

As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.¹

(Referência: FRANCO, T.B.; in Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006)

TÚLIO BATISTA FRANCO*

Nós, os investigadores do conhecimento, desconhecemo-nos. E é claro: pois se nunca nos ‘procuramos’, como nos havíamos de nos ‘encontrar’

Nietzsche

Introdução

É comum observarmos nas discussões e oficinas de planejamento a proposição de que a gestão estratégica da organização deve se dar por projetos, e sua condução, por coletivos de sujeitos, muito comumente chamados de “colegiados gestores”. Uma leitura que pode ser feita desse inovador arranjo organizacional é o da ineficácia das estruturas do organograma e o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra. Podemos observar, portanto, que na sugestão ofertada pelas propostas de planejamento que fogem da matriz normativa há o reconhecimento de que a formação de microrredes no interior da organização é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização.

Imagino que as redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, especialmente nos cenários de produção do cuidado, radicalizam sobre a primeira idéia de trabalho em redes dentro de uma organização. Assim, quando iniciei a reflexão sobre as redes nos serviços de saúde, fui buscar no texto que Deleuze e Guattari escreveram como introdução ao livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1 (1996), que tem o título de *Rizoma*¹, subsídios para pensar a questão. Os autores se utilizam dessa figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais vai-se construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido. Nessa perspectiva, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade.

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vai-nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nesse campo, Emerson Merhy discute o “trabalho vivo em ato”, que nos fala da potência instituinte do

¹ Referência desse texto: FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.), Gestão em Redes; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

* Prof. Dr. no Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense; pesquisador colaborador do Grupo de Pesquisa CNPq LAPPIS. Endereço eletrônico: tuliofranco@uol.com.br

trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado e expõe dezessete teses sobre a teoria do trabalho e as tecnologias de produção do cuidado, onde o trabalho vivo é o elemento central nessa abordagem (MERHY, 1997 e 2002, p. 46-52).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.

Para ilustrar um pouco essa afirmação, gostaria de lembrar que a organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos – enfim, a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários.

Por outro lado, imaginemos que o trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. É de certa forma comum trabalhadores que, por atuarem assim, tornam-se “inadaptados” aos serviços e se tornam nômades na rede de saúde, começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse fantasma é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutiva.

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Vamos percebendo que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Isso lhe dá essa extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte. (FRANCO, 2003a). “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 21). Pretendemos discutir essas redes na sua constitucionalidade. Procuramos didaticamente diferenciar três níveis de organização das mesmas, sabendo que elas se confundem no plano da realidade.

Uma primeira reflexão que sugerimos é sobre a imanência das redes no processo de trabalho em saúde – isto é, elas são constitutivas dos sistemas produtivos, firmando a posição de que a questão em foco é: que tipo de rede há operando em certos processos de trabalho? Ou seja, não questionamos sua existência, e portanto vamos ao ponto seguinte, que é o de analisar e caracterizar as redes.

A segunda questão colocada diz respeito ao caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos

de trabalho. Nesse ponto faço a opção por um certo tipo de rede que adoto como parâmetro para discuti-la sob o foco da micropolítica, e essa escolha tem a ver com a idéia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência. Procuo significar a rede que opera com base no trabalho vivo em ato e as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção.

A terceira questão discutida aqui diz respeito ao caráter auto-analítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho. Esse caráter não está dado *a priori*, é colocado como possibilidade e vai depender dos sujeitos que operam a rede e suas singularidades. O conceito de singularidade é central, pois se refere ao fato de não reconhecer um sujeito e um objeto *uno*, mas multiplicidades. Como isso se dá? Partimos da idéia de que o sujeito acessa diferentes campos semióticos, quando organiza sua ação no mundo e, dependendo das representações simbólicas acessadas por ele, ele assume diferentes atitudes. É como se essas representações organizassem no sujeito trabalhador um modo específico de ver o mundo e de nele atuar. Isso faz com que os trabalhadores atuem de forma singular, compondo sua atitude, uma certa subjetividade, as representações simbólicas do mundo do trabalho em saúde e os diversos vetores de formação da realidade presentes no seu cotidiano. Não há um sujeito, mas singularidades, algo parecido com a idéia de que “um” são “vários”. Esse tema será mais bem discutido à frente.

