



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Joyce de Andrade das Flores

**Nos bastidores da gestão da Saúde pública:
Ensaio-discussão sobre um itinerário por lugares onde habita o poder
gestionário**

Rio de Janeiro

2023

Joyce de Andrade das Flores

Nos bastidores da gestão da Saúde pública:

Ensaio-discussão sobre um itinerário por lugares onde habita o poder gestor

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.



Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior.

Coorientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça.

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

F634 Flores, Joyce de Andrade das.
Nos bastidores da gestão da Saúde pública: ensaio-discussão sobre um itinerário por lugares onde habita o poder gestor / Joyce de Andrade das Flores. – 2023.
120 f.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior.
Coorientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão em Saúde. 2. Administração em Saúde Pública. 3. Valores sociais. 4. Política de Saúde. 5. Determinantes sociais da saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Política Pública. 8. Fatores sociológicos. I. Camargo Junior, Kenneth Rochel de. II. Mendonça, André Luís de Oliveira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III Título.

CDU 316.6

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Joyce de Andrade das Flores

**Nos bastidores da gestão da Saúde pública:
Ensaio-discussão sobre um itinerário por lugares onde habita o poder gestor**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 24 de outubro de 2023.

Coorientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga e Silva
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Catalina Kiss
Universidade Estácio de Sá

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Instituto Fernandes Figueira

Prof. Dr. Leandro Augusto Pires Gonçalves
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Para Marleni e Jozino, meus pais.

AGRADECIMENTOS

Uma tese de doutorado não se faz sozinha e sem diálogo. Escrevê-la foi um trabalho desafiador, principalmente pelo seu caráter dúbio, em um processo de construção ao mesmo tempo solitário e coletivo. Nesse sentido, gostaria de agradecer a todos os amigos, amigas e colegas que se fizeram presentes – alguns ainda que à distância – durante todo esse processo.

Agradeço, sobretudo, às pessoas mais importantes e imprescindíveis desse mundo para mim: meus pais. Não consigo mensurar em palavras o quanto sou profundamente grata por toda dedicação e esforço, apoio e incentivo ao longo de todos os anos de minha formação acadêmica. Fui movida e inspirada pelo amor deles no decurso de toda essa caminhada. Certamente, nada disso faria sentido, assim como não teria chegado até aqui, sem eles.

Agradeço também ao meu namorado, Rodrigo, por compreender minha ausência e acolher meus surtos momentâneos. Gratidão por preparar o melhor café e a melhor pipoca quando esses foram mais do que necessários. Obrigado por todo apoio, carinho e suporte, em especial durante a escrita da tese em si. Você é a minha paz.

Às minhas inspirações no campo da gestão da Saúde pública, e que, decerto, dariam cada um, uma tese de aprendizado – Leandro, Wallace, Camilla, Camila, Felipe, Patrícia, Raphael, Marta, Ana Paula, Gehovania, Jesana, Janessa, Ana, Raquel, Rebecca, Mariana, Iandara, Alexsandro, Rodrigo, Ana Paula, Kesia, Luciana – gratidão por terem feito parte da minha trajetória profissional, por compartilharem tantos conhecimentos comigo, pelas orientações e críticas que me moldaram e que me fizeram, e ainda fazem, crescer todos os dias como ser humano e profissional. Vocês representam o SUS que tanto almejo.

Aos farmacêuticos - Camilla, Thais, Nathalia, Thiago, Roberta, Raphael, Suelen, César, Cláudia, Liliane, Fernanda, Pâmela, Jean, Bianca, Simone, Karla, Darlan, Jamille, Juliene - e ao futuro farmacêutico Yago, agradeço pela oportunidade de resgatarem minha fé na profissão e por me ensinarem sobre as infinitas possibilidades de se construir uma assistência farmacêutica para além dos medicamentos, mas, sobretudo, implicada no cuidado em saúde dos nossos usuários.

Às minhas parcerias que estiveram presentes nessa reta final – Sabrina, Gabrielle Regine, Fernanda, Ingrid, Tuany, Pedro, Pedro, Francine – agradeço por transformarem nosso cotidiano tão duro e difícil em um espaço de compartilhar piadas, de amizade e bom humor. Apesar da dificuldade em achar graça (risos) e da seriedade, estando sempre compenetrada,

vocês nunca desistiram de mim. O meu tanto de “sinto muito” se compara ao tamanho da minha gratidão por tudo.

Durante todo esse período não poderia deixar de agradecer à minha tríade, a base que me fortaleceu para garantir a escrita desta tese: à minha terapeuta, que possibilitou a construção dos alicerces psíquicos e necessários para produzir a coragem desse lugar que ocupo - essas páginas nascem amparadas pelo divã, e se fortalecem nele, também; à corrida, que me permitiu substituir o medo pela endorfina, às quilometragens percorridas, promoveram encontros poderosos acerca da minha capacidade física e mental, que não imaginara, outrora, ser possível de alcançar; à natação em águas abertas que, para além das travessias e competições, preencheu meu coração com a imensidão do mar - foi ali, cercada pela água salgada que tive os melhores insights para compor esta escrita. Bibiana, Mariana, Thayana (vulgo “tubarão, te amo”), Ísis, Claudinha, Dri, Cris, Lívia, Luis, Carlinha obrigada por compartilharem tantas braçadas, entradas e saídas de mar comigo.

Bibiana e Mariana, que além de dividirem a paixão pela natação no mar, também pactuam comigo das tramas e dramas do universo acadêmico. Minhas ledoras – minhas bússolas – que me acolheram e me direcionam presencial e virtualmente – em terra e em alto mar – obrigada por fazerem parte desse processo, por compartilhar comigo as angústias de um sábado à noite, criticando e contribuindo com essas páginas. Vocês representam o vigor e a generosidade que a academia tanto carece.

Ao meu povo do Quilombo – Bibiana, Sophia, André, João, Cassiana, Catalina, Nilceia, Thamires, Bianca, Elaine, Filomena, Luanda, Camille, Webster, Angela, Gabriella, Márcia, Nayara – meus leitores mais que oficiais, gratidão por fazerem parte deste momento, por ampararem meus anseios, por estarem sempre tão prontamente dispostos a ler e colaborar ao longo desta escrita. A academia precisa do potencial e da garra de vocês. Não há outro lugar no mundo mais certo que devam ocupar.

Max, mesmo à distância você permanece no meu coração, meu maior orgulho acadêmico e na vida - te admiro, meu amigo. Gratidão por fazer parte da minha trajetória.

É preciso expressar, também, minha profunda gratidão às minhas origens, retornando ao meu período do Diretório Acadêmico Abel de Oliveira (DAAO) da faculdade de farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF), onde tive a oportunidade de defender os direitos dos discentes; mobilizar e organizar reivindicações e ações políticas de interesse estudantil; mediar negociações e conflitos individuais e coletivos entre os estudantes e a faculdade; organizar atividades acadêmicas extracurriculares como debates, discussões, palestras, semanas acadêmicas, recepção de calouros; e realizar atividades culturais e sociais. Na verdade, esse foi

o meu primeiro lugar em exercício no contexto da gestão. Agradeço aos companheiros Michelle Magalhães, Fernanda Affonso, Eliza Chazin, Felipe Pinheiro e Nathália Cano por dividirem esse espaço, assim como as lutas recorrentes advindas dele.

Ao período de formação mais esplendoroso da minha vida acadêmica, a Residência Multiprofissional de Saúde no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), agradecendo aos meus companheiros Leandro, Mariana, Aline, Diana, Priscila, Renata, Larissa, Ingrid, Suzana, Nathalia, Flávio, Amanda e Lorena por cada conflito, embates enriquecedores, e por me ensinarem a trabalhar multiprofissionalmente e pelas inúmeras conquistas em equipe. Carregarei vocês por toda vida. Vocês seguem sendo a minha principal fonte de inspiração no saber multidisciplinar.

Quero também registrar meu profundo agradecimento ao ponto de partida desta etapa da minha formação, o lugar que sempre sonhei estar durante minha trajetória acadêmica, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Sou grata a todos os trabalhadores e trabalhadoras, alunos e alunas que resistem bravamente a todos os ataques feitos pelos governantes na tentativa de acabar com uma das universidades mais plurais do Brasil. Orgulho de fazer parte da #UERJresiste.

Ao André Mendonça, meu coorientador e presente nessa jornada do doutorado, por todos os momentos de troca e encantamento, por permitir a fluidez de uma academia para além das salas de aula, por ultrapassar os muros e nos libertar do convencional, do trivial, do previsível. Obrigada por compreender minhas angústias e meus anseios, auxiliando a traduzi-los em palavras. Você que, desde o início, me chama de a “coragem da desesperança”, me motiva a perceber que também sou o “otimismo da vontade”.

Quero tentar deixar um registro – ainda que esse seja mínimo e incapaz de expressar como eu me sinto – do quanto eu agradeço ao meu orientador, Kenneth Camargo. Não existem palavras no mundo que deem conta de descrever a proporção do meu carinho, estima e admiração. Ele que foi meu principal referencial teórico na escrita da minha dissertação, hoje constrói este trabalho ao meu lado. Obrigada por insistir em mim e, sobretudo, por acolher minhas lágrimas em momentos tão difíceis durante minha caminhada profissional. Quem dera que todos que leem seus artigos, ensaios e livros tivessem a mesma oportunidade que eu de conhecer pessoalmente o ser humano incrível que você é.

Reservo também o meu agradecimento a todos os profissionais de saúde, os que são realmente dedicados e comprometidos, à frente dos processos de trabalho que envolvem o fazer da nossa Saúde pública. Saúdo, principalmente, àqueles que trabalharam na linha de frente no combate à pandemia de Covid-19, os quais ultrapassaram limites inimagináveis para salvar

vidas, incluindo as suas. Não romantizando seus esforços, tendo a certeza das dificuldades que passaram, não há como negar que são verdadeiros guerreiros, heróis da nossa contemporaneidade.

Por fim, agradeço à minha espiritualidade, o lugar no qual curo meu cansaço físico e mental, no qual me resguardo para, em seguida, avançar. Gratidão à presença incansável dos meus guias, amigos e mentores espirituais na minha vida. Dou graças por me acompanharem até aqui, por cada passe e banhos de boldo com alecrim e por cada pranto de libertação. Gratidão por me permitirem compreender que tão importante quanto reconhecer o meu valor é preciso, sobretudo, saber, também, sobre a minha insignificância neste mundo.

À minha Maria Padilha, agradeço por cada lição, por cada oportunidade de crescer, por todos os caminhos abertos. Sigo firme no propósito de aprender com toda sua formosura. Salve a sua força! Salve a nossa força!

Para sair desse caldeirão é preciso reconhecer
Que há muita coisa errada para se resolver
Os bastidores da gestão servem como olhos de ver
Que muitos possam aqui chegar e ler
Quem sabe algum dia possamos de novo nos ver
E celebrar juntas um bem- viver
Sendo usuária ou trabalhadora do SUS cabe a nós provocar
O que a academia esta a ensinar?
Se o SUS é diferente do que se está a explicar
No mínimo cabe a nós problematizar
A quem interessa engambelar?

Tatiana Wargas de Faria Baptista.

RESUMO

FLORES, J. A. *Nos bastidores da gestão da Saúde pública: ensaio-discussão sobre um itinerário por lugares onde habita o poder gestor*. 2023. 120 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O gerenciamento da Saúde pública refere-se a um lugar que lida diretamente com os recursos para a promoção, prevenção e recuperação da vida humana. Esse movimento representa a prática de um direito constitucionalmente garantido. Todavia, ao fazer parte dos seus microprocessos, experienciando o agir daqueles que os impulsionam (ou não), tanto no aspecto individual como coletivo, compreendi a necessidade de apresentar minha vivência nos bastidores da gestão nas esferas governamentais que atuei. Assim, tornou-se urgente descrever a rotina instaurada pelo poder gestor, bem como a forma que se geraram/geram tomadas de decisões nas políticas públicas. Para tanto, parto do pressuposto de que o Estado hesita em propiciar o bem-estar e a qualidade de vida para o seu povo, fazendo com que o seu poder (constitucionalizado) institucionalize o controle e a administração da governança sob o seu território, submetendo-os aos interesses que não estão associados às necessidades sociais. Na intenção de construir um espaço de reflexão, emerge a hipótese de que as instituições que representam a governança estatal se apresentam funcional e intencionalmente abstratas, indiferentes ao seu real dever constitucional, fomentando a regulamentação e a manutenção do caos, produzindo uma fragilidade no sistema e, como consequência, permitindo os privilégios dos amantes do poder, promovendo o vazio assistencial e a morte de seu povo. Portanto, com o propósito de elaborar uma narrativa de todo esse processo vivido, elaboro um *pout-pourri* de ideias propostas por autores com os quais me identifico metodologicamente, balizando os contornos que considero necessários, sendo o mais fidedigna possível nos relatos. Nesse processo, destaco o arcabouço do método de Richard Sennett e a experiência de campo de Simone Weil. Ademais, realizo um diálogo acerca dos sentidos de gestão, dos seus impactos estabelecidos no universo das relações do trabalho em saúde e das necroses – tanto emocionais quanto físicas – produzidas nas vidas abaladas pelo descuido em saúde. Dessa forma, aproprio-me do saber constituído pela prática, exemplificando por intermédio da narrativa, o ato de sentir na pele a magnitude do vigor amoral da gestão, na intenção de expor elementos que são cruciais à execução e à manutenção de seu poder. Por fim, reconhecendo o conhecimento estabelecido pelas experiências, aponto as sequelas no âmbito do trabalho da Saúde pública, revelando os seus ilimitados ditames que ocasionam a morte em suas diferentes versões. Diante das críticas lançadas ao longo deste trabalho, sobre a forma de fazer a gestão, entendendo a necessidade de pensarmos em outras maneiras de construirmos esse lugar, lamento não ser capaz de produzir argumentos e direções possíveis. A conjuntura não permite que eu ocupe outra posição, a não ser a da incredulidade. Não acredito em possibilidades concretas de modificação do nosso cenário. Contudo, não deixa de ser urgente a necessidade de encontrar outras formas possíveis de se fazer gestão em prol, de fato, da vida coletiva. É imprescindível que, ainda assim, haja firmeza de caráter o suficiente para manter o propósito focado no cuidado em saúde do usuário, assim como uns dos outros, também, ao longo desse processo.

Palavras-chave: Poder gestor. Subemprego. Assédio moral. Política da morte.

ABSTRACT

FLORES, J. A. *Behind the scenes of Public Health Management: essay-discussion on an itinerary where management power resides*. 2023. 120 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Public Health Management refers to a place that directly deals with resources to promote, prevent and recover human life. This movement represents the practice of a constitutionally guaranteed right. However, by being part of their microprocesses, experiencing the actions of those who drive them (or not), both individually and collectively, I understood the need to show my experience behind the scenes of management in the government fields in which I worked. Thus, it became urgent to describe the routine established by the management power, as well as the way in which decision-making in public policies was generated. Then, I assume that the Government hesitates to provide well-being and quality of life to the people. Besides that, it has the power to institutionalize the control and administration of governance under its territory, subjecting them to interests that are not associated with social needs. In order to build a space for reflection, the hypothesis states that the institutions which represent state governance are functionally and intentionally abstract. So, they are indifferent to their real constitutional duty, encouraging regulation and the maintenance of chaos, producing fragility in the system and, as a consequence, allowing the privileges of lovers of power, promoting a vacuum in assistance and the death of people. Therefore, with the purpose of elaborating a narrative of this process, I elaborate a mix of ideas proposed by authors connected to my thoughts, so defining the contours that I consider necessary, being as reliable as possible in the reports. In this process, I highlight the framework of Richard Sennett's method and Simone Weil's field experience. Furthermore, I carry out a dialogue about the meanings of management, its impacts established in the field of health work relationships and the damages – both emotional and physical – produced in lives shaken by carelessness in health. In this way, I receive the knowledge constituted by practice, exemplifying through narrative, the act of feeling firsthand the magnitude of the amoral vigor of management. So, as a consequence, I am exposing elements that are crucial to the execution and maintenance of government's power. Finally, recognizing the knowledge established by experiences, I pointed out the consequences in the scope of public health work, revealing its unlimited dictates which cause death in different versions. In view of the criticisms launched throughout this work about the way of managing and thinking of other ways of building this place, I regret not being able to produce possible arguments and directions. This situation does not allow me to occupy any other position than that of disbelief. I do not believe in real possibilities of changing our reality. However, it is still urgent to understand the need to find other possible ways of managing for the benefit, in fact, of collective life. It is essential that, even so, there must be enough firmness of character to maintain the purpose to focus on the health care of the user, as well as each other, throughout this process.

Keywords: Management power. Underemployment. Moral harassment. Politics of death.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CF	Clínica da Família
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CTI	Centro de Terapia Intensiva
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
OSS	Organização Social de Saúde
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/ Aids
REMUME	Relação de Medicamentos Essenciais do Município
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TR	Termo de Referência

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	ENTREATOS	23
1.1	Ascendência	24
1.2	SUS, presente!	25
1.3	Havia pedras no meio do caminho	29
2	A PRIMEIRA AULA PRÁTICA DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA	35
2.1	A primeira transição	44
2.2	O começo do primeiro fim	49
3	O PERCURSO POR DIFERENTES PATAMARES DE SUBEMPREGOS .	55
3.1	Em estado flexível	57
3.1.1	<u>Um <i>pout-pourri</i> de vinculações trabalhistas e seus aspectos relacionais</u>	59
3.1.1.1	A reinvenção descontínua da instituição	62
3.1.1.2	Especialização flexível para produção do ser flexível	63
3.1.1.3	Concentração sem centralização	65
3.2	A relação entre sucessores e antecessores no caminho da transição	67
4	OS SENTIDOS DA GESTÃO	74
4.1	O conceito de gestão?	77
4.2	Um itinerário da (des)gestão	79
4.2.1	<u>Algumas versões de um estado municipalizado</u>	80
4.2.1.1	A Assistência Farmacêutica a gosto do freguês	80
4.2.1.2	Um posto de Atenção Primária à Saúde Estadual	82
4.2.2	<u>Hospitais de Campanha como luz no fim do túnel</u>	84
4.2.3	<u>Na era das transições: um estado da (des)arte</u>	86
4.3	A Gestão por essência	89
5	SOBRE AS DIFERENTES FORMAS DE MORRER	92
5.1	Sobre os episódios de assédio moral	93
5.1.1	<u>As multiversões do assédio moral velado</u>	93
5.1.2	<u>A ouvidoria</u>	101
5.2	A política da morte	104
5.2.1	<u>Quando conheci um COVIDário</u>	105

CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	117

INTRODUÇÃO

O gerenciamento da Saúde pública refere-se a um lugar que lida diretamente com os recursos para a promoção, prevenção e recuperação da vida humana. Esse movimento representa a prática de um direito constitucionalmente garantido (BRASIL, 1988, art.196). Aprendi isso durante uma disciplina de saúde coletiva. Todavia, ao fazer parte dos seus microprocessos, experienciando o agir daqueles que os impulsionam (ou não), tanto no aspecto individual como coletivo, percebi que há desafios não previamente anunciados nas salas de aula do nosso campo de formação.

Assim, para que o meu trabalho enquanto profissional de saúde fizesse sentido, dediquei-me a realizar periodicamente um exame intenso, cauteloso e profundo da minha atuação, a fim de compreender os passos e as direções seguidas. Isso me permitiu ser uma observadora privilegiada das ações (e principalmente das inações) de quem instrumentaliza a gestão – uma tarefa exaustiva na qual o privilégio não era em si *status* para ser vangloriado.

Durante o período da pandemia de covid-19¹ ocorreram situações que me fizeram refletir sobre a importância de compartilhar a minha vivência como gestora do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebi que existiam fatos e circunstâncias que se repetiam de forma viciosa. A fim de expô-los e discuti-los, fazia-se necessário um impulso, um vigor que providenciasse, para cada ação vivida, um ato de pensá-las, ruminando-as, principalmente acerca da forma como descrevê-las em um trabalho acadêmico.

Como se trata de relatos ancorados em um cotidiano construído a quase uma década de trabalho, dividindo experiências em conjunto com outros trabalhadores de saúde, entendo que certamente os pontos de vista entre eles poderão apresentar discordâncias, implicações distintas e pensamentos desarmônicos. Isso já fora constatado em conversas informais com alguns conhecidos. Entendo isso com naturalidade. Mbembe (2020) já dizia que *“todo ato de escrita implica, na verdade, o emprego de uma força ou de uma dissonância.”* (p.12).

Portanto, compreendi a necessidade de apresentar minha vivência nos bastidores da gestão da Saúde pública nas esferas governamentais que atuei. Tornou-se urgente descrever a

¹ A covid-19 refere-se a uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, sendo considerada potencialmente grave e de elevada transmissibilidade, acometendo uma distribuição global. (BRASIL, 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o caso como surto do novo coronavírus em 11 de março de 2020, considerando a magnitude do acometimento geográfico do patógeno (OMS, 2020). Iniciava-se o contexto da maior Emergência de Saúde Pública de importância internacional: a pandemia do covid-19. Em vários momentos, o Brasil foi considerado epicentro da doença a nível internacional, sendo um dos países com maior número de casos e de mortos causados pelo novo coronavírus. (MENDONÇA, 2020).

rotina instaurada pelo poder gestor e a forma como se geravam/geram as tomadas de decisões em políticas públicas. Assim, identificando os seus impactos no contexto das relações e direitos trabalhistas associados aos profissionais de saúde que operam tanto na assistência como diretamente em espaços da gestão, e o quanto isso fere o cuidado em saúde proporcionado ao usuário. É preciso analisar a prática da gestão no campo da Saúde pública e o quanto converge com seus preceitos teóricos (ou não). Para tanto, apontam-se causas e consequências que experienciei enquanto trabalhadora, acompanhando os impactos na vida dos profissionais e usuários dos serviços do SUS.

Quando uma reportagem sobre a falta de medicamentos vai ao ar na televisão; quando chega ao conhecimento do público, ganhando destaque numa manchete de um jornal, a falta de leitos hospitalares na rede pública; quando as grandes filas de espera para atendimento em um serviço público de saúde são expostas pela imprensa midiática, minhas conexões acerca desses problemas vão para além da informação transmitida.

Transponho minha linha de raciocínio para a parte que existe por trás das cortinas. São questões muito profundas e aterradas nos bastidores do campo no qual trabalho diretamente. Os problemas expostos são muito maiores do que o revelado, cujas resoluções cabem aos responsáveis pela gestão dos serviços de saúde. Dessa forma, reflito sobre o efeito cascata gerado pelas atribuições produzidas na esfera da gestão, as quais condicionam repercussões catastróficas à vida de um usuário e que não chegam ao conhecimento do grande público em sua íntegra. Trata-se de diálogos que acontecem pelo corredor de uma repartição, reuniões que ocorrem de portas fechadas ou a simples ausência/negligência do poder público.

Nesse sentido, proponho-me a realizar um diálogo a respeito dos sentidos de gestão, dos seus impactos estabelecidos no universo das relações do trabalho em saúde e das necroses – emocionais e físicas – produzidas nas vidas abaladas pelo descuido em saúde, tanto dos seus usuários como dos seus profissionais. Aproprio-me do saber constituído pela prática, exemplificando por intermédio da narrativa, o ato de sentir na pele a magnitude do vigor amoral da gestão, na intenção de expor elementos que são cruciais a execução e manutenção de seu poder. Com isso, tendo como base as histórias que vivi e reconhecendo a ciência estabelecida pelas experiências, aponto as sequelas no âmbito do trabalho da Saúde pública e revelo os seus ilimitados ditames que ocasionam a morte em suas diferentes versões.

É impossível não reconhecer a minha audácia - podendo algumas pessoas reconhecê-la como prepotência ou arrogância - ao externar uma análise sobre a rotina vivenciada nas distintas dimensões do campo da gestão da Saúde pública. Provoquei em mim um processo de intensa reflexão, a fim de garantir um registro sincero e, ao mesmo tempo, ponderado no que se refere

à dureza imposta pela rotina de um gerenciamento público que se apresenta de forma tão mutante e, na maioria das vezes, tão desagradável e desconcertante. Ademais, faz-se necessário compreender que, mesmo havendo importância na informação a ser passada, é imprescindível ter prudência. Tento garanti-la, à medida do possível. Nem tudo deve ser dito. Ao menos, não diretamente.

Assim, para dar conta de construir uma narrativa de todo esse processo vivido, aproprie-me de diferentes métodos. Elaboro um *pout-pourri* de ideias propostas por autores com os quais me identifico metodologicamente, tanto no contexto teórico como no prático, para que, dessa forma, potencialize-se a expressão dos resultados e da análise desse campo de pesquisa, balizando os contornos que considerado necessários, sendo o mais fidedigna possível nos relatos. Nesse processo, destaco o arcabouço do método de Richard Sennett (2012) e a experiência de campo de Simone Weil (1996).

Primeiro, embarco na concepção apresentada no livro “*A corrosão do caráter*”, escrito por Sennett (2012), propondo para este trabalho a utilização de um recurso que o mesmo chamou de ensaio-discussão. Trata-se de um caminho metodológico no qual o autor se dedica à elaboração do que descreve como “*um longo ensaio*” (p.11), desenvolvendo uma discussão única, dividindo suas seções em capítulos curtos. Nesse processo, Sennett (2012) utiliza “*fontes diversas e informais, incluindo dados econômicos, narrativas históricas e teorias sociais*” (p.11), além de examinar o cotidiano da vida ao seu redor, “*em grande parte como faria um antropólogo*” (p.11).

Coloco-me à disposição para viver o processo de construção dessa escrita, mobilizando o próprio leitor a refletir ao longo dessas páginas da mesma forma que fiz nesses últimos anos no cenário da gestão da Saúde pública.

O que falta entre os pólos opostos de experiência de deriva e afirmação estática é uma narrativa que organize essa conduta. As narrativas são mais simples que as crônicas dos fatos; dão forma ao movimento adiante do tempo, sugerindo motivos pelos quais tudo acontece, mostrando suas consequências (SENNETT, 2012, p. 31).

Sennett (2012) traz duas observações sobre sua proposta textual. Utilizo-as como referência, fazendo alguns acréscimos e adaptações de ideias para compor o percurso deste trabalho. A primeira refere-se à necessidade de ponderar “*ideias filosóficas aplicadas a experiências concretas de indivíduos ou por elas testadas. Não me desculpo por isso; uma ideia precisa suportar o peso da experiência concreta, senão se torna mera abstração*” (SENNETT, 2012, p.11). O enredo ao ser relatado, para além de esmiuçar a complexidade dos fatos e suas

especificidades, requer a construção de um diálogo conceitual, ou seja, pares teóricos que permitam realizar uma análise reflexiva e expositiva de valores, atitudes e representações baseadas num campo prático, esse lugar coletivo que habita e se constrói a gestão da Saúde pública.

Segundo, disfarcei de forma um pouco mais pesada as identidades individuais do que se faria ao relatar entrevistas formais; isso significou trocar lugares e épocas, e de vez em quando juntar várias vozes em uma ou dividir uma em muitas. Esses disfarces forçam a confiança do leitor, mas não a confiança que um romancista buscaria conquistar com uma narrativa bem feita, pois hoje falta essa coerência às vidas reais (SENNETT, 2012, p.11).

Assim, apresento e conduzo os relatos de forma a dificultar a definição do caráter temporal, dos locais e dos personagens envolvidos que fazem parte das histórias relatadas. Para tanto, deve-se apresentar algumas considerações sobre ética em pesquisa, entendendo a relevância de garantir o anonimato das pessoas. Trata-se de uma ética que apresenta um sentido mais amplo, tendo em vista que os fatos narrados não foram “descobertos”, portanto, não há dados coletados durante a pesquisa, mas sim vivenciados ao longo dos meus anos de trabalho no campo da gestão da Saúde pública.

Primeiramente, trago à tona o princípio ético da coragem, entendendo que é imprescindível ser corajoso para se manter ético, fato que apresenta contrapontos observados no meu campo de pesquisa. Promovo relatos de denúncia ancorados pela índole que defendo como verdadeira. Conduzo uma questão suleadora, defendendo uma posição que espero ser um ponto de partida para aprofundar o debate que envolve o conceito de gestão, o subemprego e os caminhos da morte promovidos por esse lugar.

O tempo, o espaço e as pessoas serão apresentados de forma genérica, resguardando ao máximo os espaços profissionais pelos quais eu passei, assim como as pessoas que os vivenciaram ao meu lado. Para esses, opto por disfarçar, principalmente, a identidade de gênero. Os eventos e episódios descritos não serão apresentados em ordem cronológica, considerando que as temáticas se repetem viciosamente ao longo de todo o enredo que desenvolvo e, dessa forma, garanto a organização das discussões por categorias. Também é preciso lembrar que há acontecimentos marcantes, impossíveis de não serem reconhecidos, tendo em vista seu impacto no contexto histórico. Esses tornaram o exercício da camuflagem uma função desafiadora.

Ainda, por mais que compreenda a importância de não identificar facilmente as histórias vivenciadas, não sigo fielmente a elaboração metodológica erguida por Sennett (2012). Aqui, chamo a atenção para uma questão crucial acerca do autor: por mais que tenha sido importante

apreender a proposta organizacional e estrutural elaborada pelo relato de Sennett, o mesmo não deixou de ocupar a posição de um "analista", utilizando como base os diálogos realizados com ou por outras pessoas que passaram pelo seu caminho, estando, nesse quesito, diferente das minhas intenções de método. A experiência que narro é vivida na própria pele.

Em vista disso, aproximo-me de Simone Weil (1996), professora parisiense que decide abandonar o magistério em Filosofia e vivenciar o trabalho na fábrica. Dessa experiência nasce o ensaio "*A condição operária*". A mesma escreveu sobre a condição do labor nas usinas a partir da sua própria prática, assim como eu realizei ao longo dessas páginas. Sabendo que "*ela sempre se recusou ao institucionalizado e ao tacitamente aceito [...] Para poder analisar a condição operária e a opressão social, não se contentou em ler Marx, mas cuidou de fazer o que ele jamais fizera: trabalhar na linha de montagem de uma fábrica*" (p.13).

Essa proposta de metodologia empoderou a ideia de apresentar minha vivência na gestão da Saúde pública como o meu próprio campo de pesquisa, pois Weil (1996) recusa-se a falar sobre o trabalho apenas a partir da teoria marxista, vivendo a condição degradante do emprego fabril no capitalismo na própria pele, ao invés de pensar sobre isso somente pela janela de um gabinete. Assim como ela, percebo a relevância de ultrapassar os muros da teoria, trazendo à tona a prática, a execução da gestão como realmente acontece. Não há documentos oficiais produzidos pelo universo gestor que sejam capazes de descrever o seu funcionamento. É preciso estar imerso nele para entender seu mecanismo de atuação.

Diferente de Weil (1996), que ao escrever o artigo "*Experiência da vida de fábrica*" precisou usar o artifício do anonimato para poder publicar em algumas situações, aproprio-me do privilégio de poder garantir a minha própria face neste trabalho, relatando em primeira pessoa e deixando claro que os fatos ocorreram comigo, em cenários nos quais estive presente. Entendo que, dessa forma, assumo um risco para que a escrita se apresente mais implicada e, ao mesmo tempo, provocadora, gerando inquietações ao leitor sobre o conteúdo no qual me debruço a revelar.

Por essa razão, confesso que por diversas vezes hesitei em dar continuidade à construção da escrita, recuei e avancei alternadamente, entendendo que faria a exposição de fragilidades de um lugar irrigado pela política do poder. Evidencio situações colocadas como ordem do dia que estão associadas ao universo do subemprego, às condutas impostas pela gestão e às sequelas decorrentes das suas tomadas de decisão, normalizadas e incorporadas como fatos naturais à nossa realidade. Digo que não consegui/consigo absorvê-los sem que isso me gere estranhamento. E é exatamente sobre isso que eu falo: absolutamente nada do que eu vivi, aceitei como algo familiar, como se não merecesse o meu questionamento. Decerto, não

assemelho esse trabalho ao de um antropólogo, visto estar inteiramente implicada e absorvida no cenário pesquisado.

Opto por me colocar constantemente na narrativa e evoco Ruben Mattos, que em um texto seu, não publicado, *“Sobre o ato de escrever”*, discorre exatamente sobre os meus sentimentos na construção deste trabalho.

Estou aqui interessado em pensar em voz alta sobre as angústias da indecisão que vivemos por vezes ao nos dedicarmos à escrita, a raiva que temos de nós mesmos diante das dificuldades (quase intransponíveis) para cumprir a tarefa, e nos sustos de ver a chegar o momento de prestarmos contas da mesma, sobretudo para nós mesmos (Ruben Mattos - não publicado).

É importante deixar claro que, aqui, manifesto o meu olhar em um ponto de vista que pode se cruzar ou não com a natureza coletiva. Por mais que os fatos revelados sejam indivisíveis do todo, que haja possíveis interseções no modo de pensar, não há garantias de que ocorra uma identificação com seu conteúdo por integrantes de diferentes grupos e equipes que façam parte do contexto do SUS. As experiências em si podem ser distintas, assim como o reconhecimento e a compreensão dos fatos como conteúdos significativos.

A relevância do que descrevo diz respeito a uma reflexão individual que me gera incômodos e angústias. São inquietações que reverberam e consomem todo o ser. *“Pois é, às vezes, escrever é uma forma de gritar, de desabafar, de confessar para nós mesmos. Creio que em algumas situações, escrevemos para atender a uma determinada necessidade nossa, a um tipo de urgência da alma”* (Ruben Mattos - não publicado).

Eis a minha urgência: relatar o cotidiano de trabalho no campo da gestão da Saúde pública; falar sobre a realidade vivida tanto na esfera municipal como estadual, descrever o que vi em todos os níveis de gerenciamento de atenção à saúde por onde passei – a APS, a saúde mental e o ambiente hospitalar. Trata-se de uma narrativa “encarnada” e não uma análise pretensiosamente distanciada.

E, aqui, pondero que o meu agir no âmbito gestor pode, por vezes, ser confundido com a atenção ou mesmo educação em saúde, pois sempre estive em uma posição próxima ao serviço assistencial como gestora, interagindo diretamente com os gestores locais, o que impunha uma posição de intermediação entre a assistência e os níveis mais elevados da gestão.

Ao longo do processo de escrita, algumas narrativas passaram pela revisão de colegas e profissionais que compartilharam algumas experiências aqui narradas. Dessas leituras, houve inclusões acatadas importantes de situações que não havia me recordado. Da mesma forma, tive também o aconselhamento de remover alguns fatos descritos, tendo em vista o peso das

circunstâncias envolvidas. Situações do momento presente, por mais parecidas que pareçam, não foram consideradas para a composição deste trabalho. Ademais, a fim de preservar os locais pelos quais passei como gestora, optei por utilizar documentos oficiais da esfera ministerial, evitando exposição dos demais âmbitos.

