepção que se expressou foi a de que algo se perdia em qualidade de informações clínicas que os novos profissionais detinham sobre sua saúde e a consequente queda da qualidade da assistência prestada.

O CAPS III também foi considerado um serviço de muita importância para a comunidade, sendo considerado um ótimo serviço de saúde pelo território. Houve marcação sobre a desestruturação do serviço ocorrida ao longo dos últimos anos e uma queixa que se apresentou foi o fato de a unidade de saúde estar há alguns anos sem a cobertura completa do quadro de médico psiquiatra, contando em muitos momentos com um trabalho de apenas 01 profissional médico psiquiatra na unidade para atender toda a demanda que se faz pertinente na população do Complexo do Alemão. Apontaram saber que diferente das CFs, o CAPS III é o único serviço de atenção psicossocial do território e entendem como grave a desestruturação não apenas da equipe, mas também da farmácia do serviço que tem apresentado descontinuidade do fornecimento de algumas medicações psicotrópicas para os usuários. Tais interrupções frequentes de medicações psicotrópicas era um dos responsáveis, segundo a percepção dos agentes locais, de abertura de crises psíquicas mais recorrentes em pessoas da comunidade.

Outro aspecto levantado sobre o que notam sobre o CAPS III, foi a percepção de que o serviço estava trabalhando de modo mais intramuros do que em anos anteriores com a maior necessidade de deslocamento dos usuários ao serviço para conseguirem ser assistidos, o que

se constitui como um ponto delicado no acompanhamento e sustentação clínica da saúde psíquica de casos mais graves, que apresentam frequentemente maior dificuldade de chegarem por iniciativa própria ao serviço de saúde. Outro fator identificado como fragilizador do serviço foi o início da constante troca de profissionais de saúde, fazendo com que os moradores sentissem que algo havia se perdido da qualidade de acompanhamento longitudinal dos casos. O vínculo estabelecido com profissionais que trabalharam em anos anteriores na unidade de saúde se mantém, fazendo com que houvesse a expressão de saudades de determinados técnicos de saúde mental.

Em relação a todo esse cenário de precarização, a posição afirmada pelas lideranças comunitárias com quem estabeleci relação em meu segundo tempo de imersão no campo é a de manutenção de apoio e disposição de lutar através dos movimentos sociais por melhorias nos serviços de saúde. Neste contexto, houve momentos em que se relembrou as manifestações realizadas junto com os serviços de saúde nos movimentos grevistas de 2019 e 2020 e a compreensão era de que o apoio político ofertado por parte dos agentes locais e suas organizações comunitárias foi o que ajudou a sustentar que os serviços do Complexo do Alemão não fossem despedaçados tal como serviços territoriais públicos de outros territórios da cidade.

Recolhi no campo que o que parece sustentar essa posição de defesa combativa no campo político em prol do bom funcionamento dos serviços de saúde e a condições dignas de trabalho para os trabalhadores dos serviços públicos de saúde do território é a consciência política e organizada de que defender esses serviços é defender a vida das pessoas que moram na região. Ou seja, que defender os serviços e profissionais da saúde é defender a própria sobrevivência, convergindo no aspecto político com os movimentos de resistência contra o genocídio histórico engendrado contra os corpos que habitam aquele território específico.

c) Relação das organizações comunitárias do Complexo do Alemão com a UFRJ

Como fui ao campo de pesquisa com o intuito de recolher elementos em meu diário de campo que fossem pertinentes a relação dos serviços, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a comunidade do Complexo do Alemão, me aproximei também das percepções que as lideranças apresentam sobre a presença desta universidade no território a partir da parceria estabelecida com os serviços da rede intersetorial de base territorial e comunitária vinculada ao poder público e com as organizações comunitárias lideradas pela sociedade civil organizada.