A imanência das redes na micropolítica do processo de trabalho

Ao observarmos o funcionamento das redes de cuidado do SUS, verificamos que, entre as diversas unidades, seja da equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar e mesmo o atendimento pré-hospitalar, trabalham comunicando-se mutuamente, em um processo que de longe pode se verificar que é um funcionamento em rede. O mesmo se repete em uma unidade de saúde, onde as diversas micro-unidades de produção têm por sua vez uma inter-relação quando produzem procedimentos que são consumidos pelos diversos usuários que transitam naquele estabelecimento buscando resolutividade para seu problema. Em outro nível, o das equipes e/ou trabalhadores de saúde, quando em atividade processam também uma rede entre si, que tem grande intensidade na busca da produção do cuidado.

Pela descrição, inferimos que o cuidado se produz sempre em rede e poderíamos dizer de início que há no mínimo três níveis em que estas se articulam intensamente, conforme anunciado acima. Vai-se tornando evidente que as redes são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula.

Essa idéia de imanência é particularmente importante, pois nos fala de que sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize. “Para o institucionalismo (imanência) expressa a não-separação entre os processos econômicos, políticos, culturais (sociais em sentido amplo), os naturais e os desejantes. Todos eles são coextensivos, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas” (BAREMBLITT, 1992, p. 176).

É relativamente fácil observar que as redes são imanentes aos processos produtivos da saúde. No nível da relação entre as diversas unidades, há a todo momento uma grande articulação entre elas. Existe até mesmo uma cultura de encaminhamento, que se expressa pela normativa da *referência* e *contra-referência*, expressões de larga

utilização no SUS. O grau de interdependência é sempre alto também no espaço de trabalho interno a uma unidade de saúde, ou mesmo em uma equipe de PSF.

Eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que seu saber e fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde, cultura essa construída pela tradição das corporações e sua forma amesquinhada de ver o mundo da produção da saúde. Mas essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que entre si vão definindo os atos necessários à produção do cuidado, a cada usuário que chega, em movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde. Dessa rede não estão excluídos nem mesmo os trabalhadores das áreas de “apoio” como, por exemplo, da higienização, onde todos sem exceção são “dependentes” do trabalho que é executado com o fim de manter uma unidade de saúde em condições de biossegurança adequadas.

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A imanência das redes nesse processo traz a idéia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário.

Para verificarmos essa afirmativa, basta observarmos o trabalho de qualquer profissional em um serviço de saúde, tomando como exemplo uma equipe de saúde da família (ESF), verificamos que há conexões em diferentes direções, que podem vir do agente comunitário de saúde no domicílio, que faz vínculo com a família e fluxos com entidades da comunidade e ainda se conecta à equipe de saúde; assim como podem vir de qualquer trabalhador da equipe ou mesmo dos usuários. Se o profissional da equipe identifica um problema de saúde, ele tem condições de disparar um projeto terapêutico, e vai a partir dele multiplicar sua rede rizomática nos processos de trabalho que virão em seguida, com outros profissionais ou mesmo outros serviços de saúde, sendo essas relações locais ou à distância, pactuadas ou não é fato que elas existem e operam para a produção do cuidado. Em uma UBS ou ESF que tenha o acolhimento como diretriz do processo de trabalho, a equipe de acolhimento faz rizoma com todos os trabalhadores da unidade de saúde, isto é, ela opera múltiplas conexões nas micro-unidades de cuidado, onde há o encontro entre o usuário e o trabalhador, se formam redes com alta capacidade conectiva entre si mesmo e para outras instâncias do amplo cenário de produção.

A idéia de integralidade nos serviços de saúde, amplamente discutida nas coletâneas organizadas por Pinheiro e Mattos (2001, 2003), pressupõe processos em rede para sua efetivação. Pinheiro sugere que a integralidade se realiza como produto da ação social, em dois planos, a saber: “plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços” (PINHEIRO, 2001, p. 65). Concordando com a afirmativa, entendemos que pode haver uma rede que integra os diversos serviços de saúde e uma outra operando na atenção individual. Esta, quando vista sob o critério da micropolítica do processo de trabalho, revela atos sincronizados de trabalhadores em relação entre si e com o usuário, configurando nesse cenário uma microrrede de alta potência para o cuidado.

