

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

LUÍZA MOREIRA GRISOLIA

**FÓRUM DE SAÚDE E PRODUÇÃO DO COMUM: O CASO DE UM FÓRUM DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2017

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

LUÍZA MOREIRA GRISOLIA

**FÓRUM DE SAÚDE E PRODUÇÃO DO COMUM: O CASO DE UM FÓRUM DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

SÃO PAULO

2017

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha mãe pelo amor, cumplicidade e por me introduzir ao mundo da psicologia desde criança, quando passava as noites estudando para sua faculdade comigo no colo.

Ao meu pai, sempre disposto a ajudar e que, com humor, sempre consegue me tranquilizar.

Ao meu irmão, que me ensinou a brigar pelos meus direitos e a conviver com as diferenças e que, mesmo morando do outro lado do mundo, se faz presente nos momentos mais importantes.

A toda a minha família mineira, que me ensinou que as coisas boas da vida estão na simplicidade. Que me despertou o olhar para as minorias frente às desigualdades e me incentivou a lutar por um mundo mais justo.

A Alan dos Santos, que, com amor, companheirismo e dedicação trouxe música, humor e alimento para o enlouquecido cotidiano.

As minhas melhores amigas, que, mesmo espalhadas pelo Brasil, se fazem tão presentes e sempre torcem pelas minhas conquistas.

Aos queridos vizinhos, que compreenderam minhas ausências e sempre abaixavam o som durante os churrascos aos finais de semana, enquanto eu estudava.

A Maria Carolina Cerqueira César, que, no nosso mundo protegido, acompanhou todo o meu trajeto trazendo sustentação, crítica e crescimento, sempre com muito cuidado.

A Maria Cristina Vicentin, que, com toda a sua dedicação e apoio (sem hora marcada nem lugar) permitiu com que esta jornada, apesar de tensa, tivesse momentos de alegria e leveza. E que, com seus apontamentos, me propiciou um crescimento imensurável.

A todos os colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Lógicas Institucionais e Coletivas, sempre dispostos a ajudar, com suas sugestões e leituras atentas. Um agradecimento especial ao amigo Emiliano de Camargo, que trouxe toda sua cor para o núcleo.

A minha equipe NASF, principalmente minha coordenadora, Augusta Carvalho, que, com toda sua generosidade e delicadeza, compreendeu e apoiou minhas ausências no trabalho. Um

agradecimento especial ao amigo Diego Almeida, que levo do NASF para a vida, pelas incontáveis conversas, discussões teóricas, desabafos e gargalhadas: você faz muita falta.

A toda a rede de trabalhadores de saúde da Zona Norte, que gentilmente me apoiaram para a realização deste trabalho no território e confiaram em mim. Em especial, agradeço a Regina Celi, que, com todo seu comprometimento com o trabalho, contribuiu para a concretização da pesquisa.

Aos amigos do CAPS Infantil Brasilândia, que compartilharam comigo tantas intensidades: carrego para sempre marcas de cada um de vocês, principalmente de Bianca Leal, Juliana Araújo, André Nader e Walter Bahia, que se fizeram presentes nos momentos mais difíceis e mais alegres.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa, por terem tornado este trabalho possível.

“Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma.

Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior....

Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz de pedaços de outras gentes que vão se tomando parte da gente também.

E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim.

Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de ‘nós’.”

Cora Coralina

RESUMO

GRISOLIA, Luíza Moreira. Fórum de saúde e produção do comum: o caso de um fórum da rede de atenção psicossocial. São Paulo, 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017.

O presente estudo propõe analisar o fórum de saúde como um dispositivo de construção das redes de saúde, em diálogo com a noção de *produção do comum*, aqui entendida, com Espinosa, como tudo aquilo que se produz no encontro entre pessoas que estabelecem formas múltiplas e mútuas de afetação e cujo efeito é o aumento de potência de cada um. Os fóruns de saúde são arranjos organizativos que reúnem profissionais de saúde de diferentes serviços para o debate e negociação de estratégias de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), de análise crítica das práticas de saúde e de articulação de redes. Tal dispositivo, por se configurar como um lugar de fronteira na política pública, carrega a potência de produzir modos democráticos de fazer/pensar saúde. A pesquisa foi realizada a partir da participação observante em um fórum de saúde da Zona Norte do município de São Paulo, com o objetivo de analisar como opera no espaço do Fórum a experimentação de sociabilidade, a produção do comum e a construção coletiva de estratégias criativas. A temática do fórum é a Rede de Atenção Psicossocial, que visa a articulação de redes entre equipamentos da atenção básica, saúde mental, hospitais e outros setores para além da saúde. O material colhido (temas, diálogos, afetos) foi registrado em diário de campo, destacando os modos concretos de relação que se estabelecem neste espaço coletivo. O material foi analisado na perspectiva da análise institucional, na forma de eixos temáticos e de eventos críticos. Posteriormente, foi apresentado na forma de cenas analisadoras, evidenciando as afetações e relações de poder que circulam entre os participantes. A partir da retomada teórica dos conceitos de rede e de produção do comum, com aportes de autores como Espinosa, Negri e Teixeira, refletimos sobre o lugar do fórum de saúde na construção do SUS. Apontamos para o fórum como lugar de fronteira entre o dentro e o fora, entre o público e o privado, lugar de deslocamento de sentidos, nos quais é possível identificar zonas de comunidade que propiciam soluções criativas para a construção do cuidado em saúde.

Palavras-chave: fórum de saúde, redes de saúde, produção do comum.

ABSTRACT

GRISOLIA, Luíza Moreira. Health forum and production of the commons: the case of a forum within the psychosocial care network. São Paulo, 2017. Dissertation (Master's Degree in Social Psychology) - Post-Graduate Program in Social Psychology, Pontifical Catholic University of São Paulo, 2017.

The present study proposes to analyze the health forum as a device for the creation of healthcare networks, in conjunction with the idea of production of the commons, hereby understood, alike with Espinosa, as everything that results from the gathering of people who establish multiple and equivalent mannerisms and whose effect is the increase of potential in each one. The health forums are organizational arrangements that bring together health professionals from different departments to debate and negotiate strategies for building Brazil's publicly funded healthcare system (SUS), as well as critical analysis of health practices within itself and joint networks. By setting itself up as a border place in public policy, the aforementioned instrument, bears the potential to promote democratic ways of doing / thinking about health. The research was conducted from observant participation in a health forum in the Northern Zone of São Paulo, Brazil, with the sole purpose of analyzing how the sociability experimentation, the production of the commons and the collective construction of creative strategies operate inside the device. The main theme of the discussion forum is the Psychosocial Attention Network, which aims to create links between the basic healthcare devices, mental health, hospitals, amongst other areas beyond the healthcare network. All the collected material (themes, dialogues, affections) has been kept in a field diary, highlighting the concrete ways of establishing relationships in this collective space. The said material has been analyzed from the institutional review perspective, in the form of themes and critical events. It has been later presented in the form of construe scenes, emphasizing the affections and power relations which surround the attendants. Based on the theoretical recovery of network concepts and the production of the commons, and with the assistance of authors such as Espinosa, Negri and Teixeira, we speculate the place of the health forum in the framing of SUS. We also indicate the forum as a boundary between the inside and the outside, the public and the private, a place of displacement of senses, in which it is possible to identify community areas which provide creative solutions for the healthcare creation.

Keywords: health forum, healthcare networks, production of the commons.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS¹

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AME Psiquiatria – Ambulatório Médico de Especialidade de Psiquiatria

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS Adulto – Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CCJ – Centro Cultural da Juventude

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativismo

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

CT – Conselho Tutelar

EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental

EP – Educação Permanente

ESF – Estratégia Saúde da Família

FSM – Fórum Social Mundial

GT – Grupo de Trabalho

¹ Esta lista de abreviações, além de situar o leitor, também foi elaborada para os participantes da pesquisa. A demanda surgiu em um encontro do fórum estudado, da necessidade de incluir os recém-chegados participantes do fórum nas discussões.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NISA – Núcleo Integrado de Saúde Auditiva

OSS – Organização Social de Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

SEAS – Serviço Especializado de Abordagem da Assistência Social

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

STS – Supervisão Técnica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Terapeuta Ocupacional

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1: O FÓRUM E A ARTICULAÇÃO DE REDES DE SAÚDE.....	21
1.1 Fórum de saúde.....	27
1.2 Redes de saúde.....	33
CAPÍTULO 2: A PRODUÇÃO DO COMUM.....	45
2.1 A multidão e o comum.....	49
2.2 Potência dos encontros em Espinosa.....	51
CAPÍTULO 3: PROCEDIMENTOS E PERCURSO DA PESQUISA EMPÍRICA.....	56
3.1 Lócus e participantes.....	58
3.2 Pactuação e análise de implicação.....	62
CAPÍTULO 4: O FORA DO FÓRUM.....	66
Cena 1 – Tecendo rede entre saúde e assistência.....	67
Cena 2 – Tensão entre diferentes concepções de cuidado.....	73
Cena 3 – Confeção da carta.....	75
Cena 4 – Manifesto de repúdio.....	84
Cena 5- “Eu fórum!”.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS	
I. Quadro de atividades da pesquisa.....	105
II. Quadro de análise Fórum RAPS.....	106
III. Quadro-síntese Fórum RAPS.....	108
IV. Quadro de análise Redes e Saberes.....	110
V. Quadro-síntese Redes e Saberes.....	112

APRESENTAÇÃO

Tenho em memória o primeiro Fórum de Saúde de que participei, quando ainda estava na faculdade, no ano de 2007. Eu era estagiária de psicologia e acompanhava duas duplas *matriciais*² de saúde mental na região da Brasilândia, Zona Norte do município de São Paulo. O fórum se chamava na época “Fórum dos Trabalhadores da Saúde” e seu público era de trabalhadores da saúde daquele território. A pauta daquele dia era a recente lançada portaria do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³ e a notícia de que as tantas duplas *matriciais* presentes naquele território não precisariam mais existir. A notícia veio como uma bomba para os profissionais, que estavam, naquele momento, tentando entender do que se tratava aquele tal NASF. A discussão era inflamada – os profissionais diziam que os trabalhadores não poderiam deixar que uma portaria elaborada de cima para baixo fosse implementada; e que era preciso considerar a organização dos profissionais do território. Os profissionais que trabalhavam nas duplas *matriciais* tinham seu trabalho ameaçado. Se quisessem permanecer naquela função, fazendo *matriciamento*, mas já dentro de outra perspectiva, teriam que concorrer a processo seletivo em uma Organização Social de Saúde (OSS). Os fóruns que seguiram trabalhando continuaram a pensar em formas de fazer resistência à nova portaria. Por fim, todos os profissionais *matriciadores* foram aprovados na seleção profissional para trabalhar no NASF, menos um. O fórum se organizou para que esse profissional continuasse no território, com seus colegas, e conseguiu que a OSS o contratasse. Impressionou-me aquela organização dos profissionais e a presença de tantos afetos misturados – raiva, dor, alegrias compartilhadas etc. Na época, não entendi muito bem aquela euforia toda, mas o que estava em jogo naquele momento, além da construção de uma equipe ampliada, que incluiria na atenção básica o cuidado na área de reabilitação e saúde mental, era

² Na Saúde Mental, as equipes eram formadas por seis profissionais que operavam como equipe volante. O trabalho era organizado por referência de duplas de profissionais (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatra) para cada Equipe de Saúde da Família. Tal modelo estava proposto desde 1998 naquele território. (ALMEIDA e CAMPOS, 2015).

³ Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, que “cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF: Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado” (BRASIL, 2008).

mesmo a luta contra a terceirização⁴ do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, aos poucos, pude perceber a relação intrínseca entre a clínica e a política na saúde pública.

Pude observar, nesses fóruns de que participei, a articulação entre os equipamentos. Todos se reconheciam e compreendiam o funcionamento uns dos outros, seus fluxos e objetivos. Os fóruns me pareciam também espaços de acolhimento do profissional, que (com)partilhava seu sofrimento e impasses, que se conectava e produzia questões comuns àquele coletivo e estabelecia parcerias de trabalho conjunto. O fórum funcionava como um polo aglutinador, que fomentava discussões sobre os desafios enfrentados, e no qual os profissionais podiam refletir sobre suas práticas, tanto em relação ao funcionamento dos fluxos da rede quanto à construção de estratégias criativas na coletividade, produzindo potência de ação. No entanto, em alguns momentos, eles pareciam como que naturalizados, tornando-se assim vazios e despontencializados, como pude observar, por exemplo, na pouca participação dos próprios trabalhadores da saúde, bem como de outros setores, como educação, assistência social etc., e de usuários.

O encantamento despertado no estágio me fez traçar um caminho profissional na saúde pública do município de São Paulo. A proposta deste estudo surgiu da minha experiência de trabalho como psicóloga, por cinco anos, em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e, após por três anos, até os dias de hoje, em uma equipe NASF. Surgiu também do investimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), quando os fóruns de saúde eram uma das atividades em que eu buscava me inserir, como no fórum da infância, no fórum de cultura de paz e prevenção a violência e no fórum de saúde mental, espaços esses que me trouxeram diversas inquietações.

Tais inquietações podem ser melhor situadas se trouxermos alguns elementos relativos ao processo de trabalho em saúde, cujos efeitos estavam presentes seja no conteúdo das conversas nesses fóruns, seja no modo mesmo de eles operarem.

Segundo Merhy e Ceccim (2014, p.155), “as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos; uma

⁴ Terceirização consiste na transferência da gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde pública para entidades paraestatais sem fins lucrativos, tais como as Organizações Sociais (OSS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme permissivo disposto no art. 199 da CF/88. A grande discussão reside na inconstitucionalidade e ilegalidade da transferência integral da saúde pública para essas entidades privadas, na medida em que CF/88 e a Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/1990 autoriza apenas a sua transferência complementar. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16.MI203719.61044-A+terceirizacao+dos+servicos+de+saude+no+Brasil>. Acesso em 03 mai. 2017.

lógica burocrática organizacional [...]”e podem tornar o profissional refém destes imperativos com pouca possibilidade de pensar e agir por si mesmo. Os mesmos autores alertam também para o fato de que o trabalho do profissional da saúde está submetido ao paradigma hegemônico biologicista, que impõe conhecimentos técnicos, protocolares e disciplinares, fundamentalmente ao domínio de saberes formais, que prescrevem certos modos de atuar, legitimados em condutas do tipo diagnóstico-prescrição. Como exemplo dessas práticas na atualidade, temos o fenômeno de medicalização da vida, que substitui o usuário por um diagnóstico ou sintoma, quando “as imposições do mercado em saúde, a exemplo da indústria de medicamentos, definem o que é o atender/tratar” (MERHY; CECCIM, 2009, p. 532). Desse modo, segundo os autores, o cuidado em saúde tende a se tornar:

(...) uma relação fria, tecnicista, excessivamente objetiva, centrada em procedimentos, orientada pelo paradigma biologicista etc.; onde as pessoas são tomadas por objeto, por um diagnóstico de doença, por um histórico de queixas ou por uma situação de risco, entre outras condições que as dessingularizam/reificam (MERHY; CECCIM, 2009, p. 532).

Os autores afirmam que a superação de uma concepção de saúde na sua faceta protocolar, assim como na mercantilista, que acabam por dessingularizar os usuários, na direção de uma concepção de saúde que diz respeito a produção de vida, centrada no contato com a alteridade, pode ser conquistada através dos *encontros*. Segundo Merhy e Ceccim (2009, p. 533), uma micropolítica do trabalho em saúde, presente nos encontros, carrega a potência de resistir à macropolítica do gerenciamento, da corporativização ou das racionalidades.

Na micropolítica, não na microssociologia, encontramos/reconhecemos/buscamos a resistência às capturas, a luta pelo direito à criação, a exposição e a vivência, em ato, de uma relação. A micropolítica opõe-se à política das vigências disciplinares, das racionalidades hegemônicas, é a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato (MERHY; CECCIM, 2009, p. 533).

Os encontros estão sempre em aberto, sob distintas possibilidades de subjetivação, que podem “caminhar de um processo de serialização e controle ao processo de singularização de

subjetividades” (MERHY; CECCIM, 2009, p. 533). Segundo os mesmos autores, é através dos encontros que o trabalho em saúde pode adquirir a potência de produção de realidades, “trabalho vivo em ato, constituidor de mundo, território de disputa com as ditas forças externas pelas forças de criação”. Portanto, produzir saúde a partir de uma concepção ético-política é produzir novos sujeitos e novas práticas.

Entendemos que os espaços coletivos, organizados numa perspectiva participativa e de interação, carregam a potência de produzir esses encontros, sendo o fórum, como sugere Whitaker (2005, p. 71), “um espaço aberto de encontro para o aprofundamento da reflexão, o debate democrático de ideias, a formulação de propostas, a troca livre de experiências e a articulação para ações eficazes”.

O fórum é um arranjo organizacional em que trabalhadores de diferentes serviços e inserções institucionais se *encontram* para um processo de cogestão do trabalho em saúde, tendo entre suas principais finalidades a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que vem sendo apontada como questão essencial para o desenvolvimento e consolidação de um sistema público de saúde universal, equânime e integral (BRASIL, 2010). Segundo o Ministério da Saúde:

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Mas as redes não se caracterizam somente como arranjo organizacional, que possibilita a gestão e o controle das ações e dos serviços de saúde. Segundo Merhy et al. (2014), trabalhar em rede a partir de uma concepção micropolítica implica produzir encontros, compor projetos comuns na diferença, implica construir possibilidades para além dos limites de saberes e práticas estanques. Conforme sugere Teixeira (2015, p. 40), devemos superar a concepção de rede enrijecida, como simples integração do sistema ou coordenação do cuidado, para “produzir redes colaborativas e sociais para a troca de opiniões éticas entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde”.

O presente estudo propõe analisar o fórum de saúde como um dispositivo de construção das redes de saúde, em diálogo com a noção de *produção do comum*, aqui entendida como

“tudo aquilo que se produz no encontro entre pessoas, que estabelecem formas múltiplas e mútuas de afetação e cujo efeito é o aumento de potência de ação de cada um” (ESPINOSA, 1983, apud DOMINGUES, p. 13). Para Espinosa, é através da afetividade que o homem pode elevar seus instintos a consciência, por meio de significados, de mediar a afecção pelos signos sociais, aumentando ou diminuindo sua potência de ação (SAWAIA, 2000).

É através das relações sociais que construímos nossos modos de sentir, ver e perceber o mundo; e é através do afeto, produzido no encontro entre os corpos, que podemos produzir novos pensamentos e uma ação política transformadora. Segundo Hardt (2010), a produção do comum surge como possibilidade de produzir ideias, emoções, relações sociais e modos de vida mais potentes e democráticos, como forma de resistência aos mecanismos de controle e assujeitamento, que lutem contra a expropriação de direitos, próprias do capitalismo.

Hardt e Negri (2005) afirmam que a produção do comum está ligada ao bem público. “A defesa de um público que não se reduz e, em certa medida, resiste ao poder estatal passa pela aproximação da noção de público ao conceito de comum” (HARDT; NEGRI, 2005 apud TEIXEIRA; SOUZA, 2016, p. 35). Compreendemos o fórum como um modo de operar no sentido de um exercício ético-político, de experimentação de novas formas de sociabilidade, comunidade e constituição do espaço público. Nesse sentido, compreendemos o público como não ligado ao Estado e sim como a experiência concreta dos coletivos, que podem conferir às políticas de saúde uma permanente dinâmica de criação (TEIXEIRA; SOUZA, 2016, p. 33).

Desde a Constituição Federal de 1988, instituíram-se juridicamente mecanismos de participação da sociedade civil organizada no controle social e na definição das ações do Estado no que se refere a políticas públicas. Nesse cenário, os Fóruns de Saúde foram os primeiros espaços públicos de participação a serem organizados. Posteriormente foram organizados os Conselhos e as Conferências de Saúde (David, 2014). Especificamente no município de São Paulo, no mandato de Luiza Erundina (1989-1993), as políticas de saúde foram objeto de reformulações e de grande avanço na gestão democrática dos serviços, com a criação de conselhos e fóruns e com valorização dos saberes populares (ANDRADE et al., 2016). Na gestão da prefeita Marta Suplicy (2001-2004), as regiões foram divididas administrativamente em Supervisões Técnicas de Saúde e, em 2002, foram propostos os Fóruns de Saúde Mental em todo o município. Desde então, encontramos nos 25 territórios sanitários de São Paulo tal organização dos trabalhadores de saúde, com modos singulares de funcionamento conforme o contexto histórico e as peculiaridades locais. Tais espaços

coletivos têm sido importantes instrumentos para o debate e a negociação de estratégias políticas de construção do SUS e de análise crítica das práticas de saúde. Entendemos os fóruns como espaços potentes para tal debate, ou, como afirmam Passos e Kastrup (2010), para exercício clínico-político de inclusão do conflito, com manutenção das condições de possibilidade de análise em grupo.

Consideramos que os fóruns podem ser lócus privilegiado de construção de *redes vivas* de saúde, compreendidas aqui não somente como um arranjo organizacional que possibilita a gestão e o controle das ações e dos serviços, mas rede de saúde como produção autônoma dos trabalhadores, através dos encontros entre subjetividades que se propõem ao cuidado por meio de ações coletivas. Merhy (2014, p.153) nos diz de uma concepção micropolítica da rede viva, “como modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver socialmente”. O autor fala da importância dos processos de encontros e suas relações de poder; nesse sentido, produzir redes é produzir conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento. Ainda dentro de uma concepção micropolítica, as redes neste trabalho também são compreendidas a partir de uma “dimensão conversacional e afetiva, que se dá nas relações cotidianas do trabalho e na prática de uma democracia em ato” (TEIXEIRA, 2004). Nossa hipótese é que tais espaços coletivos promovem encontros que carregam a potência de conformar zonas de comunidade, no sentido de aquecer as redes de saúde e propiciar soluções criativas para a construção de um SUS de qualidade (TEIXEIRA; SOUZA, 2016).

Cabe sinalizar que, durante a realização da pesquisa, o Brasil sofreu um golpe de estado, com o impeachment da presidenta Dilma e a tomada de poder pelo seu vice, Michel Temer, em agosto de 2016. O novo governo do presidente não eleito, com a justificativa de equilibrar as dívidas públicas, está tomando diversas medidas que retiram os direitos conquistados pela população, como a redução do número de ministérios, a não representatividade das mulheres nos mesmos, a reforma da previdência etc. Diante deste panorama, o SUS está mais do que nunca ameaçado, com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional - PEC 241⁵, de 25 de dezembro de 2016, que prevê o congelamento dos gastos com saúde e educação por vinte anos. Além disso, o atual ministro da Saúde, Ricardo Barros (PP-PR), declarou que o tamanho

⁵ Um estudo produzido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa do Senado Federal, em novembro de 2016, concluiu que a PEC 25 fere diversos preceitos da Constituição promulgada em 1988 e representa a negação dos direitos fundamentais. Disponível em: <http://fenafar.org.br/index.php/2016-01-26-09-32-20/saude/1210-a-pec-do-fim-do-mundo-e-inconstitucional-afirma-consultoria-legislativa-do-senado>. Acesso em 05 dez. 2016.

do SUS deveria ser revisto porque o país não conseguiria mais sustentá-lo em função da escassez de recursos financeiros⁶. A informação veio acompanhada da notícia de que Barros tivera a campanha eleitoral financiada por planos de saúde privados. O direito da população à saúde universal, conquistado com muita luta no SUS, vem sofrendo grave desmonte diante do avassalador processo de terceirização e mercantilização da saúde, que propõe também o fortalecimento de planos de saúde privados, ao quais apenas uma pequena parcela da população teria acesso.

Além desta situação conjuntural do país, segundo Pedro Delgado (2015), há um conjunto de fragilidades que dificultam a construção da RAPS e consolidação da Reforma Psiquiátrica, dentre eles: graves problemas na gestão dos serviços, fragilidade da articulação da saúde mental com a atenção básica e baixa densidade de articulação das ações intersetoriais. No que se refere aos problemas na gestão, o autor explica:

(...) vão desde deficiências na estrutura (serviços comunitários instalados precariamente; vínculos profissionais fragilizados pela tendência avassaladora da terceirização), nos processos (baixíssima consolidação de consensos técnicos para funcionamento das equipes nos vários dispositivos da rede de atenção; ausência de mecanismos de avaliação permanente) e nos resultados (disparidade entre a efetividade de serviços mesmo em contextos semelhantes; critérios pouco claros de cobertura territorial efetiva, impedindo avaliação de impacto) (DELGADO, 2015, p. 15).

O município de São Paulo, particularmente, enfrenta um momento político de grandes desafios na construção do Sistema Único de Saúde. A cidade vem sofrendo intenso processo de terceirização da gestão de serviços e de pessoal do setor da saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais de Saúde (OSS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico. Atualmente, são poucos os equipamentos de saúde administrados de forma direta no município de São Paulo, nos quais os profissionais são concursados e geridos pelos órgãos públicos. Em sua maioria, os serviços têm administração indireta, em que a prefeitura estabelece parceria com entidades sem fins lucrativos para que estas administrem os serviços e os profissionais, que são contratados no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A administração indireta resulta numa

⁶ Entrevista ao jornal Folha de S. Paulo, 17 de maio de 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>. Acesso em dez. 2017.

precarização do trabalho, tanto pela dificuldade para se realizar adequadamente a função de servidor público de saúde quanto pelo vínculo trabalhista instável, expondo os profissionais à constante ameaça de desemprego (Verde et al., 2013). Essa situação também implica risco aos princípios e diretrizes do SUS. Algumas organizações estão ligadas a uma tradição hospitalocêntrica ou religiosa e não executam o trabalho segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, conquistados com a Luta Antimanicomial, que engloba o trabalho em rede e comunitário. Esse contexto permite a coexistência de diferentes paradigmas sobre o modo de fazer/pensar saúde nos diversos equipamentos da saúde.

Delgado (2015) compreende que coexistem diferentes modelos teóricos na atenção básica e na saúde mental, que resultam em diferentes concepções sobre o que é o cuidado em saúde. Segundo ele:

(...) problema que não pode ser enfrentado apenas pela burocratização das ações nas redes de atenção, mas pela abordagem sistemática do diálogo entre os modelos teóricos diversos que sustentam atenção primária e atenção psicossocial (DELGADO, 2015, p. 15).

Podemos observar na prática a existência de equipamentos dentro da própria saúde mental, com diferentes modelos teóricos de clínica presentes no mesmo território. Exemplo disso são os serviços localizados na Zona Norte de São Paulo: um deles, o Ambulatório Médico de Especialidade – Psiquiatria (AME – Psiquiatria), que presta serviço num modelo de clínica tradicional e, o outro, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que responde a um modelo de clínica territorial e comunitária. A coexistência desses equipamentos representa a luta entre a clínica tradicional médico-centrada, que reduz o sujeito a doença, baseada em queixa-conduta, muitas vezes medicalizante, e entre a clínica ampliada, que pretende compreender o sujeito inserido em seu contexto econômico e social, promovendo sua alteridade. Desse modo, os trabalhadores do SUS vivenciam ambiguidades em seu cotidiano, tendo em vista essas fragmentações e contradições.

Nesse contexto político em que a existência do SUS está sob ameaça, é de suma importância avançar no entendimento dos processos que perfazem as construções das redes, olhar para seus movimentos, para as linhas de força que os atravessam, para agenciamentos e afetos produzidos. Essa compreensão pode contribuir para apoiar as diversas iniciativas de

construção de redes vivas e coletivos potentes, que possibilitem a produção de resistências diante do cenário político adverso.

Diante disso, esta pesquisa buscou acompanhar e analisar como estão acontecendo esses encontros de diferentes serviços e sujeitos nos fóruns de saúde. Levantamos aqui diversas questões: Como se dá a abertura para o outro, o exercício na/com as diferenças e a emergência de conflitos? Como se coloca a resistência a formas dadas de controle que incide sobre a vida e o modo de produzir saúde? Como se produzem zonas de comunidade que propiciam soluções criativas para a construção de um SUS de qualidade? De que modo as redes de saúde podem se tornar estratégias para sustentar potências desejanças?

Para tentar responder essas perguntas, foi realizada uma participação observante durante um ano em um fórum da RAPS do município de São Paulo, na perspectiva do método da Cartografia, que permite acompanhar o desenvolvimento da experiência, bem como compreender os modos concretos de relação que se estabelecem neste espaço coletivo (PASSOS; KASTRUP, 2010). O material coletado e registrado no diário de campo foi analisado em diálogo com o conceito de rede e de produção do comum, utilizando autores como Espinosa, Negri, Teixeira, dentre outros.

O resultado deste trabalho está estruturado do seguinte modo. No capítulo 1 intitulado “O fórum e a articulação de redes de saúde”, discutimos o funcionamento do Fórum como espaço coletivo, produto e produtor da política de saúde, e como nele acontece a construção de redes de saúde como produção autônoma dos trabalhadores, que possibilitam a criação de novos modos de pensar/produzir cuidado. No capítulo 2, tendo como base Espinosa, falamos sobre Produção do Comum, compreendida como a produção de potência (potência de vida, de pensar e de agir) no encontro dos corpos, encontro entre singularidades que produzem afecções e relações de composição. No capítulo 3 apresentamos os procedimentos e percursos da pesquisa, com a contextualização do fórum e território estudado. Finalmente, no capítulo 4, intitulado “O fora do fórum”, foi realizada a análise a partir de cinco cenas do material coletado. Nas “Considerações Finais”, apontamos para o fórum como lugar de fronteira entre o dentro e o fora, entre o público e o privado, lugar de deslocamento de sentidos, nos quais é possível identificar zonas de comunidade que propiciam soluções criativas para a construção do cuidado em saúde.

CAPÍTULO 1

O FÓRUM E A ARTICULAÇÃO DE REDES DE SAÚDE

Michel Serres, filósofo francês, em seu livro “Atlas” (1994) fala sobre a possível origem da palavra *fórum*. Nesse livro, o autor diz que, devido à transformação das ciências e de seus inventos tudo está a mudar: “o trabalho, a sua organização e o vínculo social que ele pressupõe ou destrói; a família, as escolas, os campos e as cidades, as nações e as políticas, o habitat e as viagens, as fronteiras, a riqueza e a miséria, etc.” (SERRES, 1994, p.11) Devido a essas mudanças, em que as redes de comunicação realizam os espaços virtuais outrora reservados somente aos sonhos e às representações, o próprio espaço altera-se e exige-nos a construção de outros mapas-múndi. “As antigas questões de lugar, onde é que nós falamos, você e eu, por onde passam as nossas mensagens, parecem fundir-se e difundir-se, como se o tempo novo organizasse um outro espaço” (Idem, ibidem, p. 12). Ao viajarmos de outra forma, em um sítio virtual, sem precisar mover um dedo, já não habitamos o mundo da mesma maneira, os lugares mudaram de vizinhança e os limites de proximidade; o que parecia distante, devido às tecnologias, é percebido pelo corpo de outra forma.

