

POLÍTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE | LIVRO 1

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde

Surpreendendo o instituído nas redes

ORGANIZAÇÃO:

Emerson Elias Merhy
Rossana Staevie Baduy
Clarissa Terenzi Seixas
Daniel Emilio da Silva Almeida
Helvo Slomp Júnior



UFRJ
FACULDADE DE
MEDICINA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



POLÍTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE | LIVRO 1

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde

Surpreendendo o instituído nas redes

ORGANIZAÇÃO:

Emerson Elias Merhy

Rossana Staeve Baduy

Clarissa Terenzi Seixas

Daniel Emilio da Silva Almeida

Helvo Slomp Júnior

REDE DE AVALIAÇÃO COMPARTILHADA
OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS
E CUIDADO EM SAÚDE:
AVALIA QUEM PEDE, QUEM FAZ, QUEM USA

Rio de Janeiro
2016



UFRJ
FACULDADE DE
MEDICINA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Esta publicação é resultante do projeto “Estudo e Pesquisa para Aprimoramento da Rede e Promoção do Acesso aos Serviços de Saúde” financiado pelo Fundo Nacional da Saúde – Ministério da Saúde e coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



EXPEDIENTE

POLÍTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE | LIVRO 1

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde
Surpreendendo o instituído nas redes

ORGANIZAÇÃO

Emerson Elias Merhy
Rossana Staevie Baduy
Clarissa Terenzi Seixas
Daniel Emilio da Silva Almeida
Helvo Slomp Júnior

ILUSTRAÇÃO DA CAPA

Kathleen Tereza da Cruz

EDIÇÃO

Ali Celestino

REVISÃO

Luiza Miriam Ribeiro Martins

REVISÃO TÉCNICA

Liriana Magalhães Carneiro

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Samuel Tavares Coelho

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVRO, RJ

A464
v. 1

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy ... [et. al.] - 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.
448 p. : il. ; 23 cm. (Políticas e cuidados em saúde ; 1)

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-629-8719-9

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública - Brasil - Avaliação. 3. Política de saúde - Brasil. 4. Indicadores de saúde - Avaliação - Brasil. I. Merhy, Emerson Elias. II. Série.

17-38995

CDD: 361.610981

CDU: 364.69(81)



“Hexis” é um selo editorial da
Ali Comunicação e Marketing
Av. Marechal Floriano, 38/806,
Rio de Janeiro, RJ, CEP 20080-007
www.hexiseditora.com.br
hexis@alicomunicacao.com.br

Sumário

A propósito de um prefácio	11
Emerson Elias Merhy	
Apresentação	14
Kathleen Tereza da Cruz, Débora Cristina Bertussi, Clarissa Terenzi Seixas, Mônica Rocha, Kênia Lara Silva, Alzira de Oliveira Jorge e Rossana Stavie Baduy	
Textos já publicados que podem transpirar ideias nos leitores, como fizeram conosco: coletivo de pesquisadores	17
Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva	18
Fátima Lima e Emerson Elias Merhy	
O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde	22
Ana Lúcia Abrahão, Emerson Elias Merhy, Maria Paula Cerqueira Gomes, Claudia Tallemberg, Magda de Souza Chagas, Mônica Rocha, Nereida Lucia Palko dos Santos, Erminia Silva e Leila Vianna	
Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde	31
Emerson Elias Merhy, Maria Paula Cerqueira Gomes, Erminia Silva, Maria de Fátima Lima Santos, Kathleen Tereza da Cruz e Tulio Batista Franco	
O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?	43
Ricardo Narciso Moebus, Emerson Elias Merhy e Erminia Silva	
A vida secreta dos beija-flores: esboço para um roteiro	54
Roseni Rosângela Sena de Oliveira, Tatiana Silva Tavares, Ricardo Luiz Narciso Moebus, Kênia Lara Silva, Wellington Domingues Tibério	
Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea	59
Emerson Elias Merhy, Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
A produção do SUS como política. Os modos de fazer política marcando a produção do SUS	73
Laura Camargo Macruz Feuerwerker	

Eixo 1 – Aporte metodológico – Pesquisador local	
Como estamos exercitando a produção do nosso campo de estudo	77
Nós e o campo: compondo o lugar de pesquisadoras-estrategistas	78
Larissa Ferreira Mendes dos Santos e Valéria Monteiro Mendes	
Como se constitui o campo numa pesquisa em acontecimento?	83
Maria Amelia Costa	
A pesquisa e a construção dos pesquisadores em nós	87
Stefanie Kulpa e Renato Staevie Baduy	
Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado	91
Kênia Lara Silva, Ricardo Luiz Narciso Moebus e Vinícius Lana Ferreira	
O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que os usuários fazem sobre sua vida x a decisão dos trabalhadores de saúde sobre a vida do outro	96
Thayane Pereira da Silva Ferreira, Juliana Sampaio, Dilma Lucena de Oliveira, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Rinaldo Alves Batista, Luciano Bezerra Gomes, Suely Mororó Marinho e Sandra Barbosa Ferraz	
Um “estrangeiro” na rede de avaliação compartilhada: experiências em uma área programática no município do Rio de Janeiro	100
Mary Ann Menezes Freire, Ana Lúcia Abrahão, Edith Lúcia Mendes Lago, Marcia Oliva da Costa, Elisangela de Aquino Lima, Camilla Quintanilha Lage e Deise Rodrigues	
O usuário que incomoda	104
Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Adriana Nascimento Gomes, Michelly Santos de Andrade e Luciano Bezerra Gomes	
Caixa preta: (uma aposta de) menos do mesmo no cuidado em saúde – pesquisa interferência	107
Priscila da Silva Matias, Nereida Lúcia Palko dos Santos e Simone Mendes Carvalho	
Ferramentas e arranjos metodológicos: uma experiência no campo da pesquisa	111
Ana Lúcia Abrahão, Edith Lúcia Mendes Lago, Mary Ann Menezes Freire e Deise Rodrigues	
A pesquisa em nós: “andarilhagens” de pesquisadores in-mundo e as afecções do campo	117
José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva e Emerson Elias Merhy	
A desobediência das parteiras	123
Ricardo Luiz Narciso Moebus, José Guilherme Wady Santos e Ana Lúcia Santos da Silva	

Eixo 2 – Caso Guia – usuário-guia – Narrativas e demais fontes	
O que estamos exercitando para produção do material de estudo/campo	129
Entraças: entre o corpo apoiador e o corpo pesquisador	130
Renato Staevie Baduy, Vinicius Santos Sanches e Janainny Magalhães Fernandes	
Alguns traços de uma cartografia na atenção básica à saúde	134
Carla Vanessa Alves Lopes, Clarissa Terenzi Seixas, Stefanie Kulpa, Josiane Vivian Camargo de Lima, Rossana Staevie Baduy, Helvo Slomp Júnior, e Kathleen Tereza da Cruz	
Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento pode deflagrar e fazer falar	141
Paula Monteiro de Siqueira, Katia Muniz Amirat, Heloisa Elaine dos Santos, Angela Aparecida Capozzolo e Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Deslocamentos a partir dos múltiplos olhares	147
Maria da Ajuda Luiz dos Santos, Roseni Rosângela Sena de Oliveira e Mônica Garcia Pontes	
In-mundo com Anas e Marias: intercessoras na produção de conhecimento	151
Rafaela Cordeiro Freire	
A (método-)lógica e a experiência na pesquisa interferência no campo da saúde	158
Simone Mendes Carvalho, Nereida Lúcia Palko dos Santos e Priscila da Silva Matias	
O desafio de constituir narrativas e memórias – as aberturas para as singularidades dos usuários-cidadãos-guias	163
Daniel Emílio da Silva Almeida e Roseli da Costa Oliveira	
Os encontros em produção	168
Ana Lúcia Abrahão, Mary Ann Menezes Freire, Edith Lúcia Mendes Lago, Marcia Oliva da Costa, Elisângela de Aquino Lima, Camilla Quintanilha Lage e Deise Rodrigues	
O encontro com a parteira ridente	173
Ana Lúcia Santos da Silva, José Guilherme Wady Santos e Emerson Elias Merhy	
Encontros: experienciando espaços de trocas e compartilhamentos dos saberes e práticas das parteiras tradicionais	179
Ângela Carla da Rocha Schiffler, Claudia Tallemberg, Sandra Cavalcante Silva, Brena Silva dos Santos, Naila Mirian Las-Casas Feichas e Fabiana Manica Martins	
A rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco-Bahia: o pacto enquanto guia	185
Raquel Miguel Rodrigues, Emmanuela Mendes Amorim, Nathália Silva Fontana Rosa, Clara Oliveira Esteves e Marcio Costa de Souza	