Foi possível perceber que há uma posição ambígua em relação à universidade. Nas falas que surgiram durante a imersão em campo, há uma percepção geral de que a universidade contribui com o desenvolvimento do território a partir dos trabalhos desenvolvidos em parceria com as instituições e organizações citadas acima e que ao se colocar no território auxilia no fortalecimento político de seus agentes locais frente às instâncias do poder público em níveis macro e micropolíticos. Essa reversão de ganho localizado no campo simbólico se coloca como algo valioso nas lutas de resistência e afirmação política do Complexo do Alemão em diversos espaços da sociedade civil.

Como ponto de fragilidade na rede rizomática estabelecida com a universidade, houve a localização da falta de continuidade de diversas ações apresentadas pela universidade em seus planos de ação, sem muitas vezes haver uma conversa horizontal com os sujeitos do território que acolheram a sua chegada e ativaram suas redes rizomáticas extremamente vivas e capilarizadas para que os agentes da academia conseguissem alcançar seus objetivos de pesquisa. Relataram também que muitas vezes os agentes universitários não retornam, conforme anunciam em suas chegadas, com os resultados das pesquisas realizadas para conhecimento das pessoas do território.

O aspecto elitista da universidade é algo muito notado pelos agentes locais com quem compartilhei vivências em campo nos dois tempos de realização desta pesquisa. Tal aspecto, aponta para condutas racistas que seguem alinhadas com princípios estruturantes da sociedade brasileira tal como o projeto de democracia racial. O sentimento de objetificação que surge nos agentes locais, quando falam das práticas da universidade aponta para o quanto ainda se faz necessário pensar criticamente sobre quais são os gestos decoloniais e contra coloniais que devem ser realizados por esse tipo de instituição de ensino no Brasil.

Talvez o imbróglio seja pensar em como uma instituição pensada e criada pelo ocidente branco como a academia, pode em dias atuais a partir da vasta produção do campo teórico da decolonialidade, se reinventar a partir do desfazimento dos seus muros que a separam ainda de modo encastelado da sociedade civil. Reinvenção que só poderá existir na direção do micro para o macro. Fazendo um caminho delicado que só poderá ocorrer no sentido de uma primeira revolução decolonial que deve ocorrer nas subjetividades dos sujeitos majoritariamente brancos que a compõem, para que então seus efeitos efetivamente se façam sentir através de revisões e mudanças nos modos de agir do corpo institucional universitário.

7. CONCLUSÃO

Proponho entrar nesta aposta de modo crítico, solidário, experimental, impedindo que os inimigos sejam os que façam o nosso questionamento. Façamo-lo entre nós, ampliando, desta forma, nossa capacidade de inventar muitas maneiras de ser antimanicomial (MERHY, p. 217, 2013).

Esta pesquisa se dedicou a investigar cartograficamente a rede rizomática produtora de ações de saúde e vida agenciadas por uma das Clínicas da Família e o Centro de Atenção Psicossocial III do Complexo do Alemão, em articulação com o Programa PET Saúde Interprofissionalidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Para que esse objetivo fosse alcançado, estabeleci um caminho reflexivo cartográfico para sua composição trazendo referenciais de diversas áreas do conhecimento — história, filosofia, psicanálise, psicossociologia, saúde, literatura e ciências sociais — na tentativa de montar uma escrita que, para tratar de cada assunto tocado, contivesse uma estruturação histórica.

Tal estruturação se deu devido ao compromisso que assumi nesta pesquisa em cuidar de não repetir os movimentos de desmemória tão comuns na história brasileira. O modo teleológico que muitas vezes é utilizado para contar a história do Brasil, recheada de lacunas, tem possibilitado diversos equívocos na compreensão por parte da população sobre o motivo do presente se constituir do modo como temos vivenciado. Um presente onde a população negra, indígena e afro-indígena se mantém não apenas à margem do *status quo* branco colonialista e, conseqüentemente racista, mas também no lugar de alvo das políticas de morte empreendidas historicamente pelo poder colonial. Não se trata apenas do risco de morrer através do poder das armas de fogo para estas populações, mas a exposição a maiores possibilidades de adoecimento e morte, uma vez que os serviços de saúde alocados nos territórios onde vivem têm sofrido constantes ataques do governo para efetivação de seus desmontes.