No segundo capítulo do livro intitulado “Espaço local”, especificamente na parte intitulada “Ser fora daí”, o autor utiliza a novela *Le Horla*⁷, de Guy de Maupassant, como metáfora para descrever as relações que estabelecemos com o outro/desconhecido. Maupassant, personagem narrador da novela, criou um substantivo inexistente até então na língua francesa para nomear o personagem *Le Horla*, palavra que segundo Serres (1994, p. 65) tem em sua origem uma contradição, já que *Hors* indica o exterior e o retirado, enquanto *là* designa o lugar próximo: “o Horla descreve, então, uma tensão entre o adjacente, o confiante, o contíguo e o afastado, atingido ou inacessível, a partir dessa proximidade”.

⁷ A novela “apresenta um personagem narrador que conta, no decorrer das páginas de um diário íntimo, a intrusão de um fantasma em um período bem definido de sua vida: de 8 de maio a 10 de setembro. A originalidade do texto está na sofisticação com que o personagem narrador alterna em seu relato fatos corriqueiros a fatos fantásticos, oferecendo ao leitor uma linha tênue entre o real e o imaginário. No decorrer da narrativa, pode-se observar uma inquietude específica: o narrador tem a impressão de que um outro ser vive ao seu lado – ele finalmente passa a denominá-lo *Le Horla*. Apesar de tentar se livrar de sua obsessão através de um afastamento do local em que acredita ver a estranha criatura, quando de volta à sua casa, ele crê em uma presença invisível. Por fim, ele acaba se submetendo ao “outro”, a quem tenta compreender. Em um processo de crescente complexidade psicológica, o personagem se vê atraído por esse ser. Ele acaba por acreditar tê-lo trancado em seu quarto e incendeia sua própria casa para queimá-lo. Mesmo após esse ato insensato, ele ainda não acredita na morte daquele que o assombrava e, ao final, vê no suicídio a única saída para libertar-se de suas aflições e desse mundo que o dissolve lentamente” (GHIRARDI, 2015, p.17).

O lugar próximo, para o autor, pode se relacionar ao que nomeamos de íntimo, a tudo que se refere a interno, a proximidade, ao habitat ou, ao lar, à vida privada, à família ou à solidão. Já a palavra *Hors*, indica o exterior e tem sua possível origem na palavra *fórum*. Segundo Serres (1994, p. 67), “*Hors* vem de *foris* ou *fores*, que significa porta de casa que dá para o exterior: *forum* deve ter inicialmente significado o recinto que rodeia a habitação, o jardim ou a pradaria, antes de passar a designar praça pública da cidade”. O autor nos diz do fórum como um movimento gradual, que caminha do próximo ao afastado, do interior para o exterior, que não designa lugares fixos e sim um deslocamento por prolongamento analítico. Deslocamento este que se inicia da porta da casa, para a soleira, para a praça até a floresta ou o exterior. O autor também fala da passagem do foro íntimo, que habitava o lugar privado da consciência, em contraposição ao fórum como tribunal civil e político, reservado à jurisdição pública. Em suas palavras:

No fórum encontra-se o tribunal civil e político, enquanto no tido jurídico encontra-se no foro, íntimo ou interior, antigo tribunal da consciência, por oposição ao foro externo, reservado à jurisdição pública. (...) Num balanço paradoxal, a família designa um interior ou recinto fechado, em seguida um exterior, a floresta desabrigada, depois a porta, soleira ou passagem que as une ou as separa, e o tribunal que toma as decisões; enfim, o foro fantástico do louco (SERRES, 1994, p. 68).

Outra acepção da palavra é o *foranus* latino, o estrangeiro, que esboçou o termo francês *farouche* (feroz), aquele que vive na floresta, no exterior, forasteiro, excluído, extraviado, que ocupa lugar errante, só possível por estar fora, em uma zona de intersecção. Em certo sentido, o *foranus* latino, por ser excluído, pode habitar o lugar que escapa da lei.

Portanto, a origem da palavra *fórum* nos sugere um lugar de fronteira entre o dentro e o fora, entre o público e o privado, entre o familiar e o desconhecido. O autor nos diz que o conhecimento pode ser alcançado através da topografia, que nos serve para descrever as relações de vizinhança e proximidade, sem qualquer necessidade nem da distância nem da quantidade para medi-la:

A topologia desposa o espaço, de outra forma e melhor. Para tal, ela usa o fechado (dentro), o aberto (fora), os intervalos (entre), a orientação e a direção (para, à frente, atrás), a proximidade e a adesão (perto, sobre, contra, a seguir, junto), a imersão (entre), a dimensão... e assim sucessivamente, todas as realidades sem medida e com relações (SERRES, 1994, p. 69).

Portanto, para descrever as relações é necessário falar da passagem entre o exterior e o interior, entre o longe e o perto, entre o exterior e o íntimo, entre o fora e o aí, do lugar privado ao lugar público. Dito em outras palavras, não há vida nem pensamento sem relações. Nós nos constituímos em relação com o espaço e com os outros, sempre, relação que é de extensão e prolongamento. “O eu, poroso, misturado, acumula presença e ausência, conjuga e cose o próximo e o longínquo, o real e o virtual, separa e avizinha o fora e o aí” (Idem, *ibidem*, p. 81).

Segundo o mesmo autor, essa relação topológica entre o dentro e o fora constitui-se em um paradoxo, pois quanto maior a proximidade, maior pode ser o afastamento em relação a algo: “por familiaridade, ou antes, devido a este hábito que nos vem da habitação, o excesso de proximidade equivale a um afastamento” (Id., *ib.*, p. 67). O que nos é habitual pode passar despercebido – isso nos sugere a noção de que vemos sem olhar, de que tocamos sem palpar, e que tanto o muito pequeno como o muito grande permanecem imperceptíveis. “Ver pressupõe um observador imóvel, visitar exige que percebamos ao movermo-nos” (SERRES, 1994, p. 65). Por isso se faz necessário visitar, neste movimento/deslocamento para o fora: o deslocamento modifica o espaço percebido.

Dessa maneira, tomamos o fórum como espaço de passagens, virtual, de deslocamento para o “fora”, que nos permite habitar a borda, o “entre”, lugar de fronteira, e, assim, observar mais nitidamente o espaço e poder desfrutar deste movimento/caminho que permeia as relações.

Tomaremos agora a experiência emblemática do Fórum Social Mundial (FSM), que, de certa forma, nos conta de uma experiência de habitar este lugar do “fora” e questionar a realidade que está dada. O primeiro Fórum Social Mundial foi realizado em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) no ano de 2001 e contou com a participação de 20.000 pessoas, quando seus organizadores esperavam o número de 4.000 pessoas, em média. Estavam presentes diversas entidades de 117 diferentes países, além de 1.870 credenciados da imprensa. Segundo Whitaker (2005), um dos idealizadores do Fórum Social Mundial, a ideia surgiu como contraponto ao Fórum Econômico Mundial realizado em Davos, Suíça, que reúne os principais líderes empresariais e políticos do mundo. O mesmo autor afirmou que, com o Fórum, o “pensamento único do capitalismo triunfante – em torno do qual os donos do mundo se reuniam em Davos – podia ser contestado pela utopia de um outro mundo possível” (WHITAKER, 2005, p. 19).

Dessa forma, as diversas atividades do primeiro Fórum Social Mundial – conferências, seminários, oficinas – se desenvolveram em torno de quatro eixos temáticos: “Produção de riquezas e reprodução social”; “Acesso às riquezas e sustentabilidade”; “Afirmação da sociedade civil e dos espaços públicos”; e “Poder político e ética na nova sociedade”. O sucesso dessa primeira experiência evidenciou a capacidade de mobilização que a sociedade civil tem frente aos modos hegemônicos de construção de políticas. Whitaker (2005, p. 15) explicou o porquê de tal sucesso do FSM:

Por que tal sucesso? Uma explicação possível é a da oportunidade de sua proposta: iniciar uma fase propositiva de luta. A razão mais profunda talvez tenha sido, no entanto, o fato de ele permitir a experiência de uma prática política coerente com o tipo de sociedade, igualitária e democrática, que se quer construir. Irrupendo no cenário como um vento novo, ele abriu perspectivas. Assumindo a horizontalidade das estruturas em rede, ele desbloqueou a ação política e nos fez reencontrar a utopia, que alimenta o entusiasmo.

A experiência do FSM acontece até os dias de hoje, anualmente, e teve como sede diversos países, como Índia, Quênia, Caracas etc. Seu lema é “Um outro mundo é possível”. A expressão utilizada pelos participantes daquele primeiro evento era “Tô fórum”, indicando um posicionamento contra os ideais do neoliberalismo⁸. Essa expressão sinaliza uma posição “fora” das formas de poder instituídas pelo sistema capitalista, que produzem desigualdade e pobreza.

Francisco Whitaker (2013) compreende ser o Fórum um espaço aberto de encontro horizontal – sem dirigentes, porta-vozes ou hierarquizações – de movimentos e organizações da sociedade civil que visam, autonomamente em relação a partidos e governos, a superação do neoliberalismo. Segundo ele:

⁸ Segundo Rizzotto (2009), o neoliberalismo surgiu no final do séc. XX e a essência do seu pensamento baseia-se na defesa do livre curso do mercado, colocando-o como mediador fundamental das relações societárias e no Estado mínimo como alternativa e pressuposto para a democracia. “Consiste principalmente na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista”. No Brasil, este pensamento se aprofundou nas décadas de 90 e 2000, com a implementação de reformas administrativas e gerenciais, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros). Especificamente na Saúde Pública, a assimilação destes pressupostos teve como consequências “a mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público e terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos” (RIZZOTTO, 2009).

A invenção desses “espaços” tem por objetivo criar condições para que esses movimentos e organizações possam, por meio de atividades organizadas por eles mesmos, reconhecer-se mutuamente e intercambiar análises e experiências, respeitando sua diversidade e heterogeneidade de suas lutas – ao mesmo tempo que pela possibilidade de serem feitas tantas “declarações” quantas os participantes dos fóruns o decidam, para demarcar seus próprios engajamentos (WHITAKER, 2013, s/p).

Trata-se de uma nova cultura política, cuja construção estará sempre em processo e que assume a horizontalidade como princípio organizativo e a autonomia em relação a partidos e governos. Para o autor, o FSM está abrindo espaço para o aprendizado de uma ação política que respeita a diversidade, que “não luta pelo poder como poder, mas por seu exercício como serviço, na certeza de que os meios que usamos moldam os fins que alcançamos” (WHITAKER, 2005, p. 21).

Há uma discussão importante, em face das opções organizativas do FSM, em torno da questão de se ele é um espaço ou um movimento. Whitaker (2013) propõe que não se trata de uma alternativa – ou espaço ou movimento – na qual uma elimina a outra. Isto é, por um lado, os “espaços” FSM desapareceriam se este se transformasse em movimento; por outro, como muitos pensam, não teriam eficácia transformadora se se ativessem a somente criar “espaços” de intercâmbio e convergência.

Passo a situar a questão numa relação de complementaridade - espaço e movimento – em que as partes não se misturam nem se dissolvem uma na outra; elas se mantêm integras, cada uma com sua dinâmica e função mas se alimentando mutuamente: continuaríamos a criar (e a multiplicar) “espaços”, como instrumentos importantes na luta pela superação do neoliberalismo, ao mesmo tempo que disporíamos de um “movimento” que definiria suas próprias estratégias de luta e suas ações específicas para que essa superação fosse efetiva (WHITAKER, 2013, s/p).

Em outro estudo publicado em diversos países, Whitaker (2004) afirma que o fórum-espaço vem prevalecendo cada vez mais em relação ao fórum-movimento. A ideia de transformar o fórum em movimento surge da preocupação com sua eficácia, e implicaria uma condução mais diretiva da organização da ação para atingir os objetivos. Nesse estudo, o autor ressalta que é justamente seu caráter horizontal, com abertura e respeito à diversidade, que

torna a experiência atrativa para a sociedade civil; e que, se o fórum deixar de cumprir seu papel de espaço aberto, ele corre o risco de se esgotar e desaparecer. Em suas palavras:

Um espaço não tem líderes. Ele é só um lugar, fundamentalmente horizontal, como o é a superfície da terra, ainda que podendo comportar altos e baixos. É como uma praça sem dono – se esta tem um dono que não seja a própria coletividade deixa de ser uma praça e passa a ser um terreno particular. As praças são espaços em geral abertos que podem ser usados por todos os que encontram algum interesse em usá-los. Elas não têm outro objetivo senão o de serem praças, prestando o serviço que prestem aqueles que as utilizem. Quanto mais tempo durarem como praças, melhor para os que elas oferecem para a realização de seus respectivos objetivos (WHITAKER, 2004, p. 159).

O autor afirma que o fórum é um espaço aberto e horizontal como as praças públicas, mas difere dela por não ser um espaço neutro, pois ele tem um objetivo específico: “permitir o encontro entre o máximo possível de pessoas, organizações e movimentos que se opõem ao neoliberalismo” (2004, p. 160), para trocar experiências, discutir propostas de ação, articular-se em novas redes e organizações. Nesse espaço aberto, o fórum funciona como uma *fábrica de ideias*, exercendo o papel de incubador de movimentos, possibilitando a formação e o desenvolvimento dos mesmos, cada qual com sua luta e objetivos específicos, mas sempre visando “a superação do atual processo de globalização dominado pelas grandes corporações internacionais e pelos interesses financeiros” (Idem, ibidem, p. 160).

O fórum representa um novo modo de ampliar e aprofundar a ação transformadora, horizontalmente, em rede, sem líderes. Ele deve ser “um espaço aberto de encontro para o aprofundamento da reflexão, o debate de ideias, a formulação de propostas, a troca livre de experiências e a articulação para ações eficazes” (WHITAKER, 2005, p. 71). Dessa forma, torna-se possível a mudança do mundo de baixo para cima, de cidadãos corresponsáveis conscientes do que deve ser mudado. E seu objetivo final é que as propostas nascidas naquele espaço se transformem em políticas públicas, isto é, em ações de governo.

Whitaker (2014) ressalta que a garantia do funcionamento de um fórum como fórum se faz presente pela garantia de liberdade dos participantes, ou seja, quando o coletivo tenha liberdade para levantar questões e decidir sobre o que é considerado bom para aquele grupo. Isso implica reconhecimento e respeito às singularidades, considerando a participação das diversidades sempre como legítimas.

Esse espaço sinalizado por Withaker (2004, 2005, 2013, 2014) guarda certa consonância com as discussões sobre a dimensão pública da política de saúde que supõe que o movimento, que pode se dar na forma da participação em certos espaços (como Conselhos, Fóruns, Conferências), tensione a própria política de saúde, constituindo um *exercício de uma democracia viva em ato* (TEIXEIRA, 2004), numa experiência radical de (re) invenção da saúde como bem público e potência de luta a serviço da vida individual e coletiva (MERHY, 2012).

Compreenderemos aqui, com as pistas de Serres (1994) e Whitaker (2004, 2005, 2013, 2014), o fórum de saúde como espaço de encontro, de experimentação, de sociabilidade, comunidade e constituição do espaço público, o que pode aquecer as redes de cuidado e propiciar a construção coletiva de estratégias criativas, na direção da produção de outros modos de vida mais potentes, condições para a superação de uma concepção de saúde protocolar, biologicista e tecnicista.

1.1 Fórum de saúde

Em revisão bibliográfica realizada nos bancos de dados de produções científicas, como Portal CAPES, Scielo, Lilacs, dentre outros, em agosto de 2016, com os descritores *fórum* e *fórum de saúde*, observamos a escassez de materiais que falam do *fórum*, tanto na área da saúde como em outras áreas. Palácio e Struchiner (2016), falam de *fórum* como um ambiente virtual de aprendizagem e diálogo ou complementação teórica entre diferentes perspectivas dentro de um campo temático. Lima (2009), que é engenheiro, pesquisou sobre o Fórum Estadual de Saúde e Segurança do Trabalhador em Minas Gerais, cujo objetivo era associar agentes sociais e instituições envolvidas com a saúde do trabalhador em torno de ações conjuntas de promoção de melhorias das condições de trabalho. O autor relatou em sua experiência o que chama de insucesso do fórum, por reunir agentes sociais e instituições tão diversas e com interesses contraditórios, como empregadores e trabalhadores.

Na da área da saúde, foi encontrada somente uma produção científica com esse tema, sobre o Fórum Permanente de Educação Popular em Saúde, que ocorre na Paraíba (BARBOSA et al., 2015) e tem como objetivo construir estratégias de diálogo e participação popular, inspirado nas ideias de Paulo Freire. As outras pesquisas encontradas dizem respeito

às Conferências e aos Conselhos de Saúde, que, segundo David (2014); Oliveira, Ianni e Dallari (2013) e Souza e Kruger (2010), são tidos como fóruns colegiados de participação, que, na prática, funcionam como formas de exercer o controle social.

Segundo projeto de pesquisa realizado em 2011 pelo Pólis (Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais), em parceria com Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), intitulado “Governança Democrática no Brasil Contemporâneo”, as Conferências como mecanismos de formulação de políticas públicas foram criadas no governo Vargas – criação que ocorreu no contexto das reformas levadas a cabo por Gustavo Capanema, em 1937, no Ministério da Educação e Saúde Pública, cuja intenção era formular e implantar políticas nacionais. Para tal, “instituiu as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que deveriam reunir periodicamente delegações de todos os estados em um fórum nacional e de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública” (HOCHMAN, 2005, p. 133 apud POLIS/INESC, 2011, p. 42).

Entretanto, foi a partir do processo de redemocratização do país – e com o advento da promulgação da Constituição de 1988 –, que essas instâncias ganharam peso e se caracterizaram como espaços participativos da política nacional, com ampla diversidade de temas e formas de funcionamento. Segundo mesmo projeto de pesquisa, no período de redemocratização, o movimento sanitarista teve papel importante na luta por um sistema de saúde universal e de qualidade, incidindo nesse debate tanto com a demanda por uma descentralização da administração e dos serviços de saúde, quanto por uma participação efetiva da população nos três níveis federativos. “A presença e as proposições do movimento sanitarista demarcam uma inflexão importante e um salto qualitativo para a criação de espaços de participação na direção da fiscalização e controle das políticas públicas de saúde” (POLIS/INESC, 2011, p.17).

Segundo o Manual “Para entender o controle social na saúde”, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), foi a partir da Constituição de 1988 que se determinou, no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. A partir de então, a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão, a participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”, ou seja, o controle da sociedade sobre a política de saúde.

Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos era invertida. A sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do sistema de saúde. A população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2013, p. 38).

A construção do SUS contou com a participação ativa dos segmentos envolvidos na ação política estatal e na ação política societal. Segundo Clarete David (2014), em um contexto de reformas políticas do Estado, se produziu uma ruptura cultural na relação hegemônica entre Estado e sociedade civil para a garantia do direito à saúde. A autora relata que a participação política instituiu espaços públicos, que eram inicialmente fóruns e, posteriormente, se transformaram nos conselhos e nas conferências de políticas públicas.

O processo de reformas aconteceu com a participação de diversas forças políticas. A Constituição de 1988 instituiu juridicamente mecanismos de participação da sociedade civil organizada no controle e na definição das ações do Estado, em suas políticas públicas. Nesse cenário, os Fóruns de Saúde e os conselhos de saúde foram os primeiros espaços públicos de participação a serem organizados (DAVID, 2014, p. 20).

A VII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco histórico desse processo, pois reafirmou o princípio de participação e controle social na direção da democratização dos processos decisórios. As propostas ali forjadas são consagradas na Constituição de 1988 e consolidadas em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde, tendo a participação popular como um de seus princípios obrigatórios. Os movimentos de articulação e mobilização desses atores coletivos têm desencadeado resistências ao longo do tempo, e construção de propostas significativas enquanto potência por meio da educação política (DAVID, 2014).

As Conferências e os Conselhos de Saúde foram juridicamente instituídos como fóruns colegiados de participação, cujas composições incluem representantes do governo, dos prestadores privados e filantrópicos dos serviços de saúde, dos profissionais e trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema (BRASIL, 1990).

Desde então, estratégias vêm sendo construídas no intuito de fortalecer a participação popular e o controle social em defesa do direito universal à saúde. Uma dessas estratégias surgiu da aprovação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS (BRASIL, 2007), e um de seus princípios diz respeito à valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Importante neste momento dizer sobre as diferenças entre Conselhos e Conferências e sua função no fortalecimento da democracia participativa do Brasil. Segundo Souza et al. (2012), os Conselhos são formados por representantes do poder público e da sociedade civil, tendo como finalidade incidir de alguma forma nas políticas públicas de determinado tema. Eles podem ser apenas consultivos ou deliberativos (por lei suas decisões precisam ser levadas em conta). Os Conselhos não são reuniões esporádicas; suas reuniões têm certa regularidade, estando inseridos em um contexto mais amplo de construção de políticas públicas. Já as Conferências:

(...) são processos participativos realizados, com certa periodicidade, para interlocução entre representantes do Estado e da sociedade visando à formulação de propostas para determinada política pública. As conferências são convocadas por um período determinado e são precedidas de fases municipais e estaduais antes de se chegar à etapa nacional. Em geral, ocorrem debates sobre propostas e escolhas de delegados nas diferentes etapas até chegar à nacional (SOUZA et al, 2012, s/p).

Os Conselhos ocupam posição privilegiada em relação às Conferências, pois cerca de metade deles foi criado por lei, mas há muitos ainda que foram criados apenas por decreto ou portaria. Cabe destacar que seis conselhos garantidos em lei estão inseridos em sistemas nacionais de políticas públicas (assistência social, saúde, criança e adolescente, meio ambiente, segurança alimentar e defesa civil), o que fortalece a institucionalização dos mesmos e os interliga a outras instâncias da gestão da política pública (SOUZA et al., 2012). Já as Conferências necessitam de convocação específica, feita pelo Poder Executivo. Na maioria, não há obrigatoriedade legal para que ocorram. Elas não possuem caráter deliberativo, ou seja, são por excelência consultivas, e não há nada que obrigue o Estado a levar em conta o que se propõe nesses processos participativos. Portanto, cabe aos Conselhos o acompanhamento dos encaminhamentos dados às propostas das Conferências.

Souza et al. (2012) ressaltam ainda que “é preciso constatar que estamos bem longe de um sistema integrado entre as várias iniciativas de participação”. Ao se conhecer essa variedade de espaços, com finalidades e jeitos de funcionar tão distintos, fica a sensação de que é preciso olhar com atenção quais conexões de fato existem. Os mesmos autores consideram que há baixo grau de formalização dessas instâncias de participação social, e parte delas pode deixar de existir a qualquer momento. Nesse sentido, cabe fortalecer o vínculo entre elas, com vistas à complementaridade e ao reforço mútuo.

Considerando que instâncias de participação social como os Conselhos e as Conferências de Saúde possuem baixo grau de formalização, compreendemos os Fóruns de Saúde ainda aquém no grau de institucionalização e visibilidade nas políticas públicas. Porém, apesar das poucas produções acadêmicas em relação aos Fóruns de Saúde, e da escassa presença deste dispositivo nos documentos do Ministério da Saúde como prática instituída, sabemos que esta é uma prática frequente no SUS em todo o Brasil, como podemos observar na plataforma HumanizaSUS⁹, que nos primeiros oito meses do ano de 2016 divulgava mais de dez convites de fóruns com diferentes temas em saúde, realizados em diferentes estados do Brasil, como Piauí, Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraíba, Minas Gerais etc.

Esse espaço/movimento fomenta a participação social dos atores envolvidos, bem como se propõe a estimular a atuação dos participantes como protagonistas ativos de ações de comunicação e interação de experiências, num diálogo em que a concepção ampliada de saúde e a perspectiva social crítica e participativa produzem diferentes formas de cuidado em saúde (BARBOSA et al., 2015). Os temas e o local são propostos e escolhidos pelos participantes, no geral itinerantes. A ideia é produzir um espaço político de discussão, construindo pautas e firmando compromissos concretos de mobilização e transformação da realidade.

Por exemplo, em 2004 o Ministério da Saúde instituiu a portaria nº 1.608, que delibera sobre a necessidade de constituição de um Fórum Nacional de Saúde Mental de crianças e adolescentes. Segundo a portaria, o Fórum tem as seguintes atribuições: I) funcionar como espaço de articulação intersetorial e de discussão permanente sobre as políticas para esta área;

⁹ A plataforma virtual chamada Rede HumanizaSUS é uma rede social das pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. Trata-se de uma arena aberta pela Política Nacional de Humanização para ampliar o diálogo em torno de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Tem como objetivo criar uma rede de colaboração que possibilite a troca, encontro e aprendizado entre os participantes. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/>. Acesso em 13 jan. 2016.

II) estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infanto-juvenil; III) promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e IV) produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área nos diversos âmbitos de gestão.

No ano de 2014, o Ministério da Saúde publicou as recomendações e cartas dos fóruns realizados entre os anos de 2005 e 2012. Nessa publicação, o Fórum aparece como importante espaço de discussão e de articulação intersetorial que objetiva debater as diferentes questões relacionadas ao tema, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas. Segundo o documento, o Fórum busca estimular a participação de vários atores intersetoriais envolvidos no tema e a organização de fóruns locais, por meio de reuniões itinerantes, possibilitando a qualificação das discussões acerca dos temas. É um espaço de debate coletivo que considera diferentes interfaces necessárias para o fortalecimento da política de saúde. Calcado na constituição de redes de atenção como diretrizes norteadoras da política, tem caráter representativo, sendo um importante instrumento de gestão que possibilita dar visibilidade e resolutividade às diversas dificuldades. Além disso, refere-se ao Fórum como produto e produtor da política, considerando a importância da produção escrita naqueles espaços, como registros de boas práticas e construção de recomendações, diretrizes e moções (BRASIL, 2014).

Em síntese, o Fórum de Saúde se propõe a ser um espaço aberto e democrático, de construção de fronteiras e conversações entre serviços, profissionais e usuários; espaço político de luta e resistência, movido pela utopia ativa do SUS e que guarda a potência da invenção da saúde como bem público. Ele opera como espaço de debate e aprendizagem em rede, de planejamento de estratégias coletivas que podem culminar em ações transformadoras. Através do diálogo e participação social, produz formas de exercer o controle social sobre a política de saúde – é produto e produtor da política.

No caso de fóruns locais, é através do encontro entre esses profissionais que se pode construir estratégias criativas de enfrentamento às vulnerabilidades e demandas de uma determinada região. A força coletiva das ações da rede de saúde se expressa na sua história e na sua prática atual. A constituição de espaços coletivos de diálogo responde a demandas de fortalecimento de determinadas ações e práticas que estão inscritas em determinados contextos e situações. O Fórum, quando investido como lugar de horizontalidade e diálogo

entre diferentes saberes, pode contribuir para a desburocratização dos processos de trabalho e para a efetuação da integralidade da atenção à saúde.

No entanto, sabemos que muitos espaços que se instituem como fóruns funcionam, muitas vezes, hegemonicamente como lócus de controle de Estado, sem conseguir operar deslocamentos ou incluir a relação com o *fora da política*. Isto é, estamos pensando, com Benevides e Passos (2009), na política pública como aquilo que é diferente da política de governo, pois pode incluir as demandas dos movimentos sociais – e o que fica *fora da política* –, na política. A lógica do capital, através do princípio da segmentação, da exploração e da segregação, incide não somente nos modos de produção, mas nos modos de controle da vida. É através da experimentação pública no plano do coletivo que se pode criar uma rede de ações disparadoras, que faça resistência aos modos de construção hegemônica do capitalismo¹⁰.

Mais especificamente em relação aos fóruns de saúde, são compreendidos como espaço potencial para o encontro, de experimentação de sociabilidade, comunidade e constituição do espaço público, de modo tal que podem aquecer as redes de cuidado e propiciar a construção coletiva de estratégias criativas para a superação de uma concepção de saúde protocolar, biologicista e tecnicista. Nesse sentido, os fóruns são espaços para a articulação de Redes de Atenção à Saúde, que se constroem no desejo de se fazer uma saúde coletiva, com o objetivo de produzir novos trajetos, novas subjetividades e novos mundos.

1.2 Redes de saúde

Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns [...] (SANTOS, 1996, p. 17).

A noção de rede se tornou uma dimensão indissociavelmente ontológica e prática de modelização do mundo e da subjetividade. A sociedade, o capital, o mercado, o trabalho, a

¹⁰ Benevides e Passos (2009) consideram o capitalismo segundo as ideias de Guatarri (1981), como Capitalismo Mundial Integrado (CMI) “o modo de disseminação da lógica do capital nas competências subjetivas”, isto é, não só onde produzimos no trabalho assalariado, mas também onde exercemos atividades da vida cotidiana. Portanto, “a lógica do capital se expressa não só pela exploração do trabalho, mas pela exploração da vida” (p. 160).

arte e a guerra são, hoje, definidos em termos de rede. Nada parece escapar às redes, nem mesmo o espaço, o tempo e a subjetividade. Diversas áreas do conhecimento, como a filosofia, as ciências humanas e exatas, a arte e a tecnologia nos oferecem distintos interesses e abordagens sobre a questão das redes. Segundo Parente (2007), as redes se tornaram ao mesmo tempo uma espécie de paradigma e de personagem principal das mudanças em curso, justo no momento em que as tecnologias de comunicação e de informação passaram a exercer um papel estruturante na nova ordem mundial. Entretanto, se, por um lado, a figura da rede é uma metáfora fundamental para entendermos as transformações em curso, por outro, não podemos entender sua importância e extensão se a reduzimos tão somente ao fato histórico da emergência das novas tecnologias de comunicação e do ciberespaço.

A noção de rede vem despertando um tal interesse nos trabalhos teóricos e práticos de campos tão diversos como a ciência, a tecnologia e a arte, que temos a impressão de estar diante de um novo paradigma, ligado, sem dúvida, a um pensamento das relações em oposição a um pensamento das essências. (PARENTE, 2013, p. 9).