Devo referenciar bibliografias que me inspiraram ao longo da escrita, que fizeram parte desse meu momento de formação acadêmica. Apesar de não serem apresentadas por intermédio de citações diretas ou indiretas ao longo deste texto, devo reconhecer as excelências da literatura negra que potencializaram o meu pensar e a condução desta tese.

A autora Conceição Evaristo influencia-me com a sua arte no método de investigação, a escrevivência, na qual se fundamenta a produção de narrativas singulares, utilizando a experiência do autor em contínuo diálogo com a coletividade na qual está inserido (SOARES, L V; MACHADO, P. S, 2017).

Escreviver significa, nesse sentido, contar histórias absolutamente particulares, mas que remetem a outras experiências coletivizadas, uma vez que se compreende existir um comum constituinte entre autor/a e protagonista, quer seja por características compartilhadas através de marcadores sociais, quer seja pela experiência vivenciada, ainda que de posições distintas (SOARES e MACHADO, 2017, p.206).

Também se faz presente a educadora bell hooks (2019), principalmente pela leitura de seu livro *“Ensinando a transgredir. A educação como prática da liberdade”*, no qual a autora narra sua trajetória como aluna – principalmente ao ser obrigada a frequentar uma escola de brancos – seus receios de se tornar professora, até ingressar por definitivo na sala de aula. E o autor Frantz Fanon, nas suas obras *“Pele Negra. Máscaras brancas”* (2008) e *“Os condenados da terra”* (2015), cujos pensamentos expressam críticas referentes à dominação colonial e ao racismo.

Por fim, reforço que, ao longo dos próximos capítulos, há o interesse em trazer à tona a memória do vivido e ouvido, apresentando as vozes das circunstâncias ocorridas, na esperança de ser fiel à exatidão dos acontecimentos, mesmo abrindo mão dos relatos propostos pelas clássicas entrevistas formais (SENNETT, 2012). Aqui, revelo a fala das minhas observações e as conduzo em narração.

Nos fragmentos a seguir, desenho momentos vivenciados nos bastidores da gestão da Saúde pública, esse lugar escondido, bagunçado e que poucos conseguem ter acesso e ver. Considero-os importantes na minha vida profissional, visto que influenciaram a minha forma de compreender as razões pelas quais se encontram tantas fragilidades nos serviços assistenciais. São episódios que retratam uma carreira construída por fatos imersos em

descontinuidade, surpreendentemente permissivos à crueldade humana e que desfizeram, e ainda desfazem, a cada dia, minhas projeções frente ao campo do trabalho no qual propus construir minha formação e seu aperfeiçoamento.

No primeiro ato - o entreatos - entrego os primeiros passos no caminhar da vida para o campo da saúde, declarando minhas aspirações iniciais. Neste capítulo, dedico uma breve narrativa sobre a minha origem, revelando minhas fontes de influência para ingressar nesse universo da Saúde pública. Descrevo meu encontro com o SUS, assim como os percalços presentes já no começo dessa jornada.

No segundo capítulo, apresento a primeira aula prática. Minha experiência inicial na gestão pública em saúde personifica um verdadeiro resumo referente aos episódios seguintes na minha vida profissional, quando outros espaços de trabalho ainda se revelariam para mim. O processo de precarização do trabalho, um vínculo continuamente ameaçado, o desligamento, a vivência do assédio moral, o adoecimento, o falecimento emocional e uma gestão pautada pelas necessidades políticas são os principais elementos que se desdobram ao longo deste primeiro momento no campo gestor e que, por coincidência ou não, persistem nos anos seguintes.

Em seguida, resumo minha finita trajetória no universo do subemprego, caminhando entre projetos associados à universidade e a modelos de fundações estatais. Percorri secretarias de saúde tanto no âmbito municipal quanto no estadual. Naveguei por condições diversas, recebendo os pagamentos pelos meus serviços por meio de pessoa física – à mercê de atrasos, desligamentos imprevistos, ou vivendo de cargos comissionados – ora sendo nomeada, ora exonerada. Falo, ainda, sobre a notória imposição da flexibilidade à qual os trabalhadores estão submetidos para garantirem sua permanência, descrevendo as razões pelas quais um vínculo pode ser tão fugaz.

Sem hesitar, apresento o conceito de gestão em sua ordem prática, identificando sua verdadeira essência, aquilo que rege a sua conduta. Assim, aponto suas principais características dentro dos cenários que vivenciei e que tive a chance de acompanhar direta ou indiretamente. Apresento, também, a feroz (des)arte propiciada pelas diferentes esferas de governo pelas quais eu passei, e que geram o auge da desassistência: o dissabor da morte. A gestão reafirma os seus votos agregados às esferas da ambição pelo capital e pelo poder. Falo sobre a corrupção, esse lugar que se transforma em algo comum para o poder gestor. Pontuo, também, as peculiaridades presentes nos diversos processos de transição, nas constantes mudanças de governo – a morada do efêmero.

Nesse quinto momento, apresento o último suspiro, o desfalecimento do ser. Entrego os lugares compostos pela morte em suas diferentes versões. Encara-se o corpo enfraquecido e desolado na angústia velada, o perecimento psicológico e emocional, principalmente associado a episódios de assédio moral. E, sobretudo, revela-se a morte, a falência de todos os órgãos, quando o projeto mais concreto da gestão da Saúde pública se manifesta e colhe seus (des)frutos: a necropolítica.

Tenho muitas histórias, minhas desventuras, para contar. Só durante o doutorado, enquanto essas páginas nasciam, foram cinco vínculos distintos, todos com diferentes funções. Em cada um foi necessário me reinventar e, por diversas vezes, ligar o alerta de sobrevivência. Apesar dos esforços, nem sempre isso foi o suficiente para garantir minha permanência no cargo. A inconstância era constante.

Assim como Sennett (2012) descreve Rico, um profissional do mundo corporativo de grandes empresas, esforço-me para seguir sendo resistência,

sobretudo, à ácida erosão daquelas qualidades de caráter como lealdade, compromisso, propósito e resolução, que são de longo prazo na natureza. Afirma valores atemporais que caracterizam quem ele é – para sempre, permanentemente, essencialmente. Tornou-se estático, está encurralado na pura e simples afirmação de valores (p.31).

Diante desse breve exposto, pretendo apresentar, sem meio termo, uma ferida velada na gestão da Saúde pública, expondo debilidades diante das relações de poder ali estabelecidas e das dinâmicas curvilíneas e temporárias demarcadas pelos vínculos trabalhistas. Conseqüentemente, encara-se a morte do ser subjetivo, das emoções e do corpo que é velado como ápice desse massacre processual. São retratos difíceis de serem encarados e que passam despercebidos ao olhar de um cotidiano duro e veloz no qual o SUS está exposto.

Por fim, parto do pressuposto de que o Estado hesita em propiciar o bem-estar e a qualidade de vida para o seu povo, fazendo com que o seu poder (constitucionalizado) institucionalize o controle e a administração da governança sob o seu território aos interesses que não estão associados às necessidades sociais. Emerge a hipótese de que as instituições que representam a governança estatal se apresentam funcional e intencionalmente abstrata, indiferente ao seu real dever constitucional, fomentando a regulamentação e a manutenção do caos a fim de produzir a fragilidade do sistema, de garantir os privilégios dos amantes do poder, de promover o vazio assistencial e a morte de seu povo.

1 ENTREATOS

Se todo passado passasse, nós não nos seríamos. Somos feitos de passados-ficados que nos embrulham, nos constituem e, assim, nos fazem presentes. [...] Como se as coisas pudessem estar apenas no passado, no presente ou no futuro. Como se o tempo não entrelaçasse essas três instâncias. Como se a história também não fosse o presente.

Ana Suy.

A imersão nessas páginas precederá o momento presente. Melhor dizendo: se faz presente em todos os tempos. Contudo, essa questão só será possível de ser compreendida ao longo do texto, tendo como suporte a exposição de fatos carregados de sentidos que atravessam diferentes conjunturas. A memória é o artifício pelo qual é possível conduzir, por intermédio das narrativas das histórias vividas, o manifesto que declara o percurso de aprendizado que a vida profissional foi/é/será capaz de proporcionar e que eram/são/serão, de fato, completamente passíveis de serem imprevistas pelo processo de formação acadêmica.

Particularmente, é preciso considerar que minha principal forma de capturar o conhecimento está atrelada àquilo que me emociona. Relembrar o despertar de fatos mais remotos, e que podem certamente coincidir com os atuais, ao longo dessa estrada curvilínea do trabalho, movimenta fatos e histórias que remontam um lugar importante. Faz com que haja uma profunda (e intensa) reflexão sobre a necessidade de reconhecer as minhas recordações como algo fluido, e que são capazes de serem reencontradas por diversas vezes em minha trajetória enquanto trabalhadora do SUS.

Há um contínuo enunciado intrinsecamente entrelaçado com o passado e o presente, vivenciado no campo da gestão da Saúde pública que blasfema com proposições que prometem mudanças, apresentando-se como renovações e propostas de remodelamento diante do futuro. Afirmo: não foram, não são e, minha coragem na desesperança permite dizer, não serão. E digo isso com propriedade. Eu tive a (des)oportunidade de ver isso acontecer e, por várias vezes, participar ativamente desse cenário de promessas anunciadas e que, raramente, foram entregues ao seu real propósito. É diante desse universo, no qual estou inculcada, que me movo na intenção de esmiuçar relatos que se desdobram em outros descortinados que atravessam quase uma década como profissional de saúde atuante na gestão pública.

No começo, quando o mundo no qual ingresso se desvenda sem pudor, anunciam-se curvas acentuadas já nos seus primórdios. Sob o amparo das experiências emocionais, das que

determinam nosso caráter e, deliberadamente, moldam nossas escolhas e percepções de mundo, faz-se necessário relatar que no início fui amparado pelos sonhos, os próprios desejos em si (SENNETT, 2012). Aqui é inevitável dizer um clichê: tudo começou quando eu nasci. E fui seguindo um rumo que nem sabia ser possível existir.

1.1 Ascendência

De origem humilde, nascida e criada em um morro da zona norte de uma cidade capital, sendo meu pai um motorista de ônibus e minha mãe, vendedora de comércio, não imaginava haver a possibilidade de ingressar em uma faculdade (pública) e que dirá, um dia, tornar-me-ia doutora. Contudo, entre bolsas públicas e associações filantrópicas, do ensino médio ao mestrado, foram 15 anos na condição de bolsista para chegar até aqui. Admito que, diferente do meu foco de dedicação ao estudo atual, não planejei este caminho. Ele foi se construindo, se moldando, até que eu tomasse consciência dos lugares que ocupava e da importância que isso representava, tendo em vista o funil socioeducativo atrelado nesta jornada.

Meritocraticamente, passei por diversos filtros para estar aqui. Era sempre necessário me posicionar entre os melhores: estar no primeiro lugar da turma, ser a aluna destaque do ano, ter o melhor desempenho numa entrevista para ser contemplada com uma bolsa de estudos que garantisse o sustento do meu ensino médio, da minha graduação e pós-graduação. Não é um lugar confortável de habitar. Havia sempre uma provação a mais a cada etapa que avançava. Questionava-me como seria a vida de colegas e amigos que não tinham as mesmas oportunidades que eu.

Será que, realmente, a medida do valor moral e intelectual seria o suficiente para definir o merecimento? Será que todos não mereciam ter a sua chance no campo da educação firmada pelo simples fato de viver em sociedade? Cresci me questionando sobre isso. Será que a democracia que dispõe em seu significado a participação igualitária, realmente se fazia acontecer? Com base nisso, ganho compreensão sobre os meus objetivos de vida, como ser humano e profissional de saúde. Entendi que o saber é um lugar sem volta. Segui em frente.

Ao aceitar os traços que esta caminhada desconhecida me proporcionava, guiada pelas escolhas que me eram oferecidas e pelos propósitos associados aos fatos que me afetavam e geravam incômodos enquanto indivíduo, comecei a entender a importância da minha história e da presente narrativa: representam uma interface. No momento em que decidi me tornar uma

estudante do curso de farmácia (industrial), optando, assim, em seguir a formação de ensino superior no campo da saúde, dou início a estas páginas. É esta primeira tomada de decisão que oportuniza contar meus relatos expostos em atos.

A inspiração que me conduziu a essa graduação se espelhava nas relações de cuidado em saúde estabelecidas por minha mãe aos nossos familiares e pessoas próximas. Essa mulher, de pouco estudo, teve em si a medicina, a enfermagem e toda a farmacologia necessária para ditar meus sonhos. Inclusive, não foi à toa que, após sua aposentadoria, permaneceu trabalhando, seguindo funções como cuidadora de idosos, por vezes, em pacientes com doenças crônicas em estágio avançado. Ela se debruçava em acompanhar suas finitudes nesta vida. O interessante é que essa fase de vida da minha mãe acompanhou milimetricamente cada etapa dos vários cargos que construíram minha trajetória na gestão pública de saúde. Coincidências.

Mas antes disso, um fato específico me mobilizou: exatamente no final do período do ensino médio, um tio diagnosticado com câncer, o qual minha mãe acompanhava com devoção em contínuas visitas e cuidados. Infelizmente, com o avanço da doença, veio a falecer num curto período de tempo desde o momento do seu diagnóstico. Acompanhar tão de perto essa situação, exatamente numa fase crucial de escolhas da minha formação, manifestou em mim o desejo de trabalhar na área da pesquisa e, humildemente, com o propósito de encontrar a cura do câncer.

Mediada pela emoção, segui os vislumbres acerca dos estudos bioquímicos. Contudo, tal inspiração caiu por terra ao perceber minha total falta de aptidão para o labor na bancada de laboratório logo no início da faculdade. Entre pipetas quebradas, mantas térmicas queimadas e muitas placas de petri com meio de agár-agár rasgados, outros rumos, ainda guiados com propósitos emotivos, se formaram e refizeram minha trajetória. Novos encontros e novas conexões aconteceram, um novo rumo brilhou aos olhos.

1.2 SUS, presente!

Durante a semana acadêmica da faculdade, sempre eram ofertados cursos de diferentes áreas de atuação relacionados à farmácia. Recordo de ter me inscrito em alguns espaços de aprendizado. Desde a manipulação de medicamentos homeopáticos à atuação do farmacêutico no registro de patentes, o curso que mais me identifiquei foi o que apresentou o ciclo da assistência farmacêutica no SUS. Esse foi administrado por um farmacêutico que atuava no

núcleo de assistência farmacêutica de um município, lugar que, anos depois, adiante, também ocuparia a função como profissional. O cenário que ele desenhou foi tão bonito e interessante que estimulou o meu aprofundamento sobre a discussão e a necessidade de explorá-lo no campo prático. A teoria e as vestimentas de uma bela aula me conduziram para uma nova oportunidade. Era o início da reinvenção.

Logo chega a primeira experiência no campo da Saúde pública, especificamente no espaço que havia me capturado durante o curso acadêmico. Passar no processo seletivo como acadêmica bolsista no 5º período da faculdade foi como entrar num caminho sem volta. Cumprir o papel de estagiária na área da assistência farmacêutica de um hospital público (pediátrico) foi como um despertar de uma longa jornada do que ainda estava por vir.

Não fosse a flexibilidade rigorosamente imposta pelo capitalismo, essa jornada teria sido trilhada por uma estrada mais retilínea, e não no “*sentido arcano de job, na medida em que as pessoas fazem blocos, partes de trabalho, no curso de uma vida.*” (SENNETT, 2012, p.9). Foi prematuro perceber as infinitas possibilidades de se reinventar uma trajetória. Exatamente naquele lugar vivenciei a minha primeira recriação dentro do âmbito do SUS, uma necessidade que se instalaria como algo rotineiro na minha “carreira”, constituída em diversas etapas. Foi a minha inauguração de desafios diante dos obstáculos previamente traçados pelo local. É preciso dizer: não foram perceptíveis de imediato, mas a maturidade propiciou entendimento com o passar do tempo e garantiu seus relatos aqui.

Há uma recordação imediata que revela as dificuldades instauradas (quase que petrificadas) nas relações da minha futura categoria profissional, sempre tão conflituosa, tanto para dentro como para fora do setor de farmácia. Os farmacêuticos se apresentavam de forma isolada diante da instituição, queixosos de suas condições de trabalho e pouco ativos para propor ou, muito menos, para promover mudanças.

Nesse viés, era notório como os processos que estavam envolvidos com o serviço de farmácia eram fragilizados pelos conflitos dos relacionamentos interpessoais e que, conseqüentemente, promoviam a produção de barreiras que burocratizavam o seu funcionamento. Entre as principais discussões estava a questão relacionada sobre quem seria o chefe de serviço, função trabalhosa e mal remunerada. Não havia reuniões periódicas entre os membros que compunham a farmácia, e havia profissionais que, por desentendimentos pessoais, não falavam uns com os outros, sequer para garantir o bom andamento das demandas do serviço.

Apesar de o panorama apresentar, de imediato, situações complicadas e difíceis de lidar, contribuiu o fato de não ter, à época, o presente discernimento para realizar uma leitura crítica

acerca desses desajustes. Talvez a empolgação pelo novo, o ânimo de uma novata, tenha proporcionado a ausência de uma análise que julgasse tais fatos. Pelo contrário, as contradições potencializaram-me o despertar. Havia um profundo interesse em conhecer e fazer acontecer as infinitas possibilidades de atuação dentro do serviço assistencial. Era divertido reconhecer esse novo território que não imaginava, até a chance do processo seletivo surgir.

Vivenciar e garantir o cuidado em saúde aos usuários, predominantemente do público infantil, sendo a maioria pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), fazia brilhar os olhos e instigar minha motivação em trabalhar nesse lugar. Era a chance de pôr em prática as políticas públicas, o direito ao acesso à saúde. Tratava-se de conteúdos que já faziam parte da minha formação. Já havia exercido o papel de monitora da disciplina de saúde coletiva e entendia o significado disso. Não foi por acaso que, posteriormente, segui minha formação no âmbito público, fazendo a residência multiprofissional em doenças transmissíveis, onde, em seguida, produzi uma dissertação nesse mesmo viés. Eu me tornaria uma profissional de saúde do SUS, da Saúde pública e entendia que cabia ao poder público prover as bases necessárias para realizar o meu trabalho.

Foi nesse compasso que percebi que o campo do estágio me ofertou, naturalmente, uma abundante liberdade para circular pelo hospital e travar diálogos com outras categorias de profissionais de saúde devido à desordem relacional dos farmacêuticos, que eram ditos meus tutores. Tanto para o mal como para o bem, isso gerou um importante espaço de reflexão sobre como eu gostaria de trabalhar após concluir minha graduação e, certamente, não seria dessa forma apresentada a mim que seria reproduzida na minha caminhada enquanto trabalhadora do serviço público. Ainda não era notório naquela época, mas havia uma disputa clara pelo modelo a ser praticado no cuidado em saúde e de como ter acesso de forma qualificada.

Ser uma estudante de farmácia que saía do serviço e circulava em outros ambientes hospitalares representou só a primeira parte de uma jornada composta por diversas etapas constituídas de obstáculos e desafios. Ser a estagiária que ajudava a organizar a fila de atendimento para dispensação; que listava os medicamentos em falta – uma realidade que me acompanharia por anos no processo de trabalho – e que procurava a equipe médica para que realizasse adequações nas prescrições dos usuários; que ia até a enfermaria verificar a validade dos medicamentos; e que era convocada para organizar as reuniões entre os membros do serviço – fato que não ocorria há tempos até a minha chegada – representava, sem que tivesse consciência disso, meu primeiro exercício de trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Por mais que infortúnios estivessem por vir (e vieram), não era possível negar: houve um encontro revolucionário, que mais parecia um reencontro de si, e que ofereceu a notoriedade

sobre a minha capacidade técnica, um rearranjo da percepção do mundo, o reconhecimento da habilidade de me reinventar e, por que não dizer, também de propósito de vida? O interesse pela bioquímica se transformou em uma verdadeira reação, literalmente, em cadeia. Eu ainda era movida pela emoção. O campo da saúde e, sobretudo, da Saúde pública, me proporcionava isso. Subjetivamente, era possível travar a busca pela cura do câncer de outras formas e perspectivas. Havia um tumor a ser combatido, que crescia à medida que minha jornada profissional avançava.

Vale ressaltar que graças à conduta dos profissionais farmacêuticos, observada durante o período do estágio, pensei, por diversas vezes, em abandonar a farmácia. O descompromisso da categoria era, de fato, desanimador. Imaginava seguir outra formação ainda no âmbito da saúde. Contudo, era inviável uma mudança de tal proporção, considerando as oportunidades de bolsa de estudos e apoio de associações filantrópicas que me permitiram sobreviver ao longo da faculdade. Não era possível abrir mão do término da minha formação.

Nesse sentido, o que me fortaleceu a seguir em frente foi ingressar no movimento estudantil de área; participar ativamente do diretório acadêmico do curso; atuar na comissão de reforma curricular e outros espaços de discussão associados à educação em saúde. Percebi que era possível propor mudanças e encontrar outros percursos diferentes do que havia vivenciado.

Já formada e buscando ampliar meu conhecimento, entendia que não havia outro caminho possível se não a Residência Multiprofissional em Saúde, processo de formação em serviço que à época se ampliava no contexto dos hospitais universitários do Brasil. Assim, em um desses processos seletivos, consegui viver uma das minhas experiências mais intensas na prática multiprofissional, fazendo parte da primeira turma naquela modalidade de residência de um hospital universitário. Era um começo, e tudo se apresentava de forma inovadora.

Como farmacêutica, a minha lotação, surpreendentemente, não foi diretamente realizada no serviço de farmácia. Circulei por diversos e diferentes setores antes de ingressar efetivamente no setor específico: caminhei pela vigilância epidemiológica; gerência de risco; ouvidoria; comissão dos direitos dos pacientes; pelo programa de atendimento domiciliar interdisciplinar. Nesse percurso, compartilhei diferentes lugares com diversas categorias profissionais de saúde; travei diálogos; e pude realizar e participar de processos de trabalho com residentes e trabalhadores dos serviços daquele ambiente hospitalar.

Na residência, além dos farmacêuticos, havia enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Pessoas de diferentes origens de formação e que possuíam o interesse em comum de habitar o SUS. Trabalhar de forma multiprofissional não era algo óbvio, apesar da pós-graduação claramente descrevê-la como tal. Foi uma tarefa

difícil e árdua ao longo dos dois anos de residência. Nem todos os profissionais presentes ali se sentiam confortáveis em vivenciar atividades fora do seu serviço de origem de formação. Enquanto isso, eu e minha dupla farmacêutica nos deleitávamos com o fato de viver fora dos muros da farmácia.

Ademais, nossa carga horária, dividida entre a prática e a teoria, foi alicerçada por disciplinas referentes ao campo da psicanálise, administração e planejamento em saúde, epidemiologia, bioética, assistência social e estudos da dor, dentre outras temáticas que não necessariamente competiam à nossa graduação de origem. A abordagem era multiprofissional, realmente com a intenção de agregar novos horizontes. Apesar de alguns residentes expressarem insatisfação, esses entenderiam, com o tempo, o quanto essa interação faria falta e se tornaria imprescindível para nossa atuação dentro do hospital.

Num dado momento, cada um dos residentes embarcou em seus setores específicos: o farmacêutico estava na farmácia; o fisioterapeuta, no serviço de fisioterapia; e por aí foi... Contudo, algo havia acontecido com aquela equipe de residentes. Jovens recém-formados, e que ainda estavam passando por um intenso processo de formação, haviam compreendido na dinâmica proposta da residência a importância da contribuição mútua, de ter a colaboração de cada categoria a fim de gerar o cuidado em saúde necessário e preciso aos usuários.

Assim, passamos a compartilhar casos, sugerir determinados procedimentos e condutas clínicas. Acionávamos uns aos outros para tirarmos dúvidas, encaminhávamos demandas específicas de cada usuário. Havíamos entendido como cada um poderia colaborar com um determinado assunto e, por vezes, caminhávamos para condutas interdisciplinares na intenção de resolver determinados problemas de saúde. Estávamos passando pelo letramento da multiprofissionalidade e não havíamos percebido a potencialidade disso.

Foi possível observar a reinvenção de cada um dos residentes nesse movimento de trabalho em equipe. Aprender a ser mais do que a formação de base permitia. A abordagem multiprofissional era um caminho possível e havíamos concretizado isso. E, com isso, levei comigo essa bagagem de conhecimento, desfrutando da possibilidade de ser um pouco de cada um daqueles profissionais com os quais tive a chance de dividir essa experiência.

1.3 Havia pedras no meio do caminho

Já como trabalhadora do SUS, fazendo parte de diferentes conjunturas e distintos cargos, foi possível entender que o cenário apresentado na residência multiprofissional convergia para um universo de condições muito favoráveis. Tratava-se de um ambiente hospitalar universitário cuja posição de residente ainda representava um campo de aprendizado. Era ofertada a proposta de explorar aquele território, inventar possibilidades de trabalho, principalmente fazendo parte da primeira turma. Isso trazia uma liberdade criativa dentro de um contexto muito protegido e favorecido. Era permitido inovar no ato de cuidar. De fato, esse lugar estava sob controle e era confortável, e diante da nossa posição de aprendizes, extrapolar os limites, permitia a construção de um trabalho em conjunto e de forma integrada.

O tempo, que tudo entrelaça, permitiu compreender que tais condições normais de temperatura e pressão supramencionadas, não se aplicariam nem se replicariam com a mesma facilidade no mundo real no qual ingressei como profissional de saúde. Mais uma vez, a prática iria demonstrar o seu valor, a sua capacidade de superar a teoria, principalmente no que se referia ao âmbito da gestão.

Os atos que seguirão nos próximos capítulos são capazes de comprovar isso. Sendo profissional de saúde única, e exclusivamente da Saúde pública, acumulei conhecimentos e histórias desse lugar. Capturei experiências ao passar por diferentes espaços, atuando desde o serviço de farmácia até a vigilância epidemiológica. Confesso que tive uma trajetória curta atuando diretamente na assistência. Ingressei, sem saber que estava ingressando, no campo da gestão muito cedo. Não consigo dizer que houve prematuridade nesse processo. Conforme a ordenação do jogo do campo do trabalho, segui o fluxo das oportunidades que eram ofertadas.

Desse modo, carreguei em mim muitas situações de nomeação e destituição de cargos e funções ao longo dos meus anos atuando no âmbito da gestão na Saúde pública. Durante a permanência nas coordenações de assistência farmacêutica e de serviços de saúde mental, vivenciei muitos instrumentos que operacionalizavam (e operacionalizam) o SUS, desde organizações sociais de saúde a fundações públicas de direitos público e privado. Naveguei entre diferentes esferas municipais, além de estar presente nas desventuras de um âmbito estadual. Sennett (2012), que provoca uma análise sobre a forma como a ordenação da nova economia se projeta diante da relação tempo/emprego, decerto me questionaria: *“Como pode um ser humano desenvolver uma narrativa de identidade e história de vida numa sociedade composta de episódios e fragmentos?”* (p.27). Tento respondê-lo por aqui ...

Nesse processo, foi possível compreender que a reinvenção de si perdeu a leveza à medida que passava a ser uma obrigação. Ser criativo e versátil nesse universo era imprescindível para a garantia da sobrevivência, se o plano fosse ali permanecer. A liberdade

de ser espontânea perdeu o sentido ao ingressar nessa estrada do trabalho. O decurso de gerir apresentava dinâmicas que conduziam/conduzem às práticas associadas à contínua mudança e flexibilidade, ao efêmero, aos infinitos curtos prazos, aos males de uma rotina cega que gera o embrutecimento e a autodestruição dos seus trabalhadores (SENNETT, 2012).

As mediações entre o contexto assistencial e a gestão tornam-se constantes. Por isso, minimizar atritos e desentendimentos, além de driblar o descontentamento dos profissionais de saúde acerca das conduções determinadas pelo “gestor mor” – que por vezes também é o seu superior com poder para os mandos e desmandos – representam exercícios factíveis no meu meio de trabalho. É preciso ser um bom mediador quando se faz parte de uma estrutura que não calcula as perversidades das sequentes e sequeladas mudanças. Transito na incessante transição. Diante dos ritos da imprevisibilidade, do momentâneo e das ações que regem o campo da gestão pública, é preciso esforço para se encaixar no modo indiferente e negligente no qual isso se faz (SENNETT, 2012). Uma missão que renego diariamente.

Ao viver um percurso à deriva no labor, no qual a qualquer momento pode-se ser substituído ou substituir alguém, entendia que ser profissional de saúde era a única coisa a qual deveria ser fiel. Afinal, era a única coisa que sabia fazer. O papel de gestora nunca me foi ensinado. Não era letrada sobre o assunto, ao menos não nos moldes em que era praticado. Então, parecia ser óbvio e indiscutível que os saberes assistenciais deveriam ser o pilar definidor dos *modus operandi* no âmbito da gestão pública de saúde. E assim me conduzi nesse processo de aprendizado, fazendo gestão na condução que julgava ser a certa.

Por exemplo, nas circunstâncias em que me tornava gestora de serviços assistenciais dos quais não havia vivenciado a prática – uma realidade frequente na gestão pública – fazia total sentido realizar uma aproximação com o campo assistencial em questão, aprendendo como se dava o processo de trabalho daquele espaço junto aos profissionais da ponta e gestores locais. Era preciso compreender suas necessidades para que o atendimento realizado por eles fluísse, conforme as demandas dos usuários, de forma adequada e qualificada. Afinal, seria no lugar do cuidado que o imprevisível poderia se tornar previsível. Era exatamente ali.

A composição da assistência e da gestão carecia de um único lugar composto por infinitas intercessões. Todavia, essa forma de pensar, esse instintivo ato descrito de forma tão natural, não era necessariamente a regra para os demais gestores (ditos) mais experientes, nem do próprio complexo de gestão em si. Havia outras formas “corretas” de se fazer gestão. Um enunciado carregado de cooperação e trabalho em equipe. Contudo, o contexto prático trazia outras performances nas quais, notoriamente, eu precisava me encaixar para sobreviver nesse lugar.

Ao mesmo tempo em que as práticas de gestão incentivam o individualismo, sobretudo na forma de competição e diferenciação por desempenho, também são levados em conta, e cada vez mais insistentemente, ao menos no discurso, a participação em grupo (GAULEJAC, 2007, p.20-21).

As interfaces entre assistência e gestão não aparentavam ser a função prioritária do ato de gerir, ou seja, a conduta a seguir. Não havia interesse em habitar o espaço comum de onde se promovia o cuidado em saúde. Os esforços estão concentrados em alimentar a flexibilização, as constantes mudanças, a banalização do emprego temporário. Havia tomadas de decisão que competiam ao corpo técnico, mas que por ser provisório em suas funções, tornavam-nas insignificantes diante de outras prioridades, a sua maioria associada a interesses políticos.

Como efeito dominó, observei os impactos dessa contínua mutação no fazer acontecer (ou não) da Saúde pública. Tornaram-se nítidos, na rotina do meu território de trabalho junto ao corpo técnico que compõe a gestão da qual fiz/faço parte, que há uma intencional demolição da estrutura do cuidado em saúde. Era inevitável percebê-los na realidade dos serviços, assim como na atuação dos profissionais ancorados na labuta assistencial. Esses que, ininterruptamente, são obrigados a se renovarem diante das consecutivas mudanças das regras do jogo impostas pela gestão, são os que, simultaneamente, também sustentam quem está no poder que, por sua vez, varia conforme o exercício de dominação da política vigente.

Era permissível a gestão caminhar por onde a política estivesse presente, passando a ser esse o fio condutor das ações gestionárias. Isso oferece elementos suficientes para se refletir a respeito das concussões existentes no contexto assistencial. Trata-se de sequelas perigosas que podem ser irreversíveis quando estão associadas ao campo que lida diretamente com a saúde e a vida do outro. Assim, é notório que se constroem raízes firmes para a propagação de um objetivo claro: o trabalho da morte conduzido pelos interesses e ditames políticos. São essas as diretrizes que regem a gestão.

Mata-se e morre-se de todas as formas, física e emocionalmente. Mata quem manda e morre quem tem juízo. O risco da morte é ditado pelo poder, e não necessariamente refere-se única e exclusivamente ao poder estatal. Este está vinculado a forças e ditames associados a outras fontes, lugares e pessoas que reconhecem muito bem os passos necessários para manter a desordem que aniquila, que põe em xeque a vida. Afinal, os produtos provenientes do caos são interessantes e lucrativos (para alguém). Visto que *“entre a lógica do lucro e o respeito pelas pessoas, as armas não são iguais. De um lado ‘a dura realidade’, à qual é preciso se adaptar; do outro, ‘estados de alma’, sobre os quais é preciso ‘passar por cima’.”* (GAULEJAC, 2007, p.29).

As situações encaradas como imprevisíveis seriam questões descaradamente fabricadas. Seria esperado que algo acontecesse – uma parada cardíaca por falta de um determinado medicamento, o avanço de uma enfermidade pela ausência de um profissional de saúde que manejasse o caso. Todavia, a alternativa em negligenciar tais fatos, de optar por ignorar as orientações da área técnica, era a única conduta previsível dos planos soberanos. Para legitimar tal posição, vive-se de disfarces e fingimentos. São ditadas as regras que controlam a taxa de mortalidade (MBEMBE, 2012).

Conhecer e, ao mesmo tempo, retroalimentar as relações dos distintos componentes celulares que compõem o gerenciamento, biomoléculas complexas da tecnologia do poder, que se reconfiguram constantemente a seu bel-prazer, revelaram a origem das disfunções presentes no nível assistencial. Vivenciar diferentes estruturas que envolvem os processos de trabalho no campo da gestão na saúde foi uma imersão em constantes inconstâncias. Essas, por sua vez, geravam feridas abertas no verdadeiro sentido de fazer parte desse lugar. As emoções que outrora motivaram a caminhada no âmbito da Saúde pública passaram por distorções drásticas. Hoje, a angústia passa a ser o motor revolucionário. Nela reside o protesto e a indignação contra tudo aquilo que aniquila, sufoca e oprime. São elementos completamente opostos a tudo aquilo que me mobilizou para fazer parte das práticas do SUS.