Nós pesquisadores / trabalhadores in-mundo, in-rac: nosso corpo vibrátil na atenção domiciliar o cuidador-guia no centro das nossas afecções	191
Paula Bertoluci, Erica Ferrazzoli de Vienne Leite, Natália Oliveira Rodrigues, Sergio Leal e Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Eixo 3 – Disputa cotidiana do cuidado e construção das redes instituídas	
Questões que têm aparecido no mundo da produção do cuidado	
Que redes são essas?	197
Faz SUS, desmancha SUS no município de São Paulo	198
Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Dispositivos para a produção de redes – o caso do Fórum de Redes – São Paulo	202
Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Karina de Barros Calife	
Invenções metodológicas e a produção do sensível na atenção domiciliar – a cama do conto e a afirmação da potência de vida no leito de morte	205
Flávia Helena M. de A. Freire, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Tatiana Clarkson Mattos, Amanda Rodrigues dos Santos, Maria Cristina Campos Ribeiro, Marta Lucia Pereira, José Antônio Pereira Fernandes, Michele dos Santos Flores, Priscila Ribeiro Mendonça Sather, Marcilia de Lima Dias Souza, Carlos Alberto de Souza e Ássia Maria El Ghazzaqui	
Sim, é possível fazer conexões entre as equipes da atenção básica e domiciliar	210
Maria Lucia da Silva Lopes, Josiane Vivian Camargo de Lima, Renato Staevie Baduy, Terezinha da Aparecida Campos, Silvana Machiavelli, Francieli Wilhelms Rockenbach, Aline Ferreira Leite Revers, Vanessa Rossetto, Daniela de Ré, Bruna Grimm, Clarissa Terenzi Seixas e Rossana Staevie Baduy	
Os caminhos de Sueli: o que pode uma cidadã usuária-guia?	215
Clarissa Terenzi Seixas, Helvo Slomp Júnior e Kathleen Tereza da Cruz	
“Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim	220
Rossana Staevie Baduy, Stefanie Kulpa, Claudia Tallemborg, Clarissa Terenzi Seixas, Kathleen Tereza da Cruz, Helvo Slomp Júnior e Carla Vanessa Alves Lopes	
Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência e emergência o cuidado se fragmenta	228
Juliana Sampaio, Thayane Pereira da Silva Ferreira, Isaac Linhares de Oliveira, Ricardo de Sousa Soares, Luciano Bezerra Gomes, Thatiany Monteiro Coelho e Roberta Barros de Almeida	
Cuidar é afetar-se: “BJ” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde	234
João André S. de Oliveira, Leandro Dominguez Barretto e Lua Sá Dultra	

Espaços constituintes da gestão de serviços em saúde	240
Pedro Mendes, Ricardo de Castro e Silva e Vanessa Caravage de Andrade	
A construção singular do apoio em um território do município de São Bernardo do Campo	246
Margarete dos Santos Marques, Camila Zanutto Cardillo, Janainny Magalhães Fernandes, Thiago José Savio e Angela Aparecida Capozzolo	
Tecendo uma rede de cuidados. Onde estão os nós? (Onde os olhares se encontram?)	252
Érica Fabíola Araújo da Silva, Maria das Graças Alves Pereira, Monalisa Simões Magalhães, Vanessa Rodrigues de Araújo e Valeria Teixeira da Costa Matos	
Partejar – instituição e agir – redes conexas	258
Maria das Graças Alves Pereira, Analdemyra da Costa Moreira, Maria de Nazaré Nogueira Maia, Maria Zenaide de Souza Carvalho e Vera Lurdes Belo da Silva	
UBS Maria de Jesus Andrade: tecendo rede de cuidados comuns no território	262
Eufrasia Santos Cadorin, Lucélia da Cunha Trivelato, Valgerlângela Maria Sousa da Silva e Maria das Graças Alves Pereira	
Implicações no cuidado mediadas pela postura de que “nem toda a vida vale a pena”: colocando em análise o trabalho em uma UPA	267
Isaac Linhares de Oliveira, Juliana Sampaio, Thayane Pereira da Silva Ferreira, Ricardo de Sousa Soares, Luciano Bezerra Gomes, Thatiany Monteiro Coelho e Roberta Barros de Almeida	
Apagando incêndios – desafios do cotidiano do trabalho em saúde mental: uma panorâmica de nossa vivência compartilhada numa RAPS em São Paulo-SP	271
Heloisa Elaine dos Santos, Katia Muniz Amirat, Angela Aparecida Capozzolo, Paula Monteiro de Siqueira, Livia Vilela Martins, Ricardo Santoro, Marcia Ramos, Marília Cristina Prado Louvison e Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Desencontros entre a vista do ponto dos usuários e as formas de cuidar em saúde: reflexões sobre a produção do cuidado em uma região da cidade de Salvador-BA	276
João André S. de Oliveira, Leandro Dominguez Barretto, Raíafa Cordeiro Freire, Grace Fátima Souza Rosa, Fátima Lima, Lua Sá Dultra e Iago Sampaio Santos	
Encontros e desencontros na construção das redes	282
Alzira de Oliveira Jorge, Mônica Garcia Pontes e Vinicius Lana Ferreira	
Negro gato e suas outras formas de existir: a visibilidade da multiplicidade de ser como possibilidade de produção de redes vivas de cuidado	288
Juliana Sampaio, Thayane Pereira da Silva Ferreira, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Rinaldo Alves Batista, Dilma Lucena de Oliveira, Luciano Bezerra Gomes, Suely Mororó Marinho e Sandra Barbosa Ferraz	

Há tanta vida lá fora: desafios para a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental a partir de um centro de atenção psicossocial	292
Thayane Pereira da Silva Ferreira, Juliana Sampaio, Dilma Lucena de Oliveira, Adelle Conceição do Nascimento Souza e Luciano Bezerra Gomes	
A reestruturação do cuidado e a produção de ferramentas na saúde mental	296
Gabriela Lucena de Oliveira Coutinho, Juliana Sampaio, Thayane Pereira da Silva Ferreira, Dilma Lucena de Oliveira e Luciano Bezerra Gomes	
A arte do compartilhar: o matriciamento como potência do cuidado emancipatório	301
Adelle Conceição do Nascimento Souza, Juliana Sampaio, Thayane Pereira da Silva Ferreira, Dilma Lucena de Oliveira e Luciano Bezerra Gomes	
Saúde mental na atenção básica: aposta nos arranjos e desafios do matriciamento	306
Marcela Pimenta Muniz, Nereida Lúcia Palko dos Santos e Ana Lúcia Abrahão	
E o louco, é de quem mesmo?	311
Stefanie Kulpa e Claudia Tallemberg	
Fragmentação do cuidado e nenhuma atenção às inquietações dos usuários. Uma experiência inquietante	317
Alexandre Cruce e Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Os territórios que compõem a Rede Cegonha do estado do Pará	322
José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva e Shirley Aviz de Miranda	
Ensaio sobre as parteiras	327
Ana Lúcia Santos da Silva, José Guilherme Wady Santos e Emerson Elias Merhy	
A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o ‘longe muito longe’ transformado pelas Redes Vivas	332
Nicolás Esteban Castro Heufemann, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Júlio Cesar Schweickardt	
Redes Vivas na gravidez e no parto: a micropolítica que opera a produção do cuidado	336
Ângela Carla da Rocha Schiffler, Náila Mirian Las-Casas Feichas, Sandra Cavalcante Silva, Luena Mateus de Xerez, Brenna Silva dos Santos e Katherine M. M. Benevides	
O SUS-vivo do cotidiano das pessoas: as tensões entre o público e o privado na produção do cuidado em saúde na Bahia	342
Nathália Silva Fontana Rosa, Marcio Costa de Souza, Clara Oliveira Esteves e Raquel Miguel Rodrigues	
Para além da regionalização: ensaio cartográfico de regiões-vivas de saúde na Bahia	347
Marcio Costa de Souza, Nathália Silva Fontana Rosa, Raquel Miguel Rodrigues e Clara Oliveira Esteves	