O conceito de rede segundo André Parente (2013) está associado a pelo menos três temáticas: a filosofia da rede, a rede como nova dimensão da comunicação e a estética da rede.

Na filosofia da rede são discutidas as implicações epistemológicas, filosóficas e cognitivas do conceito de rede. Os autores que trabalham com essa dimensão recusam a separação entre atividades científicas e as outras práticas do conhecimento, ou seja, propõem uma forma de superação da distinção entre a objetividade científica e o interesse social. Parente (2013, p. 10) ressalta que tais autores discutem conceitos que “apontam para a dimensão criadora ou *poietica* da cognição, o que cria novas condições para reavaliar o estatuto do si mesmo que resulta da atividade de conhecimento-criação da realidade”. Assim, as redes de transformação alteram as condições da experiência e produzem novas formas de subjetividade.

Dentro da perspectiva da rede como nova dimensão da comunicação, a comunicação através da rede se tornou fundamental para transformação da constituição do espaço e do tempo, bem como da transformação do sistema de produção e reprodução do capital. Parente (2007, p. 12) diz que o espaço, os acontecimentos, as informações e as pessoas são condicionados, cada vez mais, pela telecomunicação, assim como a transparência do espaço

de nossos percursos tende a ser substituída pelas articulações do veículo audiovisual, último horizonte de nossos trajetos, cujo modelo mais perfeito é o ciberespaço. Na atualidade, há uma guerra da comunicação entre as mídias de massa empreendidas pelo Estado e os movimentos sociais, que reivindicam lutas específicas nas comunidades virtuais. Segundo o autor “o amplo uso das redes tecnológicas serve para permitir a articulação de redes de colaboração e luta através do ciberespaço, transformando assim o sentido da democracia e da política na contemporaneidade”.

A terceira temática trata da estética da rede, relacionada à prática artística, em que ocorre a definição de um novo campo estético. O conceito de espaços híbridos é característico da arte contemporânea, na qual o artista dispensa tanto o objeto como o espaço original gerado por este e cria espaços múltiplos para a comunicação e para a arte. Como exemplo, temos os espaços artísticos criados na *web*, que propõem transformações nas possibilidades de participação e interferência dos sujeitos. A arte midiática tem importante papel na configuração de espaços híbridos, transformando os espaços (impessoais de circulação) em lugares (públicos e vívidos de comunicação).

A rede compreendida dentro destas três dimensões – filosófica, da comunicação e da estética da arte – guarda certa consonância com as discussões realizadas no campo da saúde. Pensar em uma rede que altera as condições de vida e produza novas subjetividades, uma rede que possibilite uma comunicação articulada entre as pessoas e a luta pela democracia – e, ainda, em uma rede como transformadora de espaços impessoais em lugares vívidos –, são ideias que autores como Teixeira (2004) e Merhy (2009), dentre outros, trabalham, de certa forma, na saúde coletiva e que veremos a seguir.

O termo rede é amplamente utilizado pelos profissionais e estudiosos da saúde coletiva com diferentes repertórios. Portanto, não pretendemos esgotá-lo e sim realizar uma reflexão acerca do mesmo. Na gestão de redes de saúde, o termo assume diversos significados: pode estar relacionado com integração e articulação de unidades de provisão de serviços numa dada especialidade, com níveis de complexidade tecnológica, com bases de informação estatística sobre fenômenos sanitários, com esferas governamentais gestoras, com atores de um campo específico da política de saúde, com sistemas de transferência de recursos financeiros e com intercâmbio de serviços etc. (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Vale apontar que a ideia de redes não é algo novo no Sistema Único de Saúde, apesar de, na atualidade, o conceito de rede pautar os discursos e práticas dos campos institucionais nas três esferas federativas. Na Constituição Federal, de 1988, o artigo 198 já dispunha que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Nos últimos anos, o debate tem crescido tanto no panorama brasileiro quanto na América Latina, onde a proliferação de redes de gestão é explicada por uma multiplicidade de fatores que atuam simultaneamente, conformando uma nova realidade administrativa (FLEURY; OUVÉRY, 2007, p. 9).

A criação do SUS obedeceu ao princípio do direito universal à saúde dos cidadãos, cabendo ao Estado prover uma nova organização dos serviços nessa área, sob um comando único em cada esfera administrativa. Criaram-se sistemas municipais e estaduais de saúde, envolvendo novas formas de articulação entre as instâncias governamentais e novos instrumentos de participação social. Houve assim uma reformulação na composição e na dinâmica das estruturas de organização e gestão das políticas públicas, à medida que se redefiniu não só a relação entre as esferas de governo, mas também a relação do Estado com a sociedade e o mercado (FLEURY; DUVERNEY, 2007, p. 112). Esses fatores são concomitantes com o processo de democratização que alterou o tecido social, com a proliferação de inúmeras organizações sociais e com o desenvolvimento de uma nova consciência cidadã que reivindica maior participação nos processos de gestão das políticas públicas.

Ao longo dos anos 90 e 2000, os repasses para os municípios cresceram e os mesmos assumiram responsabilidades através de inúmeros mecanismos de pactuação de gestão, que reconheciam a importância da descentralização e da regionalização, em instrumentos de regulação do SUS, especificamente nas Normas Operacionais Básicas (NOB – 01/93 e 01/96) e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01 e 01/02) (BRASIL, 2009). As normas operacionais básicas possibilitaram a transferência de poder do nível central para os municípios e estados, com a criação do SUS nos níveis local e regional, e do Estado para a sociedade, com a criação de mecanismos de controle social. Os municípios então se tornaram responsáveis tanto pela prestação de serviços quanto pelo planejamento da rede local. Porém, o processo de descentralização foi tomado, muitas vezes, como um movimento exclusivamente de municipalização, o que isolou o município e dificultou o desenvolvimento de uma rede de cuidados (RIGHI, 2006). O desenvolvimento dessa “descentralização” e da construção de redes mostrou-se tarefa muito complexa, com avanços insuficientes, o que foi tornando o assunto cada vez mais debatido.

A criação e manutenção da estrutura de redes impõem grandes desafios administrativos relacionados a diferentes processos, tais como negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos decisórios coletivos, estabelecimento de prioridades e acompanhamento. Em outras palavras, os processos de decisão, planejamento e avaliação ganham novos contornos e requerem outra abordagem quando se trata de estruturas gerenciais policêntricas (FLEURY; OUYERNEY, 2007, p. 10).

Em âmbito federal, o Ministério da Saúde, em 2006, no Pacto pela Saúde, incluiu o capítulo denominado Pacto de Gestão, o qual dedicou sessões específicas à descentralização, à regionalização e suas operacionalizações. A partir da Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010, o Ministério da Saúde aponta a construção de redes como questão essencial para o desenvolvimento e consolidação de um sistema público de saúde universal, equânime e integral. Observa-se o movimento institucional de fortalecimento da Atenção Básica e do seu papel como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, tendo como iniciativa governamental o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Segundo o Ministério da Saúde (2010):

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).

Entretanto, essa rede relatada acima – como integração e articulação de serviços numa dada especialidade, níveis de complexidade tecnológica, bases de informação estatística sobre fenômenos sanitários, esferas governamentais gestoras, atores de um campo específico da política de saúde, sistemas de transferência de recursos financeiros e intercâmbio de serviços – é uma rede ainda hierárquica, que não escapa do modelo piramidal de administração e controle dos equipamentos, que se caracteriza por diferentes níveis da atenção à saúde com maior ou menor grau de complexidade, o que não condiz com a realidade vivenciada nos territórios. Segundo Righi (2010), “na rede a complexidade não tem endereço fixo”, ou seja, sabemos que independentemente da complexidade tecnológica, tanto na rede de atenção básica quanto na rede de atenção hospitalar, por exemplo, lidamos com altos níveis de complexidade. Além disso, essa forma de compreender a rede tende a cristalizá-la e compreendê-la de modo fixa, estanque e homogêneo, o que, de certa forma, não contribui para inovação e movimento na produção de saúde.

Através da Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde, em 2009, definiu diferentes formas de produção de redes de saúde. Uma delas é chamada de rede homogênea, onde os serviços organizam-se conforme as suas especificidades: “(...) rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de unidades básicas de saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar, etc.” (BRASIL, 2009, p. 09).

Neste trabalho o que nos interessa é o que a PNH chamou de rede transversal, que se constitui “(...) pelos entrelaçamentos que ocorrem entre os diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território (...). É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes” (BRASIL, 2009, p. 09). Dessa forma, os pontos de produção de saúde no território podem se conectar em rede, produzindo inovação organizacional e trazendo mudanças no processo de trabalho de cada equipamento. A transversalidade torna-se imprescindível ao desafio de fomentar a comunicação entre esses equipamentos de modo heterogêneo e múltiplo, com vistas à garantia da integralidade do cuidado e da qualidade na produção de saúde. Logo, “a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes” (BRASIL, 2009, p. 08). Através dos encontros com os diferentes profissionais e saberes, a ampliação da clínica, do olhar e do cuidado ofertado podem ser conquistados.

Segundo a Cartilha de Redes de Produção de Saúde (BRASIL, 2009), a construção de uma rede de saúde implica mais do que ofertas de serviços num dado território: implica colocarmos em questão como os serviços estão se relacionando. A organização do sistema de saúde depende de dois aspectos: a construção de redes de atenção articuladas em um território e a integração de ações intersetoriais. Para tanto, destacaremos algumas ações presentes na Cartilha e que avaliamos de grande importância:

Mecanismos de cogestão de políticas, espaços coletivos para o encontro das diferenças de uma pluralidade de sujeitos e diferentes políticas para a produção de entendimentos e ação comum, que resultam de negociações (deslocamentos de posições originais), produção de consensos (provisórios) e a contratação de tarefas de forma coletiva; Inovações na gestão pública, decorrentes da ação criativa e criadora de coletivos guiados pela defesa e consolidação do bem-comum; Inovações em concepções e na experimentação devem permitir avançar na organização e funcionamento da máquina do Estado, cuja lógica predominante tem sido a do “loteamento e isolamento” de cada uma das áreas e políticas; Ampliar a capacidade de escuta entre os vários atores envolvidos, promovendo espaços de coanálise e

compreensão dos diferentes olhares sobre a realidade, com o objetivo de construir consensos possíveis, que incluam as diferenças e possibilitem atingir objetivos comuns a todos; Tolerar o outro, sua ousadia, sua insinuação, suas interrogações, suas entradas em outros territórios, de um lado. De outro lado, lidar também com as insuficiências, com as lacunas, com as faltas do outro, sem que isto seja de imediato identificado com alguma intencionalidade para atacar o grupo e seus sujeitos (BRASIL, 2009, p. 13-16).

Desse modo, trabalhar em rede segundo a Cartilha, implica compor projetos comuns na diferença. Por meio de uma rede acêntrica, é necessário conectar pontos de produção de saúde, através de negociações que principalmente considerem a singularidade e a subjetividade de cada equipamento, para assim poder-se construir projetos comuns. É necessário construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques; isso é uma exigência ético-política para a produção de uma saúde de qualidade. Portanto, produzir redes de saúde é produzir a partir do coletivo, de novos sujeitos e novas práticas.

O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde, publicou a pesquisa “Redes estratégicas do SUS e biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas” (BRASIL, 2016). Nela, destaca-se a criação da portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que estabeleceu a definição de agendas prioritárias e estratégicas do SUS, sob a consigna de “Redes Temáticas”. As Redes Temáticas, como a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede Cegonha e a Rede de Cuidado em Saúde à Pessoa com Deficiência surgem como “uma estratégia de conformação no jogo que se estabelece entre as macropolíticas governamentais e as micropolíticas da gestão ministerial, donde decorrem avanços, contradições e limites” (BRASIL, 2016).

Segundo o documento, as Redes Temáticas componentes da Rede de Atenção à Saúde demarcam uma mudança institucional em torno da tensão experimentada entre o singular e o geral: constituição de espaços coletivos e interfederativos de pactuação e implementação das redes, constituição de espaços de diálogo e de coprodução com movimento sociais e sociedade civil em torno da defesa dos Direitos Humanos, incorporação de diretrizes da Política Nacional de Humanização e fortalecimento da Atenção Básica como instância ordenadora das Redes Temáticas.

Observa-se, assim, duplo investimento nas redes: uma pauta generalista a partir do fortalecimento da Atenção Básica e da Regionalização e uma pauta atenta às especificidades a partir das Redes Temáticas. Tudo isso aponta para um conjunto de variáveis tanto em relação à própria institucionalidade do Ministério da Saúde quanto da sociedade brasileira em que a pauta Redes Temáticas emerge (TEIXEIRA; SOUZA, 2016, p.31).

Observamos que as conceituações de redes de saúde propostas pelos textos de referência para os aparatos legais parecem carecer de uma discussão prática sobre como isso se daria na prática. Chama-se a atenção para o fato de que propostas de constituição de redes pautadas por modelos prescritivos, sem elementos contextuais e sem as estratégias para mudanças têm poucas chances de produzirem avanços. É importante ressaltarmos que a rede se constitui de forma contínua e diária pelos atores e trabalhadores do sistema de saúde, através dos atendimentos, acompanhamentos, reuniões e discussões de caso.

(...) o desafio de construção de redes na saúde é muito maior do que simplesmente garantir a “integração do sistema” ou a “coordenação do cuidado”. É também, por exemplo, o desafio de produzir redes colaborativas e sociais para troca de opiniões éticas entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2015, p. 40)

A rede de saúde possui a característica de provisoriidade e inacabamento. Um sujeito que faz um movimento de deslocamento já produz uma nova configuração na rede. Por isso, é de suma importância avançar no entendimento dos processos que perfazem as construções das redes, olhar para as linhas de força que os atravessam, para os agenciamentos e afetos produzidos, de modo a se contribuir para a construção de redes vivas (MERHY, 2014).

Benevides e Passos (2009) nos chamam a atenção para o sentido ambíguo que a noção de rede ganhou na atualidade. Eles sugerem que algumas redes possuem um funcionamento quente, que vai se fazendo de baixo para cima, que opera de modo descentralizado; enquanto que a rede fria se constrói de cima para baixo, se forma com uma central de gerenciamento, um centro que, apesar da contradição ainda insiste em aparecer. O “esfriamento” dessas redes, segundo os autores, está relacionado à captura pelo capitalismo, que tem a função de segregação e exploração dos bens e sujeitos.

Experimentamos atualmente redes que se planetarizam de modo a produzir efeitos de homogeneização e de equivalência. A globalização neo-liberal é uma rede fria e de cima para baixo porque sua lógica é a do capital enquanto equivalente universal ou sistema de equalização da realidade. Já a rede quente se caracteriza por um funcionamento no qual a dinâmica conectiva ou de conjunção é geradora de efeitos de diferenciação, isto é, trata-se de uma rede heterogenética (BENEVIDES; PASSOS, 2009, p. 169).

A globalização neoliberal é considerada pelos autores como uma rede fria, por produzir efeitos de homogeneização e serialização. Já uma rede considerada quente carrega a dinâmica conectiva entre os sujeitos, produzindo efeitos de diferenciação e podendo produzir novas formas de existência.

As redes quentes carregam a potência de resistir às formas de assujeitamento da vida impostas pelo capitalismo. Elas podem ser produtoras da diferença nos processos de subjetivação. Portanto, interessa-nos neste trabalho a perspectiva micropolítica das redes: o plano dos afetos, da comunicação, dos encontros, de produção de vida e de subjetividades.

Merhy (2014) também traz a ambiguidade do tema redes. Segundo ele, a realidade das práticas de saúde vem indicando os desafios enfrentados na produção de formas de cuidar que transversalize as tradicionais montagens segmentárias e serializadas, próprias do capitalismo. Indica que, muitas vezes, as redes são concebidas como a somatória dos equipamentos, como um “controle de governabilidade extenso”, de relações já estabelecidas e cristalizadas, que impossibilitam a emergência da demanda do usuário em seus singulares trânsitos existenciais.

(...) as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos; uma lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais (MERHY et al, 2014, p. 155).

O mesmo diferencia as práticas de rede definindo como redes analógicas as montagens institucionalizadas, regidas por lógicas da previsibilidade e da estabilidade (como, por exemplo, a rede de atenção primária e secundária); e, como redes digitais, as lógicas de montagens circunstanciais, imprevisíveis, que “podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto” (MERHY et al, 2014, p. 157).

Assim, enfatiza a necessária aposta nas multiplicidades como potência no campo do cuidado, assumindo as singularidades dos sujeitos como enfoque do trabalho em saúde, sintonizado com as suas possibilidades existenciais. Denomina Rede Viva como um “(...) modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver, socialmente” (Idem, ibidem, p. 153). Sintonizar-se com a singularidade das demandas dos usuários, portanto, implica a assunção destes como condutores de suas próprias trajetórias de cuidado, recusando as produções identitárias que substituem os sujeitos por estigmas, diagnósticos ou categorias que definam as apostas terapêuticas.

Righi (2010) introduz um elemento importante na discussão das redes: a inclusão do território na coprodução de saúde, junto com a rede assistencial. Segundo ela, uma rede com projeto de ampliação da democracia e de qualificação da gestão e da atenção não pode se reduzir a simples articulação de serviços no território, mas tem que valorizar as características territoriais. Os pontos de produção de saúde na rede, quando levam em consideração a sua população e os modos de vida presentes no território, trazem a potência de alterar o próprio espaço vivido, respeitando a singularidade de cada lugar.

Outro estudioso da saúde coletiva, Ricardo Teixeira, aborda as redes de saúde como redes de trabalho afetivo, ou seja, o essencial nelas é a criação e manipulação dos afetos. Teixeira (2004) entende rede technoassistencial em saúde como grandes redes de conversações. Segundo ele, é preciso compreender:

[...] o modo como esta técnica de conversa define a dimensão pragmática do encontro, os domínios de ação (emoções, afetos) e de significação (linguagem, conhecimento) e suas utilizações possíveis do próprio encontro (TEIXEIRA, 2004, s/p).

Assim, a conversa desempenha papel crucial na dinâmica global da rede; é ela que conecta seus diversos pontos. Uma técnica de conversa nomeada pelo autor de *acolhimento dialogado* contém três principais disposições ético-cognitivas, são elas: o reconhecimento do outro como um legítimo outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente; o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto de saberes presentes. A idéia da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

Segundo Teixeira (2004), a partir da zona de comunidade, do que é comum em relação ao outro, podemos estabelecer vínculo e confiança, para entrar em contato com a zona de singularidade (diferenças) e assim enfrentar o desafio de aceitar o outro como legítimo outro. Há que se estabelecer um campo de confiança entre os sujeitos, para que estes sintam-se confortáveis para mostrar seus traços de singularização, o que possuem de diferença, e que esses traços possam ser acolhidos pelo outro.

As redes de trabalho em saúde, a partir de sua dimensão conversacional e sua dimensão afetiva, possuem a potencialidade de conectar seus diversos pontos e têm como possibilidade o exercício de uma democracia viva em ato, que se dá nas relações cotidianas do trabalho. A partir dos encontros, no trabalho liberto da burocratização dos espaços, torna-se possível a realização de potências individuais (singularização) e das potências comunitárias (zona de comunidade), sendo que esta última diz respeito ao desejo do coletivo (TEIXEIRA, 2004).

Podemos observar que a própria concepção de rede de saúde vem se transformando ao longo do tempo/história e se distanciando de uma lógica tecnicante e programática para seguir a caminho da consolidação de políticas específicas em conformidade com a luta por direitos humanos. Pretendemos nesta pesquisa pensar a rede de saúde na perspectiva micropolítica, em que a experimentação de novas formas de sociabilidade e comunidade ajude a entender a constituição do espaço público. Nesta aposta:

O processo de institucionalização de políticas públicas, nestes termos, implica na criação de um conjunto de estratégias e diretrizes que apresente uma concepção de público baseada numa nova democracia, em que a gestão não deve estar submetida exclusivamente ao controle do Estado (TEIXEIRA; SOUZA, 2016, p. 33).

Compreendemos o público como experiência concreta dos coletivos, que podem conferir às políticas de saúde uma permanente dinâmica de criação. Apostamos na construção de redes, quer chamemos de transversais, digitais ou redes vivas, como importante instrumento na construção de um Sistema Único de Saúde democrático. Redes compreendidas aqui como espaços coletivos de relações sociais, que produzam zonas de trocas e criem territórios de vida através dos agenciamentos coletivos, ou seja, não estamos falando exclusivamente do gerenciamento e controle dos pontos de atenção à saúde, estamos falando de um campo de práticas que vá de encontro à produção de vida.

O Fórum de Saúde pode ser um espaço privilegiado não somente para a ativação dessas redes, mas também para a produção de zonas de comunidade, e que reconheça no encontro entre diferentes subjetividades a potência da criação coletiva, como explicaremos a seguir.

CAPÍTULO 2

A PRODUÇÃO DO COMUM

Pero tenemos que explorar otra posibilidad: ni la propiedad privada del capitalismo ni la propiedad pública del socialismo, sino lo común en el comunismo. (Hardt, p. 129, 2010)

Em espaços coletivos como o Fórum ocorre o encontro, através de formas múltiplas e mútuas de afetação, quando se pode produzir um plano comum capaz de afirmar a diferença e a possibilidade de vivência coletiva. Em cada encontro, há uma luta para manter a composição, ou seja, ampliar as condições de existência daqueles indivíduos e construir novos modos de existir. Desse modo, pretendemos, neste capítulo, nos aprofundar no conceito de *produção do comum*, utilizando por referência alguns autores do campo da filosofia, como Espinosa, Hardt, Negri, dentre outros, visando construir uma chave de análise.

Quando pensamos em *comum*, logo imaginamos que estamos falando do que temos de igual, semelhante com outra pessoa. O conceito de comunidade costuma evocar uma concepção territorializada, em que as relações sociais estão delimitadas por uma região geográfica delimitada por fronteiras. Geralmente, esse sentido é atribuído em nosso país às pessoas que vivem em territórios geográficos cuja fronteira principal é a marca da exclusão (DOMINGUES, 2011). Tomamos como exemplo o município de São Paulo, onde a maioria da população desprivilegiada economicamente vive na região periférica da cidade, tolhida de seus direitos básicos como transporte, educação, moradia de qualidade etc. Os próprios moradores do que chamamos popularmente de “favela”, chamam, muitas vezes, o lugar em que moram de *comunidade*.

Quando falamos tradicionalmente no conceito de comunidade, podemos nos remeter a laços comunitários de fraternidade, relações de parentesco e vizinhança. Em uma concepção mais sociológica, denominamos comunidade o sentido de coexistência entre pessoas que possuam identidades, valores e interesses comuns, como, por exemplo, a comunidade dos judeus ou a comunidade dos afrodescendentes. O conceito de produção do comum, pelo contrário, tenta escapar das noções de sujeito e comunidade fundadas em valores identitários ou em características pessoais, para tratar de uma produção do encontro na perspectiva que lhe dá Espinosa.

Comum não será considerado por aquilo que as pessoas carregam como características semelhantes, mas por tudo aquilo que se produz no encontro entre pessoas que estabelecem formas múltiplas e mútuas de afetação, e cujo efeito é o aumento da potência de ação de cada um (DOMINGUES, 2011, p. 13).

Antonio Negri e Michael Hardt são filósofos políticos e reconhecidos pelo seu trabalho sobre Espinosa. Hardt foi aluno de Negri e os dois escreveram em coautoria o livro “Império” (2000), que se tornou um manifesto do movimento antiglobalização. Depois, escreveram o livro “Multidão: guerra e democracia na era do império” (2005), onde trabalham o conceito *multitude* de Espinosa, que trabalharemos mais adiante.

Segundo Hardt (2010), precisamos lutar para que os próprios conceitos se recuperem ou renovem o seu significado. No caso do comunismo, diz ele, essa batalha requer uma análise das formas de organização política que são possíveis hoje e, antes disso, uma investigação da natureza da produção econômica e social contemporânea. Para ele, é importante a retomada do conceito de comunismo que supere a propriedade privada do capitalismo e a propriedade pública do socialismo, para explorar uma nova possibilidade: o comum no comunismo.

O comum que nos interessa neste trabalho não é algo da ordem da revelação ou mesmo algo que se encontra ou se descobre: o comum se produz (HARDT; NEGRI, 2005; apud PASSOS; KASTRUP, 2013). Segundo Teixeira o comum é:

Algo que resulta de uma atividade produtiva – quer se tome a riqueza comum socialmente produzida (que resultaria do trabalho, entendido como atividade ontocriativa humana: atividade de invenção de si e do mundo, conforme veremos mais adiante), quer se considere a riqueza comum que se apresenta como dado natural (que resultaria de uma “produção da vida”) (TEIXEIRA, 2015, p. 31).

Segundo Negri (2016), em conferência realizada no município de São Paulo, anteriormente o comum era tido como modo de apropriação – público ou privado – e, atualmente, o comum surge como modo de produção, como uma realidade. O mesmo autor diferencia o que chama de “comum vulgar” e “comum substantivo”. O comum vulgar diz respeito à apropriação privada do comum no neoliberalismo, que surge de duas formas:

apropriação do público (da propriedade do Estado, dos bens e serviços públicos) e apropriação da natureza (bens da terra e do ambiente) pelo privado. No comum vulgar, os bens naturais e públicos tornam-se mercadorias, como produtos do capital, apropriados ilegitimamente pelo privado. Segundo o autor:

É próprio da produção capitalista esse domínio sobre as atividades individuais e/ou coletivas que instituíram bens públicos ou naturais desejáveis e úteis na construção das formas de vida. Esse domínio é acentuado, no capitalismo maduro, pela sobreposição sempre mais plena do modo de produzir e formas de vida (NEGRI, 2016, s/p).

Já o comum substantivo se constitui como expressão das capacidades cognitivas e produtivas da multidão; ele tem um fundo ontológico, produto da atividade laboral humana no processo histórico.

[...] O comum é sempre uma produção, é natureza regulada ou transformada, ou simplesmente produzida. Logo, o comum é um recurso somente enquanto é um produto – um produto do trabalho humano, e, portanto, no regime capitalista, atravessado imediatamente por relações de poder (NEGRI, 2016, s/p).

Segundo Hardt (2010), uma das razões pelas quais os pressupostos comunistas de épocas anteriores não são mais válidos é que os produtos e as condições da produção capitalista, mudaram. E, o mais importante, é que a composição técnica do trabalho mudou. Como produzem hoje as pessoas dentro e fora do seu local de trabalho? O que eles produzem e em que condições? Como está organizada a cooperação produtiva? O autor distingue o trabalho material do trabalho imaterial, cognitivo, sendo que o segundo traz a potência de produzir liberdade e escapar do capitalismo. Nesse caso, o que é produzido não cria apenas um objeto para o sujeito, ele também cria um sujeito para o objeto, ou seja, o produtor e o produto são sujeitos: os seres humanos produzem e são produzidos. Segundo Negri (2016), “o comum, na era do trabalho cognitivo e cooperativo, assume figura biopolítica e é estruturado pela produção de subjetividade”. Na segunda metade do século, com a automação da produção industrial e a socialização da informática, o trabalho manual do operário foi substituído pelo trabalho cognitivo, que é relativamente privilegiado com relação ao passado,

pois tem o poder sobre a cooperação, sobre a organização do trabalho e dos saberes produtivos. Como afirma o autor:

A massificação fabril do trabalho foi substituída pela singularização das atividades de trabalho; o comando na fábrica cedeu lugar à organização cooperativa do trabalho social; o esforço físico do trabalho manual ao empenho intelectual da atividade cognitiva. Para abreviar: a massa deu lugar a multidão (NEGRI, 2016, s/p).

O comum substantivo, como modo de produção, surge como resistência da força de trabalho e consegue escapar da apropriação do capitalismo. A força do trabalho imaterial se apresenta como subjetividade, como potência singular.

Uma característica distintiva do trabalho no cotidiano é que o objeto da produção é realmente um sujeito, definido, por exemplo, pela relação social ou por uma forma de vida. Isso deve deixar claro, pelo menos, a razão lógica para chamar biopolítica esta forma de produção, porque o que é produzido são formas de vida (HARDT, 2010). Hoje estamos enfrentando a luta entre duas formas de propriedade (o material/natural contra o imaterial/artificial, ou o escasso contra o que é reproduzível). E essa luta revela um conflito mais profundo entre a propriedade como tal e o comum. Vivemos nesse constante conflito em que a propriedade estatal ou privada tentam a expropriação do comum. Segundo Teixeira (2015) nosso modo de existência nem sequer permite que os sujeitos tenham a percepção da existência desse comum.

Conforme afirmam Hardt e Negri (2009):

Com os antolhos das ideologias dominantes atuais, é difícil ver o comum, mesmo que ele esteja todo à nossa volta. Políticas governamentais neoliberais em todo mundo têm buscado, nas últimas décadas, privatizar o comum, transformando produtos culturais – por exemplo, informação, ideias e mesmo espécies de animais e plantas – em propriedade privada (HARDT; NEGRI, 2009, p. 8, apud TEIXEIRA, 2015, p. 30).

Hardt (2010, p. 135) afirma que vai surgindo uma “contradição interna do capital; quanto mais se acurrala o comum com a intenção de convertê-lo em propriedade, tanto mais a sua produtividade é reduzida”. Nesse nível, o conflito entre a propriedade e o comum está em

constante tensão, ou seja, quanto mais sujeito está o comum às relações de propriedade, tanto menor é a sua produtividade.

O mercado e o Estado neoliberal contribuem para a naturalização do processo de desapropriação dos recursos que são comuns. Segundo Teixeira (2015), com o processo de privatização ocorre também a privação de direitos, a fragmentação e o desempoderamento dos cidadãos. Portanto, o problema do comum extravasa a divisão político-jurídica e econômica, e nos convoca à superação de dicotomias como natural/social, público/privado etc. Hardt (2010) diz que a produção do comum tem a ver com a destruição do que somos e a criação de algo completamente diferente, uma inovação total. Segundo o autor, através do caráter cada vez mais central que adquire o comum na produção capitalista – da produção de ideias, emoções, relações sociais e modos de vida – estão surgindo as condições e armas para um projeto comunista. A ideia é criar um sujeito político revolucionário e, com ele, uma nova classe social, que traz consigo a potência de resistência às formas impostas de vida e à apropriação de nossa própria subjetividade, de nossas relações humanas pelo capitalismo. A essa nova classe Hardt e Negri (2005) chamam de *multidão*, e sobre ela discorreremos a seguir.