Enquanto trabalhadora, essa perspectiva fortaleceu a ideia de que a Saúde pública fosse constituída por tendências que, ora se tornavam robustas, mediante o contexto político, tanto no âmbito local como no regional ou nacional. Esses aspectos ganhavam contornos cada vez mais significativos, mais profundos e viscerais, à medida que se ampliava o conhecimento das suas funcionalidades, dinâmicas, interações e interlocuções com as diversas faces de seus níveis de complexidade. Portanto, o tempo foi o alicerce necessário para compreender os cenários que eram feitos e desfeitos, postos e impostos em uma nova configuração política traçada.

Os homens procuraram na gestão um sentido para a ação e até, por vezes, para sua vida e para seu futuro. A economia política se torna uma economia gestionária, na qual as considerações contábeis e financeiras importam mais que as considerações humanas e sociais (GAULEJAC, 2007, p.31).

Sobre os aspectos estruturantes dos serviços de saúde, era notório que não se tratava simplesmente de enfermarias e ambulatórios, clínicas da família e setores especializados que eram compostos por um conjunto de ações, por seus arcabouços, trabalhadores e usuários. Na verdade, representavam peças integradas a um determinado viés de manutenção ou conquista

do poder. A proposição no agir em saúde, no processo de construir as relações de cuidado que, deduz-se, seriam capazes de salvar vidas, de fato eram direcionadas para outras intenções.

De forma desgovernada, com propósitos que estão interligados a forças políticas variantes, inconstantes e tendenciosas. Entende-se, assim, que os governantes coordenam manejos atrelados à garantia da rentabilidade monetária e manutenção da soberania deles ou de quem os convém por intermédio da gestão. Certamente, os benefícios desse movimento não são os usuários dos serviços de saúde. A questão é que “*as necessidades de gestão se impõem às opções políticas e sociais.*” (GAULEJAC, 2007, p.31) e, nesse sentido, há uma perda imposta à sociedade.

Foi diante dessas percepções que essa escrita foi impulsionada. É sob essa ótica que a presente gestora ganha *status* desconfortavelmente vantajoso. O camarote instaurado nos três níveis governamentais não possibilitou outro agir senão a própria escrita, dada a condicional inutilidade do saber técnico atuando a favor do desarranjo da rede de atenção à saúde (RAS). Há uma miserável angústia dada à impotência de não impedir o avanço dessa condução. Tenta-se frear, minimizar os impactos, enxugar gelo, mas não se vislumbra o ponto final para os ditames necróticos estabelecidos pelas regras do poder gestor.

2 A PRIMEIRA AULA PRÁTICA DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Guarda esta carta – talvez um dia eu a peça de volta se quiser reunir todas as minhas lembranças desta vida de operária. Não para publicar alguma coisa a esse respeito (pelo menos não penso nisso), mas para me defender do esquecimento. Aliás, é difícil não esquecer, quando se muda tão radicalmente de maneira de viver.

Simone Weil.

Aqui, marca-se um dos diversos pontos de partida. Apesar da minha história com o SUS preceder a esse momento e apresentar marcos importantes, devo dizer que esse é o momento no qual dou início aos meus diversos inícios que conduzem a outras experiências íntimas. Foi o princípio referente a uma jornada que promoveu o enredo das próximas páginas. O instante que despretensiosamente ingressei como profissional de saúde no universo da gestão da Saúde pública.

À época, vivia de vínculos precários. Era a representação de um clássico exemplo de proletária em tempo parcial, temporário, subcontratada, terceirizada. Também conhecida como sub-proletária: a proletária precarizada à medida que era desprovida de direitos trabalhistas mínimos (ANTUNES, 2009). Nessas circunstâncias, era submetida a constantes interrupções do meu labor e sustento, migrando de um trabalho para outro. Foi quando surgiu uma proposta para atuar no serviço de assistência farmacêutica de uma das coordenações de território da Atenção Primária à Saúde (APS) de uma cidade.

À priori, seria uma contratação para uma breve cobertura de uma profissional que entraria em licença maternidade. Seriam seis meses até a procura de um novo vínculo. Esse lugar comum pertencente à totalidade da classe trabalhadora que vive à base da venda da força de trabalho em troca de salário. Todavia, a oportunidade foi ampliada por quase cinco anos. Eis uma vitória de uma trabalhadora que fazia parte da “*classe-que-vive-do-trabalho*” (ANTUNES, 2009). Considerando o longo tempo imerso no campo acadêmico, e já tendo vivenciado alguns espaços da prática assistencial, percebi que seria interessante ingressar no universo operário por um novo ângulo. Encontrava-me disposta e disponível para engrenar nesse novo momento.

Eu ainda não entendia ao certo como ocorreriam todos os trâmites relacionados à minha contratação, posto à euforia de estar finalmente empregada. Só conseguia enxergar os

benefícios de ter a carteira de trabalho assinada - férias remuneradas, 13º salário, direitos trabalhistas - depois de tantas relações empregatícias instáveis. Contudo, essa análise inicial não perdura nos dias atuais. É preciso adiantar: hoje, letrada no assunto, perpassando algumas vezes por esse lugar após essa primeira experiência, entendo como se dá a construção desse vínculo. O mesmo alicerça-se em bases frágeis no terreno do trabalho da contemporaneidade tanto quanto meus empregos anteriores.

O contrato se dava por intermédio de uma Organização Social de Saúde (OSS), entidade que representa uma das diferentes formas de promover a terceirização do serviço público na atualidade. Sua existência foi legitimada mediante a implantação da lei nº 9.637/1998, descrevendo que:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei. (BRASIL, 1998, 1º artigo).

Em 2015, o modelo de OSS foi reiterado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), considerando-o válido perante os aspectos constitucionais. Esse formato de gestão fortaleceu o processo de terceirização para todos os serviços essenciais que estavam sob responsabilidade do Estado, inclusive no contexto dos serviços de Saúde pública, âmbito no qual mais se ampliou. (DRUCK, 2016). Com isso, surge uma nova forma de gestão pública.

A administração pública que garantiu *“importantes conquistas trabalhistas como a progressão continuada e a estabilidade no emprego, passou a ser substituída pela ideologia de uma suposta ‘gestão eficiente’, combinada à crescente flexibilização e redução de custos”* (TEODORO, 2023). A concepção de carreiras públicas ficam guardadas no passado.

Tal linha definiria um processo de profusão dos modelos de contrato e parcerias com o setor privado como as OSSs e OSCIPs, que têm no setor da saúde um dos seus principais setores de penetração. Em meio a um processo de guerra comunicacional, a chamada nova gestão pública se afirmou no centro do Estado brasileiro, funcionando como uma verdadeira reforma trabalhista regressiva (TEODORO, 2023).

Nessa perspectiva, tanto as OSSs como os trabalhadores encontram-se em condições temporárias. No local onde passei a trabalhar, a OSS ficava responsável, por um determinado tempo, conforme cláusulas contratuais com o ente público, pelo gerenciamento dos serviços de saúde daquele território. Aqui, especifico bem a territorialização da gestão de serviço dessas

organizações tendo em vista que havia outras que gerenciavam distintos estabelecimentos e territórios daquela mesma cidade.

Quando o período do contrato dessa OSS se findava, o elo trabalhista daquele trabalhador também se encerrava, apesar de a contratação se dar por tempo “indeterminado”, conforme estava descrito no contrato. Havia uma demissão em massa. Todos eram desligados. Sem pudor “*pede-se aos trabalhadores que sejam ágeis, estejam abertos a mudanças em curto prazo, assumam riscos continuamente, dependam cada vez menos de leis e procedimentos formais*” (SENNETT, 2012, p.9), perpetuando um ciclo interminável de instabilidade e flexibilidade.

A força humana de trabalho é descartada com a mesma tranquilidade com que se descarta uma seringa. Assim faz o capital, e há então uma massa enorme de trabalhadores e trabalhadoras que já são parte do desemprego estrutural, são parte do monumental exército industrial de reserva que se expande em toda parte. Essa tendência tem se acentuado, em função da vigência do caráter destrutivo da lógica do capital, muito mais visível nestes últimos 20, 30 anos. Isso porque, por um lado, deu-se a expansão nefasta do ideário e da pragmática neoliberal, e de outro pelo chão social conformado pela nova configuração do capitalismo, que tem sido denominada fase da reestruturação produtiva do capital, onde o toyotismo e outros experimentos de desregulamentação, de flexibilização etc., têm marcado o mundo capitalista, mais intensamente após a crise estrutural iniciada nos anos 70 (ANTUNES, 2009, p.198).

Nesse trecho, entende-se que Antunes (2009) utiliza a expressão “*exército industrial de reserva*” (p. 198) referindo-se a uma força de trabalho braçal pouco qualificada, podendo essa ser facilmente substituída nos grandes centros fabris. Hoje, o panorama apresenta pontos mais agravantes, pois se amplia para outras camadas da população, tendo em vista que a precarização passa a afetar inclusive trabalhadores qualificados que operam no setor de serviços e não apenas no campo da indústria. Esses se tornam cada vez mais descartáveis, replicando ciclicamente acontecimentos dos anos 70 em plenos anos de 2020.

No momento em que comecei a trabalhar, a estratégia de saúde da família (ESF), proposta pensada para garantir a reorganização da APS, encontrava-se em fase de expansão neste lugar e em todo o município. Era planejada a ampliação do número de equipes da ESF e também de inaugurações de Clínicas da Família (CF). Por coincidência (ou não), tratava-se de um ano em que o nível municipal entraria em período de eleições. Conveniência sutilmente perceptível. Uma coincidência entre a intenção do interesse coletivo e o momento político? Não. Visto que “*a partir do momento em que a ciência gerencial e aqueles que a encarnam se submetem aos interesses do capital, vemos se desenvolverem discursos que cobrem com intenções louváveis práticas que são menos louváveis*” (GAULEJAC, 2007, p. 130).

Assim, ao meu ver a ideia de promover o aumento dos serviços de APS representava um grande feito no direito à saúde, proporcionando o amplo acesso aos cuidados assistenciais primordiais à prevenção e promoção. Naquele momento, entendia ser legítimo tais esforços, por mais que houvesse outros interesses intrínsecos na ação. Hoje, percebo, todavia, que a configuração do processo de ampliação se dava de maneira enviesada. Não aparentava ter um estudo prévio da territorialização, muito menos um levantamento dos aspectos epidemiológicos do local no qual iria se implantar os novos serviços. Falava-se em ampliar a cobertura da APS, mas não se conseguia enxergar, de fato, o quanto havia de estudo para executar isso. Tudo parecia ser feito por intermédio de acordos políticos. As obras se levantavam do nada. Inaugurações eram realizadas da noite para o dia, e um palanque se formava a cada CF que era aberta. Como disse Sennett (2012): *“Lugar é geografia, um local para a política”* (p.158).

Além disso, um grande evento esportivo, de magnitude internacional, estava agendado para ocorrer na cidade. Enquanto todo o planejamento e execução do processo de expansão da ESF aconteceriam, simultaneamente, uma boa parte das atividades desse evento ocorreria exatamente dentro daquele território em que eu trabalhava. Para tanto, como haveria uma grande circulação de pessoas de fora do município, previamente, fora pactuado que os serviços de saúde, incluindo os referentes à APS, ficariam em total alerta e à disposição do público, o qual participaria das atrações desta festividade desportiva. Antecipadamente, foi feita a organização e preparação de toda equipe que compunha esses estabelecimentos.

Os profissionais de saúde foram convocados a participar de várias reuniões que aconteceram dentro dos próprios locais onde as partidas das diversas modalidades esportivas ocorreriam. Foram repassadas orientações sobre como deveriam proceder ao receberem casos de cuidado em saúde de estrangeiros e da população brasileira de outros lugares do país. Nenhuma demanda, sob hipótese alguma, deveria ser reprimida. Essas eram as deliberações encaminhadas diretamente pelo secretário municipal de saúde. Todavia, até aquele determinado momento, não se sabia que o envolvimento das equipes de APS, especificamente do território no qual eu trabalhava, seria muito maior do que havia sido previamente programado. Sobre isso, contarei mais à frente.

Assim, fazia sentido a minha permanência na equipe da coordenação da assistência farmacêutica para além da proposta inicial, visto que a demanda de serviços aumentaria e a necessidade de recursos humanos para dar conta das funções, também. Não que isso fosse algo estrategicamente pensado pelos gestores da alta patente para garantir a melhor performance do trabalho, muito menos no que se referia à sobrecarga dos profissionais que faziam parte daquele processo. Muito pelo contrário.

Com o tempo, fui percebendo os traços preponderantes do campo da gestão. Não existia absolutamente foco para a garantia do bem-estar do trabalhador, muito menos um modelo de planejamento dos processos de trabalho a ser seguido que estivesse ancorado para esse propósito. De fato, todo o trabalho seria feito de qualquer forma, mesmo que fosse de maneira desordenada, independente da minha presença, mesmo que isso significasse a total exaustão e sacrifício de alguns colaboradores. O fator humano daria conta, obrigatoriamente. No final, não importa a forma como o produto do trabalho será atingido, desde que o objetivo determinado fosse alcançado. Nessa dinâmica, o humano, no caso o profissional de saúde em si, transformava-se em recurso para a Saúde pública, mesmo que isso signifique abstrair-se da sua sanidade física e emocional.

A justificção desse estado de coisas é a de racionalizar a produção com menor custo para favorecer o crescimento e satisfazer as “necessidades” dos consumidores. Podemos ficar admirados com a eficiência dessa visão do mundo. Podemos também ficar inquietos com os custos que não são levados em conta, quer se tratem dos atentados ao meio ambiente, do desperdício de certas matérias-primas, da pressão do trabalho, de suas consequências psicológicas, como o estresse ou o cerco moral, ou ainda da exclusão de todos aqueles que não podem ter acesso a esse mundo ou por ele foram rejeitados. O paradigma utilitarista transforma a sociedade em máquina de produção e o homem em agente a serviço da produção (GAULEJAC, 2007, p.79).

Vivenciar essa nova chance profissional representaria uma imersão não somente nas atividades associadas ao trabalho em si, mas, sobretudo, no campo relacional, na forma como toda a concepção gestonária instrumentaliza o humano para os propósitos da produção. A Saúde pública era um bem a ser consumido, ganhando requintes de um produto, um mercado, conforme a esfera do capitalismo preconiza.

Weil (1996) já expressava essa ideia enquanto vivenciava o trabalho fabril: “*Mas nós podemos admitir que a vida dos homens seja sacrificada em nome da fabricação de produtos*” (p.138). Em tempos diferentes a lógica permanece: o homem é o alicerce do poder e sua força, como mão de obra, representa um dado naturalmente manipulado para os fins da gestão, independente desta estar associada à saúde... pública.

Naquele exato momento, enquanto absolutamente nada do supracitado fazia sentido, tudo convergia para uma grande e oportuna experiência. Foi assim que optei por protelar o doutorado, freando a fase filosófica, e vivendo essa nova oportunidade de aprendizagem, incorporando-a em versão crítica construtiva. E faz-se necessário adiantar: que aula, senhores! Um curso intenso e intensivo de quatro anos e meio. O que aprenderia naquele espaço, naquela posição, jamais seria ensinado em faculdade alguma.

Existia certa fascinação em atuar ali. A ideia de ampliar o acesso aos serviços de saúde, de construir novas portas de entrada no SUS e aumentar a dimensão de resolutividade dos problemas de saúde, por intermédio da APS, fazia com que brilhassem os meus olhos para permanecer e acompanhar todo aquele processo de trabalho. Existia a empolgação necessária de uma novata dentro daquele cenário. Fazer parte de algo que considerava tão grandioso, que promoveria impactos na saúde dos usuários do serviço, era empolgante e coadunava com meus desejos enquanto profissional. Era como se todo o tempo de dedicação dos estudos e minha atuação na área assistencial comessem a fazer sentido. Representava um salto da teoria para o que aparentava ser um campo de infinitas possibilidades de ações. A prática trouxe outras revelações. A vida não cabia nos livros.

O trabalho envolvia atividades que superaram os descritivos teóricos do ciclo da assistência farmacêutica. Minha atuação se dava para além da interação com os farmacêuticos, oficiais de farmácia e serviços. Era preciso uma articulação intersetorial, diálogo contínuo com os responsáveis por diferentes linhas de cuidado, elaboração de fluxos e logística, dinâmicas de improvisação para resolução imediata de problemas, além de rápida ação para garantir o tratamento medicamentoso à população assistida naquele território. Absolutamente, nada se resolvia de forma isolada. Tudo estava integrado, precisava ser constantemente monitorado e, principalmente, dialogado.

De fato, todo o serviço era multiprofissional e interdisciplinar. E, nesse sentido, me sentia preparada para isso. Afinal, minha formação havia me conduzido a atuar dessa forma. Ademais, também se demandava o exercício de lidar e liderar com diferentes pessoas e formas distintas de pensar. Essa última parte, sem dúvida, foi a mais desafiadora de todo o processo, e havia muito o que aprender sobre o assunto e a prática.

A fase de adaptação foi absolutamente tortuosa. As razões: primeiro, porque o convite para ali trabalhar havia partido de uma amiga, uma das diretoras que compunha a coordenação territorial. Inclusive, fui descobrindo o quão comum era essa prática no universo da gestão pública (de saúde). A amizade representava um motor que movia a construção dos núcleos de trabalho nesses lugares. Os elos de confiança predominavam em detrimento da capacidade técnica. Isso incluía a mim mesma, visto que, apesar de toda a dedicação em aprender e me adaptar ao serviço, não tinha toda a experiência prévia e prática para ocupar o cargo que me fora oferecido.

Segundo relatos, as pessoas que ali trabalhavam, supunham que eu havia chegado para “roubar” o lugar da pessoa que estava de licença maternidade, entendendo que era apenas uma vaga e eu, amiga de uma das diretoras, ficaria com o favoritismo. Tendo em vista que aquelas

peessoas mal me conheciam, cenas posteriores revelariam a minha índole, e que tal atitude não fazia parte do meu caráter. Enquanto isso, havia uma esfera contínua de sabotagem durante um bom tempo do meu percurso naquele lugar, mesmo que isso significasse afetar o serviço assistencial e, conseqüentemente, o usuário em si. Isso demandou esforços maiores para conseguir executar algumas tarefas que precisavam de informações que não estavam facilmente ao meu alcance e que dependiam de outros setores e profissionais.

A imagem coletiva sobre mim foi mudando gradativamente à medida que a profissional afastada voltou ao seu posto de trabalho e a gestão local optou por garantir duas farmacêuticas na função. Ambas permaneceram dividindo as atribuições da assistência, começamos a trabalhar juntas. Construimos uma excelente parceria de trabalho, além da amizade fora do ambiente de serviço (que perdura até os dias atuais, inclusive).

Para além dos desafios relacionais, as demandas do trabalho eram exaustivas. Exigia tanto dedicação mental quanto física. Eram muitas tabelas construídas para realizar o controle manual e os fluxos estabelecidos a serem elaborados; dias específicos para solicitar e acompanhar o recebimento de medicamentos em grande volume, bem como organizar sua distribuição, além da logística que seria aplicada para determinar para quais unidades os mesmos deveriam ir.

Em paralelo à exaustão, era preciso lidar constantemente com a escassez. Havia falta de medicamentos por motivos diversos, e era preciso garantir a racionalização de determinados itens para casos de tratamento considerados mais prioritários do que outros. Tudo isso em um contínuo diálogo com todas as linhas de cuidado e serviços envolvidos. Um erro poderia provocar o desabastecimento de insumos e medicamentos em todo um território, gerando sequelas na vida de algum usuário.

Por um bom tempo eu robotizei os meus passos, sendo muito bem adestrada pelo excesso de trabalho, cansaço e dificuldades de habitar num lugar tão diverso de tarefas. Ao mesmo tempo em que me tornava um ser cada vez mais polivalente e multifuncional, também manifestava sinais e sintomas de estranhamento e alienação do trabalho (ANTUNES, 2009). Por algumas vezes, me vi adoecida nesse cenário. Impregnada por uma rotina de muitas horas na frente do computador, correndo de um lado para o outro para realizar a separação de medicamentos, bebendo pouca água e me alimentando em horários bem desregulados.

Dada essa rotina, entendia-se como era algo natural ter dores de cabeça contínuas, sono irregular, além de crises de infecção urinária, na garganta, dentre outras formas de adoecimento. Houve um episódio em que literalmente perdi a voz: após uma reunião com os farmacêuticos, simplesmente eu não conseguia mais falar. Uma infecção na garganta me afastou por alguns

dias do serviço e, mais uma vez, teria de entrar num tratamento com antibiótico. O adoecimento fazia parte de uma rotina. De acordo com a ideologia gerencialista, as sequelas desse processo eram naturalizadas. Cada um deveria aprender a gerir sua vida, assim como gerir a si mesmo. Eu havia me tornado um capital humano (GAULEJAC, 2007)... adoecido.

Tratava-se de sequelas associadas às regras de sobrevivência, ao permanente encurtamento de prazos, a uma aceleração contínua dos ritmos e à capacidade de resolução de problemas simultaneamente, a fim de obter o desempenho e a rentabilidade que o trabalho todo pedia. Mas é preciso dizer: a leitura desses fatos não foi imediata. A princípio, tudo isso ficava subentendido. Eu estava imersa num universo desconhecido e disposta a desvendá-lo, independente das consequências. A minha imaturidade foi o condutor das regras: eu executava aquilo que era solicitado sem grandes questionamentos.

Com o retorno da profissional que estava de licença maternidade, imaginava-se que o volume de trabalho tenderia a ser dividido, reduzindo a sobrecarga para ambas. Porém, o período das inaugurações das CF chegou e a rotina tornou-se ainda mais fatigante. As demandas eram ininterruptas, sendo eu, convocada ao labor de segunda a domingo. Era preciso estar em alerta caso uma CF fosse inaugurar no dia seguinte, algo muito comum na época, estando todos preparados para virar a noite montando o novo serviço, se assim fosse necessário. E era. Houve casos de duas inaugurações de CF acontecerem simultaneamente e no mesmo microterritório. Tratava-se de unidades grandes, sendo uma delas composta por 16 equipes de ESF, por exemplo. Isso representava um nível de complexidade maior, no que tange à organização da infraestrutura, além de indispensável para o bom funcionamento do serviço.

A abertura de uma nova CF era encarada como uma grande comemoração e exaltação pelos colaboradores envolvidos em todos os níveis de gestão. Havia a construção de uma festa e a distribuição de pipoca logo na entrada da unidade. Um pequeno *buffet* era montado na unidade a ser inaugurada, e representantes políticos eram convidados para estarem presentes naquele espaço. Era um verdadeiro evento.

Enquanto isso, os bastidores clamavam à base de sangue, suor e lágrimas. Os esforços imprescindíveis para que tudo acontecesse eram incalculáveis. Simbolizava o triunfo de um trabalho de dedicação que envolvia uma equipe completamente exaurida pelo excesso de trabalho e pelas noites dedicadas à montagem dos serviços. As clínicas não surgiam do nada, com cada aparelho, insumo e medicamento devidamente dispostos em suas salas de atendimento. Não era um passe de mágica.

Em paralelo a isso, surge a necessidade de montar uma força tarefa que estaria envolvida para oferecer suporte aos postos de primeiro atendimento médico do grande evento esportivo

internacional supracitado. No primeiro dia do evento foram identificadas as fragilidades acerca de seus serviços de saúde que estavam sendo oferecidos ao público. Os profissionais de saúde que eram voluntários para estarem ali, não contavam com a estrutura necessária para realizar o suporte de atendimento e largaram seus postos de trabalho ao constatarem tais problemas. Sem saber ao certo como ocorreram as negociações por trás dos bastidores, as equipes de saúde da APS desse território foram convocadas a atuar diretamente nesses postos de atendimento. Esses colaboradores da APS precisavam sustentar, do começo ao fim, um espaço de serviço de saúde estruturado sob os moldes de urgência e emergência. Para tanto, seriam garantidos tanto os recursos humanos da ESF como, também, seriam utilizados seus recursos estruturais, equipamentos, insumos e medicamentos.

Para atender tal demanda, estava previsto profissionais de saúde que notoriamente eram despreparados, em sua maioria, para atuar nesses postos de atendimento. Afinal, a APS e os setores de urgência e emergência eram bem distintos, e exigiam conhecimentos e experiências diferentes. Percebia-se que a discrepância do domínio técnico entre uma área e outra era gritante. Mesmo assim, foram organizadas escalas com esses trabalhadores que, inclusive, ainda revezavam as suas atuais funções com seus afazeres nas suas CF de origem.

Um grande esquema de organização foi montado entre os gerentes das CF para dar conta de ambos os propósitos: o evento esportivo, garantindo o atendimento ao público; e a rotina nas CF, para manter a assistência aos usuários locais. Foi assim durante um mês e meio: os esforços de serviços recém-inaugurados voltados para a população daquele território foram submetidos às necessidades de um comitê internacional que não havia dado conta de suas responsabilidades diante da magnitude do seu evento.

Era como se a ESF daquele território fosse uma grande empresa encarregada pela prestação de um bom serviço. Era preciso garantir a imediatividade das respostas ao que fora demandado pelos seus gestores superiores. *“O gerenciamento apresenta argumentos, a fim de justificar as contradições permanentes entre as práticas concretas da vida do trabalho e a moral ou os valores dos empregados”* (GAULEJAC, 2007, p. 130). Era preciso obedecer às ordens e, obviamente, sem questioná-las. O cumpra-se era um exercício contínuo, sempre utilizando como argumento o serviço em prol ao usuário. Esse fato representava apenas mais um exemplo de tantos outros posteriormente vividos.

Foi imprescindível aprender a montar um carrinho de parada com os seus insumos e medicamentos necessários para compor os postos de atendimento ao público. A constante reinvenção de si era preponderante para fazer a roda girar. A especialização flexível e instantânea para assegurar que o novo produto esteja o mais rápido possível disponível para

consumo (SENNETT, 2012). Ademais, foi preciso organizar um dispensário para os itens que viriam a ser usados com mais frequência. Para isso, foi preciso circular todo o território no qual trabalhávamos, além de outros cantos do município, levantando tudo que seria considerado fundamental para a montagem desse espaço, desde a infraestrutura até insumos.

Posteriormente, foi feita a reposição daqueles medicamentos que eram utilizados, indo periodicamente aos postos de atendimento ao longo de todos os dias no decurso do evento. Era preciso oferecer suporte às equipes técnicas para conduzir os atendimentos, instruindo como as ampolas, os comprimidos e demais itens estavam sendo dispostos. Um grupo de *whatsapp* se manteve ativo durante toda essa época a fim de tirar dúvidas, ser acionado para a necessidade de algum tratamento medicamentoso específico ou necessidades de reposição. Esse espaço se mantinha mobilizado por 24 horas, e a maioria dos trabalhadores daquela gestão, também.

Todos esses momentos empenhados em garantir a expansão da APS e o suporte à saúde do público do grande evento esportivo não caminhavam de forma isolada. As eleições municipais também marchavam juntas. Faltava pouco tempo para o período eleitoral, e ainda havia serviços da APS para serem inaugurados. Duas CF deram início ao seu funcionamento ao público exatamente nas vésperas do dia de votação. O último palanque ou a ampliação de acesso aos usuários?

De fato, há uma via de mão dupla, pois *“a política vai procurar os remédios para o mal que a corrói do lado da gestão, embora seja esta última que contribui para produção desse mal”* (GAULEJAC, 2007, p.149). Um exemplo do poder do aparelho da gestão a serviço das ordenações políticas que faz gotejar até a última gota do suco da laranja mecânica. Contudo, surpreendentemente, os esforços não foram o suficiente para garantir a vitória do candidato apoiado pela gestão de governo da época.

2.1 A primeira transição

Foi quando uma nova era de governo começou e uma série de mudanças, palavra que se tornará muito comum ao longo desta tese, aconteceu sob um verdadeiro efeito cascata. Diante dessa conjuntura, é preciso adiantar: a gestão anterior seria nosso símbolo de nostalgia, mesmo após termos vivenciado suas contradições e toda submissão do árduo processo de trabalho. Esses novos momentos passariam pela experiência dos atrasos e reduções salariais, pelo desemprego e, sobretudo, pelo assédio moral.

Nesse contexto, houve um dia em que algo inusitado aconteceu: a porta da sala da coordenação daquele território permaneceu fechada ao longo de toda uma manhã. Um episódio estranho por ser um lugar sempre aberto e de fácil acesso. Passada a parte da manhã, bem logo depois do almoço, os colaboradores de todas as linhas de cuidado foram convocados para participarem de uma reunião no auditório.

A indigestão: havia uma ordem da Secretaria Municipal de Saúde vigente para que houvesse a redução pela metade do número de equipes da ESF daquele território. Conseqüentemente, haveria também a redução de CF abertas, bem como a demissão de uma boa parte dos profissionais de saúde da área. Algumas unidades recém-inauguradas não tinham sequer um ano de existência e já estavam sofrendo com o decreto de sua redução ou fechamento de suas portas. Era apenas o começo, um enunciado de desmonte dos serviços de APS.

Parecia estranho pensar no fim de todo um serviço que demandou um complexo processo de estruturação, que levou tanto tempo e dedicação para ser erguido. Mais esquisito ainda era começar a compreender o quanto o SUS fora construído em alicerces tão frágeis ao ponto de uma transição de governo conseguir provocar a destruição daquilo que deveria ser sustentado como uma política de estado: o direito à saúde. Era inóspito refletir o quanto um serviço dedicado ao cuidado em saúde poderia se tornar tão descartável e passageiro ao ponto de ser fechado da noite para o dia, desconsiderando todo o trabalho implicado com afincos por toda a equipe, bem como as vidas dos usuários.

Foi nessa conjuntura que nasceram alguns movimentos sociais de saúde locais. Naquele mesmo dia, quando foi anunciada a redução do número de equipes da ESF, no período da noite, uma grande massa de trabalhadores da saúde se reuniu para se mobilizarem. Por conta de toda essa mobilização e articulação dos trabalhadores, nenhum serviço foi fechado. Contudo, a tentativa de desmonte do governo vigente não findou por ali. O recuo na tomada de decisão para realizar o fechamento das CFs era mais perigoso do que se imaginava.

Havia uma guerra velada sendo implantada com a nítida intenção de vencer aqueles profissionais pelo cansaço físico, emocional. Isso afetaria o coletivo mais do que o esperado. Uma nova estratégia de desmonte desses serviços públicos de saúde foi executada, agora de forma discreta, paulatina, rasteira e silenciosa. A epidemia da terceirização impõe impiedosamente em suas práticas sequelas associadas ao alto grau de instabilidade e insegurança no trabalho. Nessas condições, o trabalhador de saúde está subordinado à lógica da flexibilidade (ANTUNES, DRUCK, 2014).

Nesta última década no Brasil, o crescimento e a difusão da terceirização a reafirmam como uma modalidade de gestão, organização e controle do trabalho num ambiente comandado pela lógica da acumulação financeira que, no âmbito do processo, das condições e do mercado de trabalho, *exige total flexibilidade em todos os níveis*, ela institui um novo tipo de precarização que passa a dirigir a relação capital-trabalho em todas as suas dimensões. [...], exigindo e transferindo aos trabalhadores a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos como trabalho e pela “volatilidade” nas formas de inserção e contratos (ANTUNES e DRUCK, 2014, p. 16-17).

Com esse último acontecimento, gradativamente, mudanças ocorreram nas coordenações responsáveis pela APS dos territórios do município. Não foi diferente no qual eu trabalhava. Logo em seguida, houve a despedida da coordenação da época. Esta exoneração gerou muita comoção, principalmente por conta dos boatos que giravam em torno dos possíveis substitutos. As informações de corredor se confirmavam e não eram animadoras.

A nova equipe daquela coordenação já era conhecida. Inclusive, havia ocupado aquela posição na gestão anterior e permanecido na atual, executando funções associadas às linhas de cuidado em saúde. Eram, até então, colegas de trabalho. Na convivência, eram profissionais de pouco envolvimento nas tomadas de decisão que estavam relacionadas ao conhecimento técnico. Além disso, eram pouco comprometidos com as suas funções antes de assumirem a nova posição, sempre chegando tarde e saindo cedo. Todavia, eram detentores de um quesito previamente citado aqui e que precedia as habilidades e compromissos técnicos: tinham sido elos de confiança, e assim permaneciam, para o gestor que assumiria a coordenação. Isso era o suficiente.

Aparentemente, existiam traços bem específicos para a modulação daquela gestão. A nomeação do novo coordenador definiu a formulação da equipe de novos assessores, sendo baseada em vínculos de amizade, convocando pessoas que eram consideradas aliadas para execução de algum propósito, o qual não era tão notório. As intenções não eram claras. Parecia existir uma espécie de inimigo a ser combatido, mas não se conhecia sua face. Eu mesma poderia ser encarada como uma adversária, considerando os episódios posteriores pelos quais enfrentei toda a hostilidade possível. Isso não era uma exclusividade minha. Outros companheiros de trabalho passaram pela mesma situação. E não eram óbvias as razões que motivaram a conduta malevolente e os atos assediadores. Todavia, gerava um enfraquecimento daquele coletivo de profissionais diante de tantos acontecimentos combativos e sem propósito.

Recordo-me de presenciar vários trabalhadores, enfermeiros potentes, que atuavam há anos na gestão pública de saúde, optando por sair de cena e retornarem ao campo dos estudos. De forma unânime: todos ingressaram em faculdades de medicina. Alegavam que “*nunca mais quieram passar por isso*”, referindo-se aos episódios persecutórios e de humilhação que a

coordenação do território nos submetia. Entendiam que o diploma de médico traria o benefício dos privilégios, de fato existentes, presentes à categoria. Era perceptível o tratamento ofertado aos médicos, sendo bem diferenciado com relação às outras categorias profissionais. Isso justificava o desejo por outra formação.

Em paralelo a isso, era curioso ouvir as justificativas acerca do retorno do núcleo de gestão vigente. O coordenador recém-nomeado e toda sua equipe verbalizavam em reuniões, argumentando que haviam voltado ao chamado “*o poder daquele território*” graças a uma evocação divina. Segundo o próprio coordenador, Deus o havia trazido de volta àquele lugar. Para eles, existia uma associação junto à força celestial que era considerada tão poderosa ao ponto de proporcionar uma resposta ao que diziam ser uma “*injustiça*” feita num passado não tão distante. Referenciam-se as exonerações dos cargos que sofreram à época para que ocorressem novas nomeações. Essa forma de pensar e os discursos religiosos que eram proferidos por esse grupo de gestores vinham acompanhados de um livro do alcorão num braço e um santo terço na outra mão.