O desmonte desses equipamentos públicos de saúde do Sistema Único de Saúde representa um dos ramos da política de morte empreendidas pelo estado colonial, uma vez que essas populações historicamente vulnerabilizadas, devido ao abandono das políticas públicas, passam a contar cada vez menos com serviços de saúde que efetivamente consigam cumprir com princípios construídos pelos movimentos de Reformas Sanitária e Psiquiátricas. A fragilização neste lugar, orientado por um modelo de gestão racionalista neoliberal, causa diretamente uma baixa qualidade da assistência prestada. Isso ocasiona maior exposição dos sujeitos residentes nos territórios favelados, ao risco de não conseguirem uma assistência adequada, especialmente no que se refere ao acesso a ações de promoção e educação em

saúde. Sem este tipo de acesso, há maior possibilidade de as pessoas adoecerem apenas por desconhecer quais seriam os modos mais adequados de cuidar de sua saúde e consequentemente de adoecer menos.

Racializar a discussão se colocou como algo fundamental ao longo da elaboração deste trabalho acadêmico. Primeiro, porque debater a situação de vida e saúde desta população e a assistência do SUS em territórios de favela sem racializar e historicizar o tema é como tratar de algo sem alcançar a principal questão. Ao tratar das especificidades locais, trazer a raça como elemento estruturante dos modos como se apresenta o contexto de saúde da população, que habita esses espaços de favela, é reconhecer os fatores que determinam tantas iniquidades que observamos em relação à população branca, historicamente privilegiada, que ocupa o centro do debate nas decisões, que se dão no escopo das políticas públicas desse país.

Segundo, porque ainda que os movimentos reformistas em saúde tenham em muito avançado na luta e consolidação de uma rede assistencial em saúde descentralizada em todo o território nacional, e devido a isso alcançado capilaridade dentro de territórios favelados na cidade do Rio de Janeiro, houve diminutamente ao longo de sua construção histórica o necessário olhar para a especificidade que traz a questão racial para se pensar e construir modelos de atenção à saúde no Brasil.

Ainda que haja uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, publicada apenas em 2017, sua efetivação na micropolítica dos serviços de saúde é algo que ainda não está consolidada. Em relação à saúde dos povos indígenas, apesar de haver a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas desde 2002, com a estruturação de uma rede de atenção à saúde específica para o desenvolvimento deste trabalho, a mesma não se efetiva nos grandes centros urbanos. Espaços onde as populações com ascendência indígena são invisibilizadas e confundidas na categoria racial amorfa dos pardos. Para que a efetivação destas políticas aconteça, se faz necessário que não apenas os profissionais da ponta incorporem seus princípios e diretrizes nos atos cotidianos de trabalho, mas que exista uma real incorporação dos mesmos pelos níveis centrais de gestão enquanto uma decisão política-administrativa.

Com isso, a discussão realizada ao longo deste trabalho acadêmico se apresenta com o desejo de compor o recente cenário de debates do SUS, que trazem em seu cerne o debruçamento sobre como a questão racial é determinante para a saúde e qualidade de vida das pessoas. Ao compreender que os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica não se reduzem a criação, implantação e implementação de serviços públicos de saúde, mas se constituem como movimentos vivos em curso, fortalecer esse cenário de

discussão é compor uma cena fundamental para o aumento da qualidade assistencial dos serviços do SUS para toda população brasileira.

Nesta investigação, o que se pôde recolher foi uma forte desterritorialização de ações e práticas de saúde comparativamente aos dois tempos aqui trabalhados. Comparativamente aos anos de 2019/2020, o tempo atual se mostra empobrecido em práticas que levam em consideração a criação de rotas de fuga potencializadoras e encantadoras de vida e saúde dos serviços estudados em direção à população habitante do Complexo do Alemão. Empobrecimento causado principalmente pelo modo como os níveis centrais de gestão têm compreendido que devem operar os fluxos das redes de atenção à saúde, cada vez mais aderidas aos modelos hegemônicos capitalistas. O que se pode constatar, ao menos na gestão dos serviços da cidade do Rio de Janeiro, é uma caminhada que segue no sentido contrário aos caminhos construídos pela história do SUS, ainda que discursivamente seja colocado que a luta pela manutenção do sistema de saúde seja uma prioridade. Sobre isso, é necessário reconhecer que:

[...] a reestruturação produtiva pode promover a inversão das tecnologias de trabalho, em um dado sistema de produção, ou não, pode atuar apenas como uma forma nova de se organizar a produção da saúde, sem necessariamente alterar seu núcleo tecnológico (MERHY, p. 128, 2013).