2.1 A multidão e o comum

Segundo Hardt e Negri (2005), o poder soberano, ou soberania do Estado, submete as singularidades e expropria o comum. Para eles, existe um jogo de forças em que o interesse comum resultante da heterogeneidade da multidão aparece como poder constituinte e a soberania do Estado como poder constituído. O poder constituinte pode ganhar espaço político e resistir ao que está constituído, produzindo novas constituições e instituições. A multidão é um conceito de classe, que se contrapõe à indiferença da massa ou à unidade do povo. Consiste na multiplicidade de desejos e singularidades que podem ser mobilizados em torno de um projeto comum, produzindo nova institucionalidade. Essa classe é formada pelo trabalho cognitivo e imaterial, que pode escapar do capitalismo. O poder constituinte transborda a própria constituição à medida que extrapola o espaço do Direito e do Estado. Por isso, a multidão deve reivindicar o público a caminho da construção da democracia.

A defesa de um público que não se reduz e, em certa medida, resiste ao poder estatal passa pela aproximação da noção de público ao conceito do comum (Hardt; Negri, 2005), afastando assim a noção de público da unidade do povo ou da indiferença da massa, mas associando-o a heterogeneidade da multidão. Para o Estado Moderno o público é constituído dentro da noção de utilidade pública, portanto como estratégia de expropriação do comum, submissão das singularidades ao poder soberano (TEIXEIRA; SOUZA, 2016, p.35).

A face soberana do Estado parte de um contrato social que garante um acordo entre indivíduos à medida que a força e a vontade destes sejam sublimados para a construção de uma vontade geral; e essa vontade geral é fruto da alienação das vontades isoladas, o que garante a soberania do Estado. A tensão entre soberania e comum é, antes de tudo, a tensão entre poder (*potestas*) e potência (*potentia*).

Portanto, há apenas um fazer-multidão que é, igualmente, um fazer-instituição, porque o fazer é a própria realidade da multidão. Entende-se perfeitamente que só há multidão para a liberdade, na liberdade; (...) a multidão se constrói de maneira contínua, produzindo a experiência comum e a instituição (NEGRI, 2010, p. 28-29, apud TEIXEIRA; SOUZA, 2016, p. 38).

Entretanto, não existe um dualismo ontológico entre potência e poder, entre comum e soberania. A acumulação de potência tem como um de seus efeitos o poder; é um conflito que se dá continuamente e é continuamente resolvido dentro de uma tensão ética que emerge das dificuldades e dos obstáculos do percurso. Daí surge a necessidade de reinvidicação constante do público através da potência inovadora da multidão, para além do poder constituído da soberania.

O acúmulo de potência da multidão é um caminho em direção à construção do comum, que parte do desejo e da imaginação. Uma vez que a multiplicidade de desejos se organiza na experiência social, produz-se a imaginação. Negri (2010) compreende a imaginação como movimento de antecipação de uma nova institucionalidade.

A imaginação é uma antecipação da constituição das instituições, é a potência que aflora da racionalidade e estrutura seu percurso – ou mais exatamente: que a exprime. [...] É a imaginação que leva as singularidades, da resistência em direção ao comum (NEGRI, 2010, p. 19, apud TEIXEIRA; SOUZA, 2016, p. 36).

2.2 Potência dos encontros e o comum em Espinosa

Para melhor compreensão do comum, falaremos brevemente da filosofia de Espinosa, que, segundo Chaui (2011) “é uma ética da alegria, da felicidade, do contentamento intelectual e da liberdade individual e política”. Considerado como monista, propõe uma epistemologia contra a causalidade mecanicista e contra o dualismo intelecto/emoção, mente/corpo e subjetividade/objetividade (SAWAIA, 2000). Os afetos têm um papel central na filosofia de Espinosa à medida que esta é uma filosofia prática e parte de uma concepção de emoção como positividade epistemológica, transferindo as emoções do campo dos instintos para o do conhecimento, da ética e da política.

Isto é possível, como afirma Espinosa (1677) pois, homem, natureza, política, corpo, ideias são da mesma substância. Uma substância que cria o mundo e se põe nas suas determinações de forma que não existe separação e ruptura entre Deus, o mundo, os homens e a natureza, constituindo um sistema fechado, do qual nada está fora (SAWAIA, 2000, s/p).

A teoria dos afetos é o que torna possível a passagem de um ponto de vista teórico para um ponto de vista prático, mudança de perspectiva que se configura como uma passagem do âmbito objetivo para o âmbito intersubjetivo da experiência, já que o conhecimento só é alcançado por meio dos afetos.

Segundo a concepção ontológica de Espinosa (1983), a individualidade é conceituada em três dimensões. A primeira dimensão diz respeito à coisa singular que significa modo ou afecção da substância, é coisa finita, com existência determinada. Segundo Chaui (2016, p. 32):

(...) Espinosa emprega coisa singular (*res singularis*) quando demonstra que o que constitui primeiramente o ser atual da mente humana é a ideia de uma coisa singular existente em ato, isto é, o corpo; e a coisa singular (seja a mente, seja o corpo) é designada como modo singular (*modus singularis*).

Deste modo, sentimos e percebemos as coisas singulares através dos corpos e dos modos de pensar, efeito imanente da substância, que tem existência determinada. Segundo Teixeira (2015, p. 31):

Essa definição se aplica a todo modo finito da existência, seja um modo finito do pensamento (como um afeto, uma ideia ou uma mente), seja um modo finito da extensão (um corpo humano ou não humano, animado ou inanimado).

O singular de cada indivíduo é composto por uma infinidade de conjuntos infinitos de partes extensivas ou exteriores umas às outras. O que faz a singularidade de cada coisa singular não são as partes que a compõem e lhe pertencem, mas as relações que subordinam essas partes. Portanto, a segunda dimensão da individualidade diz das relações de movimento e repouso entre essas partes, que são o que efetivamente caracterizam a singularidade de qualquer coisa. A terceira dimensão da individualidade corresponde ao grau de potência que essas relações estabelecem.

Em outras palavras, todo corpo já é um composto de partes (um coletivo) e suas características singulares estão dadas pelas relações que subordinam essas partes (todo corpo é um conjunto de relações) e que exprimem o grau de potência desse corpo (sua essência singular). Deleuze nos explica melhor a questão de apropriação das partes extensivas, quando o indivíduo se relaciona com essa parte:

Eu não cesso de integrar as partes sob minhas relações; quando como, por exemplo, há partes extensivas que eu me aproprio. O que quer dizer se apropriar das partes? Se apropriar das partes quer dizer: fazer com que deixem a relação precedente que elas efetuavam para tomar uma nova relação, sendo esta nova relação uma das relações comigo, a saber: com a carne eu faço a minha carne (DELEUZE, 2009, p. 242-243, apud TEIXEIRA, 2015, p. 33).

De acordo com essas relações, vivemos um jogo em que há um esforço em perseverar na existência, o que Espinosa chama de *Conatus*. Esse jogo consiste na aptidão desse corpo em estabelecer relações de composição com outros corpos e evitar as relações que possam decompor suas relações características. Quanto maiores as relações de composição estabelecidas com outros corpos, maior a potência de vida de cada coisa singular. É nos “(...) choques, (n)as apropriações de partes, (n)as transformações de relações, (n)as composições ao infinito, etc.” (DELEUZE, 2009, p. 243) que o corpo humano pode aprender a estabelecer relações de composição com outros corpos e a evitar as relações que possam destruí-lo. Segundo Espinosa (2007):

Não existe, na natureza das coisas, nenhuma coisa singular relativamente à qual não exista outra mais potente e mais forte. Dada uma coisa qualquer, existe uma outra, mais potente, pela qual a primeira pode ser destruída (ESPINOSA, 2007, p. 269, apud TEIXEIRA, 2015, p. 33).

Lembramos que as coisas singulares são consideradas em relação a um tempo e local determinados. Dentro do tempo e do espaço, a potência de um corpo é algo que depende de sua capacidade de fazer variar suas relações características, de tal modo a ampliar suas possibilidades de composição com outros corpos, seu poder de afetar e ser afetado.

Retomamos a noção do comum, compreendendo que a variável potência dos encontros dos corpos depende de sua maior ou menor capacidade de produzir comum ou de fazer comunidade com esses outros corpos.

Segundo Teixeira (2015, p. 35):

(...) a produção do comum nada mais é do que o modo, referido às coisas finitas e determinadas do exterior, pelo qual se dá a produção de potência (potência de vida, força de existir, potência de agir e de pensar), o que se traduz, como problemática exclusiva dos humanos, na produção de alegria, de ideias adequadas e ações virtuosas.

Ao tomar o corpo como modelo e ponto de partida para sua teoria, Espinosa (1983) quer demonstrar que este é determinado pela potência que o constitui e pela qual sofre modificações em decorrência do encontro com outros seres. Essas modificações correspondem a certo poder de ser afetado e são denominadas afecções. Aquilo que chamamos de afeto é, ao mesmo tempo, uma afecção ou modificação do corpo (como uma sensação, uma vivência, uma experiência), e uma afecção da alma (uma ideia, um sentimento, uma emoção). A afecção é instantânea, é o efeito imediato de uma imagem de coisa sobre mim. A afetividade é a capacidade humana de elevar seus instintos à consciência por meio dos significados, de mediar a afecção pelos signos sociais, aumentando ou diminuindo nossa potência de ação (SAWAIA, 2000). Portanto, o encontro com um corpo que convém ao nosso leva-nos a conhecer o que temos em comum e que nos faz concordar (convir) com ele. Quanto

mais coisas em comum percebemos no contato de um corpo com outro corpo, mais apta será a alma a perceber adequadamente aquilo que o afeta.

A noção comum exprime essa segunda ideia, isto é, aquilo que se produz na relação de composição e conveniência entre dois corpos, e que nos permite afirmar tanto a qualidade dessa relação como o aumento de potência que ela produz. As noções comuns são necessariamente ideias adequadas que nos revelam onde cessa uma conveniência e onde começa uma desconveniência (ESPINOSA, 1983, Livro II, Proposição XXIX, p. 105, apud DOMINGUES, 2011, p. 38).

Para Deleuze (2002), cada corpo existente caracteriza-se por certa relação de movimento e repouso. Quando as relações que correspondem a dois corpos são convenientes, é formado um conjunto de potência superior. Assim, através da composição dos corpos existentes, é formada uma unidade e se dá a representação do comum, que, segundo o autor, não é de modo algum fictícia ou abstrata, mas, sim, representativa das relações reais.

Segundo Hardt, devemos experimentar afetos aumentativos de potência através da produção de alegria:

[...] a experiência da alegria é a faísca que põe em movimento a progressão ética.
 [...] O processo se inicia com a experiência da alegria. Esse encontro casual com um corpo compatível nos permite, ou nos induz, a reconhecer uma relação comum. [...] A noção comum é o conjunto de duas relações componíveis para criar uma relação nova e mais potente, um corpo novo e mais potente (HARDT, 1996, p. 155-157, apud Teixeira, 2015, p. 35)

Nessa concepção, corpo e mente não se separam, as afecções de meu corpo me sugerem imagens, produzem ideias. As noções comuns referem-se a coisas que podem ser imaginadas, que representam de fato composições de relações. Deleuze (2002, p.102) explica:

Ora, tais relações caracterizam os corpos enquanto convêm uns aos outros, enquanto foram conjuntos e se afetam uns aos outros, cada um deixando no outro *imagens*, e sendo as ideias correspondentes *imaginações*.

A essência de cada indivíduo está em constante transformação. A partir dos encontros entre os corpos, produzimos imagens que partem da imaginação, de experiências vivenciadas anteriormente. Por isso, cada indivíduo possui a responsabilidade do que é produzido em cada encontro; e a força de existir de cada um varia nas relações situadas no tempo e espaço. De outra forma, a essência de cada um é o seu modo de vida naquele momento, é a potência da existência do indivíduo naquele instante. Em cada encontro, há uma luta para manter a composição, ou seja, ampliar as condições de existência daqueles indivíduos e produzir comum. Portanto, para compreender o ser em sua essência, temos que entender a rede de encontros (relações) em que ele está inserido.

Em uma concepção espinosiana, é no encontro com o outro que se afeta e se é afetado, o que implica a possibilidade de criar e reinventar todo o cotidiano dessas relações. Essa reinvenção cotidiana das relações pressupõe questões que contribuem para a rejeição de formas dadas de viver e da alienação sobre sua própria condição humana. Os modos de existência que têm que ser criados devem ser derivados de dispositivos que sejam avaliados de acordo com critérios imanentes e segundo seu teor de possibilidades, liberdade e criatividade (DELEUZE, 1996).

Concebemos em Espinosa (1983) o termo comunidade como a variável potência do encontro entre corpos que podem estabelecer relações de composição, com menor ou maior capacidade de produzir comum. Tomamos aqui a produção do comum como a possibilidade de produzir ideias, emoções, relações sociais e modos de vida mais potentes e democráticos, como forma de resistência aos mecanismos de controle e assujeitamento impostos pelo capitalismo. Através da atividade produtiva das singularidades que compõem a multidão, é possível transformar modos de sentir, pensar e agir para inventar formas mais democráticas de organização social, que lutem contra a apropriação privada do comum pelo neoliberalismo. Nesse sentido, o comum aparece como movimento instituinte, como constante processo de construção de uma esfera pública através de uma ação política a caminho do novo.

Acreditamos que a saúde deva ser construída a partir de um plano comum, através do acúmulo da multiplicidade de desejos, da imaginação e da liberdade, que afirme a diferença, amplie as condições de existência e possibilite a reinvenção do cotidiano das relações. Neste momento, contaremos como se deu na prática os percursos desta pesquisa.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS E PERCURSOS DA PESQUISA EMPÍRICA

Propusemos a realização de uma pesquisa qualitativa, na perspectiva da Análise Institucional (AI), que oferece instrumento relevante para a análise de objetos da Saúde Coletiva, tanto do ponto de vista da investigação como da intervenção. (L'ABBATE, 2012, p. 31). Uma das correntes da AI é a Esquizoanálise, formulada por Gilles Deleuze e Félix Guattari, dentro da qual encontra-se o método da Cartografia. Esse método permitirá acompanhar as relações que se estabelecem no espaço coletivo e nos movimentos do dispositivo Fórum de Saúde, visando “acompanhar a processualidade dos processos de subjetivação que ocorrem a partir de uma configuração de elementos, forças ou linhas que atuam simultaneamente” (PASSOS; KASTRUP, 2010, p. 77).

Segundo Passos e Kastrup (2010), a cartografia é um método de pesquisa-intervenção, no qual a atenção do cartógrafo deve estar aberta ao plano de forças, deve acompanhar processos e operar sobre um coletivo. O ato de conhecer, segundo esse método, é criador da realidade, ou seja, é necessário transformá-la para conhecê-la, o que implica a participação do pesquisador no processo de construção da realidade. A produção de realidade abarca tanto a produção de subjetividades quanto a dos territórios em que elas se prolongam. Ela é considerada pesquisa-intervenção pois não mantém a relação de oposição entre pesquisador e pesquisado tomados como realidades previamente dadas, mas desmancha esses polos para assegurar sua relação de coprodução ou coemergência. Neste caso: “O pesquisador sai da posição de quem - em um ponto de vista de terceira pessoa julga a realidade do fenômeno estudado para aquela posição ou atitude (o ethos da pesquisa) - de quem se interessa e cuida” (PASSOS, KASTRUP, 2014, p. 29). O desafio do cartógrafo consiste em desenvolver práticas de acompanhamento de produção de subjetividade e de processos inventivos, por meio de um trabalho de campo, que é sempre coproduzido. Nessa relação, o pesquisador, por meio de uma cognição ampliada, deve permanecer aberto ao plano dos afetos e, a partir do encontro, deixar-se ser transformado. A dimensão do coletivo presente na cartografia borra as fronteiras preestabelecidas na divisão das disciplinas (o que é deste saber e não de outro) e dos participantes da pesquisa (este é o pesquisador, aquele é o pesquisado). Os mesmos autores apontam a importância de acessar na pesquisa a diversidade de vetores heterogêneos, como o pesquisador e seu campo de interlocuções acadêmicas, compromissos políticos, alianças

institucionais, bem como o objeto e suas diversas articulações. Em relação a esses diversos vetores, Guattari (1981) nos chama a atenção para a importância da transversalidade:

A cartografia aposta na contração do coletivo compondo uma grupalidade para além das dicotomias e das formas hegemônicas de organização da comunicação nas instituições: para além da verticalidade que hierarquiza os diferentes e da horizontalidade que iguala e homogeneiza um "espírito de corpo". A desestabilização desses dois eixos organizativos se faz pela transversalidade (GUATTARI, 1981, apud PASSOS; KASTRUP, 2014, p.18).

Segundo Passos e Kastrup (2014), a cartografia constrói e acessa um plano comum porque se orienta por uma tríplice inclusão, que diz respeito a três níveis: a) lateralização: inclusão dos diferentes sujeitos e objetos colocando-os lado a lado; b) inclusão dos analisadores: análise dos pressupostos e crenças da pesquisa; c) contração do coletivo: análise dos movimentos do coletivo. Esses três procedimentos correspondem ao princípio da transversalidade. Segundo Guattari (1981) a transversalidade se opõe à pura verticalidade e à simples horizontalidade, e diz respeito ao grau de abertura para a alteridade, tendendo-se a realizar-se quando se opera um aumento do grau de comunicação entre os diferentes membros de um grupo.

Não se tratou, então, de produzir como parte da pesquisa um dispositivo com este método, mas reconhecer que o Fórum opera numa perspectiva democrática, em que a lateralização, a contração do coletivo e a inclusão dos efeitos analisadores estão lá operando.

Assim, foi realizada uma “participação observante” (PASSOS; KASTRUP, 2014) em um fórum da cidade de São Paulo, com o objetivo de compreensão da dinâmica de funcionamento desse dispositivo. Passos e Kastrup (2014) afirmam que o pesquisador se mantém no campo em contato direto com as pessoas e seu território existencial, podendo ir da observação participante à participação observante, de acordo com o tipo de atividade e seu grau de envolvimento. A dissolução do ponto de vista do observador surge como plano de pesquisa (junto com a transversalidade e a análise de implicação) e coloca em questão os pressupostos objetivistas e cientificistas impostos pelo positivismo (PASSOS; KASTRUP, 2014). Essa dissolução não significa o abandono da observação, mas sim assumir um olhar em que não há separação entre o objetivo e o subjetivo. O que está em jogo é a contemplação da coemergência do sujeito e do mundo.

A partir da participação observante, foi construído um diário de campo, registrando observações e conversas. Essa ferramenta consiste em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões para uso individual do profissional (BARBOSA; HESS, 2010). Desse modo, é um instrumento que deve ser usado diariamente para garantir maiores sistematização e detalhamento possíveis de todas as situações, sentimentos e sensações ocorridas no encontro e para captar as entrelinhas nas falas dos sujeitos durante a intervenção.

De acordo com Azevedo e Carvalho (2009), a escrita do diário é uma forma de dar visibilidade, de fazer falar, de fazer contar, de trazer algo que é pessoal, mas que pode extrapolar-se, trazer elementos novos à cena, incluindo e sendo participativo. O diário traz reflexões, vivências, conflitos e contradições individuais, intersubjetivas e grupais, e não deve ser entendido como uma escrita pessoal. Ele nos permite captar a esfera intersubjetiva do encontro.

3.1 Lócus e participantes

A cidade de São Paulo se divide em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): região centro, oeste, leste, norte, sudeste e sul, que se subdividem em territórios sanitários e 25 Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Dentro de um só território podem acontecer diferentes fóruns, cada um relacionado a uma área temática ou a uma linha de cuidado em saúde.

Citarei como exemplo alguns fóruns que acontecem na região da STS da Fo/Brasilândia, da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Zona Norte para trazer a dimensão dos diferentes temas e redes que existem: Fórum de Cultura de Paz e Prevenção à Violência, Fórum de Reabilitação, Fórum de Álcool e Drogas, Fórum da Infância. Dependendo do eixo temático que constitui o fórum, seus objetivos, locais e os atores sociais mudam. Além dos fóruns por territórios sanitários (correspondentes a cada Supervisão Técnica de Saúde), acontecem os fóruns por região, os fóruns intersupervisões propostos pela Coordenação de Saúde, em que são convidados os atores de todas as STSs daquela zona de São Paulo. Além desses, ainda temos os fóruns nacionais de saúde, como exemplo o fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, que ocorre em diversas regiões do país.

O local escolhido para a produção da pesquisa é a região da Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, uma das cinco regiões sanitárias que compõem a Zona Norte de São Paulo. A temática do fórum era a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que possibilitou a observação da articulação de redes entre equipamentos da atenção básica, saúde mental, hospitais e outros setores para além da saúde. Todos os trabalhadores da rede presentes naquele encontro participaram da pesquisa, dentre eles agentes comunitários de saúde, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, conselheiros tutelares, estagiários, coordenadores, etc. A pesquisadora participou de quatorze encontros no Fórum da RAPS (vide Anexo I).

O Fórum da Rede de Atenção Psicossocial é o único fórum realizado pela STS Casa Verde, Cachoeirinha e Limão, fórum este em que a pesquisadora participa como trabalhadora de saúde desde o ano de 2014. Cabe ressaltar que ter apenas um fórum proposto pela saúde naquele território nos diz da história desta rede de atenção à saúde, onde a articulação do coletivo de profissionais é recente e, muitas vezes, insuficiente em relação à abrangência do território. Podemos observar a pouca organização política, a falta de um responsável na STS pela articulação de saúde mental (a profissional que realizava este trabalho se aposentou em 2015) e a dificuldade ainda presente de encontrar um profissional para ocupar esse lugar. Além disso, muitos profissionais daquele território participam de fóruns de saúde da STS da Fó/Brasilândia, por serem territórios vizinhos, por dividirem equipamentos de saúde que não existem no território da Casa Verde/Cachoeirinha/Limão e pelo território da Fó/Brasilândia ter uma história de articulação de redes e luta política.

Retomando um pouco da história desse dispositivo na Zona Norte, através de relatos dos profissionais, descobrimos que o primeiro fórum da região foi proposto na região da Fó/Brasilândia em 2001, por uma profissional que atuava na STS, na gestão da prefeita Marta Suplicy. Ele surgiu pois a mesma convidou os profissionais para uma conversa com o objetivo de organizar o território e os profissionais para atender a população da área de abrangência – havia na época uma população de 62.000 pessoas sem acesso à saúde. A reunião tomou corpo e se transformou no Fórum de Saúde Mental da Brasilândia, proposto pelos próprios trabalhadores em construção coletiva e horizontal. Em 2008, com a chegada das equipes de NASF e, com estas, trabalhadores da área da reabilitação, mudou de nome para Fórum dos Trabalhadores da Saúde.

O Fórum da RAPS Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, segundo relatos de profissionais, foi proposto por um psiquiatra do território, o qual, naquela ocasião (2001), era interlocutor de saúde mental dessa STS. O profissional, que já trabalhava havia muito tempo em diversos equipamentos desse território, convidou, na época, as chamadas duplas matriciais para se reunirem e discutirem os casos de saúde mental. As duplas matriciadoras, por sua vez, chamaram os outros profissionais da atenção básica para compor a discussão, o que não foi bem aceito pelo psiquiatra. Segundo relatos, diante da hierarquização dos processos de organização, tanto do fórum como do trabalho em saúde, e sendo uma imposição da STS, houve um boicote dos profissionais de saúde em relação a esse espaço. Por falta de participação, o fórum acabou.

Em 2002, segundo a ata do encontro (registro realizado pelos trabalhadores), foi proposta a retomada do fórum pela articuladora de saúde mental da STS na época. O espaço foi chamado de Fórum de Saúde Mental e teve grande adesão dos profissionais naquele período. Porém, os fóruns seguiam acontecendo não com a intenção de organizar os serviços em rede, como preconiza a Reforma Psiquiátrica, mas sim operando com decisões tomadas de cima para baixo, ou seja, sem discutir a lógica de saúde presente no território.

Em 2014, já com outra profissional articuladora de saúde mental da STS coordenando o espaço, foi proposto pelos trabalhadores de saúde a mudança do nome de Fórum de Saúde Mental para Fórum da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), compreendendo a importância do trabalho e da discussão intersetorial, com o desejo de que o fórum fosse composto por profissionais de outros setores para além da saúde, como assistência social e educação etc. Com essa articuladora de saúde mental e com a presença de trabalhadores dos CAPS e NASF, começou um movimento de fazer frente ao modelo de saúde presente no território, até então construído numa perspectiva piramidal, para que se construísse uma rede aquecida. Essa articuladora, segundo relatos, foi uma peça importante para fazer negociações dentro da STS, possibilitando encontros mais potentes nos fóruns. Vale ressaltar que, desde seu surgimento até meados de 2015, esse fórum sempre foi coordenado por algum profissional da STS, o que consideramos um analisador importante, uma vez que a gestão do espaço não é realizada coletivamente.

Em meados de 2015, a articuladora de saúde mental se aposentou e o fórum da RAPS ficou alguns meses sem coordenador, porém, graças à organização de alguns trabalhadores, eles ainda se encontravam. Ao final desse mesmo ano, uma psicóloga de uma UBS

Tradicional, que já trabalhava havia anos no território, assumiu o cargo de articuladora de saúde mental na STS e passou a coordenar o espaço. Podemos dizer que o fórum da RAPS nesse período se tornou mais horizontal, com uma articuladora de saúde mental interessada na cogestão do espaço e em fortalecer a rede do território, com um olhar para o coletivo.

Concomitante aos Fóruns da RAPS em 2016, o território recebeu o curso Redes e Saberes da Rede Sampa, que se caracterizou por ser um espaço aberto, proposto pela Escola Técnica de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde a todos os profissionais da rede. Com participação voluntária dos profissionais e apesar da presença da professora, o espaço tinha um funcionamento próximo daquilo que compreendemos como um fórum, pois era um encontro realizado em roda, aberto e horizontal, para discussão dos desafios do trabalho, da rede e dos dispositivos que havia ali. A pesquisadora participou de quatro encontros do Redes e Saberes (vide Anexo I), que aconteceram no espaço físico da STS. Das discussões de caráter político compreendidas pela STS, surgiram importantes desdobramentos, os quais, de forma velada, por determinação superior, impediram a continuidade do trabalho. O número de trabalhadores presentes ao encontro era grande. A notícia do fim do espaço foi recebida com tristeza pelos trabalhadores.

Diante da forte demanda e da complexidade do trabalho, e exercendo o cargos de psicóloga e articuladora de saúde mental da STS ao mesmo tempo, com aumento da carga horária e sem ser devidamente remunerada por isso, além da pressão sentida pelos desdobramentos políticos do território, a profissional pediu para sair da função de articuladora em meados de agosto de 2016. De agosto até dezembro de 2016 o fórum aconteceu sem a coordenação de algum profissional da STS, por não haver nenhum trabalhador concursado do território interessado em assumir o cargo.

Mesmo assim, o Rede Sampa deixou um legado para os trabalhadores, que, mais articulados, propuseram, em 2017, um novo fórum na Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, nomeado Fórum da Juventude. Este tem caráter intersetorial (participação da assistência social, cultura e saúde), não possui um coordenador e acontece no Centro Cultural da Juventude (CCJ) Cachoeirinha, o que nos mostra um crescimento e fortalecimento da rede de trabalhadores envolvidos no cuidado para esta população no território.

O território pesquisado da Casa Verde/Cachoeirinha/Limão tem 26,7 Km² de área de abrangência; população de 309.376 habitantes (Censo de 2010); e densidade demográfica de 11.587 hab/Km². Os equipamentos de saúde que compõem essa rede assistencial são: 13 UBS

(tradicional, PSF-NASF ou Integral); 4 Ambulatórios Médicos AMAs; 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto, 1 CAPS Infantil e 1 CAPS AD II; 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA); 1 Hospital-Maternidade; 2 Serviços de Residência Terapêutica (SRT); 1 UAA (Unidade de Acolhimento Adulto). Vale ressaltar que os equipamentos de saúde mental, como os CAPS Adulto, AD e Infanto-juvenil, demoraram a chegar no território, pois não havia pressão dos trabalhadores para a construção dos mesmos. Além disso, o território ainda não possui equipamentos importantes para compor a rede de cuidados, como CECCO (Centro de Convivência e Cooperativismo) e CER (Centro Especializado de Reabilitação).

3.2 Pactuação e análise de implicação

Para a pactuação da pesquisa, o projeto foi apresentado e aprovado pela STS do território e pela CRS. Após a aprovação, no fórum do mês de abril de 2016, que aconteceu na UBS Vila Barbosa, expliquei a todos os participantes sobre a proposta da pesquisa, esclarecendo sobre os objetivos da mesma, bem como as garantias de sigilo e confidencialidade. Foi explicado que não seriam gravadas as discussões no espaço, mas apenas anotadas no meu diário de campo, com fragmentos de conversas e impressões/afetações sobre os temas, com a devida autorização dos trabalhadores. A proposta foi aceita por todos os participantes e ficou acordado com todos que nos próximos encontros levaria o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹¹. Também foi solicitada a utilização da ata para cópia e leitura. Cabe sinalizar que o fato de a pesquisadora participar do referido Fórum na condição de trabalhadora da saúde colaborou para que a pactuação da pesquisa tenha se dado de forma mais consistente.

Importante neste momento ressaltar o meu duplo papel na participação desse fórum. A Análise Institucional nos fala sobre a noção de implicação (LOURAU, 1993), que visa desconstruir as noções de neutralidade e objetividade científica na produção de conhecimento e analisar a posição do pesquisador diante do pesquisado. O autor esclarece que o que chama de implicação são as condições da pesquisa, condições políticas, libidinais e financeiras, que sempre fazem parte do processo de pesquisa, sejam ou não analisadas.

¹¹ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética, Plataforma Brasil nº CAAE 58140516.1.3001.0086.

Dessa forma, a ética da pesquisa vislumbrada pela Análise Institucional não é a implicação, que se faz sempre presente, mas a análise de implicações. Segundo Paulon (2005, p. 19), “a consideração do conjunto de condições que circunscrevem o ato de pesquisar é o que confere cientificidade ao trabalho de pesquisa”. Nesse sentido, é preciso analisarmos nossas próprias implicações, nossos interesses, nossas posições sociais, afetações, jogo de poder etc., visto que tudo isso envolve o ato de pesquisar.