Demanda espontânea e fabricação de redes vivas: uma produção possível?	352
Maria Paula Cerqueira Gomes, Leila Vianna, Mônica Rocha, Maria Amelia Costa e Paula de Souza Carneiro	
A “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde	357
Debora Cristina Bertussi, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Marília Cristina Prado Louvison	
Precisamos de outro tipo de regulação que produza mais rede e menos burocracia	361
Clara Oliveira Esteves, Nathália Silva Fontana Rosa, Marcio Costa de Souza e Raquel Miguel Rodrigues	
Acesso às redes de atenção à saúde em Senhor do Bonfim-BA: múltiplas possibilidades do encontro	366
Márlon Vinícius Gama de Almeida, Simone Santana da Silva e Agnete Troelsen Pereira	
Uma gestação com HIV/AIDS: cuidado que tangencia a Rede Cegonha	370
Diego da Silva Medeiros, Tulio Batista Franco e Maria Salete Bessa Jorge	
A mulher com câncer em produção de cuidado: o complexo e o singular da usuária-guia Luíza no enfrentamento ao câncer de colo uterino	374
Mariana Pompílio Gomes Cabral, Túlio Batista Franco e Maria Salete Bessa Jorge	
Rede Cegonha desenhada por gestante usuária de drogas: uma produção do cuidado	378
Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Túlio Batista Franco e Maria Salete Bessa Jorge	
Eixo 4 – Educação permanente versus normatização da vida no mundo do trabalho	
A gestão das vidas dos coletivos e dos agrupamentos no cotidiano Submeter-se e fugir das normas organizativas	383
Redes pesquisadoras em nós e os nós dessas redes	384
Ricardo Luiz Narciso Moebus	
Produção de coletivos	390
Josiane Vivian Camargo de Lima, Maria Lucia da Silva Lopes, Renato Staevie Baduy, Silvana Machiavelli, Francieli Wilhelms Rockenbach, Aline Ferreira Leite Revers, Vanessa Rossetto, Daniela de Ré, Kathleen Tereza da Cruz, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, e Rossana Staevie Baduy	
O pintor tagarela: um encontro da enfermagem com a saúde mental	394
Marcela Pimenta Muniz, Ana Lúcia Abrahão e Cláudia Mara de Melo Tavares	
Os modos de cuidar são produzidos no encontro. E no plano dos encontros o apoio como dispositivo pode combater os investimentos da biopolítica sobre a vida	398
Ana Cristina Sundfeld, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Debora Cristina Bertussi	

As tantas formas de violência, as dobras e redobras: Entremuros, entre asfalto e favela, entre milícia e polícia, entre afetos e afecções	404
Magda de Souza Chagas	
Mergulhos intensos de uma equipe da atenção básica na produção de cuidado e rede em situações de fragilidade e/ou vulnerabilidade	408
Magda de Souza Chagas	
O inesperado: uma aposta mirando a gestão de leitos concretizou-se como dispositivo de produção de cuidado em rede	414
Debora Bertussi e Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Textos produzidos para o Primeiro Encontro Nacional dos Pesquisadores da RAC que nos agenciaram produzindo efeitos-ideias para a construção do campo de pesquisa e dos coletivos que aí se implicaram	419
Pesquisa interferência desde Heisenberg	420
Ricardo Moebus	
Genealogia: uma investigação criminal aparentemente equivocada: uma conversa com o texto “Nietzsche, a genealogia e a história” de Michel Foucault	423
Marcelo Gerardin Poirot Land	
Autoras e autores	429

A propósito de um prefácio

Emerson Elias Merhy

Perfis provisórios. Como, assim, perfis provisórios¹?

Como um livro, ou melhor, livros podem ser provisórios?

Afinal, que livro é esse?

Em primeiro lugar, é o livro 1 do: “Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes”. São dois volumes produzidos a partir dos resultados de um longo processo de investigação, que iniciou em 2013 e pretendeu estudar as várias situações da produção do cuidado em saúde, nas redes em saúde, tomando como eixo as várias formas de se organizar essas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

Esses livros nasceram pela produção escrita de centenas de pessoas, que compuseram um enorme corpo de pesquisadores pelas várias regiões do Brasil. Essas pessoas compartilharam de uma aposta de produção de conhecimento, que se iniciou com a ideia, de que para avaliar a produção do cuidado em saúde era necessário viabilizar a participação de todos os sujeitos trabalhadores e cidadãos, que compunham os cenários de produção das práticas de saúde, nas redes de cuidado. Trabalhadores assistenciais, gestores formais e os vários usuários-cidadãos que eram alvo daquelas práticas, organizadas em distintas redes de ofertas de serviços de saúde, formais e informais eram nossos interlocutores.

Era do interesse do Ministério da Saúde, que financiou o projeto, conhecer o fazer micropolítico, aquele que se constitui nos encontros intensivos entre distintos tipos de sujeitos das ações, naqueles cenários de práticas, com a perspectiva de poder olhar para além do que clássicos indicadores já mostravam e abrir novos tipos de conhecimentos sobre a relação acesso e cuidado em saúde, considerando suas dimensões tecnológicas em suas várias expressões: duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002).

Já em estudos anteriores, como no PPSUS – Pesquisa SM – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas. Nº Processo 575121/2008 4. CNPq. UFRJ. SSCF –, o nosso coletivo de pesquisadores, do grupo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – UFRJ, debruçado sobre investigação no campo do cuidado em saúde mental já tinha mostrado que, em várias situações, o acesso pode ser a construção de uma barreira. Esclarecer isso ali no lugar da produção do encontro intensivo (micropolítico) de produção do cuidado interessava, em 2013, para o grupo de direção do Ministério da Saúde, pois parecia indicar que algo mais poderia ser visto (transvisto), para além das medidas por produtos e resultados, consideradas reflexos das práticas de cuidado nas várias redes temáticas de saúde, que o Ministério, na época vinha estimulando como sua diretriz de organização das práticas de cuidado no SUS.

Assim nasceu o projeto: “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à

1 Perfil Provisório é o nome de instalações artísticas criadas pela artista Pilar Rocha e que fez muito sentido para muitos de nós da pesquisa.

Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, que respondeu a todos os propósitos da Resolução 466/2012, com parecer: 560.597 de 23/03/2014.

Estes livros: “Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes”, enfim, nasceram desse processo e com essas intenções de base. Mas, afinal, por que dizer que são perfis provisórios, nos seus formatos de livro 1 e 2?

Como dissemos, constituímos coletivos de pesquisadores, a partir da ideia que no mundo da produção do cuidado todos são pesquisadores, fazendo ofertas para dezenas de lugares espalhados pelo país. Conseguimos constituir grupos de investigação nas regiões: Norte – Acre, Amazonas e Pará; Nordeste – Bahia, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Maranhão; Sudeste – Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais; e Sul – Paraná. Nesses lugares, desdobramos as investigações em vários locais, por exemplo, em São Paulo, construímos coletivos de pesquisadores nas cidades de Campinas, São Paulo e São Bernardo do Campo. Na Bahia, em Salvador, Feira de Santana, PEBA – Região de Petrolina e Juazeiro, Pernambuco e Bahia). E, assim, foi em cada região.

Em todos esses locais houve uma mistura, que neste estudo chamamos de in-mundização (ver texto Pesquisador In-Mundo, adiante), entre os diversos sujeitos implicados com os focos deste estudo. Nessa in-mundice, o compartilhamento dos vários mundos que aí se inscrevem abriu os processos de avaliação da produção do cuidado em saúde para a dimensão micropolítica dos encontros que configuram a produção das práticas de saúde. Essa dimensão entendida como algo próprio, em si, e não como uma escala menor da macro política, como muitos entendem. Para isso, pode-se ver em especial o texto do livro Cartografia Sentimental de Sueli Rolnik (2014).