Apesar deste cenário, caminhar na direção dos caminhos contra hegemônicos criados pelos movimentos reformistas em saúde se mostrou possível pelos elementos encontrados ao longo do trabalho desta pesquisa. Possibilidade que se materializou no ano de 2019, possibilitado pelo encontro de agentes de saúde, da comunidade e da academia, que juntos com suas potências conseguiram produzir um encantamento na micropolítica da rede rizomática intersetorial presente no Complexo do Alemão. Encantamento que pode ser traduzido pela realização de práticas que levaram em consideração elementos estruturantes dos princípios ético-políticos do Sistema Único de Saúde, que se apresentaram de modo encarnado nos agentes envolvidos nas processualidades sobre as quais me debrucei aqui. Sobre o aspecto micropolítico, se afirma que:

E, aqui vale a visão do paradoxo: o mesmo lugar que posso dominar e impor um modo de agir, é o lugar que permite a sua negação, ou seja, é no território da micropolítica do trabalho vivo em ato que há a chave para o condicionamento de um modo de produzir o cuidado ou para desconstruí-lo. As diferentes formas de organização do capital sabem disso, mesmo que expliquem seu agir por outros conceitos (MERHY, p. 126, 2013).

Além da encarnação dos princípios ético-políticos descritos acima, houve como elemento encantador da rede assistencial rizomática ausência de medo dos agentes envolvidos no trabalho no ano de 2019 em atuar alinhados com valores que escapam às linhas duras e frias das determinações das ciências ocidentais. Um dos elementos mais marcantes deste momento foi a presença e força dos agentes locais que acolheram as ideias que surgiram naquele momento, pois se apresentavam em confluência com os saberes territoriais a respeito dos seus processos de vida, saúde e adoecimento. Neste encontro, no que se refere aos serviços de saúde, houve uma importante acolhida dos saberes populares manifestados pelo território na criação de novas estratégias de atenção à saúde voltadas ao enfrentamento do cenário sanitário que se apresentava na época de formulação das ações. Houve também um desejo nítido dos agentes envolvidos nas ações de capilarizá-las no território após uma real dedicação a compreender como se dava a organização social e espacial do Complexo do Alemão. Naquele momento aceitamos, de bom grado, que os agentes locais fossem nossos guias para a estruturação e efetivação das ações.

Localizei que o que houve naquele momento foi possível devido ao fazer democrático, possibilitado pela execução de uma instância de controle social garantida como lei pelo SUS. Esse elemento é ilustrativo do valor da consolidação de políticas públicas que garantam a participação popular nos espaços decisórios do sistema público de saúde. Estar realmente junto à população para quem as ações de saúde das unidades são voltadas, se mostrou como um modo efetivo de fazer com que a rede capilarizada do SUS consiga reconhecer e se alinhar com as especificidades dos processos de saúde e adoecimento de suas populações adscritas.

Levando em consideração os achados desta pesquisa, é possível compreender que incorporar tecnologias não brancas-ocidentais, não apenas amplia repertórios das unidades de saúde - o que já seria um importante ganho para o SUS -, mas também garantem que as ações de saúde empreendidas produzam sentido para a população. Notou-se aqui que ao fazer sentido para a população, o que era pensado pela rede que se estruturou pelo encontro entre serviço, comunidade e academia gerou maior disponibilidade de acolhimento territorial e consequente capilarização fina do que era pensado enquanto meios de produzir saúde e vida pelos serviços de saúde. Um serviço de saúde que se aproxima de uma população acolhendo seus saberes, mostrou-se com maior inclinação a melhorar a qualidade da oferta dos serviços para o território. E este ponto é onde podemos perceber o principal ingrediente responsável pelo encantamento e avivamento da rede rizomática investigada nesta pesquisa.