Um dos principais artifícios presentes nessa nova gestão estava associado à desqualificação do saber profissional por intermédio do assédio moral². A expertise não se tratava de um pré-requisito necessário para habitar aquele espaço. Aos poucos, surgiam demandas que divergiam dos saberes técnicos necessários para gerenciar uma determinada área de conhecimento. Lembro-me, claramente, de situações nas quais era chamada na sala da coordenação para que fossem discutidas questões que não cabiam àquele nível de gestão resolver, sendo as decisões, discordantes quanto às necessidades das práticas assistenciais.

Era requisitado, por exemplo, que fossem realizadas revisões que alterassem a relação de medicamentos essenciais do município (REMUME), documento atualizado periodicamente por uma área técnica específica na secretaria do município, ou seja, resoluções de nível central. Solicitava-se isso como se fosse possível promover uma mudança isolada, considerando apenas as características farmacoepidemiológicas de um único território da cidade. Demandava-se a exclusão de medicamentos que apresentavam mais de um tipo de posologia ou que possuísem mais de uma forma farmacêutica diferente, menosprezando as necessidades de prescrição e

² De acordo com a Controladoria-Geral da União, assédio moral refere-se a uma conduta reiterada e prolongada no tempo, sendo acompanhada de posturas abusivas e exageradas por intermédio de palavras e comportamentos. Isso faz com que haja a desestabilização emocional da vítima e que podem gerar danos à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica da mesma. Isso pode comprometer seu vínculo profissional ou trazer prejuízos ao seu ambiente de trabalho (BRASIL, 2023).

especificidades do tratamento do usuário e seu potencial de adesão frente ao que estava disponível no serviço de farmácia.

Nesses episódios, por mais que fosse esclarecida a inviabilidade de realizar o que havia sido solicitado, recorrendo a esclarecimentos baseados no conhecimento da área da tecnologia farmacêutica, era submetida a cenas de assédio moral. Foram vários momentos nos quais fui exposta em reuniões, estando presentes outros colaboradores do território. Parecia que esses profissionais eram chamados exatamente para testemunharem o sofrimento causado por aquele constrangimento psicológico... Nada era velado. Eu me recordo de perder o poder da fala, gaguejar e me sentir completamente vulnerável e acuada. Foram meses passando por essas situações que me fragilizavam emocionalmente.

Um dos acontecimentos mais marcantes foi um em que fui chamada na sala da coordenação. Ao entrar, fui recebida com gritos e resmungos por “*não ser capaz de realizar a redução em 10% de itens da REMUME*”, conforme havia sido solicitado. À medida que tentava, mais uma vez, explicar os motivos de não conseguir atender a solicitação, amparada por justificativas técnicas, era interrompida. O tom de voz do coordenador (assediador) aumentava e eu era diminuída por ele. Sua equipe de gabinete, toda composta por mulheres, presenciou a situação e ninguém, nem mesmo eu, fui capaz de reagir à tamanha violência.

Já não me sentia tão capaz de estar ali e ocupar minha posição enquanto profissional. Ir para o trabalho passou a ser tortuoso, e a sala de estoque havia se tornado refúgio para as minhas lágrimas. Eu só sabia chorar e lamentar. Todos os dias ia trabalhar preparada para ser demitida e, por alguma razão, não era. Experienciava a condição de uma “*morta-viva*”, em necrose emocional, ruína psíquica, considerando as formas contemporâneas de submeter à vida ao poder da morte, morria apesar do corpo teimar em respirar (MBEMBE, 2018).

Para além de lidar com o constrangimento psicológico diário, surgem outras questões que só amplificam a perversidade daquele momento. Agora, era preciso sustentar os contínuos atrasos salariais. Nesse período, a prefeitura realizava repasses totalmente irregulares às OSS presentes nos vários territórios de cobertura da APS, fazendo com que as mesmas não tivessem condições de efetuar os pagamentos de seus trabalhadores de saúde nas datas previstas. Houve situações de vivenciarmos atrasos de mais de 60 dias. Isso se repetia com frequência. Tornou-se rotina. Quando um salário era recebido, outro já estava em situação de atraso. Foi assim ao longo de todo governo daquele município. Foram quatro anos de sobrevivência para quem ali permaneceu até o fim. Não foi o meu caso. Ainda, acompanhei a distância a situação de vários colegas submetidos aos percalços do serviço de terceirização.

É doloroso lembrar essa parte da minha trajetória profissional. Identifico, inclusive, como a mais difícil, até o momento, na minha vida. Apesar de ter passado por outros episódios de assédio posteriormente, esses foram o marco de uma realidade da qual não sabia a existência. Uma aula imposta e, com o tempo, aprendi a me posicionar. Tomar consciência dos fatos, dos propósitos intrínsecos para cada caso de assédio, foi um caminho longo e exaustivo.

A autoimagem foi ficando deturpada à medida que esses fatos foram acontecendo. Entendia que aquele não era mais o meu lugar, que não era tão qualificada para as funções que havia me preparado. Eu já não me reconhecia. Enxergava-me como uma pessoa burra e incapaz. Foi quando, no fundo do poço, recorri à psicoterapia, entendendo que precisava de uma ajuda profissional. Além disso, comecei a praticar atividade física, corrida de rua. Logo em seguida, chegou o exercício de natação em águas abertas. Essas práticas esportivas também passaram a ser minha válvula de escape. Eu decidi ser resistência. E resisti.

2.2 O começo do primeiro fim

Novas mudanças aconteceram. O coordenador vigente, alinhado aos propósitos de desmonte do atual governo municipal, foi convidado (após vários outros gestores de excelência recusarem tal posição) para compor a cadeira da subsecretaria de APS no nível central da secretaria de saúde, e uma nova substituição de coordenação aconteceu naquele território. A atual proposta de composição, apesar de ser constituída por profissionais de confiança do gestor que ascendia, aparentemente não produziria ações persecutórias. Era possível crer em dias um pouco mais tranquilos para caminhar com o processo de trabalho, apesar da conjuntura geral não ser absolutamente favorável. Contudo, essa sensação de calma local não perdurou por muito tempo.

Entramos num ano de eleição para governador e presidente. O mês de outubro era logo ali. O governo vigente do município possuía seus preferidos a serem eleitos e, apesar da garantia por lei do voto secreto, a escolha no processo eleitoral, existia uma intensa pressão para fazer com que os profissionais de saúde daquele município seguissem seus preceitos.

Nessa conjuntura, não era possível promover manifestação de apoio a candidatos contrários aos indicados pelo prefeito, estando sujeito a sofrer penalidades típicas das práticas de assédio moral. Acompanhar a vitória de uma política completamente contrária à execução dos direitos à saúde, assim como tantos outros que foram perdidos ao longo dos últimos anos

da atualidade, provocou uma sensação imensa de impunidade e fracasso. Era o verdadeiro significado de estar de braços atados diante da perversidade ganhando *status* de vitória. Eu vi o festejo daquela gestão local com seu governador sendo eleito em primeiro turno e seu presidente, em segundo. Fiz a única coisa possível naquele momento, mais uma vez: chorei.

Nessa mesma época, em busca do que chamei de refúgio político, ingressei no processo seletivo para uma vaga no curso de doutorado. Já em acompanhamento psicológico há alguns meses, ainda não me sentia 100% confiante para vivenciar esse momento. Mas era como se, mesmo hesitando, eu precisasse provar para mim mesma de que era capaz de ocupar aquele lugar. Entendia que retornar à academia seria a forma de demonstrar meu potencial, principalmente para mim mesma.

Envolvida com alguns projetos de pesquisa na instituição para qual participaria da seleção para vaga de doutorado, recebi o suporte preciso e necessário do meu orientador para seguir em frente, apesar das dúvidas e angústias presentes. Ainda me recordo: foram muitas reuniões banhadas de lágrimas acolhidas por ele. Enquanto me preparava para as provas de doutorado, eu me reencontrava. Retomar a teoria, pensar no universo da prática disposta na Saúde pública, propiciou reflexões poderosas e importantes para aquele momento. As razões que me conduziram até aqui não podiam ser ignoradas. Era preciso falar sobre cada uma delas e ressignificar tudo que estava vivendo.

Ainda me sentia insegura. Quando fui verificar o resultado das provas, revi por diversas vezes o número de inscrição que estava atrelado à minha nota. Eu verifiquei incansavelmente sem acreditar: eu havia passado para a etapa da entrevista. Por mais que houvesse apresentado um bom desempenho nas provas, eu ainda duvidei. Com receio, fui ao dia e horário agendados para a próxima fase.

Era impactante perceber como o reflexo do campo de trabalho me perseguia para além dos seus limites, afetando-me na vida por inteiro. Dias depois, o resultado final: havia passado em 3º lugar no concurso para área de Política, Gestão e Planejamento. Uma vitória pessoal diante de tantos desmoronamentos das políticas públicas de saúde, das fragilidades emocionais impostas ao coletivo e da morte velada dos serviços e seus usuários. Eu reagia diante da necrose psicológica que havia sido submetida. Ademais, não imaginava o quanto disso viveria ao longo deste doutorado e que se transformariam nessas páginas.

O vínculo empregatício pela OSS vigente chegava ao fim devido ao término de contrato frente à prefeitura. Seu período contratual findava e um novo processo seletivo é feito para que uma nova entidade assumisse o posto de gerenciamento daquele território. Quando isso

acontece, automaticamente todos os profissionais são demitidos, recebem seus direitos trabalhistas e são, a princípio, admitidos pela OSS seguinte.

Para que isso acontecesse, foi necessário realizar uma intensa tarefa para verificar quais colaboradores desejariam permanecer nos serviços, identificando quais gostariam de ser contratados pela nova OSS, considerando que o atual contrato apresentava uma significativa redução salarial para as categorias. Assumi essa função frente à equipe de farmácia. Os farmacêuticos e técnicos de farmácia que não fossem continuar seriam substituídos rapidamente por intermédio de processo seletivo ordenado pela própria área técnica.

Toda essa ação foi realizada em quinze dias, tempo necessário para proceder com a transição da nova empresa, a fim de que nenhuma unidade de APS ficasse sem cobertura da assistência farmacêutica. No último dia de contratação, ainda existia uma dúvida sobre mim. Não sabia como ficaria a minha permanência. A coordenação hesitava em me passar informações sobre o cargo que ocuparia, considerando os cargos dispostos na nova formulação contratual que regia o gerenciamento daquele território.

Aos quarenta e cinco do segundo tempo, decidi procurar a coordenadora da época e procurar informações sobre o meu destino. No último dia de assinatura de contrato descobri que não faria mais parte da coordenação e que deveria assumir algum serviço farmacêutico no campo assistencial, tendo que escolher uma das nossas unidades. Diante de todos os esforços para garantir a cobertura das farmácias, indaguei que todas as vagas já estavam devidamente preenchidas com seus profissionais, inclusive já devidamente contratados pela nova empresa. Não havia espaço para mim. Foi quando recebi a seguinte orientação: “*é só demitir alguém*” para que, então, eu me recolocasse. De imediato, sem hesitar, recusei a opção que me foi dada. Não fazia sentido receber essa proposta para permanecer empregada nem, muito menos, aceitá-la. Não cabia aos meus preceitos éticos e morais. Questiono-me como encararia os meus colegas se, na posição ainda de chefia, eu demitisse alguém em prol da minha permanência.

Arrematei-me das minhas funções na APS, entendendo que “*o problema que enfrentamos é como organizar as histórias de nossas vidas agora, num capitalismo que nos deixa à deriva*” (SENNETT, 2012, p.133). Eu havia me posto nessa posição. Entendi que se tratava de uma escolha minha encarar novamente a destrutiva condição do desemprego e a fadada ideia de que “*eu não sou boa o bastante*”, dialogando abertamente com o tabu do fracasso e aprendendo a me tornar um ser em constante processo de recuperação nessa realidade do campo profissional que havia escolhido (SENNETT, 2012).

Embora devamos admirar a força individual, o voltar-se para dentro de si próprios para as relações íntimas mostra os limites da coerência que alcançaram. Exige-se um senso maior de comunidade, e um senso mais pleno de caráter, do crescente número de pessoas que, no capitalismo moderno, estão condenados a fracassar (SENNETT, 2012, p. 155).

A despedida, principalmente dos meus pares mais próximos, foi dolorosa. Deixar minha dupla de trabalho causou tristeza, principalmente sabendo o quão penoso seria para ela lidar sozinha com as demandas da assistência farmacêutica daquele território. Além disso, havíamos construído uma parceria profissional harmônica e saudável. Sentiria falta disso. Em seguida, afastar-me da equipe de farmacêuticos que atuava no serviço assistencial foi atroz. Quando cheguei para trabalhar naquele lugar, minha desenvoltura junto aos meus colegas era conflituosa. Ainda me faltava maturidade para realizar o labor coletivo e ter a inteligência emocional para conduzi-los. O tempo e o retorno dos meus companheiros acerca das minhas atitudes e comportamento foram as doses necessárias para o meu desenvolvimento e aperfeiçoamento como profissional. Fora a aula mais precisa e preciosa que tive ao longo da minha jornada na APS.

Esses farmacêuticos foram capazes de fazer com que eu resignificasse minha postura diante da profissão. A dedicação e conduta daquele grupo foram o meu alicerce para fazer as pazes com a área da farmácia, desfazendo o olhar que havia sido construído na minha época de estágio como acadêmica bolsista. Esse grupo heterogêneo, composto por pessoas e suas formas tão diversas de pensar, foram capazes de me surpreender positivamente. Foi desafiador, por muitas vezes foi necessário lidar com situações difíceis na convivência em grupo, mas foi um processo imprescindível para o nosso amadurecimento.

Esse lugar fez parte de mim durante quase cinco anos. Após a fase de adaptação, existia uma sensação de pertencimento. Eu fazia parte daquele espaço, daquela rotina. Eu havia crescido como profissional e entendia que seria possível contribuir mais para o desenvolvimento do processo de trabalho no qual estava envolvida. Contudo, isso não era o suficiente, porque não havia o desejo da minha permanência. Então, eu fui desenraizada, como se fosse fácil deixar de pertencer a um lugar.

O enraizamento é talvez a necessidade mais importante e mais desconhecida da alma humana. É uma das mais difíceis de definir. O ser humano tem uma raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro. Participação natural, isto é, que vem automaticamente do lugar, do nascimento, da profissão, do ambiente. Cada ser humano precisa ter múltiplas raízes. Precisa receber quase a totalidade de sua vida moral, intelectual, espiritual, por intermédio dos meios de que faz parte naturalmente (WEIL, 1996, p. 411).

Num primeiro momento, sem entender muito bem o que motivou as tomadas de decisão da coordenação, entrei em sofrimento pelo desligamento, pela ruptura dos vínculos e pelo fato de estar desempregada. Em uma análise posterior, o panorama apontava o quanto a perversidade do ex-coordenador, o então subsecretário da época, ainda estava atrelada aos mandos e desmandos daquele território. Ainda havia sua influência para o meu desligamento. Era como se aquela coordenação o pertencesse, como um objeto, fazendo com que as suas ordens prevalecessem.

Foi mais uma fase dura, e de uma camuflada hostilidade. Era o último ato de assédio moral naquele cenário. Todavia, outros ainda estavam por vir. Amparada pelo que descrevo como meu tripé da salvação, busco novas raízes, recursos que me garantisse suporte existencial ao longo de toda essa dinâmica da minha trajetória profissional - doutorado, terapia e atividade física. Era imprescindível me manter firme. Foi assim que vivi bravamente a etapa desse luto e aprendi a me proteger para os próximos episódios. A terapia trouxe o alicerce para o autoconhecimento e compreensão de si; eu precisava me pertencer. O doutorado e a atividade física me trouxeram de volta para um coletivo; eu estava sendo enraizada novamente.

Porém, é preciso dizer que, nessa época, percebi o quanto era difícil não me enxergar mais como uma proletária, alguém que pertencia, ao que Antunes (2009) chama de a “*classe-que-vive-do-trabalho*”. E, de fato, fazia sentido. Eu fazia parte de uma agenda feroz, demarcada de hora em hora com muitas demandas, que recebia ligações e mensagens de *whatsapp* ininterruptas para resolver algum problema.

A classe-que-vive-do-trabalho, a classe trabalhadora, hoje inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos [...]. Ela não se restringe, portanto, ao trabalho manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado (ANTUNES, 2009, p.101).

Apesar de entender todo o trabalho de uma doutoranda, o labor do serviço me fazia falta. Eu precisava do equilíbrio entre os lados de filósofa e do ato de ser operária. Era imprescindível promover o diálogo entre essas duas faces, e garantir a artimanha de não mais me transformar num robô, uma máquina automatizada de fazer gestão, permitindo a elaboração de reflexões sobre a minha atuação e construção desse lugar.

Apesar do primeiro ato da minha vivência no campo da gestão pública em saúde chegar ao fim, aquele ano ainda não havia findado, e minhas experiências se perpetuaram pelos anos seguintes. À proporção em que a cortina se fechava, um intervalo se aproximava, uma breve

pausa dramática chegava, um novo ato se montava, e cenários inéditos surgiam no meu caminho como profissional de saúde no universo da gestão. Era um novo começo. Na verdade, eram novos começos, um plural bem demarcado, é o que monta a reta curvilínea da minha vida como gestora. Sigamos para o próximo ato.

3 O PERCURSO POR DIFERENTES PATAMARES DE SUBEMPREGOS

Eu me lembro das coisas, antes delas acontecerem.

João Guimarães Rosa.

Logo após o fim do meu período de contratação na OSS, despedida da minha vivência na coordenação da APS, surgem novas experiências de atuação no campo profissional. Todavia, não se trata de oportunidades facilmente encontradas. Antes, havia sempre uma prévia do fantasma do desemprego que pairava sobre mim. Decerto, lamento, não sou a única a passar por isso. Depois de um tempo, é provável que um *e-mail* seja respondido ou que se receba um telefonema. Esses chegam acompanhados por novos tratados de relações empregatícias. De repente, percebe-se que está enfrentando uma escalada para alcançar nivelamentos diversos do universo do subemprego.

Um cenário crítico se apresenta, e nele perpasso por diferentes formas de funcionamento de terceirização da minha força de trabalho. Vivencio relações complexas, árduas e, principalmente, descontínuas, associadas aos vínculos trabalhistas que estão dispostos a mim. Da mesma maneira, vejo todo um coletivo de trabalhadores da Saúde pública passando pela mesma trajetória ou, no mínimo, bem parecida.

Trata-se de uma conjuntura que, disfarçadamente, chega como uma chance de ganhar conhecimento e ampliar a capacidade de se desenvolver em diferentes áreas. Isso é um fato inegável e agregou, indiscutivelmente, potencialidades diferenciadas ao meu currículo. Mas esse desenvolvimento requer um custo alto. É preciso estar disposta a enfrentar episódios associados, principalmente, ao movimento de alta rotatividade de vínculos, sobrecarga e constantes mutações no âmbito do trabalho.

Nessa perspectiva, Antunes (2009) fala sobre as profundas transformações na sociedade contemporânea, trazendo à tona, como exemplo, o contingente de desempregados estruturais atingidos pela crise do capitalismo. Observa-se que o principal propósito dos condicionantes neoliberais está sempre associado à busca de um bem, de um produto. Tais intenções não têm perdoados, sequer, as áreas de serviço que competem ao campo da Saúde pública. O SUS, gradativamente, passa também a ser tratado como um mercado; os seus usuários, como uma mercadoria; e seus trabalhadores, como uma verdadeira linha de produção, sempre numa condição temporária.

Essa realidade está presente tanto nos chamados países do Terceiro Mundo, incluindo o Brasil, como, inclusive, nos países capitalistas centrais. Entende-se que impera a lógica do sistema em converter a busca pela produtividade por intermédio de um processo prejudicial e desordenado. Caracteriza-se o firme empenho em garantir o enfraquecimento dos elos trabalhistas (ANTUNES, 2009).

A lógica do sistema produtor de mercadorias vem convertendo a concorrência e a busca da produtividade num processo destrutivo que tem gerado uma imensa precarização do trabalho e aumento monumental do exército industrial de reserva, do número de desempregados (ANTUNES, 2009, p.18).

Um exemplo vívido disso está no processo de terceirização dos serviços no contexto da Saúde pública. O mesmo colabora com esse feito ao promover o desemprego com a mesma facilidade em que realiza uma contratação. Também se volta de forma prioritária para o modelo da produção de mercadorias, mesmo que essa se refira à saúde de uma população; e para a valorização do capital, mesmo que sujeitando trabalhadores altamente preparados à desqualificação inerente à precarização estrutural do trabalho. Como diz Gaulejac (2007), “*O mundo parece cada vez mais ‘insensato’: os ganhos de produtividade não impedem as demissões [...] O que faz sentido para ‘os mercados’ faz com que o trabalho humano perca suas significações primeiras*” (p. 152).

O profissional de saúde submete-se a determinados episódios devido às suas necessidades de sobrevivência. Trata-se de alguém que se encontra na vida, um lugar que tem seu preço. É o conhecido pagador de boletos. A necessidade de manutenção do seu vínculo trabalhista é, também, o elo de sua subsistência.

Não são cifras que determinam sua ação, mas atividades concretas, relações humanas, ganhos que condicionam sua existência. Seu emprego é um suporte que dá ritmo a seu tempo de vida, que estrutura os comportamentos, que canaliza a sociabilidade e mobiliza os investimentos afetivos (GAULEJAC, 2007, p.153).

Nesse movimento, percebe-se uma desconexão com o coletivo de trabalho. Não há mais laços estáveis que geram a sensação de pertencimento. A identidade social e as identidades profissionais se dissolveram. “*O coletivo não realiza mais sua função de mediação entre o indivíduo e a empresa.*” (GAULEJAC, 2007, p. 155). Nas atuais condições, um profissional não terá pudor em arrematar uma recolocação no campo do trabalho, mesmo que para isso venha na posição de substituir outro. Também tem suas contas a pagar, correndo os mesmos riscos que o seu anterior. Sucede, mas está passível de, em algum momento, anteceder. Isso

representa um bom disfarce para as lacunas provocadas pelo desemprego: demite-se um, admite-se outro. Não há limites nas regras impostas pela flexibilidade cujas disposições não estão alinhadas a favor da classe trabalhadora.

Considerando que a interface do campo de trabalho em questão refere-se à Saúde pública, como se articula uma discussão frente à valorização do capital? O que se observa é que os produtos vinculados a esse lugar estão associados a um conjunto de vidas humanas as quais gradativamente foram, à medida que são objetificadas, perdendo o seu real valor. Alinhado a isso, impulsiona-se a ideia de transformar o cuidado em saúde em um processo de produção em série.

Nesse circuito, não importa se as peças não se encaixam. Isso constrói as justificativas necessárias para a dinâmica que fragiliza o elo trabalhista, promovendo o esgotamento e a exaustão do trabalhador, estando essa agregada a sua fácil permuta. É o fim da era do vínculo empregatício vitalício, assim como do vínculo com o usuário. Percebe-se que, cada vez mais, se fortalece o jogo da competição. Naturaliza-se, intencionalmente, o excesso de trabalho, pois é preciso atingir os objetivos determinados pela empresa, seja ela pública ou (dita) sem fins lucrativos, como instrumento legal que flexibiliza a mão de obra qualificada.

Aqui, apresento algumas das cenas dessas fábricas de fazer Saúde pública, descrevendo alguns interiores do mundo do trabalho. Primeiro, relato histórias de um serviço prestado a uma subsecretaria de uma Secretaria de Estado de Saúde, um lugar feito de infinitos trânsitos. Em seguida, direciono-me a um trabalho que foi executado numa fundação estatal de uma Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente, participei de uma equipe de transição de governo. No meio do caminho, um novo ato de transitar se forma e transito para um novo fim.

3.1 Em estado flexível

O Estado se apresenta. Aparentemente, não representa um lugar desconhecido. Não chegou trajado em sua melhor versão. Absolutamente! Nem muito menos veio como enunciado de um noticiário de jornal ou televisão. Até então, eram esses os lugares mais comuns para ter contato com ele. O Estado estava ao vivo, mas não tão vivo; e a cores, mas não tão colorido.

A sua performance é exposta para mim na condição de trabalhadora e nas regras enganadoras do poder gestor. O encontro foi um típico *déjà-vu* entre o desemprego e a precarização do trabalho, esse clássico enredo da minha vida profissional. Pairava entre o saber

técnico e os interesses da economia política. Foi apresentado o tempo de um novo poder como se fosse um bolo de pacotes de figurinhas repetidas... Nunca se preenchia o álbum.

Particpei de um processo seletivo referente a uma espécie de projeto de extensão, envolvendo uma universidade pública e uma Secretaria de Estado de Saúde. A proposta era oferecer suporte como recurso humano especializado à gestão de uma das subsecretarias. Nesse enredo, vários profissionais, com diferentes formações e habilidades, foram convocados a realizar funções diversas. Éramos um grupo multiprofissional composto por enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e sanitaristas que dispunham de conhecimentos referentes à educação em saúde, tecnologias da informação, processos de regionalização, planificação e assistência farmacêutica. Estava imergindo num universo bem distinto da minha última experiência na gestão. Inicialmente, havia o interesse de fortalecer o saber técnico. Toda equipe caminhava para esse viés.

Eu, especificamente, atuava como analista em saúde e ficava como referência da assistência farmacêutica, trabalhando diretamente com a superintendência dessa área. Isso não impedia que, por vezes (muitas vezes), fosse convocada a interagir com outras frentes, em demandas que envolvessem os demais setores que compunham tanto aquela subsecretaria como outras da secretaria em si. Havia protocolos, resoluções e cofinanciamentos que sempre requeriam revisões textuais, ou a colaboração com algum conteúdo em particular que perpassava por diferentes setores da gestão, demandando reuniões de segmentos diversos para garantir contribuições e deliberações com o devido fundamento técnico. Sentia orgulho disso.

Em contrapartida, mesmo diante de uma experiência que certamente agregaria na minha construção enquanto profissional e no peso curricular, era impossível não pensar que vivia mais um ciclo de precarização do vínculo trabalhista. Esse roteiro permanecia. A contratação se dava por intermédio de um recibo de pagamento autônomo (RPA), providenciado por uma universidade, cujo projeto estava vinculado. Depois de alguns anos vivendo pela Consolidação das Leis Trabalho (CLT), esse formato de contrato era uma novidade para mim. Não havia carteira de trabalho assinada, muito menos direitos trabalhistas garantidos. Para efetuar nossa remuneração, era realizada a descentralização de recursos da Secretaria de Estado de Saúde, a qual repassava para a instituição de ensino superior em questão.

Com o tempo, a acepção era de que essa prática seguia um movimento muito comum e contínuo para obter acesso à mão de obra especializada, sendo sempre de forma temporária, apresentando remunerações condicionadas a repasses da Secretaria de Saúde à universidade. Isso trazia o tom do descompromisso com os profissionais que estavam atrelados a essa função. Não havia um responsável direto associado, por exemplo, que verificasse e acompanhasse

situações de possíveis atrasos de pagamento. Quando isso acontecia, não se tratava de um problema de fácil resolução. Pelo contrário! Era necessário consultar muitas camadas de níveis de gestão para garantir uma possível regularização. Ao longo do período que participei do projeto, vivenciei, junto com os meus colegas, por várias vezes, mais de 30 dias de atraso, sem ter qualquer esclarecimento sobre os motivos.

De uma forma geral, toda essa experiência deixava claro que a existência daquele formato de contratação era naturalizada. E não só fortalecia a precarização do trabalho, como também desvalorizava aqueles já vigentes no mesmo local. A condução de tarefas e funções daquela subsecretaria, na verdade, de toda secretaria, ainda contava com a presença de servidores e colaboradores contratados pela OSS que vigorava à época. Eram diferentes vínculos profissionais, formando um verdadeiro mosaico de interações trabalhistas habitando o mesmo lugar. Questionava-me qual estratégia seria suficientemente capaz de garantir o desempenho das demandas e trazer os devidos resultados necessários daquele serviço.

3.1.1. Um *pout-pourri* de vinculações trabalhistas e seus aspectos relacionais

Obviamente, muitas questões intrínsecas estavam associadas a essa dinâmica dos recursos humanos – que de humano, em si, não tem nada. Podem-se destacar os distintos valores salariais que resultaram em diferentes tratativas nas relações entre os servidores, os contratados pela OSS e aqueles que estavam vinculados ao projeto:

- a) aos (poucos) servidores era possível negociar a redução de carga horária, permitindo que os mesmos pudessem complementar suas rendas com outros vínculos, tendo em consideração seus baixos salários;
- b) aos contratados pela OSS, refêns do ponto biométrico, apenas cabiam aceitar as condições de trabalho estabelecidas, a precariedade da remuneração e os atrasos de pagamento;
- c) por fim, aos profissionais do projeto, cabia um processo de trabalho específico e que, de uma hora para outra, dependendo da disponibilidade de recurso, poderia passar a não mais existir. Para esses, não havia direitos trabalhistas, e as demandas poderiam se estender durante finais de semana.

É imprescindível destacar que desses três vínculos trabalhistas, raramente um ocupava cargos comissionados. Esses estavam reservados aos interesses e articulações políticas. Em

hipótese, essa condição faria com que a bonificação financeira incentivasse as funções desses profissionais, principalmente os servidores, o que projetaria a intenção de ascendê-los por intermédio de planos de cargos e carreiras. Contudo, esses não existiam. O que se observa é: *“passados 34 anos de sua criação, inexistem qualquer vestígio de uma carreira do SUS para seus trabalhadores e trabalhadoras, a exemplo do que existe para os trabalhadores das universidades federais, do Judiciário e da Polícia Federal”* (TEODORO, 2023).

Durante essa experiência, as diferenças salariais geravam perturbações nos aspectos relacionais. Ao longo do período em que estive no projeto, foi necessário sustentar os decoros ao ter que lidar com a avaliação do que os demais profissionais vinculados a outras formas de contratação chamavam de um *“alto valor de remuneração”*. Tanto os assessores, cargos comissionados, daquela subsecretaria, os quais participaram diretamente de nossa seleção, como os profissionais contratados que ali estavam lotados, entendiam que todos os colaboradores de vínculo por RPA eram muito bem pagos para executarem o seu trabalho e que, por isso, deveriam realizar um bônus de obrigações, trabalhando mais do que os demais daquele gabinete.

Evidentemente, toda essa análise conta com observações de atos sutis, totalmente velados. Tudo se remetia por intermédio de piadas, falas subentendidas e apelidos que sugeriam nosso vínculo. Afinal, havia um recurso financeiro muito robusto sendo investido em nós, o que justificaria nosso dever em produzir maiores esforços para merecermos estar naquele lugar. Não havia a compreensão de que o fato de ocuparmos aquele vínculo repercutia em uma escolha: a de não termos direitos como trabalhadores, de que férias ou 13º salário não existiriam naquelas condições. A finitude daquele vínculo não era avaliada nem considerada.

As razões que motivavam essa análise pelos profissionais associados a outros vínculos trabalhistas eram notórias. É claro que existia a insatisfação impregnada nesse ato, comparando os valores de suas remunerações. Conseqüentemente, gerava declínio na motivação e produtividade dos trabalhadores nos seus afazeres. A pressão em promover mudanças institucionais por intermédio dos recursos do projeto na intenção de reorganizar e ganhar maior eficiência em suas tarefas e prazos, a princípio, parece convincente. Oferecem-se indícios de que será melhor do que permanecer como era antes. Mas não se mede o rastro de sequelas que são instauradas ao longo desse processo (SENNETT, 2012).

Cabe dizer que a maioria dos trabalhadores que estavam atrelados à remuneração por RPA poderiam ser considerados uma espécie de refugiados políticos. Assim como eu, atuavam anteriormente no campo municipal e tinham saído de alguma função dessa esfera de gestão. Haviam sofrido assédio moral e tiveram suas vozes caladas diante da discordância pela forma

de governar, principalmente no que tange à área da saúde. No Estado, estávamos numa espécie de exílio. Pensava-se que, indo para esse novo rumo, estávamos seguros e entre iguais. Estávamos, mas nem tanto.

Os limites eram impostos por intermédio das distintas camadas de ordem e execução que nos colocavam em uma posição bem específica. Estávamos abaixo dos assessores do gabinete, tendo profissionais de referência para nos reportar. O caos estava espalhado por todos os cantos, e havíamos apostado no que se considerava ser o “menos pior” e, até certo momento, era. Inicialmente, o nosso conhecimento era respeitado e convocado a agir para o bem maior da Saúde pública. Fomos incluídos em um gabinete que nos encorajava a isso, apesar das barreiras impostas.

Essas vinculações do trabalho foram normalizadas e geraram tais enfrentamentos relacionais. As pessoas se apresentavam indicando sua origem empregatícia – servidor, CLT ou RPA – pois se identificavam entre si como um grupo, um clã. Trata-se de um exemplar de instituição pública que incorporou não somente um modelo de flexibilidade, como “inovou” ao conseguir construir uma mescla do mesmo. São formas de condução permissivas que para existirem só dependem da vontade da economia política vigente que injeta seus interesses no mercado de trabalho.

Nessa dinâmica, constroem-se memórias frágeis dentro dos setores e serviços. Percebe-se que entre uma mudança de governo e outra, perde-se cada vez mais a perspectiva de viver realmente uma política de Estado. Gera-se uma contínua reorganização, onde novas propostas de trabalho são formuladas, mas nunca são finalizadas, pois há sempre uma mudança do seu corpo técnico. À medida que se demite um funcionário terceirizado, ou se findam os recursos financeiros de um projeto de extensão que mantinha um determinado profissional, demarcam-se novos começos.

O modelo de contratação tão maleável como o definido pela OSS e o projeto universitário no qual fui vinculada, denotam a busca por estruturas que garantam a contínua e incansável renovação institucional, considerando que

o comportamento humano flexível deve ter a mesma força tênsil: ser adaptável a circunstâncias variáveis, mas não quebrado por elas. A sociedade hoje busca meios de destruir os males da rotina com a criação de instituições mais flexíveis. As práticas de flexibilidade, porém, concentram-se mais nas forças que dobram as pessoas (SENNETT, 2012, p.51).

Nesse cenário, Sennett (2012) descreve os três pilares que compõem o processo de flexibilidade, os quais fazem parte do motor que conduz o sistema de poder: a reinvenção

descontínua de instituições, a especialização flexível de produção e a concentração de poder sem centralização. Essa categorização se apresentou de forma vívida ao longo da dinâmica de trabalho experienciada na Secretaria de Estado de Saúde. Nas seções abaixo, as descrevo com maior precisão, a fim de esmiuçar a maneira com a qual as relações de domínio dentro de um espaço institucional se processam e geram, não somente o declínio dos direitos trabalhistas, como, também, sua própria falência, à medida que continuamente há uma proposta de descontinuidade.