Esse processo exigiu a abertura para experimentações nos encontros, mais do que protocolos metodológicos, o que fez com que adotássemos uma postura aberta para os acontecimentos nos encontros e as possibilidades de considerar constitutivos da produção de conhecimento os efeitos que os encontros produziam nos vários sujeitos aí inscritos, indo além – sem desconsiderá-lo também – do conhecimento representação que produzimos quando já chegamos armados conceitualmente nos campos de estudo. Abrir-se por um teorizar no acontecimento por parte de todos os sujeitos, porém tomando como um eixo ordenador desse encontro os modos de produção de existências por parte do usuário-cidadão. Nesse particular, ver o texto Usuário-Cidadão-Guia, adiante.

Aproveitamos o primeiro encontro nacional dos pesquisadores, em 2014, para constituir textos que pudessem nos inspirar e nos possibilitassem partilhar ideias chave para o campo de estudo. Desse momento, tiramos proveito da noção de Pesquisa Interferência e Genealogia dos Saberes e Fazeres, além dos outros textos já indicados. Procuramos, também, compartilhar as experiências de construção dos campos de pesquisa e dos coletivos de pesquisadores. Indo em direção a um estudo não completamente definido *a priori*, mas em constituição.

Esse modo de tomar o estudo nos fez considerar os vários movimentos diferenciados que cada região continha nas suas experimentações. Isso se expressa em uma multiplicidade de caminhos para construir a investigação. Como o texto de Apresentação problematiza, inclusive procurando mostrar como alguns materiais funcionaram como textos inspiradores para os coletivos transpirem suas ideias e

conceitos diante dos acontecimentos, que iam se produzindo no campo de estudo. Vários textos que foram sendo escritos e sugeridos para os grupos que compõem a primeira parte desse livro 1.

Para produzir este primeiro livro, estimulamos todos os coletivos, inicialmente, escreverem textos de uma página para serem apresentados no segundo encontro nacional, que aconteceu em 2015. A partir deles, amplamente discutidos, o convite foi para a ampliação para textos de seis páginas, em média. A segunda parte desse livro apresenta essa produção de dezenas de textos, ordenados por quatro eixos construídos no segundo encontro:

- 1 – Aporte metodológico, pesquisador local, como estamos exercitando a produção do nosso campo de estudo
- 2 – Caso guia – usuário-guia, narrativas e demais fontes, o que estamos exercitando para a produção do material de estudo/campo
- 3 – Disputa cotidiana do cuidado e construção das redes instituídas, questões que têm aparecido no mundo da produção do cuidado, que redes são essas?
- 4 – Educação Permanente versus normatização da vida no mundo do trabalho, questões da gestão das vidas dos coletivos e dos agrupamentos no cotidiano, submeter-se e fugir das normas organizativas.

Os textos do livro 1 estão distribuídos segundo o diálogo que fazem com esses eixos, mas os eixos se misturam e atravessam. A escolha por um eixo considerou a inspiração que o material pode produzir nos leitores, mas abrindo para suas próprias experimentações, portanto, vazando a própria ordenação proposta.

Para o livro 2, os autores foram convidados a produzir textos mais extensos e com debates mais desenvolvidos. O centro da produção se mantém: pegar o instituído de surpresa no que o agir micropolítico dos encontros abre ali na produção das existências, no campo do cuidado em saúde.

E, agora, por que perfil provisório. Porque no desenrolar do estudo fomos recebendo sinais dos campos e dos coletivos de que uma Pesquisa Interferência não acaba, sempre se consolida provisoriamente e, como tal, o que pudemos trazer para essa escrita foi o registro disso, aqui e agora. Mas, sabendo, que no tempo que vem adiante novos materiais e novos conhecimentos serão produzidos por esses coletivos a partir dos agenciamentos que os encontros continuam a produzir.

De novo, esperamos que o leitor aproveite das inspirações que esses livros possam ativar, em especial na produção de conhecimento sobre os modos de construir cuidados em saúde desmedicalizadores, que apostem que a vida de qualquer um vale a pena ser vivida de um modo não fascista, que tem como eixo ético que as vidas nas diferenças se enriquecem.

Bom proveito.

Apresentação

Kathleen Tereza da Cruz
Débora Cristina Bertussi
Clarissa Terenzi Seixas
Mônica Rocha
Kênia Lara Silva
Alzira de Oliveira Jorge
Rossana Stavie Baduy

Ao recolhermos as produções da pesquisa “*Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) / Observatório Nacional da Produção de Cuidado em Diferentes Modalidades à Luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa*” para compor este livro, nos vimos diante de um desafio: como falar sobre o que nos ocorre quando tentamos narrar o vivido para o outro?

Tomamos de empréstimo a estética que Kathleen da Cruz (2016) produziu, utilizando do movimento do artista pintor para falar sobre este deslocamento necessário em relação à obra. Nessa perspectiva proposta, sugere-se que a leitura deste livro esteja atenta, pois para o(a)s narradore(a)s, sempre há um quê de retratista em suas intenções de escrita. Nada é neutro por aqui!

Nós, narradore(a)s, sempre andamos por aí de mãos dadas com o retratista, ansioso(a)s por fazer uma cópia perfeita do que vimos, na tensão produtiva de compartilhar com o leitor exatamente o nosso ponto de vista, o nosso olhar sobre o vivido (experiência narrada) e convidá-lo a ver o que nós víamos (adotar o nosso ponto de vista). Sempre estamos tentados a induzir o leitor a se incorporar a nós, assumir o nosso corpo como a sua referência e ver com os nossos olhos tudo o que nos acontecia.

Ao nos percebermos nesse movimento de captura do olhar do outro [leitor(a)], abrimo-nos à possibilidade de nos lançarmos ao incerto dos efeitos de nossos escritos para o outro. Sabemos apenas e somente, que independente do desejo do retratista, o “olhador” sempre compõe com sua própria vista do retrato, o seu próprio personagem no seu próprio contexto (CRUZ, 2016).

Mas como fazer uma narrativa que fosse capaz de compartilhar com o(a) leitor(a) o vivido nos encontros experimentados pelos pesquisadores(as), sem que, com isso, o seu olhar ficasse limitado às nossas palavras, aos acontecimentos narrados, aos nossos pontos de vista dos acontecimentos, às nossas interpretações?

Sugerimos a você, leitor(a), percorrer esse livro a partir da oferta de LARROSA (2002, 2011) de viver a *leitura como experiência*. Uma experiência de linguagem, uma experiência de pensamento, e também uma experiência sensorial, sensível, emocional.

Nesse sentido, a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca e não o que se passa, não o que acontece ou o que toca. Assim, a experiência supõe um acontecimento exterior a mim, mas que me afeta, que produz efeitos em mim,

no que eu penso, no que eu sinto, no que eu sei, no que eu desejo, no que eu sou. E o lugar da experiência, onde ela se dá, não é outro senão você, leitor(a). Experiência/interferência de escuta sensível da fala ruidosa. De escrita não literal daquilo que foi dito, mas daquilo que foi possível ouvir. É justamente o que emerge como alargamento do sensível. É nesta dobra de escrita/narrativa e efeito da leitura nesse alargamento sensível que consiste o convite à leitura deste livro.

Ler com o sentido dado por Larrosa (2011), da experiência como condição de alteridade. Experiência que forma e transforma. E o que ela pode produzir como outro lugar do cuidado em saúde para todos os atores envolvidos no processo. Experiência que opere na criação de condição de possibilidade a ser explorada de modo livre, sem compromisso com uma justificação, sem pretender a produção de uma metalinguagem. A interferência como arte fundada na relação dos corpos, dando corpo a percepções por deslocamentos.

Reconhecer no texto a coautoria de multidões, a fala polifônica, em um agenciamento de enunciação coletiva. A experiência de espaço/tempo/interferência de leitura deste livro foi traçada no percurso do coletivo de pesquisadores com a experimentação – Minha vida dá um livro. Este traçado – guia de leitura não é outra coisa, senão uma necessidade de extensão metodológica da própria pesquisa imposta pela natureza do seu material de análise

Gostaríamos que se sentisse à vontade para experimentar os textos, saboreá-los, desfrutá-los e caso algum deles não seja do seu agrado, pode deixar no prato! Precisamos alertá-lo(a) que, nesse exercício de experimentação, alguns textos parecerão mais doces, de paladar mais familiar. Mas haverá outros que, mesmo lhe parecendo amargos, vale a pena insistir e ir até o final: quem sabe você não descobre um novo sabor?