O fato de ser trabalhadora do território e conhecer a maioria dos participantes do fórum foi um facilitador na pactuação da pesquisa; mas poderia incorrer no que Lourau (2004) chamou de *sobreimplicação*, que se caracteriza por um extremo da implicação, chegando ao ponto de causar uma cegueira ideológica, o que, neste caso, me impediria de analisar a minha própria implicação. Como afirma Lourau (1977, p. 88): “Estar implicado é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc.”. Minha tentativa durante os encontros era de muitas vezes me distanciar do papel de trabalhadora e militante do SUS, para conseguir me aproximar de todos os movimentos, afetos e jogos de poder ali presentes. Meu objetivo como pesquisadora era fazer-me sensível para escuta das diversas vozes, produções e posicionamentos. Segundo Lourau, pesquisar é um exercício “cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises” (LOURAU, 1993, p.85). O trabalho da análise das implicações proposto pela Análise Institucional impõe uma manobra com o fora, um fora do texto no texto, um fora do campo como plano de produção de onde emergem as realidades instituídas. Essa dinâmica de *inclusão do fora* é evidenciada na relação que a fala íntima tem com o discurso objetivo da ciência. Desse modo, através de um exercício como pesquisadora, fui me transformando ao longo dos encontros, junto com a construção dos diários, os quais, a cada encontro, traziam mais vivacidade à pesquisa.

Em muitos discursos presentes no diário, pude observar que, para os participantes, passei a ocupar um lugar diferente naquele encontro, hora como testemunha das discussões realizadas, hora como organizadora do espaço. Um exemplo disso é que, por algumas vezes, fui chamada de “relatora” do grupo; outro exemplo é que fiquei responsável por enviar por e-mail o material que produzíamos ao longo dos encontros. Também fui chamada de “testemunha” pelo grupo, e sentia a responsabilidade que depositavam em mim de poder dizer e evidenciar os desafios enfrentados pelos profissionais. Algumas vezes, fui parabenizada pela coragem de escrever o trabalho, também me disseram que eu tinha o papel de observadora e

de pesquisadora de todo o grupo. Chegaram inclusive a dizer que eu era a “secretária” do grupo. Como pude perceber, os sentimentos em relação à pesquisa variavam. Na maioria das vezes, recebi incentivo do grupo, mas na fala de alguns participantes apareceu um incômodo e certa desconfiança.

Importante dizer da dimensão dos afetos em que realizar a pesquisa no mesmo campo onde trabalho há alguns anos me provocou. A análise da implicação, para Lourau (1977), não é dada a priori por meio de um esclarecimento objetivo saído da manga do mágico. Surge na crise, na contradição, na luta. Por muitas vezes, me deparei com a preocupação ética de não expor meus colegas de trabalho do território na pesquisa, por analisar situações e debates que considero delicados por evidenciarem as fragilidades e contradições dos trabalhadores e do próprio modo de produzir saúde no território. Outras vezes senti medo em relação ao que iria dizer sobre o modo de funcionamento do SUS no território, relacionado as questões de poder que incidem sobre os trabalhadores – a maioria deles, infelizmente, são contratados e encontram certos limites para fazer críticas ao sistema e ao modo de gestão das políticas públicas, pois são constantemente avaliados e trabalham sob ameaça de demissão. Ao longo da pesquisa, nós, trabalhadores, sentimos na pele, com a mudança de gestão, a forma como fomos perdendo espaço de fala e troca, substituídos pelo “cumpra-se”, a ordem de trabalhar para cumprir as metas, reduzindo a possibilidade de reflexão sobre a prática. Acredito em um SUS que é construído coletivamente, através da produção de pensamento crítico e debate, através da luta pelos direitos da população e da participação da mesma na construção das políticas públicas. Entretanto, dadas as condições de trabalho que partem de uma concepção mercadológica de saúde, o processo de ampliação da consciência política, tanto da população quanto dos trabalhadores perde potência. Devo dizer que, diante da árdua tarefa que é escrever sobre o próprio trabalho, em alguns momentos pensei até em desistir. Mas, neste caminho, além dos entraves, fui encontrando parcerias e apoios que me motivaram a seguir contando tudo o que foi produzido ao longo desse processo de construção da pesquisa, a dizer tanto das alegrias quanto das tristezas. Para tanto, tive que exercitar o “espaço fórum” em mim, espaço entre, habitando o dentro e o fora do grupo para alcançar a liberdade de pensamento necessária para produzir crítica.

Além de minha participação nos encontros do Fórum da RAPS, também fizeram parte da pesquisa e do diário de campo encontros do curso Redes e Saberes, espaço proposto pela Escola Técnica de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde a todos os

profissionais de saúde do território, com temas como o acolhimento, o matriciamento e o próprio fórum da RAPS.

Em um dado momento da pesquisa, em um encontro coletivo do Redes e Saberes, realizado em junho de 2016, fui convidada pela STS a participar de um curso destinado aos coordenadores dos equipamentos de saúde, em função da realização da pesquisa. Havia somente duas vagas para a participação no curso chamado “Redes de produção de saúde na perspectiva da inteligência coletiva”. Entendemos esse convite como um reconhecimento do trabalho da pesquisa, uma vez que fui convidada a participar do curso mesmo não ocupando o cargo de coordenadora.

Além do curso, também fui convidada a participar do Grupo de Trabalho (GT) de confecção da carta-documento proposta pelo Fórum pesquisado, grupo este que se reuniu no dia 17 de outubro de 2016 com o objetivo de organizar os enunciados retirados no Fórum. A criação da carta-documento surgiu no Fórum de fevereiro de 2016 e acompanhou todos os seguintes encontros desse coletivo. Foi finalizada no último fórum do ano, em dezembro de 2016.

No próximo capítulo, analisaremos a rede de encontros (relações) que se produziram no fórum escolhido. Para a análise, algumas questões norteadoras nos serviram como pistas; são elas: É possível identificar nos encontros zonas de comunidade que propiciam soluções criativas para a construção do cuidado em saúde? Este fórum se coloca como lugar de resistência a formas dadas de controle que incidem sobre a vida? Neste espaço, como se dá a abertura para o outro, para a tolerância, a diferença e a emergência de conflitos?

CAPÍTULO 4

O FORA DO FÓRUM

Neste capítulo analisaremos as situações acompanhadas tanto no Fórum da RAPS Casa Verde/Cachoeirinha/Limão quanto no Redes e Saberes, espaço de Educação Permanente do curso Rede Sampa, proposto pela Escola Técnica de Saúde em parceria com a Secretaria de Saúde, de forma a evidenciar a construção de redes, a criação de estratégias diante dos desafios colocados e certos exercícios de produção do comum. O espaço coletivo Redes e Saberes tinha como objetivo central a educação e troca horizontal de saberes entre os profissionais, porém ele funcionou como um fórum em diversos momentos no sentido de operar a função “fora”, ao permitir a análise das relações do cotidiano do trabalho em rede, de forma que os profissionais se sentissem à vontade para expressar suas opiniões e afetos com liberdade.

Inicialmente, realizamos uma leitura atenta do material colhido na forma de diário para uma maior familiarização com o mesmo e de modo a construir quadros que facilitem o tratamento das informações disponíveis. De forma a decompor ou desorganizar as informações para dar visibilidade à malha discursiva relativa ao objeto de pesquisa, trabalhamos com o seguinte quadro (inspirado em Medrado e Lyra, 2015).

Quadro proposto para análise do Fórum:

Temas	Argumentos	Afetos	Atores	Situações críticas/tensões

No quadro proposto acima, os temas que surgiram durante os fóruns foram destacados, juntamente com os argumentos relacionados a cada um deles, com cada ator que argumentou, ou seja, com o profissional que fez cada fala. A inclusão de afetos produzidos no momento do encontro procura evidenciar como os corpos estão sendo afetados diante de determinado tema, se produzem tristeza ou alegria, diminuição ou aumento de potência. Importante ressaltar que a percepção dos afetos presente no coletivo e demonstrada no quadro, passa por minhas afetações como trabalhadora e pesquisadora, interligadas. Na coluna atores, buscamos evidenciar a posição institucional de quem fala. Entretanto, para garantia do sigilo, todos os

profissionais que possuem cargo de gestão, como coordenador do CAPS Infantil, coordenador da equipe NASF, articulador de saúde mental da STS etc. serão chamados apenas de gestores. Na coluna incidentes críticos/tensões sinalizamos as dimensões críticas presentes no tema. Como exemplo, trouxemos quatro quadros de análise, um relativo a um encontro do fórum da RAPS (Anexo II), um quadro-síntese dos fóruns da RAPS (Anexo III), um encontro do Redes e Saberes (Anexo IV) e, o último, o quadro-síntese do Redes e Saberes (Anexo V).

Os quadros permitiram ter uma visão geral dos temas/situações trabalhados ao longo do Fórum e permitiram também selecionar certas *cenias* e certos *eixos transversais* em diálogo com nossos objetivos de análise (produção de rede/produção de comum). Assim, escolhemos cinco *cenias analisadoras* que permitem a reconstituição analítica de determinadas situações (LOURAU, 1993) evidenciando tensões, disputas, afetos, relações de poder e a potência de criação no processo de trabalho presentes no fórum da RAPS Casa Verde/Cachoeirinha/Limão e no espaço de educação Redes e Saberes.

Chamamos de *cena* a reconstrução narrativa feita a partir de trechos extraídos do diário de campo (fragmentos de conversas, observações da pesquisadora), de forma a evidenciar um campo problemático ou uma questão que percorreu o trabalho do Fórum. Além de as *cenias* revelarem a dimensão processual da experiência, elas devem ser entendidas como expressão do trabalho coletivo, em que a reflexão sobre o trabalho se dá simultaneamente ao modo mesmo de trabalhar. As *cenias* abarcam a multiplicidade do cotidiano dos trabalhadores, por isso não são exclusivas para cada tema proposto.

Cena 1: Tecendo rede entre saúde e assistência social

A primeira *cena*, nomeada de *Tecendo rede entre saúde e assistência social* situa a articulação da rede intersetorial e seus percalços; neste caso, mais especificamente a articulação com o Conselho Tutelar¹². Segundo Nascimento e Scheinwar (2010), a função principal do Conselho Tutelar “é aplicar as medidas de proteção previstas na lei, o que tem significado encaminhar providências quando ocorrem violações de direitos do segmento infante-juvenil”. Esse órgão público não-jurisdicional, criado pelo Estatuto da Criança e do

¹² O Conselho Tutelar é um órgão público municipal com a missão de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Segundo Art. 131 do Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069/90), “O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não-jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei”. Trabalha integrando-se ao conjunto das instituições nacionais e subordinando-se ao ordenamento jurídico brasileiro.

Adolescente (ECA), promulgado em 1990, contrapõe-se ao Código de Menores por não se limitar a aplicar medidas coercitivas a crianças e adolescentes, mas sim garantir seus direitos fundamentais, como direito à vida, à saúde, alimentação, lazer, liberdade etc.

A relação entre saúde e Conselho Tutelar é considerada pelos profissionais da saúde difícil de ser construída, pois, apesar de ser um órgão não-jurisdicional e pautado pela garantia de direitos, observamos que sua prática é apoiada em crenças moralistas, lançando mão de estratégias de punição, uso de termos de advertência, culpabilização do sujeito, individualização do problema etc. Infelizmente, observamos esse tipo de prática não somente exercida pelo CT, mas por todos os setores que trabalham com a infância, a educação e a própria saúde.

Na cena a seguir, procuramos mostrar alguns aspectos da relação entre essas duas instituições e como o fórum da RAPS fortaleceu e forjou outro espaço coletivo –operando como rede que articula e produz novas redes para atender as demandas do cuidado em saúde no território, onde grande parte das crianças e adolescentes têm seus direitos fundamentais diariamente violados.

Encontro 2, fórum de janeiro de 2016 no CAPS Adulto

Conselheiro tutelar, pela primeira vez participando do fórum, se apresenta:

- Meu nome é I., eu sou conselheiro tutelar, trabalho há um ano nesta função no território Casa Verde, Cachoeirinha e Limão e me coloco a disposição para o que precisarem. Proponho que o fórum de março seja realizado no espaço do Conselho Tutelar, com a nova gestão de conselheiros, após as eleições que acontecerão em fevereiro.

Profissional da saúde:

- É muito importante a articulação da rede no cuidado, para que os equipamentos não somente dividam tarefas entre si e realmente pensem num projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado e corresponsabilizado por todos.

Outra trabalhadora da saúde questionou o conselheiro:

- Qual a maioria da demanda que vocês atendem no conselho?

Conselheiro tutelar:

- O abandono escolar vem em primeiro lugar, encaminhado pelas escolas. Depois os casos de envolvimento com drogas, que gera violência na família. Os casos de estupro que chegam são minoria e sempre realizados por familiares ou pessoas próximas da família.

Uma psicóloga falou:

- Temos o serviço de acolhimento disponível no Hosp. Cachoeirinha para casos de adultos que sofreram violência sexual. Na infância, o encaminhamento deve ser realizado para o Hospital Pérola Bygton.

Conselheiro tutelar:

- Nós temos muita dificuldade de comunicação com a saúde, nós encaminhamos os casos, mas não temos retorno.

Coordenadora CAPS Adulto:

- Eu sugiro que a comunicação entre saúde e conselho seja de outras formas, como o contato telefônico. Somente o encaminhamento escrito é ineficaz, pois a família pode comparecer para o atendimento, é acolhida no serviço, mas não dá seguimento ao acompanhamento.

Terapeuta ocupacional NASF:

- Temos que tomar cuidado com a “pegadinha do papel”, o papel de referência e contra referência para encaminhamentos é um engodo, o ideal é falar pessoalmente nas reuniões ou pelo telefone com os profissionais da rede.

Conselheiro tutelar:

- O conselho tutelar tem a imagem coletiva de um monstro tutelar que engole criancinhas. A população tem medo do conselho tutelar. Também convindo a todos que o próximo fórum seja no espaço do Conselho Tutelar. (Todos acharam uma boa ideia)

Terapeuta ocupacional NASF:

- Também acho importante, já que o tema é recorrente aqui, que nos próximos fóruns a gente discuta sobre violência. Temos que discutir ações focadas em grupos e instituições, e não só nos indivíduos. Precisamos atuar junto com a cultura e com as escolas.

Psicólogo UBS Tradicional:

- Podemos além de realizar o fórum de março no conselho tutelar, convidar todas as escolas do território para participar deste encontro.

Conselheiro tutelar:

- Temos 57 escolas entre municipais e estaduais e podemos ter ao menos um representante de cada uma delas no fórum.

Encontro 3, fórum de fevereiro de 2016, no CAPS Infantil:

Agente comunitária:

- Neste mês teremos a eleição para conselheiro tutelar, é importante escolhermos um conselheiro preparado para proteger o direito das crianças de nosso território, que se encontram em situações tão vulneráveis. Estou fazendo um desabafo, por já ter precisado do conselho, em uma situação particular do meu filho e o conselho não fez o papel dele. Atendemos um caso em nosso território que pedimos ajuda para o conselho e o conselho falou para a família que quem havia denunciado tinha sido a saúde, complicando a minha situação.

Gestor 3:

- A intervenção junto com o conselho tutelar tem de ser realizada com cuidado e delicadeza.

Neste momento, o conselheiro I. ainda não havia chegado. Outra ACs falou:

- O conselheiro I. tem um discurso interessante, mas sua prática não condiz com este discurso. Nas eleições passadas, que foram canceladas por terem sido fraudadas, este conselheiro estava agredindo fisicamente uma pessoa no momento da eleição.

Ao final da fala desta ACs, ela fez propaganda de uma candidata a conselheira, que inclusive é agente comunitária e pediu para que neste domingo todos votassem nela.

Após quase duas horas de início do fórum, chegou com atraso o conselheiro tutelar I. e instalou-se um silêncio no ambiente, pois as críticas direcionadas a ele foram fortes. A gestora pediu para que ele se apresentasse. Antes disso, a ACs retomou sua fala bastante emocionada:

- Passei uma situação muito difícil com o meu filho e como foi ruim precisar de ajuda do conselho tutelar e não obter. Temos medo de denunciar um caso para o CT e depois sermos ameaçadas e até agredidas na comunidade.

Conselheiro tutelar:

- Sou o conselheiro I, estou há um ano realizando um trabalho com as crianças no território. O conselho não pode tomar decisões apenas por um instante que se conheceu a família, tem que buscar um histórico mais detalhado sobre o caso. Neste domingo terá as eleições para nova gestão de conselheiros e conto com vocês para continuarmos a parceria com a saúde.

Gestor 3:

- Entendo que as vezes existe um descaso diante de situações importantes dentro do conselho. Proponho que seja realizado uma comissão para trabalhar junto e cobrar ações do conselho.

Encontro 4, fórum da RAPS em março de 2016, no Conselho Tutelar.

Um espaço amplo, com um solzinho esquentando o frio de manhã. Muitas mulheres vestidas com saias compridas, algumas evangélicas outras com estilo "hippie". O fórum aconteceu no espaço aberto do conselho e havia um número grande de participantes. Havia também uma grande variedade de comida e bebida para o café da manhã.

A nova equipe de conselheiros tutelares se apresentou, eles são em cinco e todos novos neste cargo. Logo de cara, na fala de todos esteve presente o pedido de ajuda para a saúde. Além disso, o discurso religioso estava presente na maioria da fala destes profissionais. O conselheiro tutelar I. que havia dado a ideia de realizar a reunião naquele local não foi reeleito. Os conselheiros recém-chegados para o cargo não souberam explicar qual a proposta de trabalho deles e comentaram que não tiveram nenhum curso preparatório para o exercício da função. Dois deles são parentes de conselheiros da gestão antiga, que não puderam se reeleger ao cargo por cumprirem dois mandatos seguidos.

Neste fórum havia grande participação de equipamentos da assistência social¹³, como CRAS, CREAS, SEAS, SAICAS, etc.

Assistente social do CREAS:

- É muito importante este nosso trabalho em parceria, precisamos estreitar os laços.

Psicólogo SEAS:

- Como trabalhamos com a população de rua, o serviço de saúde próximo impacta diretamente no nosso trabalho.

Gestor 3:

- Fico muito feliz de estarem muitos serviços aqui da assistência que não tínhamos conhecimento. Peço para quem tem trabalhos locais me enviem por e-mail para divulgação. Também podemos combinar de no próximo fórum, todos os serviços da assistência social se apresentem, para que nos conheçamos melhor.

Encontro 5, fórum da RAPS de abril de 2016, na UBS Vila Barbosa.

Baixo quórum de participação, nenhum profissional da assistência social.

Gestor 3:

- Teremos uma nova reunião com os conselheiros em maio para conversar sobre alguns temas centrais como a subnotificação de violência em nosso território e sobre o cuidado com as agentes comunitárias quando o chamamos para acompanhar o caso com a saúde.

Agente comunitária:

- A população tem uma péssima imagem do conselho tutelar, existe um conselheiro que foi eleito que a gente odeia, que queríamos o impeachment dele.

Terapeuta ocupacional:

- Falta um gestor no conselho tutelar, pois é muito trabalho e falta de organização para somente cinco profissionais.

Gestor 3:

- Esta reunião será para que consigamos realizar o controle social e firmar uma parceria com a assistência, estamos todos no mesmo barco, tentando navegar nesta tempestade que está o Brasil.

Encontro 7, fórum da RAPS de maio de 2016, na UBS Casa Verde.

Gestor 3:

- Houve uma reunião com os agentes comunitários preparatória para a reunião com o conselho tutelar, que ainda não tem data. Saí de férias em julho e em meu retorno, está marcada a primeira reunião no conselho tutelar com a saúde, em agosto.

A partir de agosto de 2016, ficou instituído que toda primeira segunda-feira de cada mês haveria a reunião entre Conselho Tutelar e trabalhadores da saúde, que aconteceria sempre no espaço do Conselho Tutelar. O mote da reunião é a discussão de casos emblemáticos e a construção de projetos terapêuticos compartilhados entre assistência e saúde. Segundo relatos de profissionais que participaram, possibilitou a ampliação do olhar dos profissionais e a responsabilização pelo cuidado da infância e juventude no território, tendo como um dos principais objetivos promover a autonomia dos usuários e a garantia de direitos.

Tais reuniões, que estão acontecendo até hoje, possibilitaram uma aproximação entre serviços e a superação de práticas baseadas no aconselhamento, na vigilância às famílias e

¹³ CRAS – Centro de Referência da Assistência Social.

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

SEAS – Serviço Especializado em Abordagem Social: é um serviço de abordagem e busca ativa para identificar a incidência de indivíduos ou famílias que têm seus direitos violados e que utilizam espaços públicos como meio de moradia e/ou de sobrevivência.

SAICAS – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes.

apoiadas em crenças moralistas. O fato de o CT ter a imagem popular de “*monstro tutelar*”, como disse o próprio conselheiro em diálogo no fórum da RAPS, nos mostra o quanto ainda esse órgão é visto como lócus de práticas policiaescas, de vigiar e punir. O afeto do medo exerce função importante de controle da população, inclusive nos equipamentos da saúde e da educação, na forma de ameaça e repressão. A imagem do “*monstro tutelar*” se constrói como efeito do isolamento do Conselho das ações em rede e de suas práticas individualizadas (que não constroem processos mais coletivos de funcionamento). Segundo Nascimento e Scheinwar (2010, p. 28):

Com base nessa lógica, o atendimento aos usuários desse serviço passa a depender da forma de atuar de cada conselheiro, de suas características pessoais, dos recursos que consegue agilizar por esforço próprio, pressupondo que as questões chegam ao CT destituídas de tensões sociais e políticas, podendo ser tratadas de forma pontual.

A ação isolada acaba por tomar os casos de forma individualizante e culpabilizadora, sem considerar que cada caso tem uma história que é necessariamente coletiva, atravessada pelos aspectos econômicos, culturais, sociais etc.

A cena é um exemplo de como espaços coletivos, como o fórum da RAPS, vão fortalecendo e forjando outros espaços coletivos para a superação de determinadas formas de produzir cuidado no território. Segundo a Cartilha de Redes de Produção de Saúde (BRASIL, 2009), a construção de uma rede implica mais do que ofertas de serviços num dado território: implica em colocarmos em questão como eles estão se relacionando. A relação entre Conselho Tutelar e trabalhadores da saúde no território sempre foi difícil, dificuldade esta que levou a articuladora de saúde mental a propor uma reunião preparatória para os agentes comunitários antes do encontro com os conselheiros, de modo a cuidar dos afetos envolvidos na relação. Teixeira (2004) nos diz que o essencial nas redes é a “criação e manipulação dos afetos”. Neste caso, as divergências existentes entre saúde e assistência eram tantas que só provocavam distância entre os profissionais e produziam afetos tristes.

O Conselho Tutelar conta com representantes da sociedade civil, votados diretamente pela comunidade e é encarregado pelo atendimento às denúncias de violação de direitos, encaminhados em sua maioria pelas escolas, como explicou o próprio conselheiro na cena. No Encontro 3, nos deparamos com o clima de tensão quando os profissionais falaram sobre a eleição dos representantes do Conselho. O sentimento dos profissionais da saúde é de insatisfação e desconfiança diante de práticas não cuidadosas por parte do Conselho, como dizer para a família que quem “denunciou” o caso foi a saúde, trazendo riscos para os ACs,

que podem sofrer ameaças no território. Na fala da AC que utilizou o verbo “denunciar”, observamos um deslocamento da criança/adolescente e da família do lugar de vítima da violação de direitos para o lugar de culpabilização por sua condição social. A violência começa a ser praticada pelo Estado, passa pela assistência prestada pelas instituições (saúde, educação e assistência social), que praticam formas de tutela e controle, e retorna, neste caso, aos ACs, quando a população os ameaça.

A votação direta dos representantes pela comunidade permite que mecanismos de controle social sejam instalados e resulta na democratização do poder, que passa a ser exercido não só pelo Estado, mas também pelas organizações familiares, pelos trabalhadores e moradores do território. O controle social favorece a construção de uma esfera pública, através de uma ação política capaz de produzir novas práticas, mais cuidadosas e democráticas, que façam resistência à *expropriação do comum* (NEGRI, 2016).

A despeito de afetos tristes, provocados pelo distanciamento e por experiências despontencializadoras de encontros de decomposição, no Encontro 4 podemos notar afetos de alegria na relação entre saúde e assistência social. Neste encontro, os profissionais expressaram alegria ao se conhecer e se reconhecer, primeiro passo para estabelecer uma zona de confiança (TEIXEIRA, 2004) entre as singularidades de cada profissional/serviço.

No Encontro 2, o conselheiro falou sobre a dificuldade de comunicação do Conselho com a saúde. Segundo ele, o Conselho realizava encaminhamentos e não tinha retorno. Como tentativa de solucionar essa questão, foi proposto pela saúde que houvesse reuniões mensais no próprio CT. Assim, foi possível a construção de uma *rede viva* (MERHY, 2014), sintonizada com a singularidade das demandas dos usuários, possibilitando apostas terapêuticas que recusem produções identitárias e substituam os sujeitos atendidos por estigmas ou diagnósticos. O encontro entre diferentes atores, serviços e políticas num dado território pode produzir *redes transversais* (BRASIL, 2009), que distribuem ou democratizam os saberes e poderes do grupo e apostam numa cogestão do cuidado de crianças e adolescentes.

Podemos imaginar, já que não acompanhamos de perto as reuniões entre Conselho Tutelar e saúde, que este encontro entre diferentes sujeitos, profissões, posições institucionais e experiências de vida pode estabelecer formas múltiplas e mútuas de afetação e carrega a possibilidade do aumento de potência de ação em cada um, produzindo o comum (ESPINOSA, 1983). No caso da cena acima, através do exercício da multiplicidade (diferentes profissionais com diferentes olhares), os participantes do fórum produziram deslocamentos e pensaram numa estratégia criativa de encontro e gestão do cuidado capaz de

transformar tanto a subjetividade da população atendida quanto a subjetividade dos próprios trabalhadores. Tomamos aqui a produção do comum como a possibilidade de produzir ideias, emoções, relações sociais e modos de vida mais potentes e democráticos, como forma de resistência aos mecanismos de controle e assujeitamento impostos pelo capitalismo, que lutem contra a expropriação de direitos da população de infância/juventude.

Cena 2: Tensão entre diferentes concepções de cuidado

A segunda cena, nomeada *Tensão entre diferentes concepções de cuidado* evidencia diferentes concepções de saúde, uma que opera no campo dos especialismos, de queixa-conduta, num modelo de patologização da vida, e, outra, de trabalho em rede, territorial e comunitário. Nesse caso, o espaço operou em uma lógica piramidal e não em rede, na qual diante da diferença, um gestor explicitou o que seria realizado de forma hierárquica.

Encontro 4, fórum RAPS março de 2016, no CT Casa Verde.

Assistente social e psicóloga da Maternidade Cachoeirinha:

- Convidamos a todos do fórum para participar do grupo de trabalho que realizamos no hospital, que neste ano focará na questão das gestantes em uso abusivo de álcool e outras drogas, que chamamos de GT Vulnerabilidade. A ideia deste grupo é construir rede para estas usuárias, pois com o recorte que possuímos na maternidade, nosso trabalho fica muito difícil.

Gestor 7:

- Acho ruim ter outro espaço de discussão na Maternidade Cachoeirinha, sendo que já participamos de um espaço de discussão de caso lá dentro proposto pelo psiquiatra que trabalha lá, que inclusive se encontra esvaziado.

Assistente social e psicóloga da Maternidade Cachoeirinha:

- São espaços diferentes com objetivos diferentes.

Gestor 7:

- Como serviço, não temos pernas para participar de tantas reuniões de redes, meus profissionais tem a agenda cheia e fica inviável participar de dois encontros no mesmo lugar.

Psicóloga NASF:

- A questão que se coloca é que são dois modelos de cuidado em saúde que são propostos nos diferentes espaços, o novo GT pretende trabalhar com a clínica ampliada, articulação dos profissionais da rede e de pensar no PTS considerando o contexto da comunidade que a gestante está inserida. E em contraposição, o espaço que já existe parece ser fechado, com o poder da fala direcionado ao médico, e tem uma concepção de clínica compartimentada, medicalizante e patologizante, seguindo a linha dos especialismos.

Gestor 5:

- Já que já existe o espaço não seria o caso de ocuparmos este coletivo e fazer resistência a este modelo médico centrado?

Neste momento uma tensão no ar e a proposta da coordenadora não foi bem recebida pelas profissionais da maternidade Cachoeirinha. Elas tentaram explicar, com falas veladas, que sentem bastante dificuldade de trabalhar em parceria com o médico em questão. Diante de tantas outras pautas, a questão ficou em aberto.

Encontro 5, fórum RAPS de abril de 2016, na UBS Vila Barbosa.

Gestor 3, ao final do fórum deu este informe:

- As reuniões que eram propostas pelo médico psiquiatra na Maternidade Cachoeirinha foram encerradas, e manteremos somente as reuniões do GT Vulnerabilidade, que tem a intenção de trabalhar com a rede.

Diante da novidade, alguns profissionais ficaram animados e o Gestor 1 fez uma expressão facial de que não gostou da notícia. Importante dizer que neste período o equipamento do Gestor 1 era gerido por uma OSS que adotava um modelo compatível com um grande ambulatório, realizando um número elevado de consultas individuais, assim como um número elevado de médicos em comparação aos outros serviços do território.

Nesta cena do fórum, o gestor 7 evidenciou sua concepção de cuidado em saúde mental, dentro de uma lógica que opera no campo dos especialismos, num modelo ambulatorial médico-centrado, que legitima condutas do tipo diagnóstico-prescrição. Esse modelo tende a tornar o cuidado em saúde uma relação fria, tecnicista, centrada em procedimentos que acabam por dessingularizar o sujeito (MERHY, 2009). Outros profissionais, como a psicóloga do NASF e os profissionais da Maternidade Cachoeirinha se posicionaram contra esse modelo, trazendo para a discussão a importância de praticar uma clínica relacionada com o contexto familiar e com o território em que o usuário está inserido, compartilhado o cuidado com a rede de atenção à saúde. Importante dizer que o equipamento do Gestor 7 passou a ser administrado por outra OSS. Com essa mudança, a coordenação do equipamento e o modo como este funcionava também mudaram – as portas do serviço se abriram para a comunicação com outros equipamentos da rede.

O motivo do encerramento da reunião proposta pelo médico psiquiatra não foi exposto pelo Gestor 3. O fato é que houve um “boicote” a esta reunião, por parte da maioria dos profissionais da saúde, que diziam que a única pessoa que tinha voz no encontro era o psiquiatra. Por esse motivo, e pelo fato de o psiquiatra conduzir as discussões dos casos como “aulas”, o espaço da reunião da Maternidade Cachoeirinha já se encontrava esvaziado; e ficou mais ainda após a discussão no fórum.