3.1.1.1 A reinvenção descontínua da instituição

Não é à toa que se estabelece uma nova forma de vínculo por intermédio de um projeto. Afinal, um novo gestor sempre almeja uma nova forma de fazer gestão. Existe o desejo de inovar, de fazer diferente. Nesse contexto, existindo o desejo pela mudança, conforme era projetado pela equipe vigente naquela subsecretaria à época, dentro de um sistema completamente fragmentado, como é o caso desse lugar, surge uma chance de promover uma intervenção. Mais uma.

O fato é que as redes elásticas tornam-se mais disponíveis para uma reinvenção, fazendo com que a mudança se ancore nessa fragilidade. É o caso do Estado. Um contorcionista em série. Tudo se monta e desmonta com muita facilidade. Não se considera o que foi executado na gestão anterior. O começo de um novo governo representa seu marco zero, como se aquela instituição jamais tivesse existido antes. Utilizam de recursos da reengenharia, fazendo revisões e redesenhos, suscitando um processo caótico à medida que os benefícios esperados acabam sendo efêmeros, e a organização corre o risco de perder o rumo (SENNETT, 2012).

Isso aconteceu no caso da Secretaria de Estado de Saúde: planejou-se a execução de um projeto no qual sua duração foi menor do que dois anos. O interesse político em injetar recursos financeiros nessa proposta se findou ao passo que uma nova transição de governo aconteceu. Ao longo desse período, seus integrantes, sabendo das fragilidades do vínculo, foram encontrando novas oportunidades e abandonando o projeto. Eu, inclusive, finalizo minhas atividades nesse trabalho quando recebo mais uma nova proposta de emprego.

Outras propostas de projetos de extensão como essas ocorreram, e ainda ocorrem, em diferentes cenários do Estado. Ao passar por um período novamente desempregada, recebo de uma gestora da subsecretaria na qual havia trabalhado, um convite para coordenar um trabalho

relacionado à participação social em uma conferência estadual de saúde de um segmento específico. Dessa vez, era o conselho de saúde que não contava com o recurso humano necessário para encaminhar a demanda. Era um trabalho curto, cerca de quatro meses. Mas isso não impediu de forma alguma que fosse submetida a atrasos de pagamento e problemas associados à ordem de pagamento entre o Estado e a universidade. Logo em seguida, um novo projeto surge como “guarda-chuva” desse. Outros certamente virão. É dessa maneira que o Estado vai tocando o SUS: tampando seus buracos até os problemas se tornarem visíveis novamente.

3.1.1.2 Especialização flexível para produção do ser flexível

Ainda relatando cenas do trabalho na subsecretaria, o primeiro desígnio que me foi repassado nesse lugar referia-se, especificamente, à produção de um termo de referência (TR). Pois bem, mal sabia o que significava um TR e já teria que desenvolver um. Os prazos dados não perdoaram, sequer, meus finais de semana. Era preciso agilidade. A encomenda tinha hora marcada. Mais uma vez, fazia-se necessário colocar em prática a arte de aprender e garantir o processo de construção da competência técnica em meio ao fardo da sobrevivência no mundo do trabalho. É necessário encarar a urgência contínua, inovar e se reinventar para atender às demandas exigidas do mercado.

Novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado. (ANTUNES, 2006, p.24)

Não tardou e o domínio sobre a temática foi desenvolvido. Eu tinha os instrumentos necessários para elaborar a demanda. Os TRs são documentos em que o ente público, no caso uma Secretaria de Estado de Saúde, como requisitante de um serviço, esclarece aquilo que realmente precisará para o seu funcionamento. Há a definição do objeto e dos demais elementos para executar a contratação.

Esses documentos representavam o carro chefe, o trabalho “abre-alas” da subsecretaria na qual minhas funções estavam lotadas. Tudo girava em torno de subsidiar pressupostos

processos que eram afins ao progresso dos estabelecimentos de saúde sob responsabilidade do Estado por intermédio da terceirização de serviços.

Logo eu, produto vivo da precarização do trabalho, ironicamente, tornava-me produtora desse processo. Retroalimentava a cadeia da privatização e da instabilidade dos vínculos empregatícios. Era imposta a mim a função de escrever milimetricamente o objeto condutor da terceirização como se estivesse trazendo a solução para os problemas causados por um Estado ausente. Eu escrevia e me torturava por isso. Era inevitável dada a posição contraditória.

Para acompanhar os trabalhos iniciados pelos TRs, existia a organização de uma agenda que controlava o início e o término dos contratos das OSS contratadas pela gestão de Saúde pública do âmbito daquele Estado. Antecedendo o fim do período contratual das entidades, uma força operacional era organizada para providenciar as atualizações dos TRs, incluindo as tabelas de valores e performances dos serviços a serem contratados. Todo esse processo demandava o esforço para garantir estratégias de inovação permanente desses documentos, realizando as adaptações às mudanças incessantes que somente uma equipe multiprofissional e, principalmente, especializada seria capaz de responder em tempo hábil. O tempo que a produção flexível exige.

Essa especialização flexível envolve toda uma dinâmica para injetar cada vez mais rápido os produtos mais variados possíveis (SENNETT, 2012). Nesse caso, moldam-se às necessidades de saúde do âmbito público, conforme as regras do mercado. Não existe a intenção de controlar essa força previamente estabelecida pela economia política, rende-se a ela. A relação entre o mercado e o Estado opera de acordo com os ditames de um ou mais produtos previamente determinados predominantemente pelo primeiro. O Estado se submete. A produção em escala dos TRs é prova disso.

Com o edital sendo lançado e garantido o nome da nova OSS vencedora, uma intensa articulação era desenhada entre os colaboradores presentes, desde os vinculados por RPA aos servidores e contratados pela própria OSS, que regia na esfera da gestão. Todos eram designados para acompanhar a transição gerencial que ocorreria nos serviços de saúde presencialmente, verificando se a empresa contratada estaria dando início ao seu processo de trabalho de forma correta e adequada às demandas estabelecidas pelo TR. Essa entidade precisava seguir um plano de trabalho específico produzido pela equipe multiprofissional que compunha o projeto.

Tratava-se, principalmente, de serviços hospitalares de urgência e emergência. Eram unidades de saúde diversas e localizadas em regiões distantes, considerando as dimensões territoriais do estado em questão. Éramos recrutados para seguir um verdadeiro *check list*, desde

o processo de elaboração do TR ao roteiro detalhado de acompanhamento da etapa de transição. Tudo era milimetricamente pensado para o funcionamento, demandas e pendências que pudessem vir a surgir para o novo gerenciamento que ingressava naquele estabelecimento de saúde. Assim, tudo era pensado para que o “produto” fosse entregue da melhor forma possível, tendo como base a capacidade daquele grupo de trabalhadores de operar em diferentes frentes simultaneamente.

3.1.1.3 Concentração sem centralização

As tarefas de produção de TRs e fiscalização das transições contratuais das OSS ocorriam em paralelo a minha principal missão: escrever o TR para sustentar os estabelecimentos farmacêuticos daquele estado. Esse foi o enredo no qual fiquei atrelada por meses. Um detalhe importante: esse documento deveria conter características bem específicas e atender a pré-requisitos precisos para a contratação de uma OSS que fosse capaz de gerenciar os serviços realizados por esse conjunto de farmácias, localizadas em diferentes municípios daquele estado.

O fato de não existir um modelo prévio de TR para atender àquele tipo de serviço proposto transformava esse trabalho, que já era desafiador, em algo ainda mais complexo. Era necessário partir do zero, e consultar os profissionais envolvidos com os serviços de farmácia a fim de garantir a coleta de informações que alimentasse a estruturação do documento. Cabia à escrita definir quais seriam as funções da contratada e da contratante e as peculiaridades do estabelecimento, bem como realizar os levantamentos de recursos humanos que eram necessários e construir o plano salarial de cada colaborador.

Era perceptível que havia um movimento para descentralizar o poder nessa questão, considerando a necessidade de executar a intervenção técnica acerca da realização de um estudo aprofundado, além do levantamento de dados e de condução da escrita do documento. Todavia, as tomadas de decisão não competiam a mim. Apesar de apresentar as habilidades precisas para construir aquele trabalho, apenas recebia ordens (e desordens, também). Eu me encontrava na posição de produtora dos manuscritos que eram enviados periodicamente para garantir a apreciação dos gestores da subsecretaria, sendo sempre os mesmos devolvidos com comentários, correções e sugestões. Um movimento importante no âmbito da gestão, se não

fosse a ênfase oferecida principalmente ao que competia à tabela de descrição dos cargos e seus valores, mesmo que esses não fossem equiparados aos estudos previamente realizados.

Uma das afirmações em favor da nova organização do trabalho é que descentraliza o poder, quer dizer, dá às pessoas nas categorias inferiores dessas organizações mais controle sobre suas atividades. Certamente, é uma afirmação falsa, em termos das técnicas empregadas para desmontar os velhos colossos burocráticos (SENNETT, 2012, p.61).

Minha função se resumia em reunir as considerações feitas e refazer a escrita, conforme as orientações transmitidas, e justificá-las com aspectos técnicos coerentes e bem embasados. Era imprescindível sustentar a ideia do novo propósito daquela gestão. Esse era um movimento contínuo e sem folga, pois deveria garantir um resultado rápido e preciso. Ainda consigo me recordar de um dia 31 de dezembro do ano, quando comecei esse trabalho: recebi uma sequência de mensagens da subsecretária e de alguns de seus assessores solicitando alterações e acréscimos vinculados ao plano de trabalho do TR. Foram descritos cargos e suas competências de forma bem específica, como se estivessem desenhando a vaga para alguém.

“Concentração sem centralização” é uma maneira de transmitir a operação de comando numa estrutura que não mais tem a clareza de uma pirâmide – e a estrutura institucional se tornou mais complexa, não mais simples. Por isso, a própria palavra “desburocratização” é enganadora, além de desgraciosa. Nas modernas organizações que praticam a concentração sem centralização, a dominação do alto é ao mesmo tempo forte e informe (SENNETT, 2012, p.63).

Esse produto seguia bem essa regra. Concentra, mas nem tanto. Eu tinha liberdade no processo da escrita, na descrição dos processos. Contudo, os limites eram sutilmente impostos. Da mesma forma, acontecia com os demais TRs. Havia interesses intrínsecos embasados em aspectos mercadológicos nessas intervenções, como tudo que envolve a construção do processo de terceirização. Acreditava-se que, de fato, esse modelo de contratação seria o caminho certo a ser seguido. Só se esqueceram de que “*há um continente de poder no arquipélago de poder flexível*” (SENNETT, 2012, p 61/62). Outras situações emergenciais surgiram no meio desse caminho, colocando à prova o poder gestor, comprovando isso.

O trabalho era intenso e sem intervalos. A equipe técnica realmente se debruçava nesses afazeres e sentia a emergência de ver os serviços acontecerem e de serem qualificados, trazendo resultados imediatos. Existia o ímpeto de se fazer o melhor possível. Porém, trabalhávamos em um lugar mutilado, onde proliferavam atos de mutilação tanto na condução da sua dinâmica de trabalho como nos seus resultados.

3.2. A relação entre sucessores e antecessores no caminho da transição

Em seguida, recebi uma ligação. Um colega com o qual havia trabalhado na Secretaria de Estado de Saúde entrou em contato para propor um novo labor. Ele assessorava uma das possíveis prováveis futuras diretoras de uma empresa pública de saúde de um município. Tratava-se de um período que marcava um novo prefeito, um novo secretário municipal de saúde, momento também conhecido como transição. Por mais que esses não fossem realmente uma novidade na forma de gerir, o fato de tais gestores já terem ocupado tais funções anteriormente, configurava-se uma nova gestão.

Meu colega explicara rápido e superficialmente qual seria a proposta de trabalho: o esperado era que assumiria as funções de coordenação da assistência farmacêutica referente às unidades de saúde que possuíam convênios com a empresa em questão. A princípio, tudo era incerto. E diante do duvidoso, fiz o que sempre foi passível de uma subproletariada da gestão pública de saúde: arrisquei e fui. Afinal, não havia nada a perder. Estava, mais uma vez, seguindo o lastro do desemprego, e trabalhar no SUS fazia parte do meu itinerário como profissional. Foi assim que entreguei o ponto final no âmbito estadual e segui o rumo de mais uma nova desventura.

Assim como eu, outros membros que atuavam na secretaria estadual também foram convocados a se envolverem nessa missão. Isso, certamente, traria mais ânimo para enfrentar esse novo desafio, pois se tratava de profissionais com os quais já havia interagido no ambiente da gestão e que comungavam das mesmas origens trabalhistas (instáveis) como eu. Representava o conforto do conhecido diante do desconhecido, pois entendia previamente suas condutas e posturas diante de situações difíceis que havíamos vivido no cenário da gestão do Estado. Considerava esses gestores comprometidos e habilidosos, sendo esses, traços imprescindíveis para o momento que se apresentava no âmbito municipal. No dia seguinte já estava à disposição para assumir o possível novo cargo junto com eles.

Íríamos compor a equipe de transição desse governo. Um roteiro familiar. Participar deste processo já tinha o seu lugar comum. Foi a atividade recorde exercida ao longo da minha estadia no vínculo anterior. Toda a equipe que havia atuado no caótico universo da Secretaria de Estado tinha adquirido o conhecimento necessário para aquele momento. Éramos qualificados para o desafio. Havíamos dominado todas as ações. Sobretudo, sabíamos, letradamente, aquilo que não deveria ser feito.

No processo de transição, era imprescindível ter a habilidade de ingressar, respeitosamente, em um ambiente de trabalho no qual havia uma estruturação prévia composta por pessoas e dinâmicas já fixadas durante um tempo precedente. Era necessário ter maturidade para compreender a história existente naquele lugar. Ao mesmo tempo, fazia-se necessário compreender que, obrigatoriamente, haveria mudanças rigorosas a serem implantadas e colocadas em prática por novos gestores da alta patente. Era preciso saber como balancear toda essa dinâmica. O Estado havia sido um bom professor nesse quesito.

Caberia a nós - a equipe de transição e gestores intermediários - pautar o equilíbrio preciso, a fim de amenizar os impactos e as adversidades presentes diante de tantas transposições. Tendo em vista o que não havia sido feito dentro do Estado, entendia que era importante pensar em questões como essas. Apaziguar os ânimos e acolher a equipe que passaria pelo caminho transitório. Sentia-me capaz de atuar nessa frente de trabalho, colocando-me no lugar dessas pessoas que, possivelmente, iriam nos recepcionar para que, em algum momento, fossem exoneradas para garantir as nossas nomeações. Tratava-se de cargos comissionados. Algo considerado muito comum. Num ciclo bem definido, os profissionais da gestão anterior ficariam à deriva, viveriam mais um ato de fragmentação, para que nós começássemos um novo episódio, certamente o começo de um fragmento futuro. Seria mais uma coletânea de narrativas de identidade e histórias de vida em regressão na Saúde pública (SENNETT, 2012).

Naquele instante, na atuação enquanto equipe de transição, a primeira missão designada concentrava-se na desmobilização da infraestrutura de um dito hospital de campanha organizada em um grande galpão, sendo erguida pela última gestão sob a justificativa do período pandêmico ocasionado pela covid-19. Para sustentar esse serviço, os profissionais de saúde eram selecionados por processos seletivos emergenciais, através de um contrato temporário por excepcional interesse público, considerando que se tratava de uma empresa pública, cujas regras não permitiam essa modalidade de contratação.

Nessas condições, o vínculo contratual era definido por apenas dois anos, sendo possível a prorrogação por mais seis meses, dependendo das necessidades da empresa. As fragilidades dos vínculos empregatícios estavam presentes desde o nível assistencial até a gestão, fosse por intermédio do processo contratual do trabalhador, onde eram criados com o viés de atender por um determinado tempo, ou pelos cargos comissionados, que eram designados conforme as mudanças de gestão. A tragédia instaurada no âmbito da Saúde pública transformava-se no argumento ideal para produção, em larga escala, do subemprego. Os interesses políticos também regiam isso.

Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se à sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. Diminui-se ou mescla-se, dependendo da intensidade, [...] pela participação dentro da ordem e do universo da empresa, pelo envolvimento manipulatório, próprio da sociabilidade moldada contemporaneamente pelo sistema produtor de mercadorias (ANTUNES, 2006, p.24).

O segundo passo nesse novo rumo dizia respeito à organização das tarefas burocráticas dentro da sede da empresa pública. Apesar de ainda não estarmos nomeados, fomos conhecer as pessoas e as instalações que compunham as diretorias e coordenações. Fizemos uma reunião e nos apresentamos à diretoria da qual faríamos parte. Começamos a conhecer as pessoas, a rotina prévia estabelecida pelos serviços, e mapeamos o andamento dos processos de trabalho dos serviços e toda logística envolvida para isso.

Iríamos ocupar cargos em comissão, ou seja, os cargos que são providos por livre nomeação e exoneração. Tudo se apresentava em caráter transitório. A instabilidade e a flexibilidade permaneciam sendo uma constante. Qualquer alteração que viesse a ocorrer na gestão daquele município poderia pôr em risco a permanência de nossas funções, da mesma forma que estava ocorrendo com os profissionais vigentes até o momento nos cargos.

Contudo, o otimismo pairava no ar, entendendo pela leitura do cenário que teríamos a firmeza de algum nível de constância, principalmente considerando a conjuntura da gestão anterior. Afinal, era um governo municipal já conhecido por todos os envolvidos naquela equipe de transição. Entendia que aquela mesma gestão que coordenava a expansão das unidades de CF naquele município poderia nos oferecer algum tipo de estabilidade. Conheciam-se a forma de execução da dinâmica de trabalho; confiava-se que haveria respeito pelo saber técnico, pela experiência na gestão e a importância da continuidade. Seriam quatro anos sólidos naquele lugar... Pensávamos.

Após pouco mais de um ano da transição de governo, aquela empresa perpetuava a mesma atmosfera. Inesperadamente, é anunciada mais uma transição. O presidente da empresa pede exoneração. Sem aprofundar em grandes detalhes o que o motivou a fazê-lo, deve-se levar em consideração as regras desse jogo: quando uma peça do tabuleiro muda de posição, todas as demais mudam também. A saída de um gestor movimentava os demais abaixo dele.

Com a nomeação do novo presidente, as diretorias já estavam em alerta para as suas demissões e/ou relocalizações. Isso incluía a direção na qual eu estava vinculada. A priori, isso se daria de forma amistosa e apaziguada, pelo fato da presidência que assumiria ser muito

próxima de nossa convivência no âmbito do gerenciamento. Tratava-se de um ex-diretor de um dos hospitais gerenciado por aquela fundação. Nesse sentido, era dito constantemente que “*somos todos Secretaria Municipal de Saúde*”, mas era necessário prestar atenção nos atos.

A equipe que chegou para compor a empresa em nível de sede já fazia parte dela e compunha o convênio de maior robustez de investimento dali. Sendo profissionais dessa origem, existia certo nervosismo em recepcioná-los, pois eram ditos profissionais altamente qualificados. Compunham o estabelecimento mais bem estruturado. Os elevados investimentos e valores de custeio, incluindo os salariais, falavam por si. Eram, inclusive, ditos que esses gestores eram tecnicamente melhores do que aqueles que compunham a gestão na sede. Em algum grau acreditamos nisso, pois parecia ser o reflexo dos elevados valores dos cargos comissionados. Com o tempo, foi possível perceber que a fama era superestimada, assim como os valores de suas remunerações. Afinal, entre falar e fazer, havia muito mais o que fazer. De acordo com a atmosfera que era passada, apesar das mudanças, já havia sido entendido que o processo transitório seria lento o suficiente para que eu e outros gestores que haviam ingressado na primeira transição, permaneceríamos por mais algum tempo em nossos cargos.

Os novos diretores e sua equipe de assessoria, jovens e carismáticos, observavam com atenção nossas apresentações a respeito do processo de trabalho que havíamos construído. Foram feitos relatórios contendo gráficos, metas alcançadas e resultados ainda esperados. Especificamente, dentro da diretoria em que atuávamos, éramos poucos diante das demais. Uma equipe pequena, contudo muito robusta, com bases bem solidificadas, sendo capaz de assumir e delegar com facilidade as demandas dos serviços, além de dialogar com as demais frentes de trabalho das outras diretorias. Havíamos sofrido no início para compreender a dinâmica de nossas tarefas, e o tempo foi precioso para promover os ajustes necessários, e garantirmos o domínio de cada uma delas. Com isso, era fácil esclarecer os projetos e suas repercussões à equipe que estava chegando.

Sem entender ao certo se permaneceríamos ou não em nossas funções, a melhor opção foi prosseguir em nossas agendas e compromissos. E assim foi feito. Para além do cargo, do vínculo profissional necessário para sobreviver financeiramente, acima de tudo, havia o compromisso daqueles gestores em estar ali pelo SUS e seus usuários. Os serviços não poderiam parar. Além disso, havia outros fatores. Como comentei acima, o tempo revelou a verdadeira disposição daqueles novos profissionais em estarem ali.

Primeiro, percebeu-se que não havia a vontade de ocupar aqueles novos lugares. Suas relocalizações haviam sido impostas pela nova presidência, considerando a origem de atuação de todos eles. Tratava-se de pessoas de confiança e, como se sabe, esse era/é o elo da ocupação

dos cargos. Havia uma insatisfação em estar na sede, tendo em vista toda a acomodação já existente nas tarefas anteriores no estabelecimento hospitalar de origem. Não significava um *upgrade* ocupar esse novo lugar.

Segundo, faltava conhecimento técnico e habilidades específicas ao campo de atuação. Entendiam sobre o gerenciamento de uma única unidade (imaginava-se), mas quando se colocava no plural, a dinâmica da gestão era bem diferente. Por último, não havia empenho para liderar os serviços. Daquilo que sobrava, pode-se dizer que o desejo de estar no poder, de impor a voz de comando, imperou entre eles. A máscara do carisma caiu por terra. Queriam ser líderes, mas não sabiam liderar.

Esses profissionais estavam amparados pelo poder presidencial. Isso bastava. Gradativamente, foram se apresentando nos espaços de forma soberana, reproduzindo mandos e desmandos a seu bel-prazer. Realizavam reuniões constantes com o presidente, falavam em nome dele. Estavam devidamente empoderados. Obviamente, essas situações não se construíam de forma isolada. Vinham acompanhadas de episódios de assédio moral – um dos tipos de morte que descrevo em capítulos à frente. Algo inevitável, considerando a dificuldade de acompanhar o processo de trabalho e se posicionar diante dos demais profissionais. Não havia uma condução propositiva e que fosse mais visível do que a liderança já consolidada pelo grupo de gestores previamente presentes na empresa. A nossa posição os deslegitimava. Era preciso seguir outros moldes de atuação para que fosse possível suas imposições diante da equipe e de todas as unidades assistenciais.

Um dia, finalizando mais um relatório de indicadores de saúde das unidades, sou chamada até a sala da vice-presidência da empresa junto com um companheiro de trabalho, ex-assessor da diretora anterior. Subimos de elevador imaginando que poderia ser uma solicitação de transferência de nossas funções para outro setor. A gestora que havia ocupado a direção anteriormente havia solicitado nossos cargos para suas novas atribuições. Mas não. Fomos chamados para que fossemos comunicados, previamente à publicação em diário oficial, sobre as nossas exonerações. Decerto, um feito inédito e surpreendente. Era elegante, beirando ao refinamento, receber essa informação em primeira mão. Afinal, era comum descobrir um desligamento por vias não oficiais, ou até mesmo direto ao ser publicado. Existia um alívio de não mais compor o grupo de profissionais daquele lugar, mas também era cansativo me ver, mais uma vez, desempregada. Eu teria de recomeçar novamente.

Imediatamente descemos para arrumar nossos pertences. Nenhum retorno sobre os motivos do nosso desligamento foi dado, a não ser o fato de que “*a nova gestão está pensando em um novo desenho para as diretorias*”. De fato, fazia sentido. Uma semana antes do meu

desligamento, uma nova profissional havia chegado para, aparentemente, me ajudar nas minhas funções. A princípio, uma grata surpresa para mim, que havia implementado e direcionado sozinha, por mais de um ano, todo serviço. Era de se estranhar que essa mesma ajuda começasse demarcada com tanta autonomia para tomadas de decisão, como já estava acontecendo desde a sua chegada. Por fim, não havia surpresas para o desfecho dado.

Recordo-me que, durante esse período de transição, cheguei a ter problemas de saúde recorrentes, recebendo atestado médico para afastamento das atividades laborais e, mesmo assim, optei por me manter presente, cooperando com a fase de gestão da instituição. Na contramão do meu feito, Sennett (2012) diz que *“a lealdade institucional é uma armadilha”* e que *“o distanciamento e a cooperatividade superficial são uma blindagem melhor para lidar com as atuais realidades que o comportamento baseado em valores de lealdade e serviço”* (p.25).

Todavia, ao longo da minha trajetória profissional, eu vinha compondo instituições que estavam associadas ao cuidado da vida humana. Entendia que a Saúde pública não era um espaço empresarial. Tornava-se difícil separar a entidade prestadora de serviços do processo de trabalho vinculado a um direito constitucional que diz que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988, art.196). E aquela instituição representava o caminho escolhido pela administração direta para concretizar isso.

Na verdade, ao parafrasear um artigo da constituição, não descrevo, em si, os valores de um lugar. Refiro-me a um compromisso ético enquanto profissional de saúde, e que não poderia ser renegado. A lealdade refere-se às necessidades de saúde de um usuário e de todo um coletivo. Esses representavam um comprometimento muito maior a ser assumido do que os preceitos institucionais pelas quais eu passara. OSS, projetos e fundações eram apenas instrumentos perversos onde tentavam, miseravelmente, afunilar os princípios e as diretrizes³ do SUS.

Não foi a toa que, após receber o anúncio de que seria exonerada oficialmente pelo diário oficial no dia seguinte, retornei ao setor, organizei os documentos e emails pendentes

³ Há três elementos que compõem os princípios do SUS, tendo como base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema brasileiro e que se encontra na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988): universalidade, equidade e integralidade. A partir da análise da legislação do SUS, identificam-se três diretrizes que devem se articular com os seus princípios: descentralização, regionalização e hierarquização, participação da comunidade. Por intermédio dessas diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se organizar. São estes os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro.

para serem respondidos ou enviados, orientei a equipe que permaneceria sobre essas e outras demandas e deixei todo o material produzido ao longo da minha gestão à disposição para consulta. Inclusive, fiquei disponível para esclarecer como executar a coleta de dados para os indicadores de saúde e realizar o acompanhamento de serviços terceirizados que estavam presentes nas unidades. Uma das profissionais, então, me questionou “*Mas por que você está fazendo isso? Você acabou de ser demitida.*”. Eu disse “*Sim. Porém as unidades de saúde que eu coordeno permanecerão. Elas não podem parar.*”.

Antunes (2009) diz que

necessitamos do trabalho humano e de seu potencial emancipador, devemos também recusar o trabalho que explora, aliena e infelicita o ser social. Isso porque [...] o sentido do trabalho que estrutura o capital acaba sendo desestruturante para a humanidade; na contrapartida, o trabalho que tem sentido estruturante para a humanidade é potencialmente desestruturante para o capital. E essa contraditória processualidade do trabalho, que emancipa e aliena, humaniza e sujeita, libera e escraviza, converte o estudo do trabalho humano numa questão crucial de nosso mundo e de nossas vidas neste conturbado século XXI, cujo desafio maior é dar sentido autoconstituente ao trabalho humano e tornar nossa vida fora do trabalho também dotada de sentido. (p.11)

Foi preciso lidar com a frustração de findar toda dinâmica de trabalho que havia construído e que considerava a mais valiosa que havia exercido recentemente. Trabalhava com a gestão da equipe de saúde mental, e isso havia erguido em mim um alicerce de profundo reencontro com o verdadeiro significado da Saúde pública, não pela instituição, mas sim pelo serviço assistencial. Nesse sentido, o valor não era do cargo que ocupava. Esse não me pertencia. Eu vivi algo que me fortaleceu como sanitarista e gestora, apesar da conjuntura da gestão da qual fazia parte não ter favorecido tais frutos com o mesmo ânimo e disposição.

Eu me despedi carregada de carinho e, simultaneamente, de tristeza por perceber a interrupção de mais um trabalho. Os diretores das unidades com as quais compartilhei o labor acolheram a minha partida com a mesma ternura que a minha chegada. Obviamente, o desemprego no qual me encontrava naquele momento me desestruturou e abalou, fornecendo munição à ideologia do capital. Contudo, também carregava um grande volume de aprendizado e sentido que emancipa, humaniza e liberta. Por mais que o mundo do trabalho prove o contrário, resisto.

4 OS SENTIDOS DA GESTÃO

A identidade se esfacela quando o corpo social que a envolve torna-se ele próprio incoerente, quando os laços se diluem e quando os acontecimentos perdem seu sentido e não querem dizer mais nada.

Boris Cyrulnik.

No plano das ideias, havia o entendimento de que fazer parte de um corpo técnico de gestão do SUS representava um alto nível de responsabilidade. Seria um lugar ocupado por especialistas no assunto, profissionais que, gradativamente, galgaram suas posições de gerenciamento por intermédio de suas vivências numa área específica, acumulando experiência e conhecimento. Isso permitiria que o mesmo construísse uma elevada capacidade para desempenhar uma determinada atividade proposta.

Entendia que a gestão da Saúde pública era composta por um conjunto de práticas adotadas por líderes e gestores de equipes para assegurar o desenvolvimento de um bom desempenho dos profissionais de saúde, assim, promovendo melhorias nas suas performances que se refletiriam nos resultados a serem alcançados no sistema de saúde como um todo.

Recordo-me das aulas de saúde coletiva, apontando para uma gestão com funções específicas e pragmáticas que deveria envolver: análise, planejamento, e tomadas de decisões, bem como organizar, delegar, coordenar, liderar e monitorar. Nessas ações, o gestor executaria um papel fundamental, tendo como base sua *expertise*, sendo uma figura decisiva para orientar um conjunto de colaboradores e alinhar projetos a fim de atingir os seus objetivos traçados.

Essas práticas poderiam estar relacionadas e coordenadas pelos diversos segmentos que compõem o gerenciamento – supervisores, coordenadores, gerentes, assessores, diretores, superintendentes, subsecretários, secretários, ministros – estando alinhados para uma condução previamente estabelecida, sendo cada um responsável por uma atribuição. Eventualmente, as nomenclaturas, ou seja, a forma de denominar um cargo, pode mudar entre uma estrutura de gestão e outra, podendo ser constituída por diferentes rearranjos. Contudo, a organização do trabalho deveria ser capaz de fixar cada membro ao seu lugar, a sua tarefa e ao valor definido com relação às suas contribuições. (GAULEJAC, 2007).

É possível descrever situações rotineiras nas quais essa interlocução pode e deve acontecer para impactar positivamente o andamento da assistência à Saúde pública:

- a) um supervisor reúne dados referentes ao controle do número de casos de insulino-dependentes de um território, gerando informações pertinentes para realizar uma adequada distribuição dos tipos de insulinas e seus insumos para os usuários;
- b) um coordenador orienta sua equipe de supervisores em uma reunião técnica para aplicarem a utilização de um mapa de avaliação sobre as condições da infraestrutura de um complexo de unidades de saúde, a fim de promover propostas de melhorias, conforme a definição de prioridades desse cenário. Assim, são estabelecidas metas, planejando-se as fases de execução das reformas que forem apontadas como necessárias, gerando uma sequência de prioridades;
- c) um gerente reúne-se com um de seus coordenadores a fim de apontar a necessidade da elaboração de um grupo de trabalho para discutir e construir um protocolo de enfermagem na APS, tendo em vista a necessidade de um documento assistencial norteador;
- d) uma subsecretária realiza estudos junto com as suas superintendências para verificar quais são os recursos financeiros disponíveis para aquisição de medicamentos essenciais para um determinado município.

É nesse movimento que se percebe, como em um efeito cascata, passando por cada nível de gerenciamento responsável por um determinado encaminhamento, que tais ações seriam passíveis de gerar uma suposta repercussão direta na dinâmica de trabalho de um profissional, assim como no cuidado em saúde para um usuário. Existe um itinerário acerca de uma tomada de decisão a ser seguido dentro de toda estrutura gestonária.

Nessa mesma perspectiva, a gestão do SUS também possui uma conformação em diferentes esferas de incumbências - União, Estado, Distrito Federal e Município – e organiza-se por intermédio de seus órgãos gestores, utilizando seus inúmeros instrumentos de gestão que propõem garantir e aperfeiçoar o funcionamento da Saúde pública, fazendo com que cada nível ofereça suporte de forma progressiva. Nesse sentido, o Ministério da Saúde orienta as secretarias de saúde estadual e municipal; o estado acompanha as secretarias municipais; o município norteia suas coordenações regionais ou de área.

Como existem diversas formas de instrumentalizar a operacionalização do SUS – OSS, fundações, administração direta (essa cada vez mais rara) – compreende-se que, independente do cargo que se ocupe, ou a instituição pela qual fosse ser realizado o contrato, deveria ser

aplicado esforços para concretizar resultados eficientes, tanto para os profissionais de saúde como para seus usuários.

Percebo que pelas minhas origens e, conseqüentemente, percepção de mundo – nascida, criada e moradora de uma favela, estudante de escola e universidade pública, além de profissional que seguiu pelo universo da Saúde pública – que tal visão apresenta significantes e significados carregados de valores pessoais. Esses estão enraizados e associados ao conhecimento acumulado, ao longo de minha formação e prática profissional, sobre a essencialidade constitucional do serviço público e do seu caráter coletivo que transborda no SUS.

Torna-se importante esclarecer que há uma apreensão sobre o lugar no qual a Saúde pública se faz presente. Então, ao falarmos e atuarmos em prol da promoção, prevenção e recuperação da saúde de um indivíduo, ainda assim esbarramos no seu valor e propósito comunitário, pois não há como proceder com uma análise isolada da vida de um usuário. Da mesma forma que a gestão possui um percurso a ser seguido na sua organização e execução, não se vive sozinho, afastado. Estamos em sociedade envolvidos por infinitos caminhos e caminhadas que se cruzam e se fundem. Somos um, mas não estamos sós.

O sentido prescrito pelas instituições inscreve a atividade em missões socialmente definidas e legitimadas. O sentido do produzido pelo próprio indivíduo remete às capacidades autorreflexivas, à ideia de consciência. Trata-se então de se referir a si mesmo, a referentes interiorizados, inscritos nos sistemas de valores e de significações transmitidas pela educação e pela cultura. Esse julgamento se realiza a partir da experiência biográfica do indivíduo (GAULEJAC, 2007, p.157).