No que diz respeito à minha implicação de pesquisadora militante imunicizada neste trabalho, entendo que a realização desta pesquisa acadêmica cumpriu com a finalização de

uma curva de produção de tecnologias para o SUS junto a agentes que me acompanharam neste percurso, desde a ocorrência do elemento disparador desta investigação até este ponto. O que lá atrás, enquanto profissional preceptora do CAPS III no PET Saúde UFRJ, eu ouvia dos então tutores, se materializa nestas páginas. Por diversas vezes escutei de tutores do programa, que hoje compõem este trabalho como orientação e banca de mestrado, que meu agir em saúde era cartográfico e que seria importante que eu escrevesse sobre os caminhos, que carregada de energia exusíaca, eu abria para nossas invenções em ato nos serviços e no território.

Ao finalizar esta pesquisa, sinto que ainda que não fosse de meu conhecimento naquele momento, já havia algo de uma dimensão não sintética que guiava aqueles encontros e aquelas ideias. Afinal, produzir gestos e atos que encantam e produzem vida em um país ainda colonial como o Brasil não é coisa para quem caminha apenas nesta dimensão materialista e tampouco em linearidade. Em alinhamento com esta ideia, Bispo (p. 50, 2023) afirma que:

Os colonialistas, povos sintéticos, são lineares e não transfluem, eles apenas refluem, porque são o povo do transporte. Para eles, o pé é o conteúdo e o sapato é a forma, e ponto final. Não conseguem compreender o sapato como conteúdo e o pé como forma, porque vão responder que o pé está dentro do sapato. Ora, não é bem assim. O meu pé determina o tamanho de um sapato, não é um sapato que determina o tamanho de um pé. Os eurocristãos colonialistas só podem ir e refluir, porque não circulam como nós. O transporte vai e volta, em linha reta. Já no sistema cosmológico, não há refluência. A água não refluí, ela transfluí e, por transfluir, chega ao lugar de onde partiu, na circularidade. Ou seja, ela vai na correnteza, encontra outras águas, fortalece-se na correnteza, mas ao mesmo tempo evapora, percorre outro espaço, em forma de nuvem e chove. A chuva vai para outros lados, mas também volta para as nascentes (BISPO, p. 50, 2023).

E para fechar essa pesquisa, trago as palavras do pensador Aílton Krenak, que em sua sabedoria nos lembra cotidianamente que a vida é selvagem, mensagem que tomo como potente orientação para pensar que romper com coragem a hegemonia branca capitalista de um sistema e criar outros modos de agir e ser é o único modo de criar mundos onde efetivamente a vida e a saúde podem vir a acontecer de modo encantado:

Se o colonialismo nos causou um dano quase irreparável foi o de afirmar que somos todos iguais. Agora a gente vai ter que desmentir isso e evocar os mundos das cartografias afetivas, nas quais o rio pode escapar ao dano, à vida, à bala perdida, e a liberdade não seja só uma condição de aceitação do sujeito, mas uma experiência tão radical que nos leve além da ideia de finitude. Não vamos deixar de morrer ou qualquer coisa do gênero, vamos, antes, nos transfigurar, afinal a metamorfose é o nosso ambiente, assim como as folhas, das ramas e de tudo o que existe [...] (KRENAK, p. 43, 2022).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L., *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *In*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E (Orgs.). **Pesquisadores In-Mundo: Um Estudo da Produção do Acesso e Barreira em Saúde Mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p.155-170.