Então o convite é esse: prove os textos que quiser, na ordem em que desejar e experimente recolher os efeitos que cada um deles produz em você. Pode entrar, a casa é sua.

nem toda hora
é obra
nem toda obra
é prima
algumas são mães
outras irmãs
algumas
clima
(Paulo Leminski)

Referências Bibliográficas

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira da Educação**. n. 19, Jan/Fev/Mar/Abr, Rio de Janeiro: ANPED, 2002.

LARROSA, J. Experiência e alteridade em Educação. **Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul**, v. 19, n. 2, p. 04-27, jul./dez. 2011.

CRUZ, K. T. da. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p.

.....
Textos já publicados que podem
transpirar ideias nos leitores,
como fizeram conosco:
coletivo de pesquisadores
.....

Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva

Fátima Lima
Emerson Elias Merhy

“No encontro pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas”.

Emerson Merhy

Eduardo Viveiros de Castro em “Metafísicas Canibais”, quando faz referência a um possível ‘título’ (O Anti-Narciso: da Antropologia como Ciência Menor) – que antecederia o que foi escolhido da citada obra – nos diz: “*a questão Axial do Anti-Narciso é epistemológica, ou seja, política* (grifo nosso)” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 20). Este texto trata disso: da epistemologia enquanto política e como esta aposta é capaz de produzir rastros (DERRIDA, 1973) nos processos semióticos de produção do conhecimento na contemporaneidade. Aqui epistemologia é entendida como um processo, como devires, como espaço de relações de poder, portanto espaços de disputas e de resistências.

As produções dos saberes modernos e, principalmente, as chamadas Ciências Humanas – que inventou a ideia de ‘homem’ – constituem um dos elementos centrais do que se designou como modernidade (FOUCAULT, 2007). Constituídos tendo por base o cartesianismo e a razão, esses saberes ganharam hegemonia e se consolidaram através de diferentes domínios de saberes no século XX. Como coloca ROSSI (2001, p. 34) “*a ciência moderna não nasceu no campo da generalização de observações empíricas, mas no terreno de uma análise capaz de abstrações, isto é, capaz de deixar o nível do sentido comum, das qualidades sensíveis e da experiência imediata*”. É, com certeza, essa construção que – tomada a partir de uma perspectiva ‘arqueogenealógica’ – constitui uma das características centrais dos saberes modernos; reproduzida em diferentes campos de conhecimento durante o século XX e perdurando, com força, até a contemporaneidade.

Esse processo acabou por refletir uma radical separação entre as práticas sociais (imanentes) e o conjunto de saberes, relação essa mediada, muitas vezes, pela ideia de uma representação do mundo vivido. Esse pensamento influenciou a criação e consolidação do campo das Ciências Humanas, instituindo o ‘homem’ como sujeito e objeto do conhecimento e, conseqüentemente, posteriormente a criação do campo das Ciências Humanas e Sociais em Saúde que recebeu os elementos teórico-metodológicos que sustentaram o projeto de modernidade.

Assim, o presente texto propõe apontar, em breves reflexões, possibilidades de construção de outras apostas epistemo-metodológicas no processo de produção do conhecimento a partir da construção e do desenvolvimento do projeto de pesquisa

“RAC – Redes de Avaliação Compartilhada: avalia quem pede, quem usa, quem faz”; visibilizando que é possível fazer operar outros conceitos intercessores (conceituais-metodológicos) que acabam por esgarçar os campos de investigações, fazendo contorções em modelos estabelecidos que operam na repetição. Temos apostado e exercitado a ideia de que “*o método é o encontro. O resto são ferramentas*” (MERHY, 2015). Apostamos também que é na repetição que se produzem diferenças.

Sem pretensão de tomar os saberes modernos como um todo complexo e atravessados por relações de poder (MACHADO, 2006; FOUCAULT, 2005) na contemporaneidade; a presente proposta insere-se no campo da construção do conhecimento nas Ciências Humanas e Sociais em Saúde, reconhecendo suas diretrizes, acúmulos e produções, mas também propondo uma dobra sobre si mesmo, um dobrar-se sobre o próprio campo da saúde coletiva e do que é produzir pesquisas que tomam sujeitos e modos de vida como espaço de análise e interlocução; muitas vezes entrecortados pelo cuidado e o trabalho em saúde como um ato vivo, inscritos num processo histórico e social onde o ocidente tem tomado o sofrimento humano a partir de diferentes processos que têm em comum a medicalização das vidas, centrado na doença e nos processos de adoecimento, operando sempre na repetição. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010). Consequentemente, essas ideias estão ligadas ao modo como conhecimentos são produzidos e reiterados no campo da saúde coletiva.

A referida pesquisa, que costura as inquietações deste livro, foi construída, a partir de diferentes mãos, forjando um maquinário metodológico aberto ao novo, ao encontro, aos devires (movimentos), uma ‘máquina de guerra’ metodológica que opera a todo instante no desenvolvimento da investigação. Essa produção de conhecimento que Deleuze e Guattari (1997) tomam como ciência régia onde “*(...) o que é próprio da ciência régia, do seu poder teorematizado ou axiomático, é subtrair todas as operações das condições da intuição para convertê-las em verdadeiros conceitos intrínsecos ou categorias*” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 42), encontra como contraposição a produção de uma ciência nômade, uma ‘nomadologia’, um movimento ‘ambulante’, como colocam os autores, produzidos nas franjas do Estado e que constituem potentes máquinas de guerra. Assim,

(...) o que queremos dizer, na verdade é que os corpos coletivos sempre têm franjas ou minorias que reconstituem equivalentes de máquina de guerra, sob formas, por vezes muito inesperadas, em agenciamentos determinados tais como construir pontes, construir catedrais, ou então emitir juízos, ou compor músicas, *instaurar uma ciência* (grifo nosso), uma técnica (...). (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 32)

Nesse movimento, a construção do fazer-pesquisar na ‘RAC’ apostou numa instauração e instalação ambulante, nômade e intuitiva, no entanto, é preciso advertir:

Não é que as ciências ambulantes estejam mais impregnadas por procedimentos irracionais, mistério, magia. Elas só se tornam tais quando caem em desuso. E, por outro lado, as ciências régias também se cercam de muito sacerdócio e magia. O

que aparece na rivalidade entre os dois modelos é, antes, o fato de que, nas ciências ambulantes ou nômades, a ciência não está destinada a tomar o poder e nem sequer um desenvolvimento autônomo (...). (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 41)

Dessa forma, tendo a aposta numa produção nômade e ambulante, a operacionalização do fazer-pesquisar na 'RAC' produziu ferramentas 'epistemo/metodológicas' que foram inventadas e reinventadas no desenvolvimento da investigação como: 'usuário(a)-guia', 'pesquisa interferência' e 'redes vivas', entre outros operadores conceituais e metodológicos já discutidos em muitos dos capítulos que compõem a presente obra. A forma rizomática como a pesquisa se desenvolveu indexaliza para a possibilidade de tomar os saberes contemporâneos e colocá-los em suspensão, propondo ferramentas que ampliaram a relação com a realidade, com os sujeitos e com as práticas sociais.

Desta perspectiva, fez uso no campo epistemo-metodológico de conceitos intercessores do pensamento de Gilles Deleuze e Félix Guattari como a Ciência Nômade (nomadologia), os saberes rizomáticos (Rizomas) (DELEUZE; GUATTARI, 2011) e não arborescentes, os aparelhos de guerra. A partir da operacionalização dessa caixa de ferramenta metodológica foi possível perceber que o 'outro', os sujeitos sociais não podem ser completamente apreendidos como 'objeto' de reflexões, análises e produções de conhecimentos em sua totalidade, universalidade e essencialismos, sendo sempre fugidio. Assim, partimos da prerrogativa que se tem possibilidade de produção de conhecimento na relação com os outros e seus modos de vida, este só é possível em ato, em acontecimento e no encontro.