Porém, o fato de o Gestor 3 trazer o “informe” de que as reuniões propostas pelo psiquiatra haviam sido encerradas, nos diz de uma falta de debate aberto e da presença de informações veladas sobre o que realmente aconteceu. Houve uma conversa com o psiquiatra da Maternidade Cachoeirinha? Ele foi informado sobre a discussão que surgiu no fórum? Outros profissionais pensam como o Gestor 7 em relação à importância daquela reunião?

Compreendemos que o fórum, enquanto espaço democrático, deve operar no princípio da transversalidade, que se orienta pelo método da tríplice inclusão (PASSOS; KASTRUP, 2014). Esse método diz respeito a três níveis: a *lateralização*, ou seja, colocar os diferentes sujeitos lado a lado; a *inclusão dos analisadores*, ou seja, fazer aparecer as contradições de crenças e pressupostos; e, em terceiro lugar, permitir a *contração do coletivo*, ou seja, analisar os movimentos coletivos. Quando esses três procedimentos são realizados, é possível obter

um aumento no grau de comunicação entre os diferentes membros do grupo. Porém, este “informe”, dito como uma ordem, nos remete a uma decisão antidemocrática, em que a tensão provocada foi abafada, em que a diferença não produziu pensamento e discussão.

Com esta cena, fica evidente que nesse momento o fórum não opera a função fórum, espaço este onde deve haver o respeito e a participação das diversidades, sempre legítimas, mesmo que isso não vá ao encontro da política de saúde vigente. O Gestor 7 teve a coragem de expor sua opinião, uma concepção de saúde que opera no campo dos especialismos, de queixa-conduta, num modelo de patologização da vida muito presente na prática dos profissionais. Não poder falar da lógica da saúde nos equipamentos é retirar a potência do espaço, que, segundo Whitaker (2014), tem que garantir a liberdade aos participantes para levantar as questões que desejarem. Whitaker (2014) nos propõe a radicalização dos fóruns, os quais, segundo ele, não podem ter porta-vozes, competição ou animador de rede. As decisões do que ele considera como fórum devem ser concebidas após serem muito debatidas, através do consenso e não de votação, ou seja, através de discussões que democratizem o espaço, no que ele chama de uma atitude mais escutatória do que oratória.

Essa concepção guarda certa consonância com o método da tríplice inclusão, que reconhece e inclui a diversidade. Compreendemos que o fórum estudado aqui ora opera como fórum, propondo discussões como produção autônoma dos trabalhadores, ora não, servindo como espaço hierárquico de controle. No caso da cena descrita, podemos falar que está presente o que Benevides e Passos (2009) chamam de rede fria, uma rede que se constrói de cima para baixo, que se forma com uma central de gerenciamento. O risco da rede fria é transformar as relações já estabelecidas em cristalizadas, numa lógica burocrática organizacional, transformando a rede em extenso controle de governabilidade. O fórum deve aquecer as redes de saúde através do princípio da transversalidade, e desta forma, resistir às formas de assujeitamento da vida impostas pelo capitalismo.

Cena 3: Confeção da carta

A terceira cena, a *Confeção da carta*, nos fala de uma contração do próprio coletivo do fórum da RAPS, como uma forma de resistir a uma lógica burocratizada que vem se impondo no processo de trabalho em saúde e que opera com base na hegemonia das especificidades profissionais e dos especialismos, e na regulação pelos procedimentos e protocolos. A carta, que surgiu para denunciar a falta de profissionais no território, passou a

ser um diagnóstico do território, uma forma de relatar o que produzimos de saúde atualmente e, além disso, uma espécie de diretriz aos profissionais da RAPS, pois fala da concepção do modo de produzir saúde no território. Esta cena nos mostra a tensão entre as formas de controle que incidem sobre a vida e a produção do comum.

Encontro 4, fórum RAPS março de 2016, no CT Casa Verde.

Surge a ideia!

Psiquiatra NASF:

- Temos que pensar o que faremos com a falta de psiquiatras no território. Eram cinco profissionais e com a aposentadoria de três, agora temos somente dois atuando em UBS Tradicionais.

Gestor 1 questionou o fórum:

- Qual modelo de assistência de saúde mental que nós trabalhadores queremos, médico centrado, de queixa-conduta ou de trabalho comunitário e em rede?

Neste momento, surgiu uma tensão.

Agente comunitária:

- Não só os psiquiatras são importantes, como os outros profissionais da administração direta que saem, muitas vezes, porque se aposentam e seus cargos não são substituídos. Tem UBS que tem um auxiliar administrativo!

Gestor 2:

- Foi realizada uma reunião e vimos que o quadro de colaboradores em nosso território está escasso. Podemos confeccionar uma carta do fórum, falando da falta de profissionais, não só da saúde mental, mas da saúde como um todo.

Para a tarefa, foi criado um GT, que se reuniu somente uma vez e não deu continuidade à carta.

Encontro 7, fórum RAPS maio de 2016, na UBS Casa Verde.

Gestor 3:

- Está acontecendo o espaço de educação permanente “Redes e Saberes”, realizado quinzenalmente e sentimos falta dos profissionais das UBS Tradicionais naquele espaço. Lá o terapeuta ocupacional do NASF sugeriu que a confecção da carta fosse realizada neste fórum, já que o GT não conseguiu dar continuidade à tarefa.

Psicóloga UBS Tradicional:

- Nossa equipe tem muitas exigências e demandas e poucos profissionais para participar dos espaços coletivos.

Gestor 3 trouxe a pauta da nova portaria 958, de que falaremos adiante, mas que exaltou os ânimos dos participantes e tomou o restante do fórum.

Encontro 10, fórum RAPS junho de 2016, no CAPS AD.

Gestor 1:

- É importante estar presente na carta em qual modelo de assistência em saúde mental estamos pensando. Não podemos somente contratar profissionais, mas que estes têm que trabalhar com o modelo territorial. Contratar profissionais trabalhando no modelo hospitalocêntrico só vai nos atrapalhar, não queremos, obrigada!

Gestor 3:

- A coordenadora da APD falou que faria um documento on-line para a carta e colocaria na “nuvem” virtual para que todos pudessem escrever.

Psicóloga NASF:

- É importante colocar na carta a troca constante de profissionais, que têm seus vínculos empregatícios incertos e não conseguem trabalhar com uma diretriz importante do SUS que é a longitudinalidade.

TO CAPS AD:

- Precisamos colocar na carta a questão da burocracia do preenchimento das fichas e também das metas de atendimento.

Gestor 1:

- Sugiro que no próximo fórum nos separemos em pequenos grupos com temas para a carta. Os temas foram surgindo, sugeridos por diversos profissionais: “Produção X qualidade do trabalho”, “Falta de profissionais”, “Dança das cadeiras”, “Modelo de assistência”, “O que fazemos com o que temos? (Consistência da rede) ”.

Gestor 3:

- A carta será um documento de posicionamento do fórum sobre as dificuldades do território, precisamos sair da reclamação e pensar depois para quem levar o documento.

Encontro 12, fórum RAPS de julho de 2016, na UBS Ilza.

Houve uma divisão dos participantes do fórum em dois grupos; cada grupo escolheu dois temas para escrever, dos cinco que havíamos elencado no fórum anterior. O primeiro grupo falou sobre “o que fazemos com o que temos” ou seja, as atividades que já são realizadas no território; e também tratou das dificuldades diversas do trabalho, como o atravessamento da lógica de produção na promoção de saúde, a burocratização do trabalho com formulários e cadastros com dados repetitivos, etc.

O segundo grupo falou sobre a falta de RH nos equipamentos e a falta dos próprios equipamentos no território, além de abordar a dificuldade com agenciamentos de espaços de controle social, como os conselhos gestores de saúde, etc.

Encontro 14, fórum RAPS de setembro de 2016, na UBS Vila Dionísia II.

Retomada neste fórum a tarefa de finalização da carta documento. Cada profissional leu um trecho da carta já confeccionada.

Psiquiatra do NASF leu a parte da falta de profissionais e falou de sua demissão recente da ASF¹⁴ e como estes dias tem sido difíceis para ela. Explicou que por questões jurídicas, conseguiu que não fosse demitida e sim transferida para o território sanitário da FÓ-Brasilândia, trabalhar em uma equipe NASF de lá.

Os trabalhadores receberam a notícia com tristeza e sentiram com a saída da profissional do território.

Psicóloga NASF:

- A carta que estamos confeccionando chegou no e-mail da gerente da minha UBS e por meu nome estar no documento, fui chamada pela gerente para dar explicações sobre o que estava acontecendo. Foi uma situação péssima, pois ela estava brava por não saber o que estava acontecendo.

Agente comunitária:

- Há exatamente um ano tivemos a ideia de construir esta carta, no fórum que aconteceu no CAPS Infantil, para cuidar do sofrimento dos profissionais de saúde decorrente da falta de profissionais. Com o tempo fomos vendo que a situação é bem pior do que a falta de psiquiatras, como exemplo a UBS Adelaide Lopes que não tem nem auxiliar técnico administrativo. Esta carta também ajudará os usuários a não serem encaminhados a serviços e reencaminhados ao seu serviço de origem, para evitar este trânsito, para eles não baterem e voltarem.

Psicóloga da maternidade Cachoeirinha:

- Como fazer resistência e enfrentamento com a carta e para onde mandaremos o documento?

Gestor 1:

- Com o avançar da hora, sugiro formar outro GT para transformar os tópicos da carta feitos hoje em texto corrido. Quem se habilita?

Cinco profissionais se colocaram à disposição para participar do GT, dentre eles: duas psicólogas NASF, uma psicóloga UBS Tradicional, uma psicóloga do CAPS Infantil e terapeuta ocupacional do CAPS AD.

Gestor 1:

- O conteúdo da carta dependerá do destinatário. Acho que temos que enviar a carta para todas as UBS do território, todos os Conselhos Gestores e para a STS.

¹⁴ Em agosto de 2016, oito profissionais de categorias diversas de equipes NASF (médicos psiquiatras, homeopatas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) do território da Zona Norte (FÓ-Brasilândia e Casa Verde, Cachoeirinha e Limão) foram demitidos com a justificativa da OSS de que o repasse de verba da prefeitura havia diminuído e, portanto, precisavam cortar o RH. A OSS justificou a escolha destas categorias de profissionais, pois os mesmos tinham uma carga horária de 20 horas e outras categorias trabalham 40 horas nas equipes NASF, e a retirada das outras categorias deixaria as equipes ainda mais desfalcadas.

Psicóloga da maternidade Cachoeirinha:

- Na minha opinião, temos que enviar para a Secretaria de Saúde também.

Gestor 1:

- Antes disso, temos que falar com a STS.

Gestor 3:

- Temos que ler a carta na reunião de gerentes. Informe a STS sobre o documento e o Fórum tem uma representação. Gostaria de levar a carta para a Secretaria de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara, Governo Local da Casa Verde (subprefeito) e para o Conselho Municipal de Saúde.

Assistente social do Ambulatório:

- Acho que temos que enviar para o Ministério Público.

Gestor 3:

- É importante que os gestores comprem esta ideia.

Uma reunião do GT da carta foi realizada no dia 17/10/16 para transformar os tópicos da carta em texto, com a presença de quatro profissionais do fórum.

Encontro 15, fórum RAPS de outubro de 2016 na UBS Vila Espanhola.

Neste dia foi entregue uma cópia da carta a cada participante e levado o computador, para realizar as devidas modificações a partir das discussões surgidas no dia.

Assistente Social Maternidade Cachoeirinha:

- Importante endereçar a carta este ano para aproveitar, pois a democracia está se fechando cada vez mais.

Psicóloga NASF:

- Fico apreensiva em relação ao endereçamento da carta. Importante levar para STS. O fórum tem representatividade, precisamos mostrar a carta para a STS antes de circular a carta.

ACs:

- Temos a barreira da hierarquia.

Psicóloga UBS Tradicional:

- Temos que especificar para quem estamos encaminhando no final da carta. Não sabemos como a STS vai reagir, pode considerar uma bobagem. Também temos que respeitar o medo dos trabalhadores.

TO NASF:

- Também estou com medo, nós os profissionais temos que nos proteger, uns aos outros.

TO CAPS AD:

- A questão é delicada, pois não temos mais a interlocução de SM para nos representar. (Neste momento, a profissional se referiu à saída da psicóloga da UBS Tradicional do cargo de articuladora de saúde mental; a mesma ficou somente alguns meses no cargo e por diversas questões, pediu para sair da função, notícia que foi dada em um dos fóruns e recebida com tristeza pelos profissionais da saúde). Sugiro que passe antes nos Conselhos Gestores, para termos uma representatividade dos usuários. Eu tenho ouvido sobre retaliações que profissionais tem sofrido.

Encontro 16, fórum RAPS de novembro de 2016, na UBS Casa Verde Alta.

Psicóloga UBS Tradicional:

- Vamos para a carta!

Muitas polêmicas, ainda permanece a questão para quem mandar.

Gestor 1:

- Não podemos falar na carta das demissões, temos que dar uma “tucanada”.

Psicóloga UBS Tradicional:

- O destino será interno, conselhos gestores, até no matriciamento, precisamos fechar hoje a carta.

Novamente, surgiram algumas questões polêmicas, como as retaliações sofridas por alguns profissionais da saúde pelos seus gerentes, além das demissões de profissionais por causa da dívida da prefeitura e corte de repasse de verba para a OSS. O tema da segurança voltou a ser falado, como exemplo o assassinato da ACs Fátima em seu trabalho, da UBS Vila Penteado (território vizinho).¹⁵

¹⁵ No dia 30 de junho de 2016 a agente comunitária Fátima, que trabalhava na UBS Vila Penteado no território sanitário da FÓ-Brasilândia, foi assassinada por seu paciente, em horário de trabalho, enquanto realizava visita domiciliar. O ocorrido causou indignação dos profissionais de saúde da Zona Norte, que se organizaram em manifestação para pedir mais segurança.

Encontro 17, fórum RAPS de dezembro de 2016, no CAPS Infantil Cachoeirinha.

Último fórum da RAPS do ano com o objetivo de finalização da carta. Após a leitura dos tópicos grifados e correção de todos eles, finalmente conseguimos finalizar a carta. O clima era de satisfação e alegria.

Gestor 2:

- Depois desta árdua tarefa, merecemos tomar uma cerveja!

Psicóloga maternidade:

- Não pega mal falar que demoramos um ano para confeccionar a carta?

Neste momento houve um silêncio entre os participantes, que pareciam refletir sobre a questão.

Psicóloga NASF:

- Eu acho importante falar do processo demorado de confecção, suamos para fazer esta carta a várias mãos.

Ao final, ficou decidido que na carta ficaria explícito que levamos um ano para sua confecção.

Carta aberta

Esta carta foi escrita coletivamente no Fórum de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Casa Verde, Cachoeirinha e Limão, durante o ano de 2016, a partir de um processo em que pudemos pensar em nossas práticas e em nosso território, possuindo 26,7 Km² de área de abrangência; População (censo de 2010) 309.376; e Densidade Demográfica (Hab/Km²) 11.587. Os equipamentos de saúde que compõem esta rede assistencial em saúde são: 13 UBS (tradicional, PSF-NASF ou Integral); 4 Ambulatórios Médico AMAs; 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto, 1 CAPS Infantil e 1 CAPS AD II; 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA); 1 Hospital-Maternidade; 1 Serviço de Residência Terapêutica (SRT); 1 UAA (Unidade de Acolhimento Adulto).

Nossos encontros, nestes espaços coletivos, nos proporcionaram reflexões sobre as potencialidades do cuidado em saúde realizado pelos trabalhadores do SUS. Em relação a isto, discutimos alguns trabalhos que já são realizados no território:

- Assistência: atendimentos, visitas domiciliares e ações no território, compartilhadas ou não com diversos equipamentos; grupos; oficinas; orientações; encaminhamentos implicados.
- Construção de rede: matriciamentos com equipes de NASF, UBS, APD e CAPS; reuniões de área nas equipes de PSF; Fóruns da RAPS, NPV (Núcleo de Prevenção a Violência), Reunião Acumuladores, Fórum de Reabilitação da CRSN, Fórum de Reabilitação Regional (STS Fô, Brasilândia e Casa Verde, Cachoeirinha e Limão), Fórum Municipal da Infância, Fórum de Álcool, Drogas e Direitos Humanos, entre outros.
- Projetos sociais territoriais, como o Projeto de Arte e Cultura no Boi Malhado, que é agenciado por diferentes serviços de saúde do território.
- Articulações intersetoriais com Assistência Social, Educação, Cultura, Direitos Humanos, Esporte, Subprefeitura e Conselho Tutelar.
- Enfoque no Ensino: estágios diversos, Residência Médica e Residência Multiprofissional.

O grupo também apontou algumas dificuldades na execução e efetivação das políticas públicas de saúde, presentes no cotidiano de trabalho:

- Falta de recursos básicos de estrutura, funcionamento e manutenção dos equipamentos, principalmente os que são da administração direta e sem reposição de RH.
- Falta de articuladores tanto de ESF, SM e Reabilitação.
- Agenda coordenada e registros que incluam outras atividades que não sejam exclusivamente atendimento individual, sobretudo, os Fóruns, matriciamentos e reuniões de rede como parte do trabalho em saúde.
- Ausência ou subutilização de espaços coletivos de discussão dentro das Unidades de Saúde, como reuniões gerais e técnicas.
- Adoecimento dos trabalhadores: Impactos na saúde do profissional devido as equipes reduzidas e sobrecarga dos profissionais.

- Dificuldade em agenciar o trabalho na comunidade e no território, diante das especificidades ligadas à segurança pública e à violência.

Outra preocupação se relaciona com as questões da produtividade versus a qualidade das ações, onde determinadas metas designadas a cada serviço dificultam ou em alguns casos até mesmo impedem a qualidade da assistência. Como exemplo, as metas dadas ao profissional médico, onde não prioriza outras práticas como grupos, atendimentos compartilhados e reuniões com a comunidade, ao invés do atendimento individual. Isso acarreta uma mudança na lógica da produção de saúde, retrocedendo ao modelo médico-centrado, com muitos formulários, protocolos e burocratização no escoamento das demandas. Focando nos procedimentos e não na assistência.

Listamos durante os encontros quais equipamentos são inexistentes ou insuficientes no território:

- CECCO (Centro de Convivência e Cooperativismo)
- CER (Centro Especializado em Reabilitação)
- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) nas suas diferentes modalidades de acordo com a área populacional do território.
- CAPS III
- Residência Terapêutica
- Unidade de Acolhimento Mista
- Consultório na rua
- Equipes de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de acordo com a portaria para o território e número de equipes na Atenção Básica.
- Inexistência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF (Estratégia Saúde da Família) para atender a população do Jardim Peri.
- Ampliação da ESF nas UBS do território.
- Demais serviços da rede interssetorial que são relevantes na construção do cuidado em saúde que não existem no território ou são insuficientes. Como exemplo: Centros de acolhida, abrigos, CEAS, etc.

Diante destas faltas e insuficiências, nos deparamos com as questões que nos dizem tanto a respeito das diferenças de modelos assistenciais em saúde, quanto dos desafios enfrentados no cotidiano da intervenção. Seguem abaixo algumas considerações a respeito:

- Equipamentos de saúde e equipes atendendo uma área populacional muito maior do que a prevista nas portarias específicas de cada serviço, prejudicando a produção do cuidado em saúde dentro da lógica territorial e comunitária prevista pela RAPS. Importante ressaltar as equipes insuficientes nas UBS do território, em especial a UBS Jardim Peri, funcionando com número muito reduzido de profissionais, impedindo o acesso a saúde de uma população de alta vulnerabilidade de aproximadamente 80 mil pessoas, a qual é a única unidade básica de saúde de referência.

- Interferências na humanização do atendimento, impedindo de trabalhar dentro da lógica de produção de saúde, que não reduza o usuário a números ou doenças. Burocracias no cadastro de usuários da saúde na Atenção Básica que impedem o acesso ao serviço às populações ditas invisíveis que residem em ocupações ou nas ruas.

- Dificuldade em dar continuidade no acompanhamento dos processos de saúde dos usuários, uma vez que com poucos profissionais e muita demanda, existe uma demora para os atendimentos e seus retornos.

- Produção de saúde em modo emergencial e médico-centrado, salientado pelas longas filas de espera, fazendo com que a população recorra a hospitais ou pronto atendimento para questões que caberia à UBS. Esta dinâmica está relacionada às equipes desfalcadas ou insuficientes em número de profissionais, alta demanda e cumprimento de metas.

- A falta de médicos clínicos e psiquiatras, e de equipes alinhadas com a produção de saúde dentro do modelo de atenção psicossocial provoca impactos na rede e nos processos de produção de cuidado em saúde. Pois há um funcionamento na lógica dos encaminhamentos para serviços e uma grande medicalização dos usuários no território, o que reproduz a lógica médico-centrada. Queremos médicos psiquiatras, clínicos e equipes que trabalhem na lógica da desmedicalização e na lógica da Atenção Psicossocial, para somar a rede de cuidados que estamos buscando estabelecer, pautadas na Reforma Psiquiátrica e na desmanicomialização das práticas em saúde mental.

- Dificuldade de efetivar o controle social, por meio dos conselhos gestores de saúde e outros espaços que fortalecem as organizações e modelos de atenção à saúde. É importante que possam realizar suas funções mais efetivamente e comprometida com os territórios. Também apontamos a ouvidoria como um importante instrumento de controle social e aprimoramento dos serviços e não apenas como punitivo, responsabilizando o profissional.

Deste modo, cabe aos profissionais das redes de atenção à saúde produzir discussões e ações críticas para fortalecer e potencializar espaços, tanto dentro de seu equipamento, como junto com a comunidade e a rede de cuidado.

Fórum RAPS Casa Verde, Cachoeirinha e Limão

A idéia da carta surgiu para denunciar a falta de psiquiatras no território, pois havia cinco profissionais dessa categoria, mas três deles haviam se aposentado no início deste ano, o que trouxe grande dificuldade aos profissionais para lidar com a demanda de saúde mental em outra perspectiva, que não fosse queixa/conduita e medicalização da vida. As discussões foram crescendo ao longo dos encontros; e o objetivo da carta também, ao se realizar um diagnóstico dos equipamentos de saúde e observar que faltavam profissionais de várias categorias nos serviços, não somente psiquiatras.

Righi (2010) introduz um elemento importante na discussão das redes: a inclusão do território na coprodução de saúde, junto com a rede assistencial. Segundo ela, uma rede com projeto de ampliação da democracia e de qualificação da gestão e da atenção não pode se reduzir a simples articulação de serviços no território, mas tem que valorizar as características territoriais. Os pontos de produção de saúde na rede, quando levam em consideração a sua população e os modos de vida presentes no território, trazem a potência de alterar o próprio espaço vivido, respeitando a singularidade de cada lugar. A carta passou a ser um diagnóstico dos equipamentos e profissionais que existem e que faltam no território. Através das discussões, os trabalhadores foram reconhecendo as especificidades de cada lugar e refletindo sobre projetos comunitários que fortalecem a rede, como, por exemplo, o projeto do “Boi Malhado”¹⁶, que é citado

¹⁶ O Projeto de Arte e Cultura Boi Malhado é citado na carta como um ponto de produção de saúde importante do território, ele ocorre mensalmente e é feito em parceria com UBS, NASF, CAPS Adulto, CAPS Infantil, CAPS AD, APD e oferece oficinas de arte para a população que mora na favela chamada Boi Malhado, área de alto índice de pobreza e violência.

na carta. Além disso, a carta surge como uma espécie de diretriz aos profissionais da RAPS, pois fala do modo de produzir saúde no território, pautado na lógica da desmedicalização dentro da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial, que não reduza o usuário a números ou doenças.

Outro fator que surge como analisador da carta foi seu tempo de confecção. A impressão que ficava durante os fóruns era que a carta nunca chegaria ao fim, pois a cada encontro surgiam novas questões e pautas polêmicas. Ao final do processo de escrita, consegui compreender que a importância do documento não está no produto final e sim no processo coletivo de reflexão e debate. Porém, durante um ano do processo, os profissionais foram sofrendo com diversos atravessamentos relacionados à gestão, o que dificultou a escrita. O contexto de demissões e o medo anunciado pelos profissionais da saúde em relação a retaliações sofridas pela gestão de seus equipamentos trouxe dificuldades concretas para a finalização da tarefa. Muitos encontros foram tomados com a questão do endereçamento da carta, por receio da repercussão do conteúdo da mesma.

A cena de confecção da carta nos mostra claramente a tensão entre as formas de controle que incidem sobre a vida e a produção do comum. Aquele coletivo de profissionais tentou de alguma forma exercer sua liberdade de expressão e pensar em uma solução criativa diante das dificuldades do trabalho no território. Porém, a gestão da saúde, sob o controle do Estado, surgia como uma ameaça e um impedimento para colocar em prática as ações pensadas. Mesmo diante das ameaças de demissões, que em certo momento se tornaram concretas, o coletivo conseguiu finalizar a tarefa proposta e produzir um comum no encontro entre os corpos, pelo qual se dá a produção de potência de vida, de força de existir, potência de agir e de pensar (TEIXEIRA, 2004). Através do desejo de mudança, da criatividade e do debate entre os participantes do fórum, foi possível ter a ideia que surgiu do coletivo de confeccionar a carta, para que através dessa atividade pudessem produzir novas subjetividades e novas formas de vida. Discutir sobre o modo de produzir saúde no território e fazer esse registro é transformar a própria forma de produzir saúde, pois faz com que os profissionais repensem sua prática e produzam efeitos no cotidiano do trabalho.

Segundo Hardt (2010), o trabalho material se distingue do trabalho imaterial, cognitivo, sendo que o segundo traz a potência de produzir liberdade e escapar do capitalismo. No trabalho imaterial, o que é produzido não cria apenas um objeto para o sujeito, ele também cria um sujeito para o objeto, ou seja, o produtor e o produto são

sujeitos: os seres humanos produzem e são produzidos, portanto, o que é produzido são formas de vida. A participação no fórum de saúde é uma forma de trabalho imaterial, pois não tem um produto material final e sim uma produção imensurável e abstrata. Esse tipo de trabalho pode escapar ao controle do Estado, pois foge dos protocolos e metas ditados pelo governo. Ele nem aparece no registro de atividades diárias do trabalhador, no que a saúde chama de “ficha de produção”, o que traz certa liberdade ao mesmo.

Porém, ao mesmo tempo que as forças da liberdade e imaginação se colocam, a força do poder de controle também se instala, tentando expropriar o que é produzido de potência no comum (HARDT, 2010). O medo presente nas falas de muitos profissionais mostra a força deste poder de controle, medo real diante de situações de profissionais que sofreram retaliações em seus equipamentos.

Hardt (2010) afirma que na disputa surge uma contradição interna do capital; quanto mais se acurrala o comum com a intenção de convertê-lo em propriedade, tanto mais a sua produtividade é reduzida. Nesse nível, o conflito entre a propriedade e o comum está em constante tensão, ou seja, quanto mais sujeitado está o comum às relações de propriedade, tanto menor é a sua produtividade.

Nos fóruns de saúde, quanto maior é o controle exercido pela STS, CRS ou Secretaria de Saúde a serviço da máquina do Estado, menor se torna a possibilidade de produção do comum. Como explica Teixeira (2015), com o processo de privatização, ocorre também a privação de direitos, a fragmentação e o desempoderamento dos cidadãos. A carta surgiu no coletivo do fórum da RAPS como uma inovação, como uma forma de resistir a uma lógica burocratizada que opera baseada no campo das especificidades profissionais, procedimentos e protocolos. No coletivo, os profissionais se encorajaram para dizer o que queriam na carta, que muitas vezes foi chamada por eles de “carta denúncia”, se sentindo respaldados pelo grupo, uma vez que a carta era assinada por um coletivo e não somente por um profissional.

O coletivo proporcionou um sentimento de pertencimento e alegria nos trabalhadores ao finalizar a carta, o que nos mostrou que o encontro pode produzir comum. Para Espinosa, Razão Livre é a alegria de pensar sem submissão a qualquer poder constituído e na decisão de afastar tudo quanto nos causa medo e tristeza, ou seja, a alegria desempenha papel de critério ético seletivo no processo de conhecimento (SAWAIA, 2000).

Cena 4: Manifesto de repúdio

A quarta cena se chama *Manifesto de repúdio*. Ela diz respeito à informação que circulou no fórum sobre a nova Portaria 958¹⁷ criada pelo governo Temer, a qual, se fosse aprovada, resultaria em uma redução no número atual de cinco ACs atuando por equipe, categoria que tem como papel central a prestação de serviços de base comunitária, o que foi considerado pelos profissionais da saúde como um desmonte da ESF. O coletivo recebeu a notícia com indignação e construiu um manifesto de repúdio, que foi transformado posteriormente em abaixo-assinado na internet. Nesta cena podemos observar a resistência a formas dadas de controle que incidem sobre a vida e a forma de produzir saúde. A estratégia do abaixo-assinado virtual diz da participação da sociedade civil na prática do controle social, para fortalecer a construção e manutenção de um SUS de qualidade.

Encontro 7, fórum RAPS de maio de 2016, na UBS Casa Verde.

Gestor 3 leu a nova portaria ministerial 958, que diz que na equipe mínima, o ACs poderá ser substituído por um auxiliar de enfermagem e que reduz o número de agentes comunitários. Atualmente a equipe mínima é composta por no mínimo cinco ACs, cada um deles cuida em média de 750 pessoas, segundo a nova portaria a equipe mínima poderá ter dois ACs.

A notícia decepcionou os profissionais, que mostravam em sua face descontentamento.

TO da UBS Tradicional:

- Um coletivo fez uma nota de repúdio, vou ler para vocês.

ACs 1:

- Estamos acuados!

ACs 2:

- Não existe mais democracia.

ACs 3:

- Nós agentes temos que fazer muito trabalho mecânico e burocrático, sobra tudo para o ACs!

TO NASF:

- A rede se constitui como espaço de luta constante, as ACs não podem ficar sozinhas nessa batalha. O NASF fica isolado em sua sala, enquanto o tiroteio está acontecendo na unidade.

ACs 3:

- Estou cansada de tomar chibatada sozinha!

TO NASF:

- Você não está sozinha, um gestor me chamou de comunista.