É por esse ponto de vista que traço um destaque sobre a minha ascendência, pontuando o entendimento sobre o que se trata o SUS, sua maneira organizacional e o quanto isso influencia nas coordenadas da vida de uma pessoa e seu povo brasileiro. Durante minhas andanças pela Saúde pública encontrei muitas controvérsias dessa referência que tracei no campo da gestão. Idealizei um espaço que, na verdade, encontrava-se em pedaços. Esses eram moldados de acordo com intenções que, não necessariamente, estavam alinhadas ao interesse público e que, ao mesmo tempo, não apresentavam possibilidades de discussão para reverter seus sentidos desse posicionamento. De fato, pode-se dizer que

os esforços dos *managers* para desenvolver a adesão à cultura de empresa não preenchem a necessidade de crer. Essa distância é o sinal de uma crise profunda da ordem simbólica, ou seja, do conjunto dos referentes, das linguagens e dos códigos que dão sentido à ação coletiva. (GAULEJAC, 2007, p. 151).

Foi nesse panorama que me tornei implicada pelas contradições presentes entre a teoria e a prática do conceito de gestão, entre tudo que aprendi e vivenciei. Emergi na oportunidade de, mediante um processo de reflexão, confrontar a sala de aula, em tudo aquilo que fora e é ensinado, contando, também, alguns episódios observados nos gabinetes do SUS nos quais trabalhei nos últimos anos. Interrogo quais são os reais sentidos da gestão à medida que também questiono as suas intenções diante da apresentação de alguns cenários.

4.1 O conceito de gestão?

Em linhas gerais, a gestão representa um sistema de organização e relações de poder. Diante de uma evolução ao longo dos últimos tempos, trajando-se de racionalidade e pragmatismo, a gestão possui como característica primordial o ímpeto de promover a intervenção. Trata-se de um lugar que jamais se isenta de se posicionar, pois é com base nisso que se garante a sustentação necessária dos seus pilares e fundamentos. Dada a sua legitimidade ideológica, sua autoridade impõe, entre o indivíduo e a sociedade, o condicionamento relacional baseado no utilitarismo e conveniências econômicas de um determinado momento (GAULEJAC, 2007).

O poder gestor não é simplesmente um conceito abstrato. Ele é palpável, sendo um sistema constituído por pessoas. São elas que determinam concretamente os sentidos da gestão, ou seja, quem estará apto a participar de seu círculo de confiança e o que será feito da sua autoridade sobre os demais que estão fora desse circuito de ordenação. Por mais que a gestão habite espaços distintos, ainda assim possui características em comum e compartilha da mesma convicção de manejo da ordem social e das normas disciplinares. A intenção é garantir a mobilização psíquica em nome da instituição (GAULEJAC, 2007).

Em termos práticos pode-se dizer que a gestão é operacionalizada por duas vertentes bem delineadas. De um lado, encontra-se a soberania, expressão máxima de quem determina e difunde as regras gerais diante de seu povo, referindo-se a esse corpo constituído por homens e

mulheres ditos igualitários e em liberdade, e que as segue deliberadamente, sem questioná-las (MBEMBE, 2020). Do outro, imposto à margem, está o indivíduo, apresentado em vestimentas “desempoderadas”, tornando-se submisso, vulnerável, dominado, frente a quem, naquele instante, é detentor do poderio.

O gerenciamento apresenta-se como a arte de governar os homens e as coisas: de um lado, fazer a arrumação e dirigir; do outro ordenar e arranjar. Temos aqui uma tecnologia política [...] Ou seja, um conjunto de microdispositivos que não aparecem como fruto de uma concepção centralizada, de um sistema de dominação preestabelecido, mas como um conjunto disparatado de tecnologias, de regulamentos, de procedimentos, de arranjos e de discursos que emergem em dado momento histórico (GAULEJAC, 2007, p. 111).

Gaulejac (2007), ao trazer à tona percepções que considero cruciais para o entendimento da gestão do mundo empresarial, permite a construção de um diálogo paralelo ao ambiente de gestão que vivenciei no âmbito da Saúde pública como profissional. Percebe-se que esse lugar também se tornou um campo fértil das proposições que o autor desenvolve. Trata-se, sobretudo, do uso da tecnologia política que justifica e instrumentaliza sua composição, a qual está associada a um conjunto de empresas que gerenciam as estruturas diversas do SUS, além de possuir, paradoxalmente, uma forte aceção ao universo financeiro, em detrimento do seu real compromisso social. OSS e fundações foram sendo edificadas nesse contexto, sobrepondo-se com naturalidade à administração direta e sem sofrer resistência.

Além disso, considerando os pré-requisitos para se tornar participante dessa esquematização do poder gestor do SUS, ressalta-se uma particularidade dos seus atributos: para ocupar esse espaço existe um condicionante relacionado aos sequenciados revezamentos sobre os triunfos na esfera do seu domínio. Ou seja, o seu gerenciamento é construído por consecutivas transferências de ordens e privilégios. Esse movimento está diretamente associado ao contexto político vigente. Nesse processo, dentre as regras principais, identifica-se a transição. Cada um manda por vez. Da mesma forma, seus alicerces e fundamentações são facilmente redefinidos, conforme os interesses de seus membros presentes no comando. Entende-se que nesse jogo “os últimos serão os primeiros”. Como uma montanha russa, ora você está por cima, ora você está por baixo; ora você manda, ora obedece.

De fato, o campo da Saúde pública, em seus elementos práticos, representa um terreno gerenciado pelos preceitos das mudanças de ordem que comungam com as relações de alternância de poder e submissão, desconsiderando os possíveis impactos que isso possa vir a ocasionar à saúde de um indivíduo e de seu coletivo. A categorização de quem manda e quem obedece, revela-se como uma poderosa forma de destituir a existência do ser, seja esse o

profissional de saúde ou o usuário do serviço. Considerando que a Saúde pública não se faz apenas de coisas ou teorias, mas, sobretudo, de pessoas, percebe-se que o valor humano se desconfigura. O que vale é a força “moral”. Por mais amoral que seja, é o que vigora. Há um propósito nessa forma de modular a gestão.

Isso permite refletir como a gestão do SUS possui como essência o infinito repensar acerca dos seus aspectos básicos. Seus pilares se remodelam, desconectam-se com a agilidade necessária para realizar uma sucessão. São derrubados com a mesma facilidade que são erguidos. Variam, conforme quem está no poder. Os seus enunciados são utilizados e aplicados seguindo a construção de um roteiro: à medida que há mudanças de cenário e de seus personagens, altera-se o *script*.

Nessa perspectiva, o estado de dominação representa uma contínua variante. Manipula-se, inclusive, o próprio conceito de gestão tendo em vista os interesses vigentes de quem ocupa o poder. É nesse viés que leis, portarias e regulamentos são sancionados. Da mesma forma, é possível acompanhar atos administrativos sendo revogados. Recursos financeiros são retirados ou injetados para uma determinada intenção. A gestão muda, as regras mudam.

À medida que a realidade da Saúde pública se apresentava na esfera gestonária, entendia as dificuldades de conseguir executar as funções que ocupava. O fato é que não era somente a minha trajetória profissional que era constituída por transições, mas o âmbito da gestão também se apresentava como uma verdadeira metamorfose em si, sendo capaz de revogar seus sentidos e promulgar novos sem avaliar as sequelas de tais movimentos. Os lugares e as pessoas presentes proporcionavam variadas formas de realizar o gerenciamento de recursos humanos e financeiros, assim como havia distintas maneiras de construir os instrumentos da gestão.

4.2 Um itinerário da (des)gestão

Durante a imersão na crise socio sanitária causada pela covid-19 que acometeu o Brasil e o mundo refleti acerca da minha trajetória dentro do campo da gestão da Saúde pública. Não era por menos. Os primeiros meses do ano, marcados pela pandemia, revelaram-se gradativamente perversos, permitindo que as controvérsias do Governo Estadual, esfera mais alta em um estado, aflorassem. Era o começo de uma longa trajetória demarcada por interesses políticos e morte.

Como se não bastasse, a conjuntura política brasileira não era favorável diante da caótica abordagem da presidência de então. Não havia uma intervenção coerente do Ministério da Saúde para orientar estados e municípios no combate ao vírus. O nível de gravidade no contexto pandêmico no âmbito internacional, paulatinamente, aumentava, até que chegassem ao nosso país os primeiros casos de coronavírus sem, contudo, que essa situação fosse encarada com seriedade, como uma emergência sanitária. Simultaneamente, as primeiras impugnações da gestão estadual, inclusive as que envolviam a Secretaria de Saúde do Estado, também passam a ganhar destaque tanto pelos corredores da instituição como na grande mídia. Vivenciamos um caos instaurado nas diferentes esferas do poder gestor.

Nesse momento, imaginava-se que o Governo do Estado assumiria um papel de protagonista no combate à pandemia de covid-19 para minimizar os efeitos da transmissão comunitária da doença desde o seu início. Dessa maneira, manteria o controle absoluto das medidas de combate, compartilhando as tomadas de decisões, dialogando de forma franca e regionalizando as definições com os gestores municipais. Esperava-se um caminho no qual não se abrisse mão do papel do Estado como interventor do processo. Entendia-se que seria realizada uma profunda e rápida reestruturação da rede de leitos de terapia intensiva para que a população, acometida em estágios mais graves da infecção, tivesse o atendimento necessário, considerando a gravidade no âmbito da Saúde pública e o elevado número de casos, incompatíveis com a estrutura da RAS à época. Nada disso aconteceu.

Abaixo dimensiono alguns cenários durante o contexto pandêmico que vivenciei numa subsecretaria de estado de saúde e que apresentou de forma palpável o desencontro entre um Governo de Estado e o seu compromisso.

4.2.1 Algumas versões de um estado municipalizado

4.2.1.1 A Assistência Farmacêutica a gosto do freguês

Os profissionais que compunham a equipe de um gabinete de uma subsecretaria de estado de saúde passaram a ficar cada vez mais envolvidos em algumas frentes de trabalho bem mais próximas do campo assistencial. Esse Estado constantemente encarnava esse papel: assistencialista. Agia como se fosse uma esfera municipal. Parecia competir com a cidade

capital. Desconhecia o seu verdadeiro papel. Não sabia exatamente qual era sua missão e se confundia em funções no campo da gestão, conduzindo seus gestores a compromissos que não necessariamente cabiam a eles.

Um dos trabalhos em que estive envolvida estava associado a um projeto de intervenção que garantia a reorganização do fluxo de usuários nos serviços de farmácia sob a responsabilidade do Estado. Isso mesmo: o governo estadual, para além de ser responsável pelo processo de aquisição e organização da distribuição de medicamentos do componente especializado para os polos regionais ao longo de todo o seu território, também possuía três grandes estabelecimentos envolvidos na dispensação desses ao público de três municípios diferentes e que estavam localizados numa mesma regional.

A unidade que se encontrava localizada na capital do Estado era a maior e, também, a mais problemática. Lá se concentrava tanto o setor de análise das entradas dos pedidos de medicamentos, bem como a dispensação. Tratava-se de um lugar conhecido pelos canais de transmissão da televisão local, sempre passando nos noticiários, pois as filas eram expressivamente extensas. As aglomerações formadas pela população para a retirada de medicamentos eram famosas por começarem logo cedo, ainda no período da madrugada, e não tinham hora para se findar. A desorganização chamava muita atenção (e, de certa forma, representava o desempenho do Estado). Era preciso construir uma logística que compensasse essa realidade, principalmente, diante o período pandêmico.

Foi nessa conjuntura que fiquei mergulhada por alguns meses nesse serviço farmacêutico, junto com outros membros da equipe de gabinete da subsecretaria, realizando a implementação de um sistema de agendamento piloto para regularizar os horários pertinentes à entrada e à saída dos usuários ali atendidos. Inicialmente, esse trabalho foi realizado na maior unidade, onde se apresentava um efetivo considerável de funcionários, bem como de um número elevado de atendimentos. Posteriormente, essa dinâmica de trabalho foi inserida nas demais. Os profissionais dos estabelecimentos foram devidamente capacitados para garantir as melhorias no fluxo de atendimento e um bom funcionamento do sistema.

Durante todo esse processo, já não questionava minha mediação direta na implantação do sistema de agendamento, afinal, estávamos em um momento sanitário delicado, e que merecia toda atenção possível. Contudo, tentava entender porque o Governo do Estado decidiu sustentar a infraestrutura de três farmácias do componente especializado em uma única regional, enquanto as demais eram compostas por polos regionais que ficavam sob a responsabilidade dos municípios. Quais eram os componentes técnicos que justificavam essa decisão? Isso nunca foi esclarecido. Mas, pelos bastidores, sabia-se que havia interferência

política que, inclusive, garantiu a indicação de seus funcionários. Os interesses políticos responderam a minha pergunta.

Até o período em que trabalhei na subsecretaria estadual de saúde, envolvi-me diretamente na escrita da resolução que tratava do orçamento destinado ao cofinanciamento dos polos regionais e à estruturação desses serviços. Acompanhei o andamento do processo enquanto foi possível. Todavia, dada às contínuas mudanças de governo, principalmente durante o primeiro ano da pandemia, não foi permitido que conseguisse ver a sua aprovação, muito menos a liberação desses gastos para tal fim.

4.2.1.2 Um posto de Atenção Primária à Saúde Estadual

Logo em seguida, com o número de casos de covid-19 do estado aumentando, um polo de atendimento para realização de teste rápido para detecção de anticorpo contra o vírus foi montado pela subsecretaria de saúde na qual eu estava lotada. A testagem tinha como finalidade auxiliar no diagnóstico, sendo disponibilizado para atender a população com sinais e sintomas, ou que tivesse contato com pessoas reconhecidamente positivas.

A atribuição da equipe daquela subsecretaria seria fazer o material instrutivo para explicar o passo a passo para utilização do teste rápido e, também, realizar os treinamentos junto aos profissionais do Corpo de Bombeiros do Estado, que ficariam responsáveis pelos atendimentos. Além disso, nossa equipe do gabinete organizou a logística do atendimento no local, que foi definido como polo para testagem.

É possível recordar da quantidade de usuários sintomáticos que foram atendidos, das infinitas possibilidades de sermos infectados, e de como não havia estrutura suficientemente adequada para executarmos esse serviço. Uma demanda que, diga-se de passagem, não nos cabia, ponderando aquilo que compete ao âmbito municipal executar.

Tratava-se de um ponto de atendimento localizado privilegiadamente na capital, diante de várias regionais sem acesso a esse serviço. Onde estava o suporte aos municípios para executarem o mesmo? Questionava-se o que era de competência do Estado. A equipe de gabinete ainda passou a ser responsável por informar os resultados que, para otimizar o atendimento, eram encaminhados posteriormente por e-mail e telefone. Enfim, mais uma confusão generalizada nas atribuições do ente estadual foi instaurada.

Surpreendentemente, o governo daquele município também havia montado postos de atendimento com a mesma finalidade em todas as áreas programáticas da cidade. Enquanto o Estado se fazia presente nessa mesma ação, munido de um único ponto de testagem, se mantinha ausente nas demais esferas municipais.

Ao pensar na dimensão territorial de um Estado, tinha a convicção sobre como alguns aspectos organizacionais deveriam acontecer. Era preciso ponderar, acima de tudo, sobre as estratégias de condução do gerenciamento em larga escala sem necessariamente ter que fazê-lo pessoalmente, oferecendo suporte e orientação aos seus municípios. Era importante ter a compreensão sobre a postura incorporada pela gestão estadual, reavaliando-a sempre que necessário. Contudo, esse perfil de manifestação para o nível de gestão no qual estava inserida era inviável. Não havia abertura para manifestar opiniões. O silêncio e a observação eram tudo o que eu tinha. Até qualquer possibilidade de aceite sobre sugestões de mudança, ou condução de alguma situação, permaneceria nos moldes previstos pelos gestores dos níveis superiores. Ou seja, até que esses fossem substituídos pelos próximos, conforme as legitimadas “danças das cadeiras”.

Isso me fez lembrar a fala do professor José Geraldo de Sousa Junior, da Universidade de Brasília (UnB), durante um debate em uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), respondendo a uma deputada sobre suas percepções divergentes, e quanto isso impossibilitava promover uma colocação nesses espaços.

Por isso que os gregos diziam que teoria é ‘aquele que vê’. O ‘teores’ é o que enxerga. A gente só vê, o que tem cognição para ver. Eu não tenho como discutir com a deputada, porque a sua visão de mundo, a sua cosmovisão, só permite à senhora enxergar aquilo que está escrito na sua cognição. Você não vê o que existe, mas o que a senhora recorta da realidade. A realidade é recortada por um processo cognitivo de historicização. Então, eu não posso discutir um tema que contrapõe visão de mundo, concepção de mundo. (JUNIOR, 2023).

E era exatamente isso. Diante das situações observadas, não havia o que falar. A única certeza era a confiança no desconforto proporcionado pelos afazeres que eram delegados, que gerava o agir em silêncio do corpo técnico. Não foram implementados esforços para reverter os movimentos que eram solicitados à nossa execução. Nenhum parecer contrário ao que estava sendo feito, foi dito. A mudez foi o artifício utilizado para a manutenção do vínculo trabalhista, por mais precarizado que fosse. A maturidade de alguns anos atuando no campo da gestão da Saúde pública me fez compreender que nem sempre saber algo é o bastante. Por vezes, calar o saber também faz parte.

4.2.2 Hospitais de Campanha como luz no fim do túnel

Enquanto uma parte dos gestores estava posicionada no campo da assistência, ao vivo, pelos bastidores da Subsecretaria de Saúde do Estado, se escancararam situações quanto aos aspectos políticos locais que rodeavam o cenário no qual eu trabalhava. Tudo acontecendo de forma simultânea: primeiro, os murmúrios nos corredores da subsecretaria enquanto que se revelavam para a grande mídia um enunciado escandaloso de corrupção envolvendo gestores da alta patente e integrantes da Secretaria de Saúde.

Em paralelo, o período foi acompanhado por muitos casos de óbito, tanto no atendimento estadual quanto no nacional, causado por um sistema de Saúde pública em colapso devido ao aumento exponencial do número de casos de covid-19. A gravidade estava associada à falta de leitos e à ausência de medicamentos para o procedimento de intubação. Para piorar esse enredo, notícias de tratamentos cientificamente equivocados estavam sendo anunciadas pelo governo federal – sobre essa questão darei maiores detalhes no capítulo a seguir.

Nesse momento, a especialidade da casa entra em cena com o mesmo vigor de um herói frente ao seu vilão: uma sequência de TRs passaram a ser elaborados para embasar a construção e o funcionamento dos chamados hospitais de campanha, tendo como alegado intuito, oferecer suporte aos cuidados em saúde das pessoas infectadas pelo novo coronavírus. Esses hospitais estavam sendo projetados para instalação em diferentes cidades - incluindo a própria cidade capital do Estado - em locais que fossem bem espaçosos, terrenos amplos, como foi o caso de um grande estádio de futebol localizado na capital. Ao todo, havia a promessa de serem entregues sete hospitais desse porte.

Diante disso, a única questão que ninguém pensou - ou realmente não era a intenção pensar - foi sobre a possibilidade de reativar leitos hospitalares já pertencentes à rede, ou seja, recursos que já eram existentes ou que pudessem ser ampliados. Perguntou-me se, de fato, a gestão estadual possuía a *expertise* necessária para a construção de hospitais de campanha, e qual seria seu fundamento técnico para efetua-los. A área técnica, sempre tão respeitada, foi ignorada, não sendo consultada para tal demanda. Essa proposta surgiu dentro do próprio gabinete do secretário de saúde.

Ao fim disso tudo, somente dois hospitais foram entregues e os mesmos tiveram pouquíssimos leitos sendo ocupados. Desses, algumas alas, e até mesmo o estabelecimento em sua íntegra, sequer, foram ativados a tempo na época do auge da infecção. Houve várias obras

inacabadas, relatos contínuos de desperdício de insumos e contratação de profissionais despreparados para atuar nos locais que chegaram a ser ativados. O resultado foi uma verdadeira colheita maldita, sendo ramificada diante de um desenho de políticas públicas construídas erroneamente (ou com a intenção real de errar?). Acumulou-se mais de 75 mil mortos pelo covid-19 nesse Estado em setembro de 2022. Só em um único dia, 3 de junho de 2020, chegou-se ao pico de 324 mortos pela doença (Brasil, 2020). Nenhum leito já presente na rede foi reativado, e o único hospital de campanha aberto fechou suas portas poucos meses depois.

Foi nesse panorama que uma das subsecretárias, especificamente do segmento no qual eu estava inserida, quase pediu sua exoneração. A área técnica, que sempre ficava à frente do trabalho vinculado aos TRs, não foi levada em consideração no que tangia às contratações junto às OSS que projetaram os estabelecimentos hospitalares. Com o histórico contraditório desses hospitais de campanha, discordando da dinâmica de condução na qual os TRs associados ao covid-19 estavam sendo executados pela secretaria, essa gestora tentou incessantemente informar aos seus superiores quanto às irregularidades de todo esse processo, mas foi totalmente ignorada pelos mesmos. Por isso, mesmo após recuar do seu pedido de exoneração, sustentou-se por pouco tempo em suas funções. Tendo em vista sua insistência, a mesma foi informada da exoneração do seu cargo logo em seguida.

Após esse episódio, e as tentativas de alerta fracassadas, a situação culminou no afastamento do secretário de saúde, sendo esse acusado de corrupção por desvio de verbas públicas. Em seguida, acompanhou-se a destituição do governador pelos mesmos motivos anteriores. Por ironia, tratava-se do mesmo governador que havia recebido apoio a sua candidatura e cuja vitória foi festejada pela última coordenação do território da APS com quem trabalhei. Esse era apenas o primeiro capítulo de uma sequência de exonerações e nomeações. Nessas circunstâncias, era possível compreender a razão pela qual a área técnica não havia sido ouvida. A conveniência política tinha outros planos... e não se tratava da Saúde pública em si.

Meses após essas exonerações, uma das OSS associadas à gestão do hospital de campanha localizado em um grande estádio de futebol, por contratação do Estado, surge na estampa dos noticiários dizendo que *“Fundador do Iabas e empresários são alvos de operação sobre fraudes no RJ”*, sendo alvo de suspeita e investigação de desvio diante de contratos milionários associados falsamente à *“prestação de serviços públicos de saúde”* (UOL, 2020). Um escândalo acerca da corrupção diante de um cenário fragilizado pelo elemento da morte. De fato, *“este é um aspecto que merece ser lembrado quando se constata que o tema da corrupção tem ocupado um lugar central na vida pública brasileira nas últimas décadas e que*

o debate sobre o mesmo continua dominado por explicações essencialistas e moralistas” (BEZERRA, 2017, p.99-100).

4.2.3 Na era das transições: um estado da (des)arte

Diante disso, uma intensa ruptura aconteceu. Esses fatos instituíram um importante divisor de águas. Uma nova era começava. O período das ininterruptas transições de governo estava sendo lançado. Toda a relação de subordinação que os colaboradores contratados pelo RPA tinham com os assessores do gabinete daquela subsecretaria, foi sendo findada.

Após a exoneração da subsecretária, eles mesmos haviam ficado à deriva, visto que se tratava de cargos de confiança, pessoas que haviam sido nomeadas a pedido dela. Todos estavam no mesmo barco. Se haveria permanência da equipe original, ou não, dentro do gabinete só caberia às futuras nomeações para o cargo de secretário e, em sequência, para o de subsecretário. O número de gestores nomeados foi tão grande quanto o de exonerados. A rapidez com a qual isso ocorria fez com que fosse inevitável a permanência de um núcleo de profissionais que estavam ali há mais tempo. Os assessores foram ficando, assim como os demais colaboradores por RPA. Agora, existia uma linha tênue de igualdade: independente do vínculo estabelecido para nossa estadia, éramos todos, em caráter de função, assessores.

Havíamos nos transformado, em um curto espaço de tempo, na memória daquela subsecretaria de saúde. Tornei-me, junto daquele grupo, uma *expert* em realizar transições de governo. Atuei diretamente em uma sequência de mudanças, passando por superintendentes, subsecretários e secretários. À medida que um novo secretário era nomeado, novos subsecretários chegavam e, por fim, novos superintendentes também. Era feito uma sequência de levantamento das ações que haviam sido executadas por aquela subsecretaria a fim de gerar a produção de relatórios e apresentações. Com o tempo, esse trabalho foi se tornando repetitivo, contendo sempre os mesmos dados. Eram pontuais as atualizações, visto que os processos ficavam estagnados, aguardando uma aprovação para prosseguir com as suas deliberações. Já não havia avanços no processo de trabalho. As resoluções, cofinanciamentos e construção de protocolos permaneceram os mesmos e nunca finalizados.

Além de assessora, eu também me categorizava como uma observadora privilegiada (ou não) de um Estado ausente. O rigor na manutenção do caos era a prioridade. Após a exoneração do primeiro secretário de saúde da pasta vigente daquele governo, acompanhei mais três gestões

distintas. Um dos secretários seguintes permaneceu no cargo por apenas um mês e pediu demissão. O posterior ocupou a função por quatro meses e também solicitou exoneração. O quarto ocupante do período que esteve presente na secretaria permaneceu como secretário por um tempo mais longo, nove meses. Isso tudo ao longo de um pouco mais de um ano.

Da linha do tempo referente aos subsecretários do gabinete no qual fazia parte, totalizaram-se quatro, logo após a primeira ser exonerada. Um deles esteve à frente da subsecretaria por apenas um dia, inclusive. Esse representou o tempo recorde de todas as transições. Uma questão interessante ao longo desse período foi a divisão da subsecretaria original em duas distintas, fazendo com que a própria equipe de assessores também se dividisse entre elas: uma de competência do âmbito hospitalar e outra referente às demais esferas assistenciais. Ambas passaram pelo mesmo número de transições.

Quando imaginei que fosse ser possível ter algum nível de estabilidade diante de tantas mudanças, optei por ficar atuando especificamente dentro da superintendência que já era referência técnica. Fui designada para algumas tarefas relacionadas à coordenação de qualificação e tive a chance de iniciar alguns processos de trabalho. Foi quando a superintendente, que havia assumido o cargo há pouco mais de quatro meses, foi exonerada. A mesma ficou sabendo pelo diário oficial, procedimento (deselegante) muito comum na atual conjuntura de transições contínuas.

Os gestores não eram, sequer, avisados previamente de suas mudanças de cargo, ou suas dispensas dos mesmos. Essas situações demandavam toda uma preparação da equipe remanescente, que ficava responsável por (re)apresentar os projetos em execução, além do andamento e suas produções até aquele momento. Nessa superintendência, em específico, acompanhei três gestoras diferentes durante o tempo que estive na secretaria.

Diante das infinitas mudanças, o legado dessas transições era o mais impressionante. Um dos episódios mais marcantes foi a reforma da sala de um dos gabinetes. Com a divisão de uma subsecretaria em duas, um dos subsecretários decidiu, em plena pandemia, que sua prioridade seria reformar o espaço dele e de sua equipe. Um novo piso, uma nova bancada, um novo ar condicionado. Nas reuniões, pela fala dos meus colegas de trabalho, uma das frases célebres desse gestor era *“Time is Money.”*, dando a entender que o mesmo não teria muito tempo a perder ali. Inclusive, ele mal estava presente na secretaria.

Esse mesmo gestor havia solicitado a inserção de alguns profissionais ao projeto de extensão no qual fazia parte. Desses, dois médicos estavam contratados pelo projeto em parceria com a universidade pública para que, cada um recebesse dez mil reais, e ficassem lotados em uma equipe específica. No entanto, havia sido informado de que os mesmos ocupariam

demandas específicas junto ao subsecretário. Ao fim, esse gestor nunca chegou a ver a reforma da sala concluída. Foi exonerado antes disso. Os médicos supracitados nunca foram vistos naquele gabinete, tendo recebido o referente a um mês de trabalho pelo projeto. A desordem era a ordem decretada.

O desenrolar do cenário só se agrava. Esse subsecretário foi responsável por provocar o desequilíbrio orçamentário do projeto de extensão. O fato de terem sido incluídos mais profissionais contratados fora do orçamento previsto do planejamento inicial, colocou em risco a manutenção do projeto e dos profissionais que realmente executavam seu trabalho. Foi necessário reavaliar o custeio mensal após sua exoneração, comprometendo dessa forma os valores pactuados inicialmente entre os colaboradores que haviam passado pelo processo seletivo. Era necessário reequilibrar o aspecto financeiro desse projeto para não comprometê-lo futuramente. Esses trabalhadores, incluindo eu, não tiveram outra escolha a não ser aceitar as condições de redução salarial momentânea.

Além disso, com as inúmeras confusões provocadas pelas constantes mudanças de gestores, foi praticamente impossível que a tramitação relacionada ao pagamento não fosse afetada. Os repasses atrasados pelo Estado comprometeram o processo de descentralização firmado com a universidade que, por sua vez, provocava retardo no seu calendário para liberar nossa remuneração. Foram meses revivendo uma história bem familiar.

Em paralelo, o contrato da OSS vigente, que terceirizava os recursos humanos da secretaria, estava prestes a acabar. Todavia, não foi programada sua renovação - afinal, a roleta da transição de governo não parava de girar - o que poderia comprometer a permanência da contratação de mais de 700 funcionários. A única alternativa foi garantir a continuidade do serviço por meio do chamado Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), uma espécie de instrumento que impediria que a continuidade de um serviço fosse colocada como uma situação de ilegalidade. Isso permitia o reparo de danos ao direito coletivo, evitando uma possível ação judicial. Até onde eu sei, essa mesma empresa permanece em funcionamento via TAC até os dias atuais nesse Estado. Por conta disso, o atraso do pagamento salarial de seus colaboradores tratava-se de uma condição que se perpetuava, também.

No meu último dia dessa minha experiência dentro da secretaria de Estado decidi fazer um saldo dos meus feitos, para além das transições:

- a) o TR referente aos serviços de farmácia nunca saiu do papel. O edital nunca foi publicado;
- b) na tentativa de garantir algumas demandas descritas neste documento, pormenorizei certas aquisições como, por exemplo, de computadores e

- uniformes para atender os estabelecimentos farmacêuticos por intermédio de projetos básicos;
- c) devido às transições no setor de tecnologia e informação, não foi possível realizar nenhuma negociação de máquinas novas para o serviço. Da última vez que tentei um diálogo com o superintendente da área, o mesmo acabara de receber a informação que tinha sido exonerado;
- d) quanto aos uniformes, estão aguardando a autorização para liberação de verba até hoje. Isso também nunca aconteceu. Os colaboradores do serviço de farmácia passaram a padronizar a utilização de blusas brancas entre eles, a fim de auxiliar suas identificações frente ao público que é atendido. Os uniformes antigos, de tão gastos, estavam repletos de buracos e foram inutilizados. Tratava-se de roupas do período da inauguração do estabelecimento, há 10 anos.

“Essa secretaria de Estado tem umas dez cabeças de porco enterradas debaixo dela.”
 – Era uma frase que sempre dizia. De fato, havia um mal implantado com requintes de crueldade. Em seu estado de normalidade já era perceptível. Com a pandemia, essa condição se acentuou. Volta a ser tema de noticiário. Para mim, a perversidade era ao vivo.

4.3 A Gestão por essência

Gaulejac (2007) diz que *“A gestão não é um mal em si. É totalmente legítimo organizar o mundo, racionalizar a produção, preocupar-se com a rentabilidade. Com a condição de que tais preocupações melhorem as relações humanas e a vida social.”* (p.33). Questiono o quanto o campo da gestão em Saúde pública propõe-se a exercitar esses condicionantes.

O que se percebe é que essas instituições públicas de saúde apresentam outras configurações no seu compromisso real, reveladas diante do que ocorre nos seus bastidores. A ideologia gerencialista nasceu na esfera do privado e penetrou o setor público. (GAULEJAC, 2007). Os princípios e diretrizes do SUS, profunda e teoricamente estudados, foram invadidos e encontram-se em jogo mediante a urgência dos valores e diretrizes determinados pelo poder. E por onde anda o poder?

Não há princípios constitucionais previstos que sejam capazes de impedir os avanços e exigências dos condicionantes ditados pelo universo neoliberal, já que *“a gestão subentende*

uma representação do mundo que justifica a guerra econômica” e “o humano se torna um capital que convém tornar produtivo”. (GAULEJAC, 2007, p.31 - 32). Vende-se a força de trabalho do profissional de saúde, cobra-se pela vida (e pela morte) do usuário. O campo da Saúde pública passa a representar um bom negócio.

É nesse contexto, em posse de uma bandeira “Defenda o SUS”, que o Estado oferece o gerenciamento de hospitais, centros de urgências e emergências, unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde e de saúde mental a OSS, Empresas Públicas e Organizações de Sociedade Civil como forma de subserviência à lógica empresarial.

As OSS e demais instituições supramencionadas sustentam-se a partir dessas bases, e se qualificam por meio da desqualificação da administração direta do Estado, apresentando como respaldo aspectos legais produzidos por essa mesma entidade. Ancora-se, por exemplo, na Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece os parâmetros a serem seguidos relativos ao gasto público de cada ente federativo, condicionando-os à capacidade de arrecadação de tributos (BRASIL, 2000). Por maior que seja a falácia submetida, o arcabouço é endossado de forma legítima, produzindo limitações nas esferas relacionais com a gestão técnica, trabalhadores e usuários. Assim, o processo de terceirização torna-se justificado.

Pensar na saúde financeira dos negócios passa a ser uma prioridade frente à saúde e à vida humana. Essa última não é lucrativa. De fato, *“podemos denunciar com veemência a ‘gestão contábil’ da saúde, da educação e da pesquisa, ao mesmo tempo reconhecendo a necessidade de se adaptar às exigências econômicas e institucionais”.* (GAULEJAC, 2007, p.35). Mas como encontrar o equilíbrio de vertentes tão antagônicas diante do imperativo do mundo capitalista que caminha, também, frente à esfera da gestão da Saúde pública: saúde x lucro? É possível esse equilíbrio? Ademais, o mesmo é desejado? Ou a disparidade é proposital?

Esses conflitos estabelecidos parecem ser uma regra. Não existe a disposição de garantir um alinhamento que conduza às práticas que agreguem à gestão pública de saúde. O dilema da cooperação está instaurado na dinâmica de trabalho do cuidado em saúde em todos os seus níveis. No caso dessa gestão no Governo do Estado, o rumo era pensado por diferentes cabeças, cada uma com sua vontade e força política. Um cabo de guerra constante no qual se percebe que, cada um tem a sua vez de ganhar, mas os benefícios que podem ser compartilhados por várias pessoas são sempre caracterizados pela derrota.