Apostando que práticas sociais onde predominam a repetição acabam despotencializando as vidas e a produção de conhecimento e que é possível, seguindo as pistas presentes no pensamento de Gilles Deleuze e de Jacques Derrida, fazer emergir a diferença na repetição. A multiplicidade na regularidade foi a aposta, o comum no desafio de apostar que é possível produzir uma ciência ambulante.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. Introdução: Rizoma. *In*: Deleuze, G. e Guattari, F. **Mil Platôs – capitalismo e Esquizofrenia**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

_____. 1227 – “Tratado de Nomadologia: A Máquina de Guerra.” **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1995.

DERRIDA, Jacques. **Gramatologia**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MACHADO, Roberto. **Foucault – a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MERHY, E. E. **Engravando palavras: o caso da integralidade**. [cerca de 14p]. [acessado 2016 jun 22]. [Documento da Internet]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf> .

_____.; FEUERWERKER, L.; GOMES, M. P. C.. “Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. *In*: Franco, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Metafísicas Canibais**: elementos para uma Antropologia Pós Estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde

Ana Lúcia Abrahão
Emerson Elias Merhy
Maria Paula Cerqueira Gomes
Claudia Tallemberg
Magda de Souza Chagas
Mônica Rocha
Nereida Lucia Palko dos Santos
Erminia Silva
Leila Vianna

Introdução

A produção do conhecimento abre diferentes possibilidades na relação objeto e pesquisador, e nas formas de compreensão de como se aprende e se conhece. Algumas se centram na neutralidade do investigador, em como assegurar um processo em que se controla e se isola o objeto e, no entendimento de que conhecer guarda uma íntima relação com revelar uma verdade, a ser despontada pelo pensamento racional.

Aposta-se na imparcialidade como elemento fundamental daquilo que se produz: um modo de olhar o mundo de fora, buscando a “não contaminação” do pesquisador pelo objeto, num processo de produção do conhecimento neutro sem interferência e influência. Isola-se e recorta-se da realidade aquilo a ser estudado, sob o imperioso controle das variáveis intervenientes posto que elas confundem o objeto a ser pesquisado. A lógica: quanto mais isolado for o objeto do mundo, da vida, maior a possibilidade de se produzir conhecimento que não falseie “a” verdade. Há uma aposta na necessária limpeza do campo de observação.

Outras formas de produção de conhecimento não operam na cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências duras, ao contrário, operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, *in-mundo*², com o objeto. Nesta perspectiva a implicação é intrínseca à produção do conhecimento.

O conceito de implicação (Lourau, 2004) consiste na produção de questionamentos sobre a própria prática do pesquisador, *in-mundo*. Análise que se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, pertença, referências, motivações, investimentos libidinais, bem como das relações de saber-poder sempre produzidas nos encontros entre o pesquisador e seus objetos. Aqui se abre espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida.

2 Termo utilizado por Ricardo Moebus, pesquisador-doutor da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da UFRJ, durante uma discussão sobre metodologia para designar a implicação do pesquisador com o objeto. 04/10/2012.

A construção do conhecimento se processa como ativadora e produtora de intervenção na vida e acontece nesta mistura, neste tingimento do pesquisador com o campo. A vida como algo capital, a vida como produção e expressão de subjetividades.

Tomamos a definição de vida “escovando-a a contrapelo”, deslocando-a de sua aceção predominantemente biológica³, que ganha uma amplitude inesperada, como o poder de afetar e ser afetado, revestindo-se de seu caráter iminentemente político. É nesta perspectiva que a vida é tomada como algo capital: vital, na sua força criadora, na medida em que ela faz variar suas formas, reinventando suas coordenadas de enunciação, afirmadoras da potência da vida, como também capital, no que se refere ao atravessamento da vida por uma série de forças, inclusive as do capital, que poderiam ser traduzidas como o poder sobre a vida, onde um de seus principais insumos é o investimento na captura dos modos de vida, visando a sua modulação e reprodução. É nessa bifurcação que assumimos a direção da forma de produção de conhecimento aqui apresentada.

Para tanto é necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos.

Nesta perspectiva, o pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. Como conector e na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado. A transversalidade, segundo Guattari (1992), é um operador que pretende romper com a dicotomia de uma dimensão verticalizada nas instituições, que se refere a uma hierarquização tanto organizacional como das relações de saberes e poderes; tanto numa dimensão horizontalizada, de possibilidades de conexões entre saberes e territórios identitários, homogêneos. A transversalidade produz uma articulação entre os diferentes níveis e, sobretudo, dos diversos sentidos experimentados, engendrando outros, desacomodando as relações de saber-poder instituídas, indutora de novos territórios existenciais. De acordo com MERHY (2004: 08) neste tipo de situação o sujeito está “*tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo*”.

Nessa mesma direção, SZTUTMAN (2008), ao falar de Viveiros de Castro e dos estudos etnográficos que este realizou, expressou:

Se todos os seres podem ser sujeitos, podem ocupar a posição de sujeito, já não é mais possível estabelecer um só mundo objetivo. Em vez de diferentes pontos de vista sobre o mesmo mundo, diferentes mundos para o mesmo ponto de vista. (SZTUTMAN, 2008:14)

3 Fazemos referência ao texto de PELBART, Peter Pal. “Poder sobre a Vida, Potência da vida”. In: Vida Capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003, p. 25.

Viveiros de Castro na formulação do perspectivismo ameríndio afirma que “*o ato de conhecer é constitutivo do objeto de conhecimento*” deslocando a posição do sujeito do conhecimento como parte integrante daquilo que se pretende conhecer.

(...) Para nós, explicar é reduzir a intencionalidade do conhecido. Para eles (Xamãs), explicar é aprofundar a intencionalidade do conhecido, isto é, determinar o “objeto” de conhecimento como um “sujeito”.

(...) Sejamos mais objetivos? – Não! Sejamos subjetivos, diria o xamã, ou não vamos entender nada. (SZTUTMAN, 2008:40)

Assume-se, assim, que não há neutralidade na produção do conhecimento e que o pesquisador implicado, transita pelo território das suas implicações como sujeito *in-mundo*, ele produz e se produz na construção do conhecimento.

Tomar a produção do conhecimento nesta perspectiva exige a construção da investigação em ato, ela se dá in-mundo, na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico (MERHY, 2004). Um movimento permanente de atravessamentos, nos territórios que se formam, deformam e se transformam durante a investigação.

Nesse artigo apresentamos a construção de um modo de produzir conhecimento, no campo da saúde, que opera sobre a perspectiva do pesquisador in-mundo. Descreveremos o modo como se constituiu o território de conhecimento a partir da pesquisa realizada, pela Linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde e a Coordenação de Estado de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, em cinco municípios do estado do Rio de Janeiro e que teve como foco uma rede complexa de cuidado, voltada à saúde mental⁴. Essa pesquisa buscou investigar a acessibilidade e barreira, sobretudo na atenção à crise em seus territórios de existência e redes de cuidado.

Produção da Pesquisa em Ato

Procurar estudar barreiras e acessibilidades em complexas redes formais de cuidado exige cruzar estratégias de investigação múltiplas. Por isso, nesse estudo lançamos mão da cartografia, como modo da experiência do pesquisador in-mundo. O foco da investigação foram os encontros que os usuários produzem em algumas estações de cuidado tanto as institucionais (hospitais, unidades de saúde) como outras, que ultrapassam os muros dos centros de atenção psicossociais – CAPS, revelando assim diversos atores com os quais os usuários se conectam no movimento nômade pelas redes. Essa aproximação das redes de relações que os usuários constituem nos seus modos de andarem a vida, constituiu uma importante fonte de informações para o estudo.

Como no seu nomadismo o usuário abre novas redes de cuidado que constrói para fora do próprio sistema de saúde, às vezes, para vencer barreiras não facilmente

4 Pesquisa “Acessibilidade na Atenção a Crise nas Redes Substitutiva de Cuidado em Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro” PP-SUS – 2010/FAPERJ.

visíveis, procurou-se associar outras estratégias de investigação não tão tradicionais, que procuram apreender a construção dos fluxos existenciais, elementos que pertencem imanentemente ao território da produção da vida em si do próprio usuário. Aqui, tomamos como referência a metodologia vivenciada no campo da história social da cultura pela historiadora Erminia Silva (SILVA, 2007), em sua pesquisa sobre circo-teatro que, para enfrentar o nomadismo dos artistas circenses e do próprio circo, trabalhou com alguns artistas-guias que lhe permitiram mapear lugares, instituições, práticas e saberes, na construção das memórias dos seus viveres circenses. Espelha-se nesse modo de investigar e, também, na busca da construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido como forma de trazer para a cena do estudo muito do que habita a oralidade dos processos de cuidado, em particular, para fora das redes formais.