A análise que aqui se faz, da imanência das redes nos processos de trabalho em saúde, supera a polarização do discurso que sugere haver um serviço, que organiza seu processo de trabalho sem redes *versus* um outro que produz o cuidado a partir de processos de trabalho que funcionam em redes. Observamos que todo processo de trabalho em saúde opera em redes, mesmo que este venha a sofrer interdições e capturas de modelos tayloristas, tragicamente normativos na organização do trabalho. A questão central é pensar o perfil que assumem as redes constituídas no cenário de produção da saúde. Há aquelas que se organizam nesses cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado. Essas redes são modelares, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, serializam as práticas de cuidado quebrando a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado, onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde. Essas redes compõem um mapa que se vai formando como se as suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos. Têm alta potência de constituição do novo, um devir para os serviços de saúde, associados ao cuidado e centrado nos campos de necessidades dos usuários.

Redes são conexões e fluxos: as redes rizomáticas no trabalho em saúde

Já mencionei no início deste texto o conceito de rizoma e sua aplicação à idéia de redes. Os trabalhadores da saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa. Há um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e é a partir desta configuração do trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado.

Pelo fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrirem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho. Revelam para nós que “estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se não existisse uma auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros – o processo produtivo é altamente relacional. As relações se dão a partir de pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não, e são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato de constituição da gestão do cuidado ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente; o fato é que não há um pressuposto de como o pacto relacional é dado. Admitimos a idéia de que os fluxos-conectivos nas relações que operam a micropolítica do processo de trabalho podem se dar até mesmo sem um pacto, mas apenas por fluxos de alta densidade capazes de operar vias comunicacionais na dimensão do simbólico e subjetivo, e não necessariamente verbais e cognitivas.

Essa alta densidade relacional se organiza como intrínseca à micropolítica do processo produtivo da saúde, sendo portanto constitutiva do mesmo. Na composição técnica do trabalho, uma menor densidade de tecnologias duras, associada a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abre inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque, em que os sentidos operam junto com os saberes. Isso sem dúvida impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado.

Para a intervenção sobre o mundo das necessidades dos usuários, será sempre necessário o trabalho de vários profissionais operando em rede, para resolver os problemas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde. As idéias que associam a densidade tecnológica (tecnologias duras) à alta complexidade dos serviços de saúde, e ao mesmo tempo o uso dessas tecnologias nos projetos terapêuticos, à qualidade do cuidado que se oferece ao usuário, o fazem porque têm um pensamento centrado em uma certa “produção imaginária da demanda”, isto é, na representação simbólica de que essas tecnologias atuam sobre os “campos de necessidades”² dos usuários com alta resolutividade. Mas observamos que, na verdade, esse tipo de pensamento cria uma ilusória imagem dos processos produtivos (FRANCO; MERHY, 2005). Visto de um outro ângulo, o trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais, tratam de conexões que fazem entre si os trabalhadores, é de alta sofisticação e exige uma grande energia a operação deste processo de trabalho. Aqui o trabalho em saúde assume grande complexidade, porque cruza ao mesmo tempo os saberes-fazeres de diversos profissionais, atravessados por singularidades, em permanente processo de subjetivação. Tudo isto impacta as práticas cotidianas e o modo de se produzir saúde.

As redes que constituem a micropolítica do processo de trabalho se estruturam a partir de determinado território de saberes, práticas, semiótico e subjetivo. Em certas situações é possível perceber redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos; e ao mesmo tempo, no mesmo cenário, redes rizomáticas operando subjetividades desejanter em alta potência com o trabalho vivo em ato. Por essa constatação, pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre o *velho* e o *novo*, quando os cenários se confundem na sua conformação. Mesmo em situações de aparente estabilidade institucional, é possível perceber movimentos de mudanças no interior do processo de trabalho, que podem mexer com perfil das conexões e fluxos exercidos em certa rede de cuidados.

Imaginar as redes que operam na micropolítica dos processos de trabalho como rizomáticas significa pensá-las como algo que opera através de linhas de cuidado que dão seguimento a inúmeros itinerários terapêuticos, que atravessam determinada equipe ou unidade de saúde. Essa imagem expressa a idéia geral de múltiplas conexões, realizadas fora de um eixo estruturante. Assim imaginamos que as redes rizomáticas combinam com a idéia de um serviço de saúde centrado na ética do cuidado, operando as tecnologias relacionais como o centro nevrálgico da atividade produtiva.