AZEVEDO, A. **O Cortiço**. Porto Alegre: L&PM, 1998. p. 312.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização - Mortificações e liberdade do "espaço fechado": considerações sobre o sistema "*open door*". Amarante, Paulo (Org.). **Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. 336 pp.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BRASÍLIA: **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>. Acesso em: 12 de dezembro de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,corresponde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 12 de dezembro de 2023.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em 12 de dezembro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>.
Acesso em 15 de maio de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 46 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em 01 dezembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em 1 dezembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 1 dezembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em 5 dezembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização do SUS. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf>. Acesso em 28 de maio de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 28 novembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf . Acesso em: 5 dezembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html . Acesso em 21 novembro 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840 de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html . Acesso em 1 dezembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. O que significa ter saúde: muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem estar físico, mental e social. Ministério da Saúde, 7 agosto 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queiro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 12 dezembro 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf . Acesso em: 1 dezembro 2023.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 15 novembro 2023.

BRASÍLIA, (Distrito federal). Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm . Acesso em: 17 novembro 2023.

CARDOSO, F. H. Um livro perene. In: **Casa Grande & senzala: formação da família sob o regime da economia patriarcal**. 51a ed. São Paulo: Global, 2006. p. 19-28.

CERQUEIRA, P., *et al.* Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: CERQUEIRA, Paula; MERHY, Emerson. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde**

mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 25 - 42. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

CÉSAIRE, A. Discurso sobre o colonialismo. São Paulo: Veneta, 2020. p. 132.

COSTA, J. F. A. Maritza Montero, Hacer para Transformar. YouTube, 2 de junho de 2021. Disponível em: <Maritza Montero, Hacer para Transformar, com José Fernando Andrade Costa (UEFS)>.

COMPLEXO DO ALEMÃO. In: **WIKIFAVELAS: Dicionário de Favelas Marielle Franco** [Rio de Janeiro, RJ: MediaWiki, 2023]. Disponível em: https://wikifavelas.com.br/index.php/Complexo_do_Alem%C3%A3o. Acesso em: 06 dezembro 2023.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 novembro 2023.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 43 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Acesso em: 17 novembro 2023.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. 1ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 68 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em: 17 novembro 2023.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 17 novembro 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **A voz e a vez das pessoas usuárias na Saúde Mental**. Conselho Nacional de Saúde, 12 dezembro 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3255-a-voz-e-a-vez-das-pessoas-usuarias-na-saude-mental>. Acesso em: 12 de dezembro de 2023.

_____. 8ª. Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 22 maio 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 13 novembro 2023.

_____. **Resolução nº. 715 de 20 de julho de 2023**. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da

17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023> Acesso em: 01 dezembro 2023.

_____. **Resolução nº. 719 de 17 de agosto de 2023.** Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3120-resolucao-n-719-de-17-de-agosto-de-2023>. Acesso em: 1 dezembro 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.077/14.** Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. 2014. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>>. Acesso em 29 de maio de 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **A prática do Controle Social e os Conselhos de Saúde em 14 reflexões.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm#s1>>. Acesso em: 02 de abril de 2023.

CUNHA, A. B. Prefeitura inaugura a primeira Clínica da Família da Vila Kennedy. **Rio prefeitura**, Rio de Janeiro, 10 dezembro 2015. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=5787766#:~:text=O%20Rio%20j%C3%A1%20conta%20com,dos%20cariocas%20atendidos%20pela%20estrat%C3%A9gia>. Acesso em 8 novembro 2023.

D'AVILA, M. I. **A Porta, a Ponte e a Rede.** Série Documenta (UFRJ), Rio de Janeiro, 2003, v. 8, p. 13 - 26. 2003.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Capítulo I: As máquinas desejanter. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O Anti-Édipo.** São Paulo: Ed. 34, 2011 p. 11 - 71. (Coleção TRANS).

_____. Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 1, 2ª Ed., São Paulo: Ed. 34, 2011. p. 17 - 50. (Coleção TRANS).

DELIGNY, F. O aracniano. In: DELIGNY, Fernand. **O aracniano e outros textos.** São Paulo: n - 1 Edições, 2015. p. 288.

EDUARDO, M. B. P.; MIRANDA, I. C. Vigilância Sanitária. **Saúde & Cidadania**, São Paulo, 1998, v. 8. 1998.