Para tanto, trabalha-se como eixo ordenador dos materiais de campo esse nomadismo com a noção de usuário-guia. O usuário-guia tem as características de um caso traçador do cuidado – louco muito louco – institucionalizado e/ou não institucionalizado, escolhido entre os usuários que circulam nas redes de cuidados da saúde mental e nas estações de cuidado.

Louco muito louco – demandam muitas redes de cuidado e que criam, a todo o momento, muitos problemas para as equipes em termos de construção dos modos de cuidar em saúde mental. (Relatório Final da Pesquisa Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, MERHY, 2011)

A escolha do usuário-guia se fez utilizando como critério central ser um caso de alta complexidade para a rede de cuidado, em situação de crise, que traz como consequência o fato de ser um grande utilizador de práticas cuidadoras nas redes em oferta. Assim a equipe de pesquisa, debruçou-se sobre vários usuários apontados pela equipe de saúde mental dos CAPS que apresentavam essas características. Dentre eles foi escolhido o que permitiu colocar em análise os movimentos de produção de acesso e barreira construídos pela equipe na condução do cuidado de um modo muito intenso. Tratava-se de um caso reconhecido por todos da equipe como “de intensa gravidade e nenhuma adesão ao tratamento, considerado praticamente fora de qualquer possibilidade terapêutica”. Um caso que colocava em questão as formas de cuidado, a insuficiência das ferramentas empregadas na percepção das próprias equipes, traduzindo o caso como aquele que “desestabiliza o conjunto dos trabalhadores” e para o qual a equipe “não sabe o que fazer”.

A identificação do usuário-guia foi realizada durante os encontros do coletivo da pesquisa – pesquisador apoiador e pesquisador local⁵ –, quando foram realizadas apresentações e debates dos casos selecionados pela equipe de cada município en-

5 Pesquisador apoiador se refere aos profissionais vinculados às Universidades que compõem a coordenação do projeto, juntamente com a equipe da secretaria estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Pesquisador local é considerado o profissional vinculado aos serviços municipais de saúde mental, que estão ligados diretamente ou indiretamente ao cuidado com o usuário-guia.

volvido com o estudo. A dinâmica consistia em trazer à tona, e dar visibilidade aos desconfortos e dificuldades causados pelo usuário durante o seu percurso pelo serviço. A continuidade deste processo era realizada pela equipe de pesquisador apoiador, juntamente com a equipe de pesquisador local, com aprofundamento das possibilidades de cuidado e levantamento de dúvidas e questões que ajudavam na definição, na escolha do “usuário-guia”.

Após a identificação do usuário, foi fornecido o “kit pesquisador” aos pesquisadores locais, composto de termo de consentimento livre esclarecido para os usuários, profissionais de saúde e gestores assim como um conjunto de indicadores para a realização das entrevistas.

A etapa seguinte foi de identificação das fontes e conexões que diziam respeito ao usuário-guia, a partir de reuniões com o grupo de pesquisadores apoiadores e os pesquisadores locais, foram considerados os seguintes atores, para investigação das fontes: profissionais, usuários, cuidadores, gestores, familiares e outras pessoas que de alguma forma estiveram ou permaneceram envolvidos com o usuário-guia. O resultado foi um conjunto de serviços e pessoas pelos quais o usuário-guia se vinculou ao longo de sua vida. Para essa ação foi necessário o emprego de distintas técnicas de coleta: entrevistas e/ou observações, como também a busca de informações em fontes secundárias, como prontuário, registros no CAPS e em outros serviços de saúde etc. As entrevistas e verificação *in loco* foram gravadas em áudio, respeitando-se os procedimentos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com discussão sobre os objetivos e finalidades do estudo e anuência do entrevistado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo comitê de ética sob o nº do CAAE 0016.0.249.000-11, inclusive com informação de descarte do material após uso.

Após a identificação dos pontos de conexão que constituíram as redes de cuidado, houve o reconhecimento dos agentes institucionais e, estes, tomados como fontes de informações nas estações de cuidado mapeadas.

A investigação das fontes se deu como produção de montagem de diversos pontos de conexão do usuário na construção do cuidado, uma espécie de bricolagem, afirmando a multiplicidade de várias narrativas fragmentadas e, simultaneamente de desmontagem quanto a uma narrativa hegemônica, padrão dos casos apresentados, que reforçava sua identidade e unidade, mas que, na transversalização entre os casos, as equipes e as diversas narrativas fizeram transbordar outros modos, outras formas de ver e fazer falar do caso, para além deste, no contágio dos pesquisadores e trabalhadores *in-mundo*.

O encontro com as fontes operou nas equipes a radicalidade de uma escolha ética (GUATTARI, 1991): ou objetivam-se as narrativas e conexões nos padrões da ciência oficial, ou, ao contrário, tenta-se apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual, vazando as subjetivações que operam na construção das redes e territórios do cuidado.

O tratamento de montagem-desmontagem tomando como disparador as fontes, possibilitou apreender, nos diferentes campos envolvidos na pesquisa, o reconhecimento e em alguns momentos a ruptura com a repetição (aquilo que nos faz reconhecer e reificar “este” ou “aquele caso”) e afirmação da diferença (aquilo que nos

força a pensar, e não a identificar e reproduzir), para a construção de sentidos com o “outro” no mundo do cuidado (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

(...) No que diz respeito aos efeitos da pesquisa no serviço, a intervenção neste caso promoveu uma modificação na aposta dos técnicos. A pesquisa possibilitou que a equipe colocasse o caso em questão. Os serviços podem fazer a rede fria, preocupação com o burocrático e outros a rede quente, na qual se vê uma preocupação com o sujeito. A rede tem que ser entendida como um espaço a ser preenchido com a relação cuidado-compartilhado e não apenas encaminhamentos isentos de subjetivação. Vale colocar como questão, qual o projeto terapêutico que a pesquisa produz para as equipes? (...) Ainda sobre os efeitos da pesquisa, esta vem disparando a necessidade de supervisão pela equipe, mesmo que ela não tenha esse objetivo. (pesquisador apoiador, agosto de 2012)

Nesse intenso exercício de experimentação e construção coletiva com os pesquisadores locais e os pesquisadores apoiadores foi possível questionar toda a espécie de automatismo do saber, do dizer e do cuidar desses casos. Assim, o exercício de mapeamento das fontes e as diversas narrativas que surgiam sobre o mesmo sujeito, sobre o mesmo caso, abriam novas zonas de visibilidade e de dizibilidade, até então desconhecidas pelas equipes de saúde mental. Essas aberturas produziam novas formas de cuidar.

(...) Percebi que a proposta da pesquisa foi também a de nos fabricar como pesquisador fazendo pesquisa, (...) esse vai e vem das descobertas das fontes, dos debates na equipe, da conversa nos seminários trouxe para nós outros tipos de mapa sobre os usuários que não imaginávamos. (...) (pesquisador apoiador, junho de 2012)⁶

Neste quadro foi possível revelar várias das redes de conexões existenciais do usuário-guia, muitas vezes acionadas a partir dos encontros proporcionados pela pesquisa que funcionou em si com um dispositivo a disparar eventos previsíveis e outros imprevisíveis, o que funcionou como analisador da potência de produção de existências nem sempre operadas no plano do cuidado já instituído, até então.

O tratamento do material foi ancorado na análise dos processos de enunciação, organizados de forma a identificar alguns temas analisadores e articulados com os autores referenciados, além da experiência dos pesquisadores. O relato dos entrevistados foi identificado com letras fictícias que marcam as falas dos sujeitos durante a apresentação do material.