Auto-análise e autogestão na configuração das redes de cuidado

O processo de trabalho em saúde tem como uma de suas principais características o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre seu próprio trabalho. Estes operam a partir de certa singularidade, isto é, um modo específico de ser e atuar no mundo. Assim a singularidade revela a atuação dos sujeitos que conduzem os sistemas produtivos em determinados lugares na saúde. Singularidade na idéia articulada pela esquizoanálise vem dizer respeito ao fato de que o sujeito não é *uno* – melhor dizendo, não há sujeito, mas sujeitos singulares, porque cada um atua conforme representações simbólicas que definem o modo de agir em determinado tempo e lugar específicos “*Escrevemos o Anti-Édipo a dois. Como cada um de nós era vários, já era muita gente*” dizem Deleuze e Guattari na abertura do livro já citado, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (1996). Quando os autores falam “cada um de nós era vários”, dizem da inexorável desventura de acessarem campos simbólicos diferentes, como referenciais na

construção da sua atuação no “mundo da vida”. Cada pessoa, no caso o sujeito trabalhador, pode ser vários. A singularidade pode fazer com que certos sujeitos trabalhadores atuem de forma solidária e harmônica com certas equipes; mas por outro lado, podem atuar de forma diferente e até antagônica em outras. Ou seja, simbolicamente as equipes têm representações diversas que fazem com que ele acione certas atitudes, conforme esse referencial simbólico.

A gestão das redes que constituem a produção da saúde é feita pelos seus próprios protagonistas, o que lhe dá um caráter autogestionário. A autogestão é possível no caso da saúde, justamente porque aqui o trabalho vivo em ato tem forte presença nos processos produtivos, operando sobre altos graus de liberdade (MERHY, 2002). Isso faz com que qualquer membro de uma equipe possa fazer suas conexões com outros trabalhadores e disparar “linhas de cuidado” em diferentes direções, promovendo um autocontrole da rede de cuidados que vai se esboçando a partir daí. A possibilidade de captura dessa rede depende do grau de sujeição que os próprios trabalhadores se impõem, pois o trabalho vivo em ato lhes dá grande possibilidade de criação e invenção na ação cotidiana de produção do cuidado.

O conceito de *autogestão* está associado a um outro, de auto-análise, que significa o “processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites” (BAREMBLITT, 1996, p. 156). Esse conhecimento de si, contextualizado na realidade na qual o sujeito está inserido, dá a ele a potência de intervir sobre o mundo para a realização dos seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade, que seja de produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos e se responsabilizam pelos usuários.

A *auto-análise* pode exercer a função de inibir a captura dos coletivos-equipes, valorizando seu próprio conhecimento, suas iniciativas e capacidade criativa, retornando a esses coletivos uma capacidade que geralmente lhes é tirada pelo aprisionamento que a normatização do mundo do trabalho lhes impõe. O pior das amarras normativas é a anulação do desejo. O desejo é visto aqui não como a energia que provém da libido e tem por objetivo a realização de uma falta, conforme nos informa Freud, ao discutir a tese do “complexo de Édipo”. Significa uma energia originária do inconsciente com alta potência produtiva, que coloca os sujeitos aptos para a construção do novo, em processos instituintes. “O desejo é o que anima um processo que não é próprio de uma instância, sistema ou território do sujeito, senão da realidade mesma e de sua realização” (DELEUZE; GUATTARI *apud* BAREMBLITT, 1998). O autor vem nos dizer que o desejo pertence ao campo de produção da realidade, responsável pela criação do novo, isto é, os processos de mudança se inscrevem em uma produção desejante, que é ao mesmo tempo movida por um desejo produtivo. Desejo e produção são imanentes um ao outro (BAREMBLITT, 2004).

Estimular os coletivos, isto é, as milhares de equipes de saúde, é procurar torná-los, nesse processo, sujeitos desejantes, capazes de atuar no mundo conforme os preceitos de um projeto de mudança, pautado pela ética do cuidado, em condições de revolucionar o que se impõe atualmente, como uma realidade que vive na repetição. Os grupos e coletivos-equipes têm potência para mudar a realidade, desde que adquiram capacidade auto-analítica e autogestionária. As redes que operam centradas no trabalho vivo são autogestionárias, ou seja, têm seus fluxos conduzidos pelos próprios sujeitos que fazem as conexões para o seu funcionamento.