¹⁷ Portaria 958 de 10 de maio de 2016: I- Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; e II - A esta composição deverão ser acrescentados, como parte da equipe multiprofissional: agente comunitário de saúde e/ou técnico de enfermagem totalizando a soma de cargas horárias de 80 (oitenta) até 240 (duzentas e quarenta) horas semanais" (BRASIL, 2016).

ACs 3:

- As pessoas não querem compartilhar o poder, e nessa disputa, o paciente é esquecido. Começamos a escrever a carta primeiro por uma demanda da falta de profissionais de saúde mental e depois vimos que o problema é bem maior.

ACs 3 citou a música do Cazuza: “aquele menino que queria mudar o mundo” e neste momento sua fala ficou bem confusa. Concluiu falando que sabe que está fora da casinha, mas que está sentindo como se estivesse levando tiros pelas costas.

TO UBS Tradicional fez em tom sarcástico uma piada:

- Não temos psiquiatra aqui hein!

Psicóloga NASF reagiu:

- Não precisamos de psiquiatra para acolher um colega!

Gestor 3:

- Temos somente meia hora para fazer uma carta de repúdio em relação a nova portaria. Eu vou levar esta carta de repúdio a STS, não sei o que vai acontecer comigo.

Psicóloga UBS Tradicional:

- Todos aqui assinaremos a carta, ela será assinada no nome do Fórum da RAPS.

Gestor 3:

- Precisamos compor, não podemos ficar isolados em nossas casinhas, em nossos mundos enlouquecendo.

TO CAPS Adulto:

- A fragmentação das políticas de saúde é feita para nos enlouquecer!

Articuladora de saúde mental retomou a carta e todos ajudaram a pensar no que escrever.

ACs 1:

- Primeiro falaram que vão reduzir o número de agentes para enfraquecer, e quando os agentes não derem mais conta do trabalho, irão retirá-los de vez, porque não terão mais valor.

TO CAPS AD:

- A nota de repúdio tem que pegar pelo coração.

Gestor 3:

- Pela cabeça, pulmão.

TO NASF:

- Tem que pegar é pela jugular. Os planos de saúde têm interesses em sucatear o SUS.

Assistente Social Ambulatório:

- Estão pensando que somos gatos e sapatos! Sugiro que transformemos este manifesto de repúdio em abaixo assinado pela internet, para que possamos votar e divulgar por lá.

Todos gostaram da sugestão da assistente social do Ambulatório, que se responsabilizou por colocar o abaixo assinado na internet. A indignação neste momento da escrita da “carta-repúdio” (como foi chamada por alguns profissionais) era compartilhada, pois todos ali estavam compreendendo o tamanho da ameaça ao SUS pelo novo governo Temer. Ao final, terapeuta ocupacional do CAPS AD leu o manifesto e todos bateram palmas e comemoraram, exclamando que a carta estava ótima e se sentindo contemplados.

MANIFESTO

“Nós do Fórum de RAPS/Saúde Mental da Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, em 19/05/2016 nos aliamos a outras vozes em defesa do SUS e em repúdio a Portaria 958, de 11/05/2016 que desqualifica o papel do Agente Comunitário de Saúde. Esta categoria profissional é historicamente reconhecida pela população e legitimada pela política nacional do SUS e pela prestação de serviços de base comunitária, condição imprescindível para a resolutividade das demandas de promoção e prevenção de saúde na atenção básica. Não admitimos tal retrocesso que enfraquece a Estratégia de Saúde da Família e queremos a imediata revogação da portaria”.

Com esta cena de construção coletiva do manifesto de repúdio à nova portaria 958, podemos observar a resistência a formas dadas de controle que incide sobre a vida e a forma de produzir saúde. A tal portaria proposta pelo Governo teria efeitos

catastróficos para a Estratégia da Saúde da Família, pois descaracterizaria o trabalho comunitário e territorial realizado, principalmente pela redução do número de agentes comunitários de saúde nas equipes. A indignação dos profissionais levou-os a pensar em uma solução criativa, como o manifesto de repúdio, que foi disponibilizado na internet para torná-lo público. Nos fóruns seguintes, circulou a informação de que a portaria foi revogada, provavelmente pela pressão não somente daquele coletivo, mas de outros que se posicionaram contra. A participação da sociedade civil na prática do controle social fortalece, portanto, a construção e manutenção de um SUS de qualidade. A participação consolidada através da luta política cria formas mais democráticas de organização social. Podemos considerar a construção do manifesto como própria expressão do comum, quando a atividade produtiva dos trabalhadores de saúde criou uma forma de resistência a um projeto de lei imposto pelo governo. Lembramos aqui que o comum, por meio de uma ética de ação política libertária e democrática, é considerado como princípio instituinte de uma esfera pública. Praticar o controle social é tomar o bem público não como propriedade do Estado, mas como bem de todos.

Nessa cena, podemos capturar uma infinidade de afetos presentes, principalmente a sensação de enlouquecer diante do cotidiano do trabalho, como consequência da fragmentação das políticas e das tarefas. A ACs 3 falou sobre seu desejo de mudar o mundo (citando a letra da música do Cazuzza), mas que encontra barreiras quando os que detêm o poder não querem compartilhá-lo. Ela disse claramente de uma experiência de fragmentação quando falou em se sentir *fora da casinha* e com a impressão de estar *levando tiros pelas costas*. Neste momento, houve, pela maioria dos profissionais, escuta e acolhimento do sofrimento da ACs 3 produzido no cotidiano do trabalho e surgiu a solução criativa do abaixo-assinado de todo o coletivo, como forma de valorização e reconhecimento da importância do trabalho daquela categoria. O Gestor 3 falou, naquele momento, da importância de composição entre os participantes do grupo, como se o isolamento social dos trabalhadores pudesse levar à loucura. Neste trecho, fica evidente a importância dos encontros de composição, que produzem afetos alegres e podem sustentar lutas e produzir potência para enfrentar situações em contexto político adverso.

O Gestor 3 também expressou um sentimento de insegurança quando falou que apresentaria o manifesto para a STS. Ele disse: *Não sei o que irá acontecer comigo*. Considerando essa expressão do medo, uma profissional falou que o manifesto seria assinado em nome do fórum, o que novamente nos remete à questão da dissolução da

autoria em nome do coletivo – nesse caso, como uma forma de proteção de cada trabalhador.

Em um dado momento, um dos profissionais disse que o manifesto produzido tinha que *pegar pelo coração*. Outro falou que tinha que pegar pela *cabeça e pulmão* e, um último profissional, que o manifesto tinha que *pegar pela jugular*. Essas falas dos profissionais estão carregadas de afeto e dizem da intencionalidade de atingir o leitor também através do afeto, da produção de emoções. Para Espinosa, é através da afetividade que o homem pode elevar seus instintos a consciência, por meio de significados, de mediar a afecção pelos signos sociais, aumentando ou diminuindo sua potência de ação (SAWAIA, 2000). É através das relações sociais que construímos nossos modos de sentir, ver e perceber o mundo; e é através do afeto que podemos produzir novos pensamentos e uma ação política transformadora.

Cena 5: “Eu fórum”

Acima, trouxemos quatro cenas do Fórum da RAPS. Neste momento, relataremos uma cena do espaço de formação Redes e Saberes. O espaço do Redes e Saberes é um espaço de formação no âmbito da Educação Permanente, na forma de oito encontros, no formato de roda de conversa aberta, com a participação voluntária de profissionais e gestores da rede de saúde. A sala sempre se encontrava cheia de pessoas, mesmo com as agendas lotadas dos trabalhadores. A coordenadora do encontro insistia que aquele deveria ser um espaço horizontal para falarmos das inquietações que surgissem sobre o tema das redes. Trouxemos esta cena com objetivo de evidenciar o fórum como uma função que pode operar em diferentes contextos e não apenas nos arranjos que se organizam explicitamente como Fórum. Enfatizamos, assim, o fórum como dispositivo, isto é, como montagem que aciona processos de desnaturalização e de visibilização, produzindo acontecimentos (LOURAU, 1993).

Encontro 6 – Redes e Saberes de Maio de 2016:

TO NASF:

- Para fortalecermos a rede temos que permitir que haja um espaço para os conflitos e as diferenças. Quando falamos em rede, não podemos ficar em uma concepção ideal de rede, como uma rede do amor (todos riem). Como lidar com o plural? Os diferentes saberes nos distanciam ao invés de nos aproximar.

Professora:

- Produzir rede é se cuidar, é cuidar uns dos outros. A rede é como um relacionamento amoroso, quem nunca amou aqui? Quem já teve relacionamento amoroso sabe como é difícil

conviver com as diferenças do outro (todos riem). Aqui todos têm sofrimentos parecidos e este sofrimento está relacionado a não saber o que fazer. Aqui podemos construir juntos algum tipo de resposta.

Gestor 5:

- Precisamos fazer o movimento de nos conhecermos e nos reconhecermos uns aos outros, para que não fiquemos sozinhos.

Encontro 8 –Redes e Saberes de Maio de 2016:

Gestor 1:

- Precisamos lembrar de Foucault para entender as situações que estamos vivendo, onde está presente o tempo todo as disputas de poder. Lembrei do filme “Alice no país das maravilhas”, quando a rainha de copas da ordem para as cartas cortarem as cabeças. Vivemos com as ameaças das auditorias e demissões. Como incluir estas ameaças e fazer a escolha ética que seja do cuidado e não da produtividade? Como criar rotas de fugas para sair das ameaças?

Professora:

- O SUS combina com direito e não com mercadoria. O SUS sempre esteve ameaçado por forças privatistas, com ideais neoliberais. O medo da demissão é uma forma de controlar os trabalhadores para colaborar e este medo pode trazer uma submissão. A tirania está em toda a parte e não precisamos reproduzir esta lógica nas nossas relações. O agente comunitário está na ponta do trabalho e sente toda esta coação. Espaços como este são muito importantes para trazer respiros dentro desta dinâmica.

Gestor 4:

- As OSS exercem o mando do poder público. A lógica do sistema é hierárquica e cada trabalhador vai reproduzindo esta hierarquia em suas relações nos equipamentos. Hoje em dia parar para pensar é uma heresia para pessoas fechadas no trabalho alienado.

Psicóloga CAPS:

- Como podemos mudar nosso ritmo de produção de saúde? Cuidamos como se fosse saúde emergencial, metas a atingir, este corpo que não para. Temos que fazer mudança no paradigma de saúde. Temos que fazer uma parada para se situar no rolê.

Gestor 1:

- Algumas mudanças podemos conseguir pela sensibilização dos trabalhadores, mas outras mudanças a imposições mais duras a solução é subverter e não falar para ninguém. Sabem como os filhos que desobedecem aos pais? Então, uma forma de fazer resistência ao imposto.

Psicóloga NASF:

- Vamos sabotar! (Todos riem)

Gestor 4:

- Nossa STS sempre tem a fala de que não sabia de nada, para se isentar da responsabilidade.

Gestor 1:

- Temos que produzir uma saúde que seja mais ética do que moral. Não podemos culpabilizar o trabalhador por não conseguir fazer um trabalho crítico.

Gestor 5:

- Acho importante falar do desejo de participação. Fico incomodada quando escuto tanto os profissionais falando em relação as metas a se cumprir. Quando queremos, arranjamos um tempo para participar.

Enfermeira ESF, fez “caras e bocas”, mostrando-se contrária a opinião do gestor 5.

Gestor 5 respondeu a reação da enfermeira, dirigindo a fala para a Enfermeira ESF:

- Eu sei que estamos em posição diferente.

Enfermeira ESF:

- Por enquanto! (Em um tom sarcástico, falando em relação a proposta das agendas das equipes NASFs serem controladas pelo gerente da UBS).

Gestor 4:

- É muito importante o profissional se colocar em análise sempre e a Análise Institucional é uma importante ferramenta para ajudar nesta reflexão.

Enfermeira ESF 2:

- Estamos brigando entre nós! (Em relação a fala anterior da “facilidade das agendas das equipes NASF”)

Professora:

- Não podemos brigar entre nós e sim brigar com os inimigos certos, senão podemos nos tornar tiranetes.

Gestor 1:

- Existem forças que não dá para dialogar, só dá para subverter. Também não podemos personificar o inimigo na pessoa errada, por exemplo: vamos acabar com a STS! (Todos riem)

Gestor 3:

- Eu iria adorar! (E deu risada)

Encontro 11 – Redes e Saberes de junho de 2016.

Psicóloga NASF:

- Neste espaço conseguimos observar o outro sem julgamentos, é um espaço bom para reavaliarmos e pensarmos nosso trabalho. Para mim faz muito sentido!

Fonoaudióloga NASF:

- Para mim este espaço também faz sentido! Saímos do lugar de olhar as falhas e na RAPS as questões que foram discutidas aqui se replicam, como por exemplo, a questão de como acolhemos as pessoas. Vimos que temos uma rede forte aqui, que as discussões fazem sentido em nossa prática. É importante para o trabalho nos fortalecermos desta forma!

Fisioterapeuta NASF:

- Achei o espaço muito interessante, O ser humano tem dificuldade de se relacionar, por isso não conversa na escola, no namoro. Se relacionar implica em ter que lidar com nossas frustrações, com o que surgir de ruim na relação. Desde a primeira infância não somos ensinados a conversar sobre as coisas, mas com o tempo de prática, vai ficando mais confortável se colocar nos espaços coletivos. Que bom que existe este lugar e que não acabe, para podermos ter saúde emocional no trabalho. Eu levo o que reflito aqui para os outros espaços da minha vida, pois tem a questão que é fundamental, das relações.

Professora:

- Minha preocupação desde o início foi de circular a palavra e produzir sentidos. O barato de produzir redes é conectar os serviços e enfrentar as conversas. E produzir democracias dentro das desigualdades e diferenças.

Gestor 4:

- Pensei na utopia, no ideal e em nos apropriarmos do que nos causou prazer e movimento. Vejo a impossibilidade de nos apropriarmos do que fizemos de legal. Este é um encontro inclusivo.

Professora:

- Temos que fazer um deslocamento para nos responsabilizarmos, que pode ser prazeroso ou pode ser duro.

Gestor 4:

- Este exercício não é da ordem do intelecto, temos que fazer a pergunta do que estamos sentindo, pois sempre fomos ensinados a funcionar no racional. Depois de nos perguntarmos o que estamos sentindo, temos que transformar este afeto em ferramenta.

Psicóloga CAPS Infantil:

- No CAPS temos uma reunião por dia de no mínimo uma hora, estes espaços acabam se institucionalizando e não produzem pensamento.

Professora:

- Não dá para fazer RAPS se não tiver muita conversa! A rede já está decretada, mas transformamos o espaço do matriciamento em um saco!

Psiquiatra NASF:

- Não dei conta de participar do fórum da RAPS. Minha chefe me chamou atenção que eu não vim no encontro passado, mas nossa formação é muito diferente, médico só faz roda para sentar no boteco, médico é um bicho que se não atender, parece que não está fazendo nada.

Fisioterapeuta NASF:

- Você foi pouco no fórum!

Psiquiatra NASF:

- Eu fórum! (Todos riem do ato-falho cometido pela profissional)

Gestor 1:

- *Corremos o risco do matriciamento ficar duro, não precisamos discutir a forma de fazer matriciamento, tem que fazer fazendo. A ideia é colocar um monte de gente que não sabe na sala.*

Gestor 6:

- *Pode virar obrigamento! (Deu risada)*

Apesar de esse encontro coletivo acontecer no espaço da Supervisão Técnica de Saúde, podemos observar na cena acima que os trabalhadores se sentiam à vontade para se expressar com liberdade e dizer abertamente o que sentiam, uma forma de resistir às pressões sofridas pelas ameaças de ouvidorias, auditorias e metas a serem cumpridas. Esse encontro possibilitou a composição entre vários corpos, um conjunto de potência superior (DELEUZE, 2002) e de experimentação de afetos alegres, com o aumento da potência de pensar e agir em relação ao cuidado em saúde.

Como já dito anteriormente, para Espinosa, um dos principais afetos é a alegria. Talvez o humor represente o postulado mais íntegro desse afeto, já que responde por alguns de seus quesitos, a exemplo do riso (ARRUDA, 2015).

Essa proximidade entre a alegria e o riso foi igualmente acenada por Joubert que, por sua vez, no tocante a essas duas afecções, apontou em seus objetos uma variação em grau: o objeto da alegria exhibe seriedade e do riso leveza. Muito embora os objetos de ambas as afecções frequentemente se confundam e se misturam (ALBERTI, 2002, p. 96, apud ARRUDA, 2015, p. 29).

Nessa cena, podemos notar cinco momentos em que o riso se fez presente. Em um dado momento a professora falou: *A rede é como um relacionamento amoroso, quem nunca amou aqui? Quem já teve relacionamento amoroso sabe como é difícil conviver com as diferenças do outro. (Todos riem)*. Além de produzir alegria, o humor é um dos agentes de uma economia afetiva, atuando como fator perturbador dos padrões, traçando uma rota de fuga a modelos estandardizados. Em outro momento, o Gestor 1 falou: *Existem forças que não dá para dialogar, só dá para subverter. Também não podemos personificar o inimigo na pessoa errada, por exemplo: vamos acabar com a STS! (Todos riem)*.

Segundo Deleuze (1974, p. 140,) “o humor é a arte das superfícies e das dobras, das singularidades nômades e do ponto aleatório sempre deslocado; a arte da gênese estática, o saber-fazer do acontecimento puro”. O humor é um desvio, assim como ato desviante. Ele pode produzir deslocamentos de sentidos, quebrar as coisas, as palavras.

Na cena, o Gestor 6 falou, em dado momento, que o dispositivo organizacional do matriciamento (reunião mensal entre atenção básica e CAPS) *pode virar obrigamento*, provocando risos nos participantes, que se identificaram com o trocadilho e também com a falta de vontade de participar da reunião., Podemos então demonstrar a face libertária do riso por meio do humor identificado na cena, em que os profissionais falam espontaneamente sobre suas verdades/afetos em forma de brincadeira produzindo novos afetos de alegria.,.

A médica psiquiatra, em um dado momento da cena, disse que não gostou de participar do Fórum da RAPS; e a fisioterapeuta falou que ela havia participado pouco. A médica cometeu um engano ao responder a fisioterapeuta: *Eu fórum! (Todos riem)*. A intenção da médica era dizer que havia ido ao fórum (eu fui). Dizer “eu fórum” nesta cena é como dizer “estou fora” do fórum da RAPS, significando que não se identificou com aquele espaço. A presença forasteira do riso possibilita “*constranger o endurecido*” (ARRUDA, 2015, p. 31), deslocar sentidos, produzindo um “falar sem falar”. *Eu fórum* é também um dizer que testemunha a potência de deslocamento e de interferência dos que estão na rede. Potência de estar fora; potência de estar fórum.

Encontramos aqui talvez o sentido indicado por Serres (1994, p. 67) para fórum, que remete a um lugar fronteira que está sempre escapando da lei, que nos permite habitar a borda, o “entre”, operando deslocamentos e permitindo desfrutar deste movimento/caminho que permeia as relações. Segundo o mesmo autor, essa relação topológica entre o dentro e o fora constitui-se em um paradoxo, pois quanto maior a proximidade, maior pode ser o afastamento em relação a algo: “por familiaridade, ou antes, devido a este hábito que nos vem da habitação, o excesso de proximidade equivale a um afastamento”. Por isso se faz necessário visitar, num movimento/deslocamento para o fora, uma vez que o deslocamento modifica o espaço percebido. A fala da psiquiatra – *Eu fórum* – nos remete a este lugar de passagens, virtual, de deslocamento para o “fora”, que nos permite habitar a borda, o “entre”, lugar de fronteira, e, assim, observar mais nitidamente o espaço e poder desfrutar deste movimento/caminho que permeia as relações.

Vemos nessa passagem do fórum que um arranjo-fórum pode ser tomado pela máquina de Estado e capturado na forma-controle; e que um arranjo-formação, como o Redes e Saberes, pode operar a função fórum, fazendo presente a liberdade de expressão e livre circulação dos afetos. Portanto, trata-se, nos diferentes arranjos, de afirmar o lugar-fórum.

Vemos também nesse encontro uma profícua teorização sobre o próprio fazer rede, objeto do trabalho em saúde, que nos permite identificar a complexidade desta tarefa e seus riscos, dentre eles o do enrijecimento e da burocratização da rede.

Como sinaliza uma psicóloga em sua fala: *temos reuniões todos os dias e muitas vezes estes espaços coletivos se institucionalizam e não produzem pensamentos, se tornando desinteressantes*. Outras duas profissionais falaram a respeito da cristalização dos espaços coletivos na mesma discussão. O Gestor 6 falou sobre o espaço de discussão do matriciamento, que, em suas palavras: *pode virar obrigatoriedade*, dizendo da falta de interesse de participação dos trabalhadores de seu equipamento, já que a participação naquele espaço não é voluntária. A professora do curso também teve uma fala neste sentido, segundo ela: *transformamos o espaço do matriciamento em um saco!*. Merhy (2014) indica que, muitas vezes, as redes são concebidas como a somatória dos equipamentos, como um “controle de governabilidade extenso”, que impossibilita o acolhimento de trocas que sustentem diferentes trajetórias produzidas.

Interessa-nos destacar outra perspectiva de produção de redes. O Ministério da Saúde (2009) fala da construção de *redes transversais*, que fomentem a comunicação entre esses equipamentos de modo heterogêneo e múltiplo, com vistas à garantia da integralidade do cuidado e da produção de saúde. Entretanto, a contradição entre a construção de um cuidado ampliado e compartilhado no território e uma antiga concepção de saúde reducionista e patologizante, que limita o cuidado em saúde ao atendimento individual dos usuários (queixa-conduta), ainda se faz presente. Como disse a médica psiquiatra: *médico só faz roda para sentar no boteco, médico é um bicho que se não atender, parece que não está fazendo nada*. Em sua fala, evidencia a formação em saúde dessa categoria, formação que pouco legitima os espaços de trabalho em equipe e em rede e que compreende o cuidado em saúde como reduzido ao atendimento individual.

Além da produção de redes, a partir do encontro, possibilitar novas práticas em saúde, como pudemos perceber nas cenas anteriores, opera também como um espaço de cuidado entre os profissionais, produzindo novas subjetividades. Quando a professora disse que *produzir redes é se cuidar, cuidar uns dos outros*, nos remete à dimensão afetiva das redes, onde o essencial é a “criação e manipulação dos afetos” (TEIXEIRA, 2004). A fisioterapeuta também tem uma fala neste sentido: *Eu levo o que reflito aqui para os outros espaços da minha vida, pois tem a questão que é fundamental, das relações*. Outra profissional comentou: *Temos uma rede forte aqui, é importante para o*

trabalho nos fortalecermos desta forma, sinalizando a potência comunitária (zona de comunidade) do encontro, que acaba por fortalecer as potências individuais (TEIXEIRA, 2004). Aparecem nesses argumentos dos atores a importância de discussões que fortalecem suas práticas de cuidado, produzindo sentido e possibilitando a invenção de territórios de vida. Há um reconhecimento de que cada um é insuficiente e de que cuidar dos afetos que emergem é essencial nesse tipo de trabalho. Importante esclarecer que não se trata de um espaço semelhante ao o projeto e Cuidando do Cuidador¹⁸, mas sim de um espaço voltado a produzir discussões coletivas que possibilitem a análise dos atravessamentos políticos nas instituições, atravessamentos estes que produzem sofrimentos subjetivos no cotidiano do trabalho.

O Gestor 4 disse da importância de estarmos atentos aos afetos, para transformá-los em ferramenta de trabalho: *Este exercício não é da ordem do intelecto, temos que fazer a pergunta do que estamos sentindo, pois sempre fomos ensinados a funcionar no racional. Depois de nos perguntarmos o que estamos sentindo, temos que transformar este afeto em ferramenta*. Uma fonoaudióloga disse que a rede aquecida depende do desejo de participação de cada trabalhador, trazendo a questão do envolvimento do trabalhador com sua atividade produtiva. A professora falou da importância de conectar os serviços e enfrentar as conversas: *não dá para fazer RAPS se não tiver muita conversa!*

Dentro da perspectiva de Teixeira (2004), “as redes de trabalho em saúde passam a ser concebidas como grandes redes de conversações” que possibilita a emergência de novos sentidos no “ponto de convergência das diversidades”. A questão das diferenças esteve muito presente nos argumentos em relação ao tema redes. Um profissional durante o encontro disse que temos que permitir que haja espaço para os conflitos e diferenças. Segundo ele: *não podemos ficar no ideal de rede, como a rede do amor*. A professora convidada falou: *construir rede é como um relacionamento amoroso, onde é difícil conviver com as diferenças do outro*. Trabalhar em rede implica compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques; é uma exigência ético-política para a

¹⁸ Trata-se do cuidado com quem dedica a sua vida a cuidar de outros. Surgiu a partir da reflexão de que, o trabalhador, que dedica sua vida no cuidado do outro possui a necessidade de receber cuidados e atenção especiais, portanto deve ser garantido a ele o acesso à assistência à saúde em todos os níveis de complexidade com qualidade de atendimento, em ambiente favorável, tendo como fruto a valorização do trabalho e do trabalhador (2011). Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/11700-projeto-cuidando-do-cuidador>. Acesso em 24 mai. 2017.

produção de uma saúde de qualidade. Teixeira (2004) utilizou a metáfora, que nomeou de “teorema da paquera”, como recurso expressivo para compreensão da microfísica dos encontros, dentro da concepção espinosana. A metáfora da microfísica dos relacionamentos se refere ao que Espinosa nomeia nos encontros como conhecimento de primeiro, segundo e terceiro gênero, que segundo Teixeira (2015), coincidem com as três dimensões da individualidade. Em uma explicação breve, no conhecimento de primeiro gênero, chamado também de conhecimento vago ou imaginativo, o encontro entre corpos provoca afecções; nesse caso, não conhecemos as causas que provocam esses efeitos em nós. No primeiro gênero, o conhecimento acontece através de signos (imagens), sendo suas ideias correspondentes a nossa imaginação (DELEUZE, 2002). Já no conhecimento de segundo gênero, chamado também de conhecimento adequado, a razão entra em cena e acontece o conhecimento da causa das afetações, em um modo de existência ativa. No terceiro gênero do conhecimento, há o reconhecimento do que existe de diferente no outro: é quando acontece o conhecimento das essências singulares (TEIXEIRA, 2004).

Na cena, quando os profissionais falam a respeito da dificuldade de conviver com as diferenças do outro, utilizando a metáfora dos relacionamentos amorosos para falar da construção de rede de saúde, eles reconhecem de certo modo a necessária produção do terceiro gênero de conhecimento, que corresponde a modos de existência mais potentes.

Como Teixeira (2004), que utiliza a microfísica espinosana dos encontros para falar da relação entre paciente e trabalhador, Merhy (2009) enfatiza a necessária aposta nas multiplicidades como potência no campo do cuidado, tratando as singularidades dos sujeitos como enfoque do trabalho em saúde, sintonizado com as possibilidades existenciais dos envolvidos.

Trata-se de tarefa árdua evidenciada, por exemplo, na fala de um terapeuta ocupacional em um dos encontros: *Como lidar com o plural?* Lançar esses questionamentos no coletivo produz críticas em relação ao modo como estou me relacionando com o outro, e indica a corresponsabilidade de produzir encontros alegres e potentes, ou seja, sinaliza para a direção ética de nos responsabilizarmos com o mundo que criamos. Uma psicóloga disse: *neste espaço conseguimos observar o outro sem julgamentos, é um espaço bom para reavaliarmos e pensarmos nosso trabalho*. Quando a profissional diz que naquele espaço não se produz julgamentos, nos remete a um

acolhimento proporcionado pelo coletivo, que toma o devido cuidado de incluir as diferenças.

As redes de trabalho em saúde, a partir de sua dimensão conversacional e afetiva, possui a potencialidade de conectar seus diversos pontos e propiciar o exercício de uma *democracia viva em ato*, que se dá nas relações cotidianas do trabalho (TEIXEIRA, 2004). Em um dado momento dos encontros, a professora convidada falou da importância de *produzir democracia dentro das desigualdades e diferenças*. Devemos lembrar que a população do território pesquisado é, em sua maioria, desprovida de direitos básicos, como educação, alimentação, condição digna de moradia etc. A luta pela garantia do direito a uma saúde de qualidade, por parte de usuários e profissionais, consiste em um permanente exercício clínico-político no sentido de produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade.

As redes de saúde são reconhecidas pela potência de alterar as condições de vida e produzir novas subjetividades, tanto dos usuários em seus territórios existenciais quanto dos profissionais em seu cotidiano de trabalho, através de sua dimensão afetiva e comunicacional. O encontro entre multiplicidades, embora difícil de ser sustentado pelas tensões e conflitos produzidos, podem produzir, quando enfrentados, uma saúde em permanente dinâmica de criação.

O espaço do Redes e Saberes funcionava como um respiro aos profissionais, que podiam falar de suas angústias, das contradições vivenciadas no cotidiano; como um espaço de *rede quente*, que operava de modo descentralizado, em que, embora provocações fossem feitas, conseguia ser acolhedor. As redes quentes carregam a potência de resistir às formas de assujeitamento da vida impostas pelo capitalismo; elas podem ser produtoras da diferença nos processos de subjetivação (BENEVIDES; PASSOS, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos neste trabalho que o Fórum de Saúde pode funcionar como um espaço aberto de encontros e de produção de rede de relações entre os serviços e trabalhadores, que pode promover, como sugere Whitaker (2005, p. 71) o “debate democrático de ideias, a formulação de propostas, a troca livre de experiências e a articulação para ações eficazes”, configurando-se como espaço de produção do comum e de afirmação da dimensão pública da política de saúde, que implica o exercício da inclusão das diferenças.

Para esta formulação, seguimos algumas pistas:

1. Com Serres (1994), retomamos a possível origem da palavra *fórum*, que seria um espaço que não designa lugares fixos e sim um deslocamento por prolongamento analítico, com potencial de modificar o espaço percebido; um lugar de fronteira entre o dentro e o fora, entre o público e o privado, entre o familiar e o desconhecido.
2. Com Teixeira (2015) a necessidade de aproximação da noção de público ao conceito de comum, de forma que a dimensão do público não se reduza ao poder estatal e que, em certa medida, o tensione.
3. Com Hardt e Negri (2005) traçamos o jogo de forças entre poder instituinte da multidão/produção do comum e a soberania de Estado/expropriação do comum; ou, dito de outro modo, com Hardt (2010), o jogo entre forças da liberdade e imaginação e o poder de controle.

Vimos, ao longo do acompanhamento de um Fórum RAPS, tanto situações de expropriação do comum, quanto de produção do comum.