FANON, F. Sobre o pretense complexo de dependência do colonizado. In: FANON, Frantz. **Pele negra, Máscaras Brancas.** Salvador: EDUFBA, 2008. p. 83 - 102.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa.** 8ª ed. Curitiba: Positivo, 2010. 960 pp.

FIGUEIRO, J.; EUGÊNIO, F. O encontro é uma ferida. **Excerto da conferência-performance Secalharidade**. Culturgest, jun. 2012. Disponível em: <<https://ladcor.files.wordpress.com/2013/06/o-encontro-c3a9-uma-ferida.pdf>>. Acesso em: 02 de junho de 2023.

FREYRE, G. **Casa Grande & senzala: formação da família sob o regime da economia patriarcal**. 51a ed. São Paulo: Global, 2006. 725 pp.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública – 2022. São Paulo: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>>. Acesso em 09 de abril de 2023.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Cronologia histórica da saúde pública**. 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 01 de junho de 2022.

GOMES, M. K. *et al.* Educación Basada En La Comunidad (EBC): La Experiencia De La Facultad De Medicina De La UFRJ. In: **Educación basada en la comunidad para las profesiones de la salud: Aprendiendo con la Experiencia Brasileña**. OPAS/PAHO, 2015.

GONÇALVES, D. A.; *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf>. Acesso em 28 de maio de 2023.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: RIOS, Flávia; LIMA, Márcia. **Por um feminismo afro latino americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. p. 75 - 93.

GUZZO, R. S. L., *et al.* Ampliando o Conceito de Situação-Limite de Martín-Baró: Diálogos com o Conceito de Crise. **Revista de Psicologia**, Campinas, 2014, v.5, p. 96-105. 2014.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. 126 pp.

_____. **Futuro ancestral**. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022. 122 pp.

LACAN, J. O Seminário - Livro 10 - A angústia. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. p. 367.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. 10a ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 127 pp.

MAGALHÃES, L. E. Veja como foi o primeiro ano do governo de Marcelo Crivella. **O Globo, Rio de Janeiro, 31 dezembro 2017**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/veja-como-foi-primeiro-ano-do-governo-de-marcelo-crivella-22242707> . Acesso em: 4 de dezembro 2023.

MARTINS, L. M. **Performances do tempo espiralar, poéticas do corpo-tela**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2023. 254 pp.

MASP Palestra: Lima Barreto: triste visionário. Palestrante: Lilia Moritz Schwarcz. São Paulo: Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand, 7 abril 2018. 1 vídeo (117 min.). Transmitido pelo YouTube do Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand . Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WhWYXEMnZhw&t=34s> . Acesso em 2 novembro 2023.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista et al. (org.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-46.

_____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 109-137.

MERHY, E. E. *et. al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: AMORIM, Emmanuela. (Org.) **Redes Vivas e bolhas de sabão**. Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2011. p. 77 - 88. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 20).

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2003, v. 27, p. 1 - 13, set - dez. 2003.

_____. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 109-137.

_____. Trabalho em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 278 - 284. 2005. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2023.

MESQUITA, C. Prefeitura do Rio inicia demissões na saúde básica e profissionais continuam em greve. **Brasil de Fato, Rio de Janeiro, 24 janeiro 2019**. Disponível em: <https://www.brasildefatorj.com.br/2019/01/24/prefeitura-do-rio-inicia-demissoes-na-saude-basica-e-profissionais-continuam-em-greve> . Acesso em 8 de novembro 2023.

MONTERO, M. De la otredad a la praxis liberadora: la construcción de métodos para la conciencia. **Estudios de Psicología**, Campinas, 2015, p. 141 - 149, jan - mar. 2015.

_____. Nuevas perspectivas en psicología comunitaria y psicología social crítica. **Ciencias psicológicas**, Montevideo, 2011, v. 5, p. 61 - 68, mai. 2011.

MOREIRA, J. F. R. Aluísio Azevedo e o determinismo social na construção do espaço urbano: reflexões à luz da geografia humanista e cultural. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-graduação em Geografia - UFPR**, Paraná, 2017, v. 11, p. 108 - 128, jul - dez. 2017.