Conclusões

A conclusão vem ao encontro da caracterização de uma rede na saúde, de caráter rizomático como a que foi discutida neste texto, uma rede que opera na micropolítica do processo de trabalho em saúde, tendo o trabalho vivo em ato como elemento central nessa atividade produtiva. Ela teria as seguintes características.

1ª. Conexões multidirecionais e fluxos contínuo

Qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, isto é, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas acontece pela ação dos trabalhadores no cotidiano, quando se colocam em relação com os outros, operando a todo tempo na alteridade. Esse agir na micropolítica do processo de trabalho pode estar sintonizado na idéia de produção do “cuidado cuidador” e está articulado a uma forma de trabalho centrada sobre o mundo das necessidades dos usuários. As redes se formam em certos sentidos sobre uma suposta linha de cuidado, que é expressão de projetos terapêuticos, isto é, do conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003b).

Os campos simbólicos, acessados pelo sujeito trabalhador, podemos assim dizer, são um primeiro vetor de organização da ação do mesmo para a produção do cuidado. Outro vetor é a subjetividade que se manifesta na ação desejante de cada um, que opera sobre o mundo do trabalho em saúde. O plano simbólico e da subjetividade aplicados à produção do cuidado são constitutivos das tecnologias mais relacionais.

O simbólico pertence ao mundo do *conhecer*, isto é, saberes, cultura, valores, história, artes, linguagem e às *n* expressões da realidade, difíceis de enumerar tal sua magnitude. A subjetividade pertence ao mundo do *ser*, o que não é necessariamente sabido, mas extremamente expressivo na produção do *socius*, que no caso da saúde é expressão do meio social de trabalho e produção que para o sujeito trabalhador é repleto de significações.

2ª. Heterogeneidade

Uma rede rizomática pressupõe conexões com os diferentes, pois o mundo que articula o campo da saúde é por si só heterogêneo, permeado por relações de poder, sistemas sociais de produção de subjetivações, e essa complexidade do “mundo da vida” se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar.

A heterogeneidade pressupõe capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de auto-análise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual. Esse esforço é importante para a rede não operar na antiprodução, mas manter-se ativa na superfície de produção em relação à realidade.

3ª. Multiplicidade

As redes rompem com a idéia de uno, ou seja, uma direção, um sujeito, uma diretriz, etc., articulam a de múltiplo. Isso pressupõe suportar diversas lógicas, podendo operar sobre lógicas que são determinadas pelas representações simbólicas e a subjetividade que determinam as singularidades dos sujeitos.

O princípio da multiplicidade é associado à idéia geral de não-exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e muitos outros sujeitos que estão também operando no interior desses fluxos. A diversidade multiplica as possibilidades de fluxos-conectivos, o que permite a linha de cuidado se realizar.

4º. Ruptura e não-ruptura

A rede, quando se rompe, consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se. Uma rede pode se romper, mas se encontra com outras conexões ou mesmo é capaz de produzir novas, como se tivesse vida própria que lhe garantisse atuação suficiente para sua auto-realização. Uma ruptura em certo lugar pode significar abertura de linhas de fuga para outros sentidos não previstos anteriormente. Isso significa uma alta capacidade de produzir a si mesmo, que é próprio das redes rizomáticas.

5º. Princípio da cartografia

As conexões vão produzindo mapas através dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam. “O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 22).

A cartografia que se produz é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade.

Referências

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

_____. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.

_____. *Psicoanálisis y esquizoanálisis: um ensayo de comparación crítica*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo, 2004.

CECÍLIO, L.C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (v. 1). Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

_____. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1966.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: _____. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003b.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. *et al.* (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

¹ “Rizoma é um vegetal de tipo tubérculo, que cresce subterrâneo (horizontalmente), mas muito próximo à superfície, e que se compõe essencialmente de uma raiz. Quando o exemplar alcança grandes proporções, é difícil saber quais são seus limites externos; No seu interior, o complexo, digamos, radicular, está composto por células que não têm membrana, e que só podem ser supostas como unidades porque têm núcleos ao redor dos quais se distribuem trocas metabólicas e áreas energéticas. Então, pelo menos no sentido tradicional, o rizoma não tem limites internos que o compartimentalizem. Aquilo que circula nesse interior circula em ‘toda e qualquer’ direção, sem obstáculos morfológicamente materiais que o impeçam”. (BAREMBLITT, 1998, p. 58)

² Sobre necessidades de saúde, ver Cecílio (2001).