O material empírico foi apresentado em seminários aos participantes do estudo (todos eles pesquisadores apoiadores e pesquisadores locais dos seis municípios em estudo) e outras pessoas com interesse no tema em discussão.

6 Fala de um pesquisador apoiador durante as oficinas de apresentação dos dados dos campos em junho de 2012.

O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação...

Os seminários tiveram como propósito a devolução dos resultados, o debate em torno das novas narrativas que surgiam a partir do mapeamento das fontes e a construção de um processo de análise coletiva que teve como efeito ampliar a análise das redes de conexões existenciais dos usuários. O tratamento e análise dos dados empíricos constituíram-se em uma etapa importante da pesquisa posto que permitiu um intenso exercício de análise de todos os campos da pesquisa, acionados a partir dessa construção coletiva.

(...) O caso que apresentamos é um documento produzido por nós, não é um somatório de informações. (pesquisador local, junho de 2012)⁷

Em situações vividas nesse processo há relatos de pesquisadores locais que são bem expressivos do que ia acontecendo, no coletivo: *“como a pesquisa mostrou o caso de forma diferente e como a própria equipe se viu produzindo barreira, esse também é o caso do R”* (fala de pesquisadores locais de uma das redes pesquisadas).

Buscou-se construir, então, um mapeamento dos usuários-guias em sua multiplicidade, na tentativa de se estabelecer a partir de analisadores dos elementos produzidos pelo processo de cuidado, um quadro referencial que fizesse sentido para o coletivo de pesquisadores, apoiadores e locais.

A Pesquisa como Intercessor em nós: pesquisadores, trabalhadores e usuários

Os intercessores⁸ se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Ativam potências do ainda impensável, do clínico com o não clínico, da saúde com a não saúde e novos conceitos e problemas são produzidos nestes agenciamentos. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber. Parte-se do que se tem, do que se sabe para o que não se tem, o que não se sabe, como, por exemplo, sustentar novas formas de cuidar em liberdade.

Nesse exercício foi possível para as equipes de investigação abrir um debate sobre a própria finalidade do mundo do cuidado como lugar de operar dispositivos que atuam sobre a construção ou o encolhimento da produção de redes de conexões existenciais e, como tal, mais vida em certos casos, ou menos vida em outros. Trouxe para cena novamente a afirmação de que agir em saúde é operar na micropolítica

7 Fala de um dos pesquisadores locais do município de São Pedro na oficina de trabalho do dia 6 de junho de 2012.

8 Intercessão não no sentido de convergência, mas ao contrário, daquilo que diverge, produz desvios, interferências, tal como Deleuze define o conceito de intercessor como a possibilidade de desvio que cria, isto é, podem ser pessoas, acontecimentos, objetos inanimados. Deleuze cita que Guattari desempenhou esta função intercessora em sua obra, bem como a Segunda Grande Guerra, como também o peiete na obra de Carlos Castañeda, e o ópio e o haxixe na criação dos “Paraísos Artificiais” na obra de Baudelaire (DELEUZE, 1998: 156).

dos encontros, nesse campo de práticas sociais que são constituídas por dispositivos sustentados no universo do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

Por meio das narrativas construídas, pelos impactos produzidos na vida de usuários-guias e na forma como as equipes avaliam e retomam a condução dos projetos terapêuticos singulares⁹, foi igualmente possível experimentar os múltiplos elementos agenciadores de acesso e barreira à rede de cuidados em saúde. Assim, agentes institucionais, trabalhadores, estabelecimentos, práticas discursivas, arranjos organizacionais passam a figurar como tecnologias de cuidado restritivas ou ampliadoras do acesso. Tecnologias essas que revelam a complexidade de conexões produzidas nos encontros entre esses elementos no plano micropolítico, que convocam a todos nós profissionais de saúde mental a construção de um esforço coletivo que coloque em análise nossos processos de trabalho, questionando sempre a medida dos nossos agenciamentos cotidianos na produção do cuidado, nas suas potencializações ou não, dos próprios modos de viver e de todos que aí se encontram.

Essa pesquisa convocou a todos nós, sujeitos da pesquisa a repensar o que é acesso e barreira diante de uma oferta de cuidado que aposta na multiplicidade e em novas conexões de produção de vida muito além da simples entrada ou não nos serviços. A ideia é a de se dar a conhecer as infinitas e provisórias formas de conexão nas redes existenciais desses sujeitos. E, ao conhecê-las, abrir-se a criação de múltiplas formas de produção de cuidado e acolhimento. Acesso e barreira não é simplesmente uma questão de ampliação de cobertura de serviços de saúde, ou de oferta de certo cardápio de cuidados aos usuários, mas traz para a cena, toda a radicalidade do campo da vida e da ética. A visada de outra cena refere-se ao tipo de aposta que a rede de cuidados afirma e tensiona: produzir mais vida ou não, no enriquecimento ou empobrecimento das redes existenciais dos vivos.

9 Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) se constituem como uma série de ações dentro e fora do serviço de saúde, negociadas entre os usuários e os diferentes atores envolvidos direta e indiretamente na produção do cuidado, visando o aumento da autonomia do usuário e a produção de vida e de territórios existenciais indutores de novos sentidos para além do sofrimento psíquico. O PTS também pode ser tomado como um operador organizacional, na medida em que pode desacomodar as relações de saber-poder, deslocando a relação usuário-cuidador para uma perspectiva crítica problematizadora dos processos de trabalho das equipes, tomando a avaliação compartilhada, sobretudo do usuário, na construção das estratégias de produção da vida e de reorganização dos serviços.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1998.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

LOURAU, R. **Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. "O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido". In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.) 2004. **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Editora Hucitec, v. 1, p. 21-45.

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

MERHY, E. E. e alls. **Pesquisa Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas** Processo 575121/2008 4. **Relatório Final**. CNPq. 2011.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, M. P. "Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado". In: RAMOS, V.; FRANCO, T. B. (Org.) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MERHY, E. E. *et al.* **Acessibilidade na Atenção à Crise nas Redes Substitutivas de Cuidado em Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro**. Relatório Final da pesquisa PP-SUS/ 2010. FAPERJ, 2012. Mimeo.

PELBART, P. P. "Poder sobre a Vida, Potência da vida". In: **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. Iluminuras: 2003.

SILVA, E. **Circo-teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. São Paulo: Altana, 2007.

Sztutman, R. **Encontros**: Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2008.

Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde

Emerson Elias Merhy
Maria Paula Cerqueira Gomes
Erminia Silva
Maria de Fátima Lima Santos
Kathleen Tereza da Cruz
Tulio Batista Franco

Andando ao longo de uma linha de trem, observo meio perplexo o vagar das pessoas de um lado para outro. Parece um formigueiro, muita gente. Encontros, desencontros. Muita gente convivendo com sujeira, esgoto a céu aberto, ratos, baratas passando em cima das pessoas. Parte de mim se surpreende não pelo visto, mas pela intensidade do vivido. Vejo um longo, velho e sujo muro, cheio de lixo, com um buraco no meio. Percebo um entra e sai, um movimento diferente, mas calmo. Vou até lá... Dentro do buraco, uma cor forte na parede, um lugar limpo e arrumado onde as pessoas namoravam. Como assim? É possível ter vida naquele lugar?

(Trecho adaptado de um depoimento de um aluno do Programa de Educação para o Trabalho PET – Saúde/Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ)

A situação está cada vez mais difícil! A gente atende, acompanha por um tempo e, de repente, a pessoa some. De um dia para a noite, ela simplesmente some, desaparece, sem deixar vestígios! Seus companheiros da rua estão muito assustados. De vez em quando, um desaparece!

(Fala de um profissional de Saúde de um Consultório de Rua)

As ruas compõem, por excelência, desde a modernidade, um crescente e vertiginoso espaço de multiplicidades. A ideia de multiplicidade é trabalhada por Deleuze e Guattari (1995, p. 14) no sentido de que “é preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre $n-1$. Somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele”.

Nessa situação, ao contrário de operar por uma soma das partes, faz-se interessante pensar que a variável ‘ n ’ comporta uma multiplicidade onde, a todo e qualquer instante, pode ser subtraída desta uma determinada singularidade, que continua em conexão com o conjunto.

No campo da saúde podemos tomar, na apreensão dessa