Um exemplo de expropriação do comum aconteceu no Fórum da RAPS de fevereiro/17, logo após a demissão de um gestor de um equipamento. Essa demissão trouxe tristeza aos trabalhadores, que combinaram de se organizar no fórum para propor alguma estratégia que revertesse a posição tomada pela gestão. Porém, pela primeira vez, o fórum contou com a presença de representantes da OSS e da STS. Essa presença constrangeu os trabalhadores, que não conseguiram se posicionar em relação à demissão. Esse fato fez com que os posicionamentos e resistências contra a demissão fossem silenciados, impedindo que algo do comum fosse produzido.

Mesmo em meio a muitos tensionamentos, foi possível identificar nos encontros *zonas de comunidade* (TEIXEIRA, 2015) que propiciam soluções criativas para a construção do cuidado em saúde. Tomamos aqui a produção do comum como a possibilidade de produzir ideias, emoções, relações sociais e modos de vida mais potentes e democráticos, como forma de resistência aos mecanismos de controle e assujeitamento impostos pelo capitalismo, que lutem contra a expropriação de direitos. Em alguns momentos, o encontro possibilitou a experimentação de afetos alegres, com o aumento da potência de pensar e agir em relação ao cuidado em saúde. Segundo Negri (2010) a imaginação é a potência que aflora da racionalidade e “que leva as singularidades, da resistência em direção ao comum” (TEIXEIRA; SOUZA, 2016). Dessa forma, foi possível a imaginação entrar em cena, o que culminou em propostas novas para o território.

Como exemplo, temos o momento de finalização da carta aberta do fórum, a ideia de reuniões mensais com o Conselho Tutelar, a confecção do abaixo-assinado virtual e os momentos de debates e reflexões políticas com humor vivenciados no espaço Redes e Saberes, que proporcionou um sentimento de pertencimento e alegria nos trabalhadores, o que nos mostrou a potência do encontro. Para Espinosa, Razão Livre é a alegria de pensar sem submissão a qualquer poder constituído; e é por meio da afetividade que o homem pode elevar seus instintos à consciência, aumentando ou diminuindo sua potência de ação (SAWAIA, 2000). É através das relações sociais que construímos nossos modos de sentir, ver e perceber o mundo; e é através do afeto que podemos produzir novos pensamentos e uma ação política transformadora.

A presença de afetos como medo, tristeza, alegria (risos) era perceptível o tempo todo nos espaços coletivos; entrar em contato com esses afetos para produzir conhecimento em relação a eles é muito importante neste tipo de trabalho. Pudemos acompanhar a face libertária do riso e do humor nos encontros. O ato falho da psiquiatra ao dizer *Eu fórum* (na cena cinco) nos remeteu à ideia do primeiro Fórum Social Mundial, cujo slogan era “Tô fórum” e que nos diz da potência de estar fora/fórum: trabalho de deslocamento com potencial de modificar o espaço percebido.

Evidenciamos ainda a diferença que se colocou entre o Fórum da RAPS e o espaço de Educação Permanente Redes e Saberes. Vimos nessa passagem do fórum como arranjo organizacional que um arranjo-fórum pode ser tomado pela máquina de Estado e capturado na forma-controle; e que um arranjo-formação, como o Redes e Saberes, pode operar a função fórum, fazendo presente a liberdade de expressão e livre

circulação dos afetos. Portanto, trata-se, nos diferentes arranjos, de afirmar o lugar-fórum.

Outra questão que se evidenciou nesses encontros, e que tem relação com a potência de produção do comum, são os modos de constituição das *redes de saúde*. A articulação de redes de saúde, como produção autônoma dos trabalhadores, que considera as singularidades dos territórios, pode construir estratégias para que a gestão em saúde não esteja submetida exclusivamente ao controle do Estado. Percebemos que os espaços analisados ora funcionavam como uma rede quente, de forma horizontal, como potência para a produção do comum (quando então se afirmam como função-fórum); ora se encontravam burocratizados, enrijecidos e segmentarizados, assujeitando-se às demandas das metas, protocolos etc., transformando a rede em um “controle de governabilidade extenso” (PASSOS E BENEVIDES, 2009). Infelizmente devido ao contexto macropolítico e à recente história de luta social e política no território, a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos, como o Fórum, pode acontecer como uma obrigatoriedade/imposição de seus gestores e não como uma participação coletiva que diz respeito a produção de vida, autonomia e liberdade.

Deste modo, observamos que a participação nessas instâncias coletivas de exercício de produção do comum põe em jogo um necessário trabalho de *análise de implicação*, que, segundo Lourau (2004) se configura na conscientização de atos, comportamentos, assunções de posturas éticas e políticas dentro do campo. Nesse sentido, o trabalhador de saúde deve dispor de espaços coletivos de análise de seus interesses, posições sociais, afetações, jogos de poder etc., para que ocorra uma tomada de consciência da clínica como política e que se torne possível um posicionamento ético frente às formas de cuidar.

Como afirmam Benevides e Passos (2009, p. 166), “definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente”.

O trabalho em saúde tem responsabilidades ético e política em relação aos mundos que criamos, aos modos de existência que coproduzimos. É a partir do coletivo que podemos lutar por uma saúde ético-política, ou seja, através dos encontros podemos aumentar a potência de ação (individual e coletiva) para produção do comum (Espinosa, 1983). Trata-se de, nesses espaços coletivos, construir uma experiência política que

possibilite a emergência de novos modos de existência, que produza novas subjetividades mais democráticas e democratizantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I. S.; CAMPOS, G. W. S. **Análise sobre a constituição da rede de saúde mental na cidade de São Paulo**. São Paulo: Mimeo, 2015.

ARRUDA, M. J. C. **Afiadas afinidades**: uma poética com humor, ironia e outros afetos em artes visuais. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, 2015.

AZEVEDO, B. M. S.; CARVALHO, S. R. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Orgs.). **Conexões saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

BARBOSA, J. G.; HESS, R. **O diário de pesquisa**: O estudante universitário e seu processo formativo. Brasília. Liber Livro, 2010.

BARBOSA, A. M. et al. Fórum permanente de educação popular em saúde: construindo estratégias de diálogos e participação popular. **Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)**, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). v. 18 nº4, p. 554-559, 2015.

BENEVIDES R.; PASSOS E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, nº 19-20, p. 159-171, jul., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19/10/1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF nº 154, de 24/01/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha redes de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Rede de Atenção à Saúde (RAS) nº4.279, de 30/12/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nº 3.088, de 23/12/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil** – Recomendações: de 2005 a 2012. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica**: cartografias da gestão de políticas públicas [versão eletrônica] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

- CHAUI, M. **Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- CHAUI, M. **A nervura do real II: imanência e liberdade em Espinosa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. Botucatu. **Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, nº17, p.235-48, mar./ago. 2005.
- DAVID, C. T. N. **A participação dos atores coletivos do campo popular no movimento de reforma na saúde no Rio Grande do Sul**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, Porto Alegre, 2014.
- DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva/Ed. da Universidade de São Paulo, 1974.
- DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 25, nº 1, 2015.
- DOMINGUES, A. R. **Cartografias de uma experiência comunitária**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- ESPINOSA, B. **Ética**. 3 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- FLEURY, S.; OUVÉREY, A. M. **Gestão de redes – A estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- GHIRARDI, A. L. R. O insólito recriado: Le Horla de Maupassant em linguagem HQ. **Revista de Letras/Universidade Estadual Paulista**, São Paulo, v.55, n.2, p.13-28, jul./dez. 2015.
- HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- HARDT, M. Lo común en el comunismo. In: BADIOU, A. et al. **Sobre la idea del comunismo**. Compilado por Analia Hounie. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- L'ABBATE, S., MOURÃO, L. C., PEZZATO, L. M. **Análise institucional e saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.
- LIMA, F. P. A. Ações coordenadas em saúde do trabalhador: uma proposta de ação supra-institucional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.34, n.119, p. 67-78. São Paulo, 2009.
- LOURAU, R. **El análisis institucional**. Madrid: Campo Abierto, 1977.
- LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Curso ministrado no departamento de Psicologia Social da UERJ, de 26 a 30 de 1993.
- LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma. In: Sonia Altoé (org.) **René Lourau; analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 246-258.

MAGALHÃES, H. M. J. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em saúde para debate**, nº 52 - ISSN 0103-4383 – Rio de Janeiro, out. 2014.

MEDRADO B.; LYRA J. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: LANG, Charles Elias et al (Org.). **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Maceió: EDUFAL, v. 1, p. 85-118, 2015.

MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Revista Interface – comunicação, saúde, e educação**, v. 13, 2009.

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. **Revista Divulgação em saúde para debate**. p. 153-164, out. 2014.

NEGRI, A. **A constituição do comum**. In: CONFERÊNCIA INAUGURAL DO II SEMINÁRIO INTERNACIONAL CAPITALISMO COGNITIVO – ECONOMIA DO CONHECIMENTO E A CONSTITUIÇÃO DO COMUM, 1994, Rio de Janeiro. Rede Universidade Nômade/ Rede de Informações para o Terceiro Setor (RITS). Rio de Janeiro, 24 e 25 de outubro de 2005.

NEGRI, A. Para uma definição ontológica da Multidão. **Lugar comum**, nº 19-20, pp. 15-26. Julho, 2009.

NEGRI, A. **O comum como modo de produção**. CONFERÊNCIA REALIZADA NO AUDITÓRIO DA FFLCH/HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016, São Paulo. Disponível em: <https://www.facebook.com/events/1087815741266244/permalink/1119979944716490/>. Acesso em: 10 nov. 2016.

OLIVEIRA, A. M. C. et al. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. São Paulo. V. 18 nº 8: p. 2329-2338, ago. 2013.

PARENTE, A. Rede e subjetividade na filosofia francesa contemporânea. **Revista Eletrônica de comunicação informação & inovação em saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.101-105, jan.-jun., 2007.

PARENTE, A. **Tramas de rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre. Editora Sulina, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. v. 2. Porto Alegre. Editora Sulina, 2014.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 17 nº 3. Porto Alegre, set./dez. 2005.

POLIS/INESC. Projeto de Pesquisa **Governança Democrática no Brasil Contemporâneo: Estado e sociedade na construção de políticas públicas: a arquitetura**

da participação no Brasil: avanços e desafios. Relatório Final. Polis/Inesc, São Paulo, 2011. Disponível em: <www.polis.org.br>. Acesso em: 12 jul. 2016.

RIGHI L. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: **Caderno HumanizaSUS**, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/PNH, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; p. 60-4, 2010.

RIGHI L. B. et al. Apoio para Produção de Redes de (em) Saúde: efeitos de percursos formativos em humanização da atenção e gestão do SUS. **Saúde & Transformação Social**, v. 5 n° 2. Florianópolis, 2014.

RIZZOTTO, M. L. F. Verbete neoliberalismo e saúde. In: **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. 2009.

ROSA, E. Z et al. O território sanitário da Freguesia do Ó e Brasilândia e o lugar do território na integração ensino-serviço. In: VICENTIN, M. C. G.; TRENCHÉ M. C. B.; KAHHALE, E. P.; ALMEIDA, I. S. (Orgs.). **Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: Encontros entre Universidade e Serviços de Saúde**. Projeto Pró-Saúde/Pet-Saúde, Ministério da Saúde/Fundação São Paulo-PUC-SP, São Paulo: Artgraph, 2016.

SANTOS, M. O retorno do território. In: Santos, Milton; SOUZA, Maria Amélia; SILVEIRA, Maria Laura (Org.). **Território globalização e fragmentação**. 3 ed. São Paulo: Hucitec – AMPUR, 1996.

SAWAIA, B. B. **A emoção como locus de produção do conhecimento**: Uma reflexão inspirada em Vygotsky e no seu diálogo com Espinosa. SIMPÓSIO REALIZADO NA III CONFERÊNCIA DE PESQUISA SÓCIO-CULTURAL, 2000, Campinas-SP. São Paulo, julho, 2000.

SERRES, M. **Atlas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

SOUZA, C. H. L. et al. Conselhos e conferências nacionais: o que são, quantos existem e para que servem. In: **Plataforma pela Reforma do Sistema Político**. Nov, 2012. Disponível em: <<http://www.reformapolitica.org.br/historico/2012/672-conselhos-e-conferencias-nacionais-o-que-sao-quantos-existem-e-para-que-servem.html>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

TEIXEIRA, R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.) **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, pp.89-111, 2003.

TEIXEIRA, R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. Working-paper apresentado na Universidade da Califórnia, San Diego, abril 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 26 set. 2015.

TEIXEIRA, R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl.1, p.27-43, 2015.

TEIXEIRA, R.; SOUZA, T. Redes temáticas e a produção do comum: conflitos emergentes de uma nova institucionalidade. In: **Redes estratégicas do SUS e**

biopolítica: cartografias de gestão de políticas públicas. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2016.

TEIXEIRA, R. et al. **A produção de redes de encontros e a produção de saúde no SUS.** Conexões: Departamento de Saúde Coletiva/Unicamp e Políticas de Subjetividade/ Departamento de Medicina Preventiva/USP. Disponível em <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/035.pdf>>. Acesso em 22 mai. 2016.

VERDE, F. F. et al. Trabalho e precarização na saúde pública. **Ecos**, v. 3, nº 1, mai./jun. 2013.

WHITAKER, F. Notas para o debate sobre o Fórum Social Mundial. **Revista de Fomento Social.** Institución Universitária da Companhia de Jesus de Córdoba. Córdoba, nº 233, v. 59, 2004.

WHITAKER, F. **O desafio do Fórum Social Mundial, um modo de ver.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Edições Loyola, 2005.

WHITAKER, F. **Fórum Social Mundial: espaço ou movimento?** Pensando o futuro do Conselho Internacional do FSM em novas perspectivas. Procurando entender – Estantes do Chico Whitaker, 2013. Disponível em: <<http://chicowhitaker.net/artigo.php?artigo=44>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

WHITAKER, F. **Webinário fóruns: a produção de encontros e a construção de redes.** 2014. Disponível em: <www.redehumanizausus.net>. Acesso em 25 fev. 2017.

ANEXOS

I. QUADRO DE ATIVIDADES DA PESQUISA

A partir do diário de campo, construímos um quadro de atividades da pesquisa, com data, local e número de participantes, que inclui os encontros do Fórum da RAPS Casa Verde/Cachoeirinha/Limão e os encontros do Redes e Saberes.

ENCONTRO	DATA	LOCAL	Nº PARTICIPANTES
1) Fórum	11/12/15	UBS Vila Dionísia	13
2) Fórum	21/01/16	CAPS Adulto	18
3) Fórum	18/02/16	CAPS Infantil	Sem descrição na ata
4) Fórum	17/03/16	Conselho Tutelar Casa Verde	26
5) Fórum	14/04/16	UBS Vila Barbosa	Sem descrição na ata
6) Redes e Saberes	17/05/16	Supervisão Técnica de Saúde	-
7) Fórum	19/05/16	UBS Casa Verde	16
8) Redes e Saberes	31/05/16	Supervisão Técnica de Saúde	-
9) Redes e Saberes	14/06/16	Supervisão Técnica de Saúde	-
10) Fórum	16/06/16	CAPS AD	17
11) Redes e Saberes	28/06/16	Supervisão Técnica de Saúde	-
12) Fórum	21/07/16	UBS Ilza	16
13) Reunião NASF	16/08/16	Reunião Extraordinária na STS FÓ	30
14) Fórum	15/09/16	UBS Dionísia II	22
15) Fórum	20/10/16	UBS Vila Espanhola	17
16) Fórum	17/11/16	UBS Casa Verde Alta	14
17) Fórum	15/12/16	CAPS Infantil Cachoeirinha	17
18) Fórum	19/01/17	SPVV Casa Verde	21
19) Fórum	16/02/17	UBS Casa Verde Alta	18

II. QUADRO DE ANÁLISE FÓRUM RAPS - ENCONTRO 4

TEMAS	ARGUMENTOS	AFETOS	ATORES	INCIDENTES CRÍTICOS
Trabalho intersetorial	Apresentação dos equipamentos da rede.	Alegria quando os profissionais se conheciam pessoalmente.	Assistência social, CT e educação presentes no fórum.	Gestor 3 chamou o Fórum de Saúde Mental, sendo que o mesmo se chama fórum da RAPS e a proposta é que não somente a saúde participe.
Precariedade de RH	Psiquiatra não trabalha mais lá, falta de profissionais. Profissionais de outros equipamentos farão Terapia Comunitária para apoiar.	Preocupação de alguns dos profissionais por existirem poucos psiquiatras no território	Psiquiatra NASF (teme pela falta desta categoria).	Questão proposta pelo gestor 1: qual modelo de assistência em SM que queremos, medicocentrado, de queixa e conduta ou trabalho comunitário em rede? Surgiu então a ideia de confeccionar uma carta falando da falta de profissionais.
Apresentação dos novos representantes do Conselho Tutelar	Os Conselheiros não sabiam qual a função do C. T. e qual a proposta de trabalho deles. Pediram ajuda a saúde.	Raiva de alguns profissionais pela volta recorrente ao tema, proposto pelo psiquiatra que não estava mais no território.	Gestor 3 expressa a ideia que a UBS Jd. Peri é vulnerável como outros lugares do território. Gestor 1 lançou questão ao grupo, que trouxe incômodo.	Surgiu a ideia do Gestor 3 de realizar uma reunião mensal entre C.T. e saúde para apoio e discussão dos casos.

Nomeação do novo coordenador de saúde mental Valencius.	Valencius, como ex-diretor de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil não é o nome que representa a Luta Antimanicomial.	Força e resistência contra este retrocesso na saúde mental.	Gestor 2 convida a todos para participar de manifestação contra a nomeação de Valencius, que ocorrerá na praça com trabalhadores, usuários e familiares.	
Trabalho na maternidade Cachoeirinha com as gestantes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.	Assistente social e psicóloga sugeriram um GT para discussão de casos e articulação de rede, chamado GT Vulnerabilidade.	Gestor 7 se sentiu incomodada por já existir uma reunião no local, que o psiquiatra do Hosp. Maternidade Cachoeirinha coordena com objetivo de discutir os casos desta população.	Gestor 7 falou que o espaço proposto pelo psiquiatra está esvaziado, estamos criando muitas reuniões com mesmo objetivo.	Conflito expresso pela existência de dois espaços no mesmo equipamento, porém com dois diferentes modelos de cuidado, o antigo encontro centrado no psiquiatra, com uma clínica medicalizante.
Diálogo entre educação e saúde	Gestor 1 falou da grande demanda das escolas para a saúde. Coordenadora da EMEF falou da dificuldade do seu cotidiano de trabalho com os conflitos dos alunos, sem apoio institucional.	Alegria: profissionais bateram palmas e comemoraram por ter uma representante da educação no fórum.	Gestor 1. Coordenadora da EMEF.	Os dois profissionais estavam separados fisicamente por uma pilastra e não se viam, símbolo concreto da barreira existente entre saúde e educação. Proposta de se construir um Fórum de Educação e Saúde no território.
Esvaziamento de pautas	Dado um momento do fórum que não pareciam ter mais assuntos e a articuladora da STS encerrou o encontro.	Euforia no encerramento, os profissionais se procurando para trocar contatos e fazerem combinados (muito falatório).	Gestor 3 no primeiro momento, após todos os minigrupos de todos os profissionais.	Os profissionais pareciam não querer se expor na grande roda, mas tinham muito assunto para conversar nos pequenos grupos, como combinar reuniões, discutir casos, etc.

III. QUADRO-SÍNTESE FÓRUM RAPS

TEMAS	ARGUMENTOS	AFETOS	ATORES	INCIDENTES CRÍTICOS
Rede	Pensar a saúde em rede, não dá para pensar a saúde isoladamente.	Satisfação, pertencimento, alegria, desconforto.	Psicóloga Maternidade.	Contração entre a necessidade de construção de um cuidado ampliado, integral, no território X Concepção de saúde como mercadoria e política neoliberal.
	Eficiência e persistência do trabalho conjunto diante de um caso complexo.		Agente comunitária de saúde.	
Política macro	Nomeação de Valencius para cargo de coordenador da Saúde Mental.	Medo, tristeza, preocupação.	Gestor 1.	Sucateamento do SUS e contradições vivenciadas pela lógica mercantilista do trabalho.
	Portaria 958 (11/05/16).			
	Falecimento de Antônio Lancetti.			
	Troca de gestão municipal.			
Usuários	Como cuidar das gestantes que fazem uso abusivo de álcool e drogas?	Desconforto, tensão.	Psicóloga Maternidade.	Contração entre a construção de um cuidado ampliado, integral, no território e o cuidado centrado no psiquiatra do hospital, com uma clínica medicalizante.
	Como exercer controle social?		Gestor 7.	
	Aquecer o Conselho Gestor.			
Trabalho intersetorial	Realizar reunião mensal com Conselho Tutelar, para apoio, pois não tinham conhecimento de como exercer o trabalho.	Angústia.	Gestor 1.	Importância de o fórum ser intersetorial: De fórum de saúde mental para RAPS, alguns pontos da RAPS que não estão aqui e que precisamos convidar.
	Criar fórum de educação e saúde no território.			
Produção comum	Participação da assistência social no fórum.	Alegria.	Todos.	
	Construção manifesto contra nova portaria 958.			
	Construção da carta documento.			
	Projeto Percursos Formativos.			
	Confraternização.			

Fórum	Gestor 3 falou que o espaço do fórum não é terapia de grupo, mas que pode ser um espaço de escuta para os profissionais.	Gratidão por ver tantas pessoas reunidas.	Gestor 3.	Dificuldade de sustentar este modo de funcionar. Atender é considerado trabalho, espaço de discussão coletivo não.
	Gestor 1 falou que prefere relacionar este espaço a uma questão coletiva de enfrentamento. Disse que é um espaço coletivo de construção de parceria para além do formal.			
	Psicóloga disse que o fórum é um produto de cada um de nós, é um produto de nossa resistência.		Psicóloga Tradicional.	Tensão entre espaço político X espaço terapêutico.

IV. QUADRO ANÁLISE REDES E SABERES - ENCONTRO 6

TEMAS	ARGUMENTOS	AFETOS	ATORES	INCIDENTES CRÍTICOS
Redes	Pergunta: Por que trabalhamos em rede? Quais inquietações surgem do tema redes? Como o trabalho em rede pode ser um aliado para a construção de um cuidado compatível com o SUS?	Silêncio total.	Professora convidada.	Contradição entre a necessidade de construção de um cuidado ampliado, integral, no território X Concepção de saúde como mercadoria e política neoliberal.
Redes	Temos que permitir que haja um espaço para os conflitos e diferenças. Não podemos ficar no ideal de rede, como “a rede do amor”.	Gargalhadas diante da nomeação “rede do amor”.	Terapeuta ocupacional NASF.	Perguntou: Como lidar com o plural? Disse que os diferentes saberes nos distanciam, ao invés de nos aproximar.
Cuidado com o profissional da saúde	Nós ACs precisamos de terapia. Gestor 1 disse que todos os trabalhadores da saúde precisam de cuidados.	Incômodo.	Agente Comunitário de Saúde e Gestor 1.	Sugestão do Gestor 1 de produzir espaços de conversa para falar do sofrimento produzido no cotidiano do trabalho.
Equipamentos/mundos diversos	ACs falou da diferença de funcionamento entre ESF e UBS Tradicional. Professora falou que temos o mundo CAPS, mundo NASF, mundo UBS Tradicional, mundo CECCO, etc. Psicóloga: diferentes paradigmas de clínica dentro dos serviços.	Desconforto.	Agente Comunitário de Saúde, professora e psicóloga.	Como fazer funcionar esta engrenagem juntos diante de tanta diferença? Psicóloga falou que o modelo da clínica ampliada está presente em todos os equipamentos em dada medida e que o modelo da clínica tradicional, medicalizante também está presente em todos os equipamentos em dada medida.
Conhecimento/saberes	ACs disse que sua categoria não possui um conhecimento prévio específico.	Ânimos exaltados, clima tenso.	ACs e enfermeira.	O conhecimento dos recursos do território e o conhecimento da cultura local não foi

	<p>Enfermeira discordou falando que o conhecimento vem do interesse de cada profissional.</p> <p>Outra ACs: A gente só tem o poder da comunidade!</p>			valorizado.
Redes	<p>Produzir redes é se cuidar, cuidar uns dos outros. Construir rede é como um relacionamento amoroso, é difícil conviver com as diferenças do outro.</p>	<p>Todos riem.</p>	<p>Professora convidada.</p>	<p>Construção do SUS implica numa desconstrução do saber médico-centrado e na valorização que as ACs possuem. Construir juntos algum tipo de resposta para o sofrimento comum.</p>
Controle social	<p>Gestor 2: Diante do sucateamento do SUS e das contradições vivenciadas pela lógica mercantilista do trabalho, como nos organizarmos para fazer pressão ou exercer o controle social?</p>	<p>Angústia e desconforto diante da provocação.</p>	<p>Gestor 2.</p>	<p>Ideia do TO de usar o espaço do fórum da RAPS para construir a carta documento.</p>

V. QUADRO-SÍNTESE REDES E SABERES

TEMAS	ARGUMENTOS	AFETOS	ATORES	INCIDENTES CRÍTICOS
Redes	Temos que permitir que haja um espaço para os conflitos e diferenças. Não podemos ficar no ideal de rede, como "a rede do amor".	Gargalhadas diante da nomeação "rede do amor".	Terapeuta ocupacional NASF.	Construção do SUS implica numa desconstrução do saber médico-centrado e na valorização que as ACs possuem. Construir juntos algum tipo de resposta para o sofrimento comum.
	"Produzir redes é se cuidar, cuidar uns dos outros. Construir rede é como um relacionamento amoroso, é difícil conviver com as diferenças do outro".	Todos riem.	Professora convidada.	Segundo prof.: "produzir democracia dentro das desigualdades e diferenças. Não dá para fazer RAPS se não tiver muita conversa".
	"me parece que a participação de tanta gente mostra o desejo do território de ter uma rede aquecida".	Força e resistência.	Fonoaudióloga NASF.	
	"Vimos que temos uma rede forte aqui, que as discussões fazem sentido em nossa prática. É importante para o trabalho nos fortalecermos desta forma".	Força e resistência.	Terapeuta Ocupacional NASF.	Segundo prof.: "produzir democracia dentro das desigualdades e diferenças. Não dá para fazer RAPS se não tiver muita conversa".
	"O barato de produzir rede é conectar os serviços e enfrentar as conversas".	Tensão e pertencimento.	Professora convidada.	
	Gestor 4: Como venho para cá, por obrigação? Conversei com algumas pessoas e o sentido fica difuso.	Desconforto.	Gestor 4.	Participação: por desejo ou por obrigação? Psicóloga CAPS disse que os espaços acabam se institucionalizando e não produzem pensamentos.
Participação	Gestor 6: minhas ACs pediram para não vir mais e eu deixei.	Desconforto.	Gestor 6.	
	Psiquiatra NASF: "Minha chefe me chamou atenção que eu não vim no encontro passado, mas a nossa formação é muito diferente".	Incômodo.	Psiquiatra NASF.	

	Profª. A proposta de um curso aberto trouxe engajamento dos trabalhadores.	Satisfação.	Professora convidada.	
	Enfª UBS disse que a participação não é uma questão somente de interesse dos profissionais e sim da dinâmica do serviço.	Angústia.	Enfermeira UBS.	
	Profª. A rede já está decretada, transformamos o espaço do matriciamento em um saco!	Ânimos exaltados.	Professora convidada.	Matriciamento: "Obrigamento" X "Afinamento".
	Gestor 6 disse: "o matriciamento pode virar obrigamento!" E deu risada.	Alegria (risos).	Gestor 6.	Professora disse da importância de criarmos inteligências coletivas para superar os desafios.
Produção comum	"Diante do sucateamento do SUS e das contradições vivenciadas pela lógica mercantilista do trabalho, como exercer o controle social?"	Angústia e desconforto diante da provocação.	Gestor 2.	Professora disse da importância de criarmos inteligências coletivas para superar os desafios.
	"Podemos usar o espaço do fórum da RAPS para construir a carta documento".		Terapeuta NASF	
	"Esta carta pode ajudar a pensar em tudo o que está acontecendo no território, em todos estes temas".	Resistência.	Gestor 4.	Sugestão do Gestor 1 de produzir espaços de conversa para falar do sofrimento produzido no cotidiano do trabalho.
	"Escrever o documento é materializar acúmulo de conhecimento. Que podemos usar depois para ler para esta rede que não está dentro da RAPS".	Resistência e pertencimento.	Professora convidada.	
Cuidado com o profissional da saúde	Nós ACs precisamos de terapia. Gestor 1 disse que todos os trabalhadores da saúde precisam de cuidados.	Incômodo.	Agente Comunitário de Saúde e Gestor 1.	Sugestão do Gestor 1 de produzir espaços de conversa para falar do sofrimento produzido no cotidiano do trabalho. Como fazer funcionar esta engrenagem juntos diante de tanta diferença?
Diferentes saberes / diferentes equipamentos.	ACs falou da diferença de funcionamento entre ESF e UBS Tradicional.	Desconforto.	Agente Comunitário de Saúde, professora e psicóloga.	Psicóloga falou que o modelo da clínica ampliada está presente em todos os equipamentos em dada medida e que o

	<p>Professora falou que temos o mundo CAPS, mundo NASF, mundo UBS Tradicional, mundo CECCO, etc.</p> <p>Psicóloga: diferentes paradigmas de clínica dentro dos serviços.</p> <p>ACs disse que sua categoria não possui um conhecimento prévio específico.</p> <p>Enfermeira discordou falando que o conhecimento vem do interesse de cada profissional.</p> <p>Outra ACs: A gente só tem o poder da comunidade!</p> <p>Psiquiatra NASF: “médico só faz roda para sentar no boteco, médico é um bicho que se não atender, parece que não está fazendo nada.”</p>			<p>modelo da clínica tradicional, medicalizante também está presente em todos os equipamentos em dada medida.</p> <p>TO perguntou: Como lidar com o plural? Disse que os diferentes saberes nos distanciam, ao invés de nos aproximar.</p> <p>O conhecimento dos recursos do território e o conhecimento da cultura local não foi valorizado.</p> <p>O conhecimento dos recursos do território e o conhecimento da cultura local não foi valorizado.</p>
		<p>Ânimos exaltados, ACs e enfermeira.</p> <p>clima tenso.</p>	<p>Psiquiatra NASF.</p>	