NASCIMENTO, B. Literatura e identidade. In: NASCIMENTO, Beatriz (Org.) **O negro visto por ele mesmo**. São Paulo: Ubu Editora, 2022. p. 111 - 120.

NOBRE, C. **O negro na Polícia Militar: Cor, Crime e Carreira no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Luminária Academia, 2010. 224p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Learning together to work together for health. **Grupo de estudo em educação multiprofissional de saúde pessoal**. Geneva, 1988.

PAIM, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, online, 2011, v. 11, p. 11 - 31, mai. 2011. Disponível em: <https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em 2 de abril de 2023.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 356.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa - intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17 - 33.

PEQUENO, A. Entre o mito e a memória: Atravessamentos histórico, políticos e teóricos entre Gilberto Freyre e Lélia Gonzalez. *Temáticas*, Campinas, 2022, v. 30, p. 57 - 91, fev - jun. 2022.

PINHEIRO, R., MATTOS, R., CAMARGO Jr. K. R (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO 2003. 223 p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Painel das Organizações Sociais**. Rio Prefeitura, Rio de Janeiro, s/d. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/painel-das-organizacoes-sociais>. Acesso em: 04 dezemb

QUINTERO, P. *et al.* Uma breve história dos estudos decoloniais. **MASP Afterall**, São Paulo, 2019, p. 1 - 12. 2019.

REIS, V. A crise que esmaga a saúde no Rio. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2018. Publicado em 13 de novembro de 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>>. Acesso em 2 de junho de 2023.

RIO DE JANEIRO. Índice de Progresso Social da Cidade do Rio de Janeiro 2018-2020 - **XXIX Região Administrativa do Complexo do Alemão**. Disponível em: <<https://ips-rio.pcrj.hub.arcgis.com/pages/complexodoalemao>>. Acesso em 09 de março de 2023.

_____. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Subsecretaria Geral Assessoria de Planejamento em Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2022**. 2022.

_____. Coordenação de policlínicas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Instrutivo para os profissionais NASF realizarem o Accountability**. 2023.

_____. Superintendência de Saúde Mental. **Saúde mental**. Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-mental>>. Acesso em 28 de maio de 2023.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

ROCHA, M. *et al.* O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro. In: CERQUEIRA, Paula; MERHY, Emerson. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 105 - 134. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

RODRIGUES, N. **As raças humanas e a responsabilidade penal do Brasil**. Salvador: Livraria Progresso Editora, 1957. p. 209.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 1ª Ed. Porto Alegre: Sulina; Ed. da UFRGS, 2006. 247 p.

RUFINO, L. **Pedagogia das encruzilhadas**. Rio de Janeiro: Mórula editorial, 2019. p. 164.

SANTOS, B. de S. Pós-colonialismo, descolonialidade e epistemologias do Sul. In: SANTOS, Boaventura de Souza. **Descolonizar: abrindo a história do presente**. Belo Horizonte: Autêntica Editora; São Paulo: Boitempo, 2022. p. 125.

SANTOS, A. B. **A terra dá, a terra quer**. 1a ed. São Paulo: Ubu Editora, 2023. 112 pp.

SEIXAS, C.; *et. al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde. **Interface**, Botucatu, 2019, v. 23, p. 1 - 14. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnJLg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 de maio de 2023.

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001, v. 17, p. 161 - 170, jan - fev. 2001.

SIMAS, L. A. **Umbandas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021. p. 192.

_____. **O corpo encantado das ruas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019. p. 175.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 213 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf. Acesso em: 17 de novembro de 2023.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 210 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/4_CNSM.pdf . Acesso em: 17 novembro 2023.

VASCONCELOS, R. M. G.; *et al.* Exposição no Senado Federal destaca a participação popular. **Jornal da Constituinte**, Brasília, 29 outubro 2013. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/noticias/especiais/constituicao25anos/exposicao-senado-galeria/Jornal-Constituinte.pdf> . Acesso em 13 novembro 2023.