Seria melhor para todos se todo mundo contribuísse para o bem comum, mas é individualmente vantajoso transferir o ônus para outrem. Se todos seguirem esta lógica, nenhum bem coletivo será produzido. Este dilema está presente não só em questões de guerra ou paz, mas em praticamente todas as esferas da vida pública: na provisão da boa governança, na criação da infraestrutura pública, no financiamento da ciência e da tecnologia, na manutenção da qualidade do ar e da água etc (APPEL, 2018, p.48).

É com base nesse histórico confuso que se descortina o campo relacional do poder gestor da Saúde pública. As confusões associadas a uma notória disputa por esse território são capazes de desconfigurar qualquer propósito constitucional. Um antagonismo originário de um conflito político, um desarranjo premeditado para deflagrar a morte número um, a morte do SUS.

5 SOBRE AS DIFERENTES FORMAS DE MORRER

Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro.

Belchior.

A morte é detentora de um conjunto de significados. Olhando-a isoladamente, entendo-a como a apreensão do auge das emoções. É quando absolutamente mais nada pode ser feito, a não ser manifestar a despedida, encarar o fim, defrontar-se com o corpo imóvel e estatelado. Todavia, ao realizar leituras referentes ao tema, principalmente tendo Mbembe (2020) como referencial, ganhou a permissão de revisitar fatos nos quais a conjuntura promove outras percepções.

A memória, inabalável, se conecta a situações não somente associadas ao ato de morrer, mas que trazem lembranças, sobretudo, da ação que mata. Refiro-me ao golpe que desferiu o último suspiro, que sufoca de tal maneira, fazendo com que a naturalidade de morrer se perca. Não se trata, simplesmente, de uma enfermidade, ou de um incidente que ocasiona a morte. Afinal, basta ter um corpo pleno de vida para morrer. Indico algo que transcende esse sentido, uma intervenção que ultrapassa essa natureza e propulsiona novas formas de acarretar o desfecho da vida.

Vivenciar o campo da gestão da Saúde pública proporcionou uma visão sobre a morte para além de uma comoção, um adeus. Percorri caminhos que permitiram observar o quanto o poder vinculado ao campo político é capaz de ditar e controlar as regras que cruzam as vidas e aniquilam sua finitude de modo totalmente intencional. Foi nessa perspectiva que, tendo a noção de que a política representa uma forma de guerra, apropriei-me dos questionamentos proferidos por Mbembe (2020) quando diz “*que lugar é dado à vida, à morte e ao corpo humano (em especial o corpo ferido ou massacrado)? Como eles estão inscritos na ordem do poder?*” (p.7).

Seguindo esse raciocínio, avanço nas perguntas a fim de compreender o universo da gestão aplicada no âmbito do SUS. Quantas oportunidades existiram ao longo dessa minha trajetória profissional ao presenciar, de tão perto, o qualificado exercício da morte dentro de uma estrutura feita para salvar vidas? E por quantas vezes é possível observar em sua origem a arma humana, aquela que produz o disparo certo e mata a ferida já ensanguentada da vítima? É lamentável dizer que eu tenho uma coletânea de respostas que morreram no final. Eu mesma

morri e presenciei muitos em seu leito de morte. Quando percebi o meu próprio desfalecer foi inevitável não ver os demais. Aqui, elaboro reflexões que dialogam com as diferentes formas de morrer.

5.1 Sobre os episódios de assédio moral

Descrevo alguns cenários do que chamo de desviver, quando o indivíduo morre em vida, principalmente ao ser alvo de assédio moral. Essas situações estão relacionadas a violências simbólicas legalmente impetradas no ambiente profissional. Funcionam como forma de captar a subjetividade do trabalhador, conduzindo-o à aceitação de condições inadequadas de trabalho e de vida. Essas situações contribuem para sua dominação e a sua submissão.

No campo profissional, a atmosfera da morte encontra-se associada ao medo, especialmente à possível perda do vínculo trabalhista. É nesse lugar em que se desenvolve o elo com a desesperança, constrói-se a desmobilização e se desapropriam os atos das diversas formas de resistência aos mandos e desmandos do universo neoliberal.

Diante dos novos moldes das relações trabalhistas, que estão sendo vivenciados pelos trabalhadores da Saúde pública, incluindo aqueles que fazem parte da gestão, observa-se que as atuais formas de vínculos empregatícios possuem, como propostas, submeter os profissionais às sensações de insegurança e instabilidade dada às precarizações contratuais que superam a condição de obediência e submissão. Pois *“ao contrário da subordinação, sempre enraizada na alegada necessidade de evitar a morte, a soberania definitivamente demanda o risco da morte”* (MBEMBE, 2020, p.15-16). E, de fato, isso é evidenciado.

5.1.1 As multiversões do assédio moral velado

Um dia, no início de uma nova vivência profissional, a instabilidade já mostrava a sua face. Estava à frente de um processo de transição de serviços e atuando com as demandas relacionadas à coordenação da assistência farmacêutica. Fazia o reconhecimento e, à medida do possível, organizava os almoxarifados que fariam parte da minha gestão. Foi nesse momento que desautorizei, sem saber, uma das diretoras que havia solicitado uma transferência, por

doação, de uma quantidade significativa de soro fisiológico para um determinado hospital da rede de um município. Desconhecia essa movimentação, e isso gerou estranhamento, pois se referia a uma instituição que não era, sequer, conveniada pela empresa pública na qual estava atuando. Além disso, tratava-se de um medicamento que fazia falta ao bom funcionamento das unidades que faziam parte do convênio. A diretora em questão desconhecia a realidade do nosso estoque e não havia se comunicado comigo, previamente.

Tratava-se de uma quantidade considerável para um período em que era preciso realizar o controle absoluto dos medicamentos e insumos daquela instituição. A quantidade a ser transferida certamente fazia falta para o consumo de um novo ambiente hospitalar que estava se tornando referência contra o covid-19 e que estava sob a responsabilidade da empresa em questão. Era preciso racionalizar ao máximo o estoque, considerando que poderíamos entrar em estoque crítico antes do novo processo de aquisição do item ser efetuado.

Em contato com o serviço de farmácia hospitalar que iria receber as caixas de soro fisiológico, conversei com a profissional farmacêutica que relatou não precisar da doação e que, sequer, teria onde guardar os itens a serem transferidos, que certamente teriam de ficar entulhados num dos corredores do hospital. Logo, era possível cancelar a referida doação sem que houvesse prejuízo para ambos os lados. Os soros retornariam ao hospital de referência para acolher os casos do novo coronavírus.

Contudo, eu havia descumprido uma ordem de uma das diretoras da empresa que, notoriamente, havia ficado insatisfeita com a minha tomada de decisão e solicitou no dia seguinte esclarecimentos acerca da minha conduta. Na verdade, não tive a oportunidade de explicar o ocorrido e verbalizar o diagnóstico situacional que se desenvolvera no período da transição, comprovando, assim, que o movimento de transferência traria prejuízos ao estoque. Sem absolutamente nenhum cuidado ou discrição, fui chamada à atenção na frente dos demais diretores. Fui exposta deliberadamente. Em claro e bom som, eu havia desagradado a condução que havia sido determinada pela gestora.

Diante do constrangimento e humilhação, havia entendido que aquela situação seria o suficiente para que colocasse em risco a minha permanência dentro daquela equipe que, até o momento, fazia parte somente do processo de transição. A referida diretora levou a situação para uma reunião junto à presidência daquela empresa. Dada a minha postura, que contrariava o seu comando, eu não estava apta a assumir as funções da assistência farmacêutica das unidades que tinham convênio naquele lugar.

Entendi que estava imersa num posicionamento de gestão rigidamente hierarquizada, imperativa e impositiva na qual

A eficácia do sistema disciplinar queria que a ordem fosse executada sem discussão, sem explicação e sem demora. Ela solicitava da parte dos agentes uma submissão total ao regulamento e uma docilidade obediente diante da hierarquia. Punha em ação uma vigilância direta e um sistema de sanções normalizado (GAULEJAC, 2007, p.117).

Além disso, os bastidores apontavam que o desagrado que havia provocado, na verdade, estava associado a outros propósitos daquela gestora. Havia o interesse da parte dela em assumir a assistência farmacêutica daquela empresa pública, e a mesma já possuía seus profissionais farmacêuticos de confiança para cumprir o papel que, até aquele momento, caberia a mim. Para além de ter me faltado à cega obediência, também havia me tornado um obstáculo para os seus objetivos. Em uma noção totalmente ficcional, tornara-me uma espécie de “inimiga”. E dada à relação de inimizade ser uma das bases normativas do direito de matar, a ameaça do desemprego transformava-se em uma arma branca (MBEMBE, 2020). O medo de, mais uma vez, ficar à deriva pairava no ar.

Haja vista o fato ocorrido, era possível observar as artimanhas do poder gestor em ação, e isso permitia entender que não importava a minha capacidade técnica em identificar a melhor organização e condução da assistência farmacêutica daquela empresa pública. O discurso produzido hierarquicamente seria o suficiente para mobilizar aquela gestão, conforme o desejo daquela diretora. Esse era incontestável diante dos interesses intrínsecos que estavam envolvidos.

Nesse momento, a assessoria da direção da qual estava atrelada, sabendo que além de farmacêutica, eu também possuía formação como sanitarista, identificou, em mim, competências para assumir outras funções. Como as diretorias e toda empresa ainda estavam se ajustando durante o processo de transição, surgiu a possibilidade de trabalhar como coordenadora da equipe multidisciplinar. Uma posição na qual me sentia capacitada para atuar. Então, apesar de chateada por perder a chance de atuar junto a minha categoria profissional, fiquei contente com esse novo desafio e por não regressar novamente na categoria do desemprego. Nesse viés, dei início a esse trabalho desatando um dos nós mais complexos da empresa. Tratava-se do levantamento dos indicadores de saúde referentes a um dos convênios mais esquecidos da empresa pública: os das unidades de saúde mental.

O convênio da rede de atenção psicossocial (RAPS) estava atrelado a 15 unidades. Mais de 40% das unidades de saúde mental de um município encontravam-se conveniadas com a empresa pública há pouco mais de um ano. Abandonadas ao longo desse tempo, o relatório referente aos indicadores de saúde jamais havia sido produzido. Na verdade, sequer foi

esboçado um planejamento para o levantamento dos dados. Não se sabia se as metas mensais estabelecidas em contrato estavam sendo cumpridas ou não. Era desconhecido o perfil de atendimento assistencial desses serviços.

Diante disso, dou início a essa tarefa entrando em contato com a superintendência da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela confecção do contrato. Era preciso compreender os propósitos dos indicadores e suas metas. Em seguida, começo a me aproximar de cada um dos gestores das unidades de saúde, a fim de me apresentar, compreender suas dinâmicas de trabalho e solicitar a colaboração de todos para o processo de elaboração dos relatórios atrasados.

O documento que regia o convênio apresentava informações muito frágeis de onde, como e quando coletar os dados referentes aos indicadores. Havia muitas falhas expressas sobre o próprio entendimento do que se tratava um indicador. Não havia uma descrição sobre seu fundamento. Era apenas um “*cumpra-se a meta*”, que mal sabiam o significado e para quê servia. O planejamento era inexistente. Portanto, encarava uma gestão vazia e sem propósito.

Ademais, as unidades de saúde mental ainda não possuíam um prontuário eletrônico que permitissem a adequada circulação da informação. Isso gerava dificuldades para obtenção dos dados e, conseqüentemente, dos indicadores. Esses eram calculados tendo como base infinitas planilhas – para uma tentativa de monitoramento – que eram preenchidas manualmente pelos gestores de cada estabelecimento. Apesar de todo o suporte da equipe da superintendência e da gestão da ponta, o relatório construído, colocando em dia todos os meses em atraso de apresentação, tinha defasagens que foram minuciosamente descritas e esclarecidas, conforme as fragilidades encontradas ao longo de sua elaboração.

À medida que confabulava com as unidades de saúde mental acerca dos indicadores, identificava outras vulnerabilidades nas quais estavam imersas. Questões relacionadas à infraestrutura, aos contratos de serviços prestados e demandas de recursos humanos passaram a ser compartilhados comigo. Nesse ínterim, passei a me mobilizar dentro da empresa a fim de tentar resolver os problemas que eram encaminhados pelos gestores locais. Procurava entender os obstáculos para atender às necessidades dessas unidades, e quais providências necessárias seriam possíveis de serem tomadas para qualificar o atendimento da saúde mental.

À medida que avançava nesse trabalho, percebia o desprezo que era depositado pelos serviços de saúde mental. Era gritante e beirava a perversidade. Tratava-se de um lugar pantanoso e pouco glamoroso para se habitar. A saúde mental transcendia o seu tempo presente. Referia-se à história de uma população negligenciada e que foi depositada no isolamento e entregue à morte.

Era como se, intencionalmente, a negligência fosse um artifício para atingir a morte como produto final. Observava um estado de exceção em ação, construindo *“os campos da morte [...] como a metáfora central para a violência soberana e destrutiva, e como o último sinal do poder absoluto do negativo”* (MBEMBE, 2020, p.7). Aqui, para além de uma figura de linguagem, acompanhava-se o árduo trabalho do extermínio. Matava-se de forma silenciada.

Inicialmente, uma das questões que mais me chocou estava relacionada a uma série de falhas associadas ao serviço de alimentação que era prestado para as unidades de saúde. A empresa contratada, por conta dos atrasos de pagamento pelos seus serviços, ignorava a entrega das refeições. Quando isso não acontecia, eram servidos alimentos estragados, impossibilitando que os usuários presentes, em seu atendimento e acompanhamento de cuidado em saúde, se alimentassem. Por se tratar de uma população vulnerável, os mesmos não contavam com recursos próprios para recorrer a outras maneiras de tomar um café da manhã ou almoçar.

Os gestores locais desses serviços driblavam essa condição, tentando sobreviver por intermédio, principalmente, de bazares, a fim de produzir recursos financeiros por meios próprios, e atender suas demandas em situações emergenciais – o que eram instauradas quase sempre. Além disso, quando esses não eram suficientes, os profissionais de saúde se reuniam para arrecadar dinheiro entre eles. Viviam constantemente em luta para subsistência de seus usuários.

Com o caminhar das minhas atividades, acabei estabelecendo o nascimento da coordenação de saúde mental dentro da empresa pública. Ultrapassei todo o planejamento do perfil de trabalho que havia sido pensado inicialmente pela diretoria na qual estava inserida. Segui a urgência proferida pelo serviço assistencial ao qual eu estava mais próxima. Quando percebi, estava lidando para além dos indicadores. Tornara-me, também, gestora dos serviços de alimentação vinculados às unidades de saúde mental, envolvida por todas as suas demais demandas.

Concretamente, não existia uma interlocução que permitisse fluir discussões pertinentes às debilidades desses serviços. Os diretores dessas unidades passaram a ser escutados, ganhando voz que, à medida do possível, eram acatadas. Diante de todas as imaginárias perdas que poderiam ter dentro daquela empresa, a reviravolta no cargo que eu ocuparia, enalteceu as infinitas potencialidades para agregar não só no meu conhecimento, mas, também, na minha identidade enquanto profissional de saúde. Eu via a morte, mas também era possível observar a luta pela vida.

De fato, ao compreender o lugar que gradativamente estava ocupando, envolvia-me com a grandiosidade do trabalho desempenhado pelas unidades de saúde mental e seus gestores

locais. Identificava-me com esse lugar, pois mesmo diante de tantas dificuldades impostas pelo próprio sistema no qual estavam inseridas, resistiam bravamente e lutavam contra a correnteza. Existia em mim uma sensação de pertencimento. Eu via a resistência viva do SUS, contrariando todas as provocações mortais proferidas pelo sistema de poder. Considerava a bravura da RAPS mais do que legítima, era imprescindível.

Nesse sentido, coloquei-me à disposição para apresentar a potência desses serviços que me encantaram. Entendia que esse encontro não poderia ser somente meu. Era preciso envolver, compartilhar e sensibilizar toda a estrutura da empresa pública que mantinha aquele convênio e que desconhecia o trabalho desenvolvido pelas unidades de saúde mental que, por tantas vezes, superaram as dificuldades por vias próprias. Era preciso inserir o poder público nesse ambiente tão rico em conhecimento de Saúde pública e fazê-lo ser reconhecido pela sua magnitude histórica, principalmente ao que se referia ao movimento de luta antimanicomial (MLA)⁴. Eu descobri que o afeto morava no caminho proferido pela morte, pela vulnerabilidade.

Pensando nisso, para promover a integração das unidades de atenção psicossocial ao corpo de gestão, propus uma semana de encontros e apresentações. Fiz uma ampla divulgação pelos canais de comunicação da empresa. Em posse dessa informação, a vice-presidência me chamou para uma conversa sobre os eventos que estavam sendo divulgados. Fui questionada sobre qual seria o fundamento e importância dessa atividade “*diante do momento tão delicado da saúde financeira da empresa*”. Foi dito que era necessário erguer esforços para superar isso e que não havia tempo de se pensar em atividades como a que havia sugerido entre os serviços assistenciais e a gestão. Houve a sugestão do cancelamento das apresentações. “*É preciso priorizar a saúde financeira da empresa (pública de saúde)*” - Foi dito algumas vezes enquanto conversávamos.

“O poder gestor se enraíza nessa necessidade de agir. Sua força repousa sobre diferentes mecanismos que canalizam a ação a serviço do capitalismo e das empresas que são sua encarnação. [...] Trata-se de fazer acreditar na vulnerabilidade da empresa, cuja sobrevivência estaria ameaçada e, portanto, na necessidade de realizar sacrifícios para salvá-la. [...] A mobilização de todos e de cada um diante da ameaça é uma condição de sua salvaguarda. Diante do perigo, os interesses individuais devem apagar-se diante de uma causa superior.” (GAULEJAC, 2007, p. 143).

⁴ O Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) trata-se de uma proposta de sociedade sem manicômios. Representa a luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. Combate-se a ideia de que se deve isolar uma pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos, tendo como base apenas os preconceitos que cercam a doença mental. O MLA faz com que haja o despertar do pensamento crítico na sociedade acerca da violência institucional da psiquiatria que outrora foi preconizada e que promove a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, NUNES, 2018).

Questionei de que forma, como gestora da diretoria assistencial, poderia colaborar com a atual condição financeira da empresa. Não recebi uma resposta lógica sobre isso. Por mais que tivesse compreensão das dificuldades financeiras das quais a empresa tentava superar por conta das sequelas deixadas pela gestão anterior, não compreendia como o cancelamento de um evento que, absolutamente em nada, seria custeado, poderia afetar aquela situação. Entendendo a importância de aquele evento acontecer, e contrariando a sugestão, insisti pela sua permanência, evocando as contradições que surgiram simultaneamente a esse episódio, e que relato a seguir.

Naquela mesma semana fui procurada por um profissional da empresa pedindo ajuda. Encontrava-se em sofrimento pelo excesso de trabalho, desencadeando um quadro de ansiedade. Um dia, apresentou uma crise de taquicardia, dificuldades de respirar e descompensou enquanto estava a caminho do trabalho. Seguiu sozinho a um serviço de emergência mais próximo para se estabilizar. Descreveu pra mim que “*sentia como se fosse morrer*”.

Nesse primeiro momento, ao se recuperar, o colaborador em questão pediu ajuda para ser acolhido em uma das unidades da RAPS. Queria obter mais informações sobre como poderia cuidar da sua saúde mental, já tendo identificado seu esgotamento. Foi quando optou por começar o acompanhamento psicológico e psiquiátrico no seu município de origem, recorrendo à rede privada. Esse episódio ficou marcado dada a coincidência dos fatos: o evento de apresentação das unidades de atendimento psicossocial, que se pretendia cancelar, e um trabalhador que precisava de suporte a fim de conhecer esse serviço. Tudo acontecendo, simultaneamente, como se fosse um roteiro... de terror.

Era irônico imaginar que a saúde financeira daquela empresa fosse mais importante do que a de seu funcionário ou qualquer outro usuário da rede. Esse não era simplesmente um colaborador a serviço do SUS, ele era o próprio usuário precisando ter suas fragilidades acolhidas, principalmente diante do descompasso que provocara seu mal-estar. Para isso, era necessário conhecer e reconhecer os serviços para os quais trabalhávamos e que estavam disponíveis na RAS. Os mesmos não eram direcionados somente para o outro, mas, sobretudo para o nosso próprio benefício como colaboradores da Saúde pública. Éramos integrantes ativos desse processo e não tínhamos a sensação de pertencer a isso.

Será que para garantir o melhor desempenho daquela empresa pública era imprescindível negligenciar o reconhecimento dos seus serviços? Não havia espaço para compreender o seu lugar frente às necessidades apontadas para os processos que envolviam os

cuidados em saúde que eram executados pela sua assistência? Observava-se que o discurso mercadológico predominava, e a saúde transformava-se em um bem concreto, material e monetário. Era como se fizéssemos parte de um grande negócio e nada mais importava. Parecia que, em nome da estabilidade financeira da empresa, era preciso nos sacrificar até a última gota, seguindo uma cartilha que era ditada por autoridades bem acima de nós.

A hierarquia, mais uma vez, se apresentava demarcando o seu território de forma adoecedora. Existia uma voz de comando e ordens supremas a serem seguidas cegamente. Essas esboçavam outras preocupações e que não estavam associadas ao ser humano. Simplesmente, negava-se a possibilidade de realizar um evento que estimularia a aproximação daquela empresa às unidades sob o seu gerenciamento, um movimento que demarcaria, inclusive, a chance de promover o cuidado para um de seus funcionários que se encontrava escarnecido exatamente pela sua rotina de trabalho excessiva, e de tantos outros. Não havia apreço pela saúde mental dos mesmos.

Nessa mesma direção, o que se ofertava era mais trabalho. A gestão daquela empresa se propunha a um exaustivo processo de labor que ultrapassava seus limites, elaborando demandas extras e ditas prioritárias. Ao longo do período em que atuei nesse lugar, vivenciei uma espécie de “voluntarismo obrigatório”, que estava relacionado à participação em outras funções que, não necessariamente, competiam aos nossos cargos, mas que era “*de bom-tom participar*”, dizia-se.

Éramos convocados a participar “voluntariamente” de campanhas de vacinação, quando, na verdade, sequer tínhamos unidades de APS sob a nossa gerência. Também éramos “convidados” para colaborar durante o período eleitoral para apoiar gestores que haviam lançado candidatura política. Participava-se de atividades vinculadas à panfletagem e comícios. Os sábados e domingos já não mais existiam como um momento de descanso. O “trabalho” era o foco, não parava e nunca era o suficiente. Era preciso apresentar status de devoção à gestão, mesmo que isso custasse o seu pouco tempo livre. Não existia um olhar para o trabalhador.

No acumulado de demandas, além dessas supracitadas, recordo-me de ainda dar conta das minhas verdadeiras funções. Lembro-me de estar em pleno dia 31 de dezembro resolvendo problemas com o contrato do serviço de alimentação das unidades; de ter passado muitos finais de semana debruçada no computador, analisando dados para rever relatórios pertinentes aos indicadores de saúde; e, por vezes, sair correndo de uma visita técnica para outra, e ainda precisar resolver assuntos burocráticos na sede no avançar da noite.

Não foi à toa que, no meu limite, passado mais de um ano encoberta pelos excessos de trabalho, executando tarefas a qualquer momento, também me vi adoecida, mais uma vez, tendo

crises de vertigem e excessivas dores de cabeça. A energia vital minava não somente de um, mas de todo um coletivo sobrecarregado que vivenciava um assédio moral velado, sorrateiro, que deixava o seu rastro, demarcando em nossos corpos a enfermidade, o medo e o desânimo de ter que dar conta dos excessos aos quais éramos/somos submetidos. Era isso ou o caminho da demissão e, mais uma vez, a busca por um novo subemprego.

5.1.2 A ouvidoria

Como se não bastasse toda dedicação já despejada naquele lugar, essa lealdade e compromisso institucional discutidos e questionados por Sennett (2012), inesperadamente (o esperado), o anúncio de mais um período de transição promove a desestabilização do processo de trabalho. Eis que um episódio reprisado se reafirma em uma história tão familiar, no enredo da vida na gestão: um lugar que se desfaz e que produz sua própria contínua reprojeção (SENNETT, 2012). Provoca também os passos do trabalhador.

A saída de um gestor promove automaticamente a reconfiguração dos demais abaixo dele – em termos práticos, ao menos os cargos de maior relevância e que representam melhores colocações financeiras e status na escala de poder. Após um pouco mais de um ano da transição de governo, aquela empresa perpetuava a mesma atmosfera, como um efeito cíclico.

Considerando que se tratava de uma mudança familiar, inicialmente amistosa, fomentando uma união forjada, dissimulada, era necessário prestar atenção nos atos. Afinal, *“a clássica ética do trabalho de adiar a satisfação e provar-se pelo trabalho árduo dificilmente pode exigir nossa afeição. Mas tampouco o pode o trabalho em equipe, com suas ficções e fingimentos de comunidade”* (SENNETT, 2012, p.139).

A postura da nova equipe gradativamente se apresentava de forma agressiva. Percebi que possivelmente isso era motivado devido à posição demarcada pela equipe da gestão anterior, reconhecidamente requisitada como símbolo de liderança frente às unidades assistenciais. Isso fazia com que o poder da atual gestão fosse deslegitimado.

Em termos práticos, era preciso demolir a visão que o campo assistencial tinha de nós, gestores que não mais representavam a presidência daquela instituição. O caminho seria promover a nossa desqualificação e reprovar a nossa atuação, sendo, dessa forma, possível ao novo grupo de gestores se destacar perante os serviços conveniados. Mais uma vez, os episódios

de constrangimento psicológico se faziam presentes. E para quem já havia vivido circunstâncias como essa, era fácil identificá-la como tal.

Uma das situações mais emblemáticas dessa época aconteceu dentro da sala da diretoria, na presença de um grande número de funcionários. Um dos colaboradores que havia chegado com a equipe de transição verbalizou em alto e bom som sua opinião sobre o protocolo produzido por um colaborador da antiga gestão, dizendo “*esse trabalho está um lixo*”. Não satisfeito, replicou essa fala repetidas vezes. E como se não bastasse, continuou verbalizando ofensas ao trabalho do profissional, que inclusive estava presente na sala, dizendo “*vamos passar vergonha se apresentarmos esse protocolo ao núcleo de qualidade.*”.

Essa discussão já há algumas semanas, sugerindo que o profissional era incompetente. Todavia, o trabalho já havia sido revisado por um especialista no assunto, dizendo que o material estava mais do que satisfatório. Contudo, isso não faria diferença diante do propósito das agressões verbais desferidas.

O fato trouxe indignação aos que presenciaram o ocorrido. O trabalhador, consternado, foi acolhido diante do que havia sido uma ação deliberadamente atroz. O mesmo havia sido desqualificado em público e em seu ambiente profissional. Diante do despropósito (totalmente proposital), uma parte do coletivo presente durante o episódio acessou a ouvidoria, denunciando o ocorrido como assédio moral. Esse ato foi marcante para mim, considerando o que havia ocorrido comigo anos atrás, quando também passei por situações de constrangimento psicológico. Há época, sem entender o que estava acontecendo, nada havia sido feito. Aqui era diferente: tinha total clareza do cenário.

Foi solicitado, nessa ocorrência, providências a serem tomadas para apuração das circunstâncias, e que fosse instaurado um processo administrativo contra aquele colaborador que realizou práticas persecutórias. Recebemos a resposta de que medidas cabíveis estavam sendo tomadas, além da abertura de um processo de sindicância. Passado um tempo desse fato, fui exonerada do meu cargo, assim como outros colegas também.

Havia detalhes importantes que gerava uma reflexão sobre esse fato:

- a) surpreendia o fato dessa exoneração acontecer pouco tempo depois da ouvidoria ser aberta;
- b) de que o processo de sindicância estava parado na mesa do presidente e que nunca fora instaurada investigação para averiguar o constrangimento psicológico denunciado;
- c) de que o profissional assediado, além de ter sido transferido de setor, sofreu novo assédio ao ser convocado pelo presidente para uma conversa privada em

seu gabinete, na qual o mesmo disse que “*você sabia que seus amigos te prejudicaram?*”;

- d) de que o assediador permaneceu na mesma posição na direção e ainda conseguiu inserir seu cônjuge num cargo próximo à presidência;
- e) de que profissionais do setor responsável pelas sindicâncias da empresa verbalizaram nos corredores que uma das ouvidorias era minha. Um documento sigiloso sendo escancarado, não garantindo proteção alguma à denúncia e a mim e, assim, fortalecendo a impunidade.

Vale lembrar que há políticas instituídas para prevenção e enfrentamento do assédio moral, do assédio sexual e da discriminação com o objetivo de coibir condutas que configurem repercussões danosas ao ambiente de trabalho que possam ocasionar desequilíbrio nas relações de trabalho, incluindo os frequentes adoecimentos e afastamentos do trabalho (BRASIL, 2017, 2019, 2020). Trata-se de portarias, resoluções e ato conjunto que se propõem a elaborar fundamentos e diretrizes norteadoras a fim de implementar a política, esclarecendo como encaminhar e tratar as denúncias. Todavia, conforme o exemplo que descrevo acima, isso não garante que as medidas cabíveis sejam tomadas. O detentor do poder gestor caminha com suas próprias regras e convicções.

Ao sair daquele lugar, o mesmo não saiu de mim. Colegas e amigos de trabalho ainda permaneceram naquele ambiente, o panorama catastrófico que viviam. As situações de assédio daquela gestão vigente se perpetuavam como:

- a) ações persecutórias eram recorrentes entre trabalhadores que não coadunavam com a postura ou opinião do presidente da empresa;
- b) vários profissionais que construíram suas carreiras dentro da empresa tiveram seus cargos rebaixados em detrimento de novos colaboradores nomeados que desconheciam as próprias funções;
- c) documentos da gestão anterior foram plagiados por membros da atual, sendo os mesmos convocados para emitir esclarecimentos sobre isso;
- d) os trabalhadores eram, mais uma vez, evocados de forma a serem “voluntários obrigatórios”, agora, na campanha eleitoral de um ex-secretário de saúde que era candidato como deputado.

Sobre esse último tópico, era notório o uso da máquina da gestão da Saúde pública para fins próprios. Todos os gestores eram feitos de cabo eleitoral, tendo as suas funções novamente extrapoladas. Além de executarem suas tarefas rotineiras, ainda tinham de estabelecer uma agenda extra para participarem de comícios, panfletagens nas ruas e divulgações nas suas redes

sociais. Em um dos diálogos que pude presenciar, uma fala tipicamente ameaçadora dizia que *“aquele que não oferecesse apoio ao candidato seria lembrado”*, no sentido de ser futuramente rechaçado em algum momento como forma punitiva por não realizar o apoio “voluntariamente” solicitado.

Esses profissionais se viram acuados em não poder expressar a sua escolha pelo voto. Eram silenciados através de ameaças veladas, e coagidos a recrutar outros eleitores para um candidato específico, que não necessariamente representava seus ideais. As propostas usavam como pano de fundo a bandeira do SUS, e a sua prática, o voto do cabresto. Foi daí que entendi os benefícios da exoneração: felizmente não precisava passar pelas mesmas coerções que meus colegas. Existia um alívio de não mais compor o grupo de profissionais daquele lugar naquele momento, mas também era cansativo me ver, mais uma vez, desempregada. Eu teria de recomeçar. Cada vez que isso acontecia, morria um pouco de mim e da concepção de gestão de Saúde pública que havia formulado antes desses episódios. Isso não se recupera mesmo diante de um recomeço.

5.2. A política da morte

Apesar de contraditório, trago elementos palpáveis do contexto da gestão da Saúde pública, um lugar cujos propósitos carregam diretrizes e princípios tão emblemáticos, que permitem compreender que nas condições atreladas ao território do poder, a morte ultrapassa todos os limites para promover a aniquilação do ser. Esses episódios estão diretamente vinculados ao pleno exercício da soberania, portanto, da própria biopolítica. O SUS tornou-se um campo fértil para sua execução, arriscando a totalidade de uma vida sem medir as sequelas de seus atos. Propõe-se destruí-la, suprimi-la, sacrificá-la em sua plenitude para o seu propósito de dominação (MBEMBE, 2020). Não há deliberações constitucionais que impeçam sua implantação e manifestação.

O território da soberania também se desvela ao incorporar a política como o verdadeiro trabalho da morte, sustentando, literalmente, sua mobilização para o fim do corpo biológico. *“Nesse caso, a soberania é a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável’ e quem não é”* (MBEMBE, 2020, p.41), expressando predominantemente o seu direito de matar.

Ao identificar uma potencial ameaça de morte que abala um indivíduo ou, quiçá, toda sua comunidade, evidencia-se que a conduta do poder gestor está associada à negligência. O modo de agir diante de uma situação emergencial dos gestores é representado por um movimento abstrato quando, na verdade, espera-se uma condução rápida para o enfrentamento do problema em prol da sobrevivência. As tomadas de decisão deveriam ser a favor da vida humana.

Todavia, o ser é condicionado a lutar contra o tempo, sendo objetificado pelos seus governantes, e conduzido ao seu desfalecimento. O corpo se sustenta até o último suspiro na esperança de ser ressuscitado, mas chega ao seu fim. Isso acontece porque *“Ao examinar como essa gestão articulada do risco, do tempo e do sofrimento pode resultar na desistência e/ou na morte das pessoas em alguns casos, defendo que o ritmo da gestão é uma dimensão central da necrogovernança”* (FREIRE, 2019, p.54), quando há a intenção de matar. Vivemos em um Estado assassino, de exceção.

5.2.1 Quando conheci um COVIDário

Era um hospital de campanha erguido para atender casos de covid-19. O serviço era composto por 100 leitos de Centro de Terapia Intensiva (CTI) e 400 de enfermarias de clínica médica. A justificativa para erguer esse ambiente hospitalar esteve ancorada na necessidade de garantir a oferta assistencial à saúde dos usuários que estavam infectados pelo coronavírus e que se encontravam em estado grave.

Cheguei ao local das instalações, e fui recepcionada e conduzida por um funcionário do estabelecimento para conhecer todos os ambientes e processos logísticos: local de internação, CTI e enfermarias, farmácia, central de abastecimento farmacêutico e demais insumos. Foi quando conheci um COVIDário, lugar assim denominado pelos próprios profissionais de saúde que ali atuavam. Confesso que hesitei por alguns instantes entrar nesse lugar. Titubeei, não por sentir medo de ser infectada, mas pelo receio de evidenciar o sofrimento humano tão de perto, considerando a gravidade do estado de saúde daqueles que ali estavam internados. Foi inevitável não constatar a angústia ali presente, tanto para os usuários como para os profissionais.

Minha função estava centrada principalmente nos aspectos técnicos da assistência farmacêutica, realizando uma análise situacional do estoque de medicamentos, identificando

sua movimentação e série histórica de consumo. Com isso, era fundamental conhecer o caminho percorrido pelos profissionais de saúde dentro do hospital, tanto daqueles que participavam da logística de abastecimento das farmácias satélites quanto dos que executavam os cuidados de forma direta ao usuário.

Desde que a pandemia havia começado, mantive-me numa posição ligeiramente confortável. Por mais que houvesse atuado no contexto da implantação do serviço de testagem rápida, nada se comparava ao nível de complexidade presente na esfera assistencial prestada num CTI. Ainda não tinha vivenciado tão de perto o cenário caótico da pandemia como os profissionais de saúde da assistência vinham fazendo.

Apesar das dificuldades em vivenciar o COVIDário, essa proximidade mobilizou o sentimento necessário para iniciar aquele processo de trabalho, que já trazia indícios de que seria bem exaustivo. Havia uma notória urgência instaurada em desmontar aquele hospital, garantindo que os usuários, ali assistidos, fossem transferidos para os leitos existentes na RAS, e que os recursos de investimento na saúde fossem destinados para onde realmente faria sentido.

Existia um fluxo estabelecido para a entrada e a saída do chamado COVIDário, incluindo um instrutivo para paramentação e desparamentação - questões importantíssimas para evitar a proliferação viral e garantir a proteção dos profissionais que trabalhavam naquele ambiente. Ao entrar no CTI, percebia-se imediatamente sua disposição. Eram leitos organizados em vários blocos - não me recordo quantos - um ao lado do outro, em ambos os lados e formando um grande corredor livre no centro. As luzes eram mantidas acesas 24 horas por dia. Da mesma forma, acontecia com as enfermarias, as quais, por estarem vazias, não houve necessidade de visitar. As farmácias satélites⁵, na verdade, não eram satélites. Ficavam tão distantes dos leitos de CTI que, para garantir uma possível reanimação de um paciente, o profissional precisava percorrer todo o corredor para ter acesso aos insumos e medicações necessários. A posição dessas farmácias não era estratégica, não proporcionava a dinamização necessária do atendimento nessas circunstâncias.

Nesse cenário, como ainda havia paciente (poucos) que estavam internados, infelizmente, foi possível presenciar uma situação difícil de acompanhar. Enquanto conhecia o espaço, percebi que uma equipe realizava o atendimento de um usuário intubado. O estado

⁵ A farmácia satélite representa uma unidade da farmácia central - onde se recebe, armazena, controla o estoque e distribuir os medicamentos e materiais para as farmácias que compõem o hospital - e que fica localizada no próprio setor onde ocorre a dispensação a fim de estocar de maneira adequada os medicamentos e insumos, garantindo uma assistência farmacêutica efetiva e direta de uma forma que o paciente seja rapidamente atendido. (GALON et al, 2022)

aparentava ser grave. De repente, algo aconteceu no leito, e um dos profissionais saiu correndo em disparada na direção da farmácia satélite. O mesmo retornou ao leito e deu início a uma manobra. Dada a correria, não ficou claro de qual procedimento se tratava, mas considerando a aflição da equipe, era possível compreender que se tratava de uma questão de vida ou morte. A equipe permaneceu realizando os cuidados a essa paciente por muito tempo. Diante da movimentação, não consegui continuar no local e ver o desfecho desse caso.

Durante o período da pandemia covid-19, foram elaborados muitos protocolos que norteavam as equipes e a forma de execução de alguns procedimentos. Um deles descrevia que, para garantir uma intubação eficaz, havia a necessidade de bloqueadores neuromusculares, sedativos e analgésicos. Esses medicamentos tão necessários se encontravam escassos na rede de saúde, estando os mesmos zerados ou em estoque crítico. O repasse de alguns desses itens era realizado pelo governo federal, mas não chegava em tempo hábil para garantir a segurança necessária do número de pacientes que demandavam o procedimento de intubação. Nessas circunstâncias, recorro de relatos de colegas farmacêuticos da RAS que, considerando a situação crítica do estoque, ficavam na torcida para que os casos mais acometidos de maior gravidade viessem a óbito para que, assim fosse possível salvar outros usuários com maiores chances de vida, havendo mais recursos medicamentosos para os mesmos.

Além disso, identificou-se outra série de fragilidades técnicas associada ao hospital de campanha que, deliberadamente, fora ditada pela gestão anterior. A forma como o cuidado em saúde foi forjado, proporcionou a construção de um campo minado, um lugar preparado para que o trabalho da morte se fizesse presente. Primeiro, esse estabelecimento provisório não teve, sequer, metade dos seus leitos ocupados. Havia leitos já existentes que seriam capazes de serem estruturados em outras instituições hospitalares da RAS, mas o poder gestor optara por garantir o investimento financeiro no hospital de campanha em detrimento de outros itens imprescindíveis para manutenção da vida. Segundo, os profissionais de saúde eram selecionados por processos seletivos emergenciais, cujo vínculo contratual era de 2 anos, podendo ser prorrogado por mais 6 meses. Eram muitos os que tinham pouca ou nenhuma experiência como intensivistas, mas ali estavam atuando como tal. As fragilidades do vínculo empregatício e da habilidade técnica permaneciam acentuadas, conforme a época em que eu havia trabalhado na APS desse município. Contudo, agora, havia o respaldo de uma urgência sanitária.

Os usuários que se encontravam internados no hospital de campanha foram transferidos de forma gradativa, sendo devidamente regulados, um a um, para hospitais já existentes na rede, cujas instalações eram mais adequadas para realizar seus cuidados. Enquanto isso, um

estabelecimento hospitalar, também presente nesse município, passou a ser estruturado com os equipamentos e insumos do hospital de campanha, tornando-se um local de referência para o tratamento do covid-19. Dava-se início a um novo momento na era pandêmica, ao menos para o âmbito municipal, sendo possível garantir respostas adequadas para o seu combate.

No cenário do período mais catastrófico da história da Saúde pública brasileira e mundial - a pandemia do novo coronavírus - acompanhamos mais de 701 mil pessoas morrerem pelo país. Ao longo desse momento, houve registros de mais de 4000 mortes num único dia (BRASIL, 2021). Vivenciamos um panorama de escassez no qual seres humanos partiram devido a falta de leitos de CTI, insumos, medicamentos e, sobretudo, preparo técnico, ou seja, elementos básicos para manutenção da vida diante de uma contingência tão crítica.

Decerto, nessas condições não teríamos como escapar da morte. O avanço da covid-19 não nos deixaria imunes, considerando ser uma doença desconhecida e tão avassaladora. Todavia, a desorganização imposta pela gestão pública de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade, acentuou a calamidade. Os serviços entraram em colapso devido a escolhas feitas pelo poder gestor que se propuseram a realizar planejamentos equivocados. Diante do mal feito, optaram pela culpabilização do novo coronavírus como o melhor argumento para justificar seus mortos. Mas, afinal, quem matou essas pessoas? Ademais, entende-se a necessidade de questionar se houve a intenção de matar.

“É da práxis soberana que nasce o controle acerca da mortalidade, é por intermédio da imposição da desordem que decide quem vive e quem morre.” (MBEMBE, 2003). O poder estabelece o controle, sendo a morte institucionalizada como fim. É nesse viés que a soberania imposta durante o período pandêmico enfatiza seu desinteresse pela vida da população e reforça por intermédio de posturas e atitudes. Uma das falas proferidas pelo presidente do País, à época, dizendo durante uma reportagem que não era coveiro (GOMES, 2020) ao comentar, em tom de menosprezo, sobre o número de mortos pela covid-19, revela a face escancarada da política da morte.

Da mesma forma, esse mesmo chefe de estado defendeu tratamentos medicamentosos sem eficácia comprovada para o combate ao novo coronavírus. Anunciou por intermédio de diversos discursos em rede nacional que o uso de ivermectina, cloroquina e hidroxicloroquina eram eficazes para a prevenção da doença (GUERRA, 2021). Essas declarações públicas da presidência, além de ter promovido o uso irracional de medicamentos, os quais não apresentavam quaisquer evidências científicas, também geraram o desabastecimento desses itens nas farmácias comerciais (OLIVEIRA, 2020). Isso comprometeu o tratamento de vários

usuários que faziam uso recorrente desses medicamentos, como os portadores de lúpus (MARTINS, 2020).

Por se tratar de um medicamento que faz parte da lista do componente especializado, as secretarias de estado de saúde do Brasil reforçaram informações sobre o fluxo de acesso aos medicamentos, mediante cadastro no componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) para pacientes portadores de doenças autoimunes, como lúpus eritematoso e artrite reumatoide; e portadores de miopatias inflamatórias: Dermatomiosite e Polimiosite. Acompanhei todo esse processo na Secretaria de Estado de Saúde na qual atuei.

Esses fatos exemplificam com requintes de crueldade como

“a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder.” (MBEMBE, 2003, p.5).

Nesses acontecimentos, observa-se que o poder gestor já não se preocupa em disfarçar seu nível de crueldade. Na verdade, explana, abertamente, sua função como mensageiro da política da morte. É óbvio que essa postura não é exclusividade de tempos pandêmicos. Sua existência ressalta-se dada a gravidade e acometimento mundial. Todavia, o domínio de estabelecer quem vive, ou será exposto à morte, apresenta interlocuções atemporais, remontando continuamente histórias no campo do SUS. Aqui, foi um encontro que rasga todos os possíveis contratos de discrição, e dialoga-se com esse complexo de ações do estado: a negovernança, que operacionaliza a gestão a fim de “*fazer morrer certos grupos sociais através da corrosão das condições e possibilidades de vida das pessoas e da inviabilização de sua existência.*” (FREIRE, 2019, p.9). Aconteceu um assassinato coletivo: morre o saber técnico, o profissional de saúde, o usuário e a real finalidade da gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome.
Emicida.

Enquanto retornava para casa depois de mais um dia de trabalho, liguei para minha mãe, e compartilhando o último acontecimento do meu atual vínculo profissional. Conversava com ela sobre as informações que minha chefia direta havia repassado acerca da possibilidade da diretoria geral querer se desfazer dos cargos comissionados que faziam parte da nossa gerência. De acordo com o que havia sido ouvido, apesar de serem cargos já conquistados por aquela gestão, dissera que *“isso não importa, porque eu sou a diretora”*. Imediatamente, enquanto narro essa história, revisito cada capítulo da minha tese: a possibilidade de estar mais uma vez desempregada; as práticas condutoras da política da soberania na gestão da Saúde pública e o poder como forma de produzir mais um episódio de assédio moral.

Em um dado momento da conversa, minha mãe, na tentativa de me confortar, disse: *“Filha, não se preocupe. Qualquer coisa, você arranja outro (trabalho). Você já passou por isso em outros momentos.”*. Por um minuto, repassei mentalmente quantas vezes minha mãe já havia falado isso para mim ao longo da minha trajetória profissional. Percebi o quanto o presente, à medida que avanço na escrita dessa tese, relembra fatos que aconteceram no passado, sendo alguns aqui descritos. O passado se repete no presente. Até o fim era perceptível que, a cada conjunto de palavras que reprisava uma determinada situação ocorrida, também representava uma cena da minha vida que acontecia ali, ao vivo, como trabalhadora na gestão do SUS.

Essa realidade não era nenhuma novidade. Eu a encarei com a normalidade de quem já vira esse roteiro antes. Mas, agora, encontrava-me num momento de pura exaustão mental. Enquanto revivia na pele cenas tão familiares, eu também me debruçava em relatar as mesmas situações no verbo passado. Foi um período duro. Por diversas vezes, interrompi a escrita, paralisava na frente do computador e nem uma frase avançava. Em outras horas, desenvolvia parágrafos que nasciam à base de lágrimas e soluços. Até chegar nesse instante, introjetei uma série de crenças limitantes com as quais tive de lutar bravamente para findar esse trabalho. Ser trabalhadora do SUS e pesquisadora desse mesmo lugar, simultaneamente, foi o meu maior desafio dos últimos tempos.

Durante o processo de construção dessas páginas, questioneei-me se realmente elas eram válidas e relevantes. Havia uma inquietude que provocava sinais e sintomas de angústia. As

sensações estavam associadas a uma mistura de insegurança, medo e dor. Senti-me vulnerável, contestando a mim mesma se havia fundamento o suficiente para garantir a legitimidade do que escrevia. Inclusive, cheguei a duvidar se, de fato, eu havia cumprido o papel como gestora no decorrer desses anos.

Propor revelar em primeira pessoa as minhas vivências no campo da gestão da Saúde pública parecia ser uma ideia metodológica interessante. Contudo, por se tratar de uma temática delicada e com um alto grau de seriedade – assim percebia o contexto – emergiram receios, principalmente relacionados aos riscos de me expor de tal forma a comprometer meu atual e futuros vínculos profissionais, sendo alvo de mais episódios de assédio moral exatamente por expô-los. Conhecia bem o terreno no qual estava atrelada. A relação de vigiar e punir são recorrentes, e externar minha posição sobre a gestão poderia ser um ato condenatório. Sabia que ter experiência, ou ser tecnicamente bem preparada para assumir uma função, não significava absolutamente nada para me recolocar na esfera profissional. A gestão da Saúde pública exige um nível de lealdade no qual a análise crítica não é bem vista ou facilmente aceita.

Ademais, ter como campo de pesquisa a minha própria vivência, obrigou-me a realizar uma conexão com episódios dolorosos que provocaram um ressangrar da ferida. É desafiador elaborar os pensamentos de forma concreta e objetiva quando as emoções permeiam a memória. Requer um esforço brutal, pois cada passo revivido permitia que fosse enxergado cada gesto, cada ação que havia gerado aflições. Eu conseguia ouvir novamente as falas proferidas. Era possível sentir a taquicardia, as sensações de desconforto que certas situações causaram.

Revisitei a minha escrita do período da dissertação no qual trabalhei o conceito de itinerário terapêutico. À época, era uma profissional com pouca experiência, desenhei os percursos do cuidado em saúde traçados por PVHA que eram assistidas em um hospital universitário, local onde havia feito minha residência multiprofissional. Lá, desbravei um campo de pesquisa e realizei entrevistas com a confiança que apenas uma aprendiz na pesquisa acadêmica seria capaz de ousar. Defendi meu trabalho estando convicta de que havia encontrado o percurso terapêutico perfeito. Mantive-me firme diante da banca, afirmando que aquele ambiente hospitalar era capaz de suprir todas as necessidades de saúde e da vida daqueles usuários que ali eram atendidos e internados. Eu acreditei em cada palavra minha e, assim, tornei-me mestra.

Anos depois, vivenciando um bom período na gestão da RAS, tendo acumulado algum conhecimento sobre esse lugar, penso que, certamente, reescreveria toda a minha dissertação. Corrigiria todos os equívocos da minha inexperiência, considerando meu aprendizado na prática. Contudo, manteria a minha coragem na ocasião. Foi então que decidi resgatá-la nessa

reta final, mantendo-me firme diante do meu saber e das minhas intenções como profissional de saúde, gestora e pesquisadora. Minhas implicações sobre esse tema contam com a minha *expertise*.

Hoje, escrevo um itinerário – que de certa forma também é terapêutico – sobre as pegadas fincadas nos diferentes lugares do campo gestor da Saúde pública. Faço desse espaço a morada das minhas experiências, o motivo pelo qual aprimoro a minha formação, avançando no meu conhecimento. Diferente daquela novata, mais do que nunca eu deveria ter a convicção e certeza acerca daquilo que aqui escrevo. E devo confessar que, mais do que isso, se fazia urgente devorar a minha vivência por intermédio da escrita, esmiuçá-la a fim de capturar seus significados.

Se pensarmos na escrita, mais especificamente, nas intenções de quem escreve ao escrever, talvez possamos reconhecer que, para além da intenção de compartilhar com outros, pode em certas circunstâncias, estar presente a escrita para proveito privado. Seria o caso de quando escrevemos para nós mesmos. Para desfrutar das afetações que o próprio ato de escrever nos suscita, ou para que nós mesmos possamos ler o que escrevemos depois. Ou talvez simplesmente para dar conta de uma urgência da alma (Ruben Mattos - não publicado).

Encontro aqui um recurso de organização dos meus pensamentos, uma forma de salvar minhas emoções e desejos, de discutir desventuras e alertar de suas possíveis sequelas na vida profissional. Trago os reflexos de situações vividas por mim, a fim de contribuir com outros trabalhadores, evitando que os mesmos sejam pegos desprevenidamente por determinadas circunstâncias ao vivenciarem o campo da gestão da Saúde pública. Por isso, não estranhem se, aqui, encontrarem semelhanças no que discorrerem de suas próprias vivências.

Entendo que expor os bastidores e as minúcias do meu campo de pesquisa, no qual vi situações alarmantes e emergenciais que acometeram a vida do usuário, permite desfazer o aparente glamour no qual esse lugar se dispõe a alimentar. É imprescindível apresentar sua verdadeira face e romper com a imagem distorcida que a gestão da Saúde pública proporciona através das redes sociais.

O instagram se tornou um dos principais meios de a gestão se promover, expondo atividades e ações de saúde como se fossem trechos de uma novela. Os gestores se transformaram em verdadeiros *tiktokers*, influenciadores profissionais que usam o poder da oratória e do convencimento para garantirem sua autopromoção. Tornam-se candidatos a cargos políticos, convertendo seus seguidores a eleitores. Caso você não poste ou reposte uma determinada foto ou um vídeo, corre o risco de não ser reconhecido como um aliado. Se não há

publicações do seu trabalho, deduz-se que ele certamente não foi executado. Só se torna validado aquilo que se manifesta nesse universo midiático.

Esse movimento que passou a ser tão corriqueiro – um vídeo registrando a entrega de um serviço de APS, de uma campanha de vacinação ou um dia de intensificação da coleta de preventivo – proporcionou mais uma maneira de erguer um palanque político. A gestão é enaltecida com base num esforço e comprometimento que mais se refere à figura pública política, o estadista que precisa se manter nas rédeas do poder no processo de trabalho em saúde. Os discursos apelam para os valores e princípios ditados pela Constituição, pelo que é definido nos aspectos legais – leis, portarias e decretos – que regem os preceitos do SUS. Todavia, tais espaços configuram tomadas de decisões políticas, determinando os modos operantes da Saúde pública que, não necessariamente, convergem com o campo teórico.

É com base nisso que compreendi a necessidade de os bastidores ganharem os holofotes, emergindo nos saberes e nas observações capturados ao longo dos labores pelos quais passei. Portanto, tais relatos foram frutos do meu período enquanto gestora integrante de diferentes corpos técnicos, tanto na esfera municipal quanto estadual. Enquanto me debruçava na organização de um serviço a ser inaugurado, identificava a falta de medicamentos básicos para sustentar as demandas de cuidado em saúde que viriam a surgir naquela unidade de APS; enquanto uma campanha de vacinação acontecia, a equipe técnica não tinha, sequer, o preparo necessário para conduzir um possível caso de choque anafilático; à medida que se avançava na escrita de um TR de um hospital de campanha para a contratação de uma OSS, não se questionou a possibilidade de reativar leitos já existentes na RAS. Esses registros não são expostos no instagram. Isso é fazer gestão?

A forma como absorvi a caminhada desse itinerário pelo campo gestor encontra-se intrinsecamente conectado à minha dinâmica em transitar por diferentes funções e formas de contratação – cargos comissionados e vínculos terceirizados por OSS, fundações e projetos universitários. Identifico, aqui, que já não vivemos numa era de vínculos trabalhistas, mas sim de formas de subsistência. Sou testemunha viva de uma época em que o trabalho devasta o mundo e ceifa a vida. O subemprego reflete o processo exitoso do capitalismo que avança cada vez mais, transformando o mundo em uma máquina, no qual um trabalhador é facilmente substituído. Isso se agrava ainda mais no campo da saúde, cujos produtos são o adoecimento, a pressão e a morte.

Nesse viés, Teodoro (2023) traz um posicionamento que constrói um diálogo urgente e imprescindível, que vai de encontro a nossa realidade, dizendo que “*é preciso compreender que parte importante dos problemas do SUS está diretamente ligada à questão do trabalho. Em*

síntese, o direito público à saúde é indissociável dos direitos públicos do trabalho". Ao desvalorizar os direitos trabalhistas ampliam-se, ainda mais, as dificuldades em se garantir a implantação de um sistema público de saúde. Vivemos na contramão do fortalecimento do SUS, pois nos é imposto a fragilidade dos vínculos trabalhistas. Consequentemente, também são geradas feridas ao impossibilitar a produção de mecanismos que garantam uma distribuição igualitária dos profissionais de saúde dentro da rede, ou seja, de garantir que os mesmos auxiliem no processo de estruturação da RAS, proporcionando o cuidado em saúde longitudinal à população, de acordo com suas características regionais.

Tornamo-nos reféns de um modelo trabalhista que nos leva ao fracasso enquanto profissionais de saúde. São poucas as oportunidades de um concurso público, e quando há, nos deparamos com a disponibilidade de poucas vagas. Em contrapartida, sempre há disponibilidade de cargos temporários, funções provisórias, contratos por tempo determinado.

Sobre isso, exponho aqui alguns devaneios, entendendo como consideração final, um espaço para explorar a imaginação, sendo esse um refúgio imposto pela nossa realidade e seus determinantes. Não consigo identificar uma proposição mais efetiva que não esteja associada ao fim da terceirização no âmbito da Saúde pública. Para tanto, penso que, um dos principais movimentos para acabar com a privatização do SUS estaria relacionado a uma revisão intensa da lei de responsabilidade fiscal⁶, quiçá propondo a sua revogação.

Todavia, é preciso ponderar que se trata de uma temática delicada e que envolve muitos interesses de poder. É possível identificar, de imediato, a falta de desejo político em articular uma intervenção nessas proporções. Isso capacitaria uma mudança de tal magnitude em que o estado de exceção passaria a ser de presença, incluindo, obviamente, outros rearranjos sobre como garantir o controle eficaz dos investimentos públicos injetados na saúde.

Nesse sentido, penso nas possibilidades para a realização de mais concursos públicos e, assim, viabilizar a autonomia do Estado para voltar a se autorregular. Uma nova forma de fazer gestão viria acompanhada pela construção de oportunidades, tendo a ocupação de cargos baseada na experiência técnica, pautada em uma lógica comprometida com planos de cargos e carreiras, em um processo de ascensão gradual e coerente. Eliminar-se-ia a ideia do passageiro, do subemprego.

Em uma hipótese, imagino ter a chance de observar uma profissional de saúde que, após ter anos de experiência no serviço assistencial, ocupe um cargo de coordenação. Em seguida,

⁶ A Lei de Responsabilidade Fiscal, oficialmente Lei Complementar nº 101, é uma lei complementar brasileira que visa impor o controle dos gastos da União, estados, Distrito Federal e municípios, condicionando-os à capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos (BRASIL, 2000).

alcançou a função de gerente e, posteriormente, de diretora, até atingir a posse como secretária ou ministra de saúde. Esses já não seriam mais cargos políticos, visados para negociar ou privilegiar pessoas ditas de confiança. Pelo contrário, essa escalada prestigiaria o saber técnico, a experiência adquirida por tempo em serviço. Já não haveria mais lacunas, transições, disputas de poder. O serviço da assistência se manteria contínuo e fluido, exatamente por ter uma gestão no mesmo ritmo, sem atropelamentos da política.

Nessa mesma perspectiva, teríamos a possibilidade de construir uma gestão baseada num processo de planejamento com começo, meio e fim bem delineados, sem precisarmos contar com constantes períodos de transição e mudanças. O plano de governo seria substituído por um projeto de Estado. Já não existiria uma agenda política, mas um calendário propositivo. Uma gestão construída sem pautas partidárias e com produção de políticas públicas.

Diante das críticas e análises lançadas ao longo desta tese sobre a forma de fazer a gestão acontecer, entendendo a necessidade de pensarmos em outras formas de construirmos esse lugar, lamento não ser capaz de produzir argumentos e direções possíveis, palpáveis. Não irei ludibriá-los quanto a isso. As propostas não serão convincentes em termos práticos. A conjuntura não permite que eu ocupe outra posição, a não ser a da minha imaginação. De fato, eu não acredito em possibilidades concretas de modificação do nosso cenário. Ao menos, não agora.

É preciso encarar esse regime cuja economia política produziu esse agir com flexibilidade que, por sua vez, monstrificou a ligação social, o Estado assistencial. Colocaram os trabalhadores num ângulo perverso, existindo como se fossem parasitas. Compreendo que teremos de investir nas futuras gerações de seres humanos para enfrentar os problemas do novo capitalismo. E não me refiro à mobilização de massas.

Percebo que o caminho a ser traçado envolve os nossos pequenos grupos sociais, aqueles com quem construímos vínculos para além dos afetos. Essas relações têm como base uma identificação genuína, com quem compartilhamos nossas necessidades, angústias e visões. São com essas pessoas que caminho em direção ao ato de fazer Saúde pública, com as quais consagro mudanças possíveis a longo prazo, a perder de vista, como este trabalho.

Os meus pares – e espero também que sejam os seus – são aqueles que travam um diálogo alinhado em prol de uma vida solidária e ética. Mesmo que na discordância, nas diferenças, optamos por, diante do conflito, mantermos ainda os laços sociais, em favor de um lugar que nos é comum, o SUS. Isso não perpassa pela lealdade institucional. Pelo contrário. Ultrapassa seus muros.

Como Sennett (2012) suscita, é preciso reaprendermos a usar o pronome “nós”, não como expressão falsa e utilitarista, utilizada para autoproteção, mas como ponto de referência à comunhão de valores concretos que provoquem significância para as melhores condutas num contexto coletivo, independente dos aspectos geográficos. *“Para imaginar comunidades dispostas a enfrentar o novo capitalismo devemos pensar na força do caráter”* (p.167). Até lá, continuaremos acompanhando notícias de pessoas morrendo objetiva e subjetivamente. Teremos de passar por episódios de constrangimento psicológico e de mortes induzidas por um Estado ausente.

Não descrevo aqui um simples lugar no qual ganho meu sustento. Há valores e princípios entrelaçados nessa caminhada dos quais não abro mão. Das verdades que não foram incorporadas no meu processo de aprendizagem enquanto profissional de saúde, transformo-as em reflexões. Debruço-me em uma investigação acerca da vida (e também da morte) em torno do que constituiu – e constitui – o poder gestor presente no SUS.

Declaro que o teor desse trabalho é explicitamente em caráter de denúncia. Havia um caráter(es) em si a ser(em) revelado(s) na dimensão da Saúde pública. Foi no fazer diário que me tornei detentora desse saber. Por mais difícil que tenha sido sentir na pele atitudes tão incoerentes a esse universo, entendo a relevância de ter passado por essas histórias e, agora, narrá-las.

Espero que haja o entendimento da problematização erguida nesse contexto, e que seja feita uma leitura crítica de seu conteúdo, possibilitando a desromantização da entrega benevolente do profissional de saúde, seja ele da assistência ou da gestão. É urgente compreender outras formas possíveis de se fazer gestão em prol, de fato, da vida coletiva. Eu sei. Confio que possa continuar encontrando parcerias para produzir essas possibilidades juntos, mesmo que no meio do caminho haja divergências, mas que ainda assim haja firmeza de caráter o suficiente para manter o propósito focado no cuidado em saúde do usuário, assim como de uns dos outros, também.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P; NUNES M.O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n.6, p. 2067-2074, 2018.

ANTUNES, R.. **Adeus ao Trabalho - Ensaio Sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho.** São Paulo: Cortez: Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas. 2006.

_____. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho.** São Paulo, SP: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R.; DRUCK, G.. **A epidemia da terceirização.** In: **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** Ricardo Antunes (Org.). São Paulo: Boitempo, 2014.

APPEL, T.N. **Evolução e moralidade.** In: FIORI, J.L.(Organizador). **Sobre a Guerra.** Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2019, P. 47-71.

BEZERRA, M O. **Corrupção e produção do Estado.** *Repocs*, São Luís, v. 14, n. 27, p. 99-130, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal 9.637/1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 42, 18 maio de 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 13 mai. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Portaria nº 583, de 22 de maio de 2017.** Institui a Política Nacional de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral e Sexual e da Discriminação no âmbito do Ministério Público do Trabalho - MPT. Brasília, DF, 2017. Disponível em: < <https://sintse.tse.jus.br/documentos/2017/Mai/29/diario-oficial-da-uniao-secao-1/portaria-no-583-de-22-de-maio-de-2017-institui-a-politica-nacional-de-prevencao-e-enfrentamento-do-assedio-moral-e-sexual-e-da-discriminacao-no-ambito-do-ministerio-publico-do-trabalho-a-qual-tem-por-finalidade-estabelecer-principios-diretrizes-e-acoes-para-a-prevencao-e-enfrentamento-dessas-situacoes-no-ambito-da-instituicao>>. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. **Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 157, p. 59-64, 15 ago. 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 09 fev. 2023.

BRASIL. TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO e do CONSELHO SUPERIOR DA JUSTIÇA DO TRABALHO. **Ato Conjunto TST.CSJT.GP nº 8, de 21 de março de 2019.**

Institui a Política de Prevenção e Combate ao Assédio Moral no Tribunal Superior do Trabalho e no Conselho Superior da Justiça do Trabalho. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.tst.jus.br/documents/10157/24821444/CSJT+e+TST+-+Ato+Conjunto+n%C2%BA+8,+de+21.3.2019,+DEJT+de+21.3.2019/51eb91c5-7693-2433-0acd-1485cfdc27e2?version=1.0>>. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 351 de 28 de outubro de 2020**. Institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral, do Assédio Sexual e da Discriminação. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/files/original192402202011035fa1ae5201643.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de casos de doenças pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Brasil. 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 mai. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Covid-19?**. Ministério da Saúde, Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>>. Acesso em 15 mar. 2022.

BRASIL. CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Assédio Moral e Sexual**. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas/integridade-publica/assedio-moral-e-sexual>>. Acesso em: 20 set. 2023.

DRUCK, G. **A terceirização na Saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

FREIRE, L.M. **A Gestão da Escassez: Uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de “crise”**. Orientadora: Adriana de Resende Barreto Vianna. Tese (Doutorado). Programa de Pós- Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

GALON, E. C.; FLORES, L. K.; OLIVEIRA, D. R. de; BRANCO, T. B.; ZALUSKI, C.; MORAES, N. A.; MIRANDA, A. V. de S. **A importância da farmácia satélite diante da percepção da equipe de enfermagem na unidade de urgência e emergência**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e55711528640, 2022.

GAULEJAC, V. **Gestão como Doença Social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2007.

GOMES, P.H. . **'Não sou coveiro, tá?', diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus**. O Globo, Brasília, 20 de abril de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/20/nao-sou-coveiro-ta-diz-bolsonaro-ao-responder-sobre-mortos-por-coronavirus.ghtml>>. Acesso em 26 fev. 2022.

GUERRA, R. **Bolsonaro defendeu uso de cloroquina em 23 discursos oficiais; leia as frases**. O Globo, Rio de Janeiro, 20 de maio de 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/bolsonaro-defendeu-uso-de-cloroquina-em-23-discursos-oficiais-leia-as-frases-25025384>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023>. Acesso em: 16 jul. 2023.

JUNIOR, J.G.S. **CPI do MST: Me ofendeu com categoria acadêmica, diz deputada bolsonarista após fala de professor.** O GLOBO. Paulo Assad. Brasil. 15 jun. 2023.

Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/blogs/sonar-a-escuta-das-redes/post/2023/06/cpi-do-mst-me-ofendeu-com-categoria-academica-diz-deputada-bolsonarista-apos-fala-de-professor.ghtml>>. Acesso em: 16 jul. 2023.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte.** São Paulo: n-1 edições, 2018a.

_____. **A Política da Inimizade.** São Paulo: n-1 edições, 2020.

MARTINS, P. **Remédio para lúpus some das farmácias após informação de que combateria covid-19.** Congresso em foco. 20 de março de 2020. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/temas/saude/remedio-para-lupus-some-das-farmacias-apos-informacao-de-que-combateria-covid-19/>>. Acesso em 15 fev. 2023.

MATTOS, R. **Sobre o ato de escrever.** Texto não publicado. Rio de Janeiro.

MENDONÇA, H.; MOLINA, F.R. **Epicentro da covid-19 na América do Sul, Brasil é visto como “grande ameaça” por países vizinhos.** El País. São Paulo/ Buenos Aires. 12 de maio de 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-12/epicentro-da-covid-19-na-america-do-sul-brasil-e-visto-como-grande-ameaca-por-paises-vizinhos.html> . Acesso em 15 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS declara emergência de Saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** OPAS/ OMS, EUA, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>>. Acesso em 15 mar. 2022.

OLIVEIRA, P.I. **Anvisa restringe compra de cloroquina e hidroxicloroquina. Uso indiscriminado dos medicamentos pode causar escassez no mercado.** Agência Brasil. Brasília. 21 de março de 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/anvisa-restringe-compra-de-cloroquina-e-hidroxicloroquina>>. Acesso em 15 fev. 2023.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter : as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** Rio de Janeiro: Record, 1999.

SOARES, L.Vieira; MACHADO, P.S. **"Escrevivências" como ferramenta metodológica na produção de conhecimento em Psicologia Social.** Rev. psicol. polít. [online]. 2017, vol.17, n.39, p. 203-219.

TEODORO, R. **Por que não se formou um plano federal de cargos, carreira e salários no SUS?** Brasil de Fato. Minas Gerais. 10 de abril de 2023. Disponível em: <<https://www.brasildefatomg.com.br/2023/04/10/por-que-nao-se-formou-um-plano-federal-de-cargos-carreira-e-salarios-no-sus#:~:text=Por%20que%20n%C3%A3o%20se%20formou%20um%20plano%20federal%20de,carreira%20e%20sal%C3%A1rios%20no%20SUS%3F&text=A%20efetiva%20universaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20direito,precariza%C3%A7%C3%A3o%20do%20trabalho%20no%20SUS.>> . Acesso em 14 jun. 2023.

UOL. Fundador do Iabas e empresários são alvos de operação sobre fraudes no RJ.

UOL. São Paulo e Rio de Janeiro. 23 de julho de 2020. Disponível em:

<<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/23/operacao-iabas-desvios-na-saude-do-rj.htm>>. Acesso em 14 jun. 2023.

WEIL, S. A condição operária e outros estudos sobre a opressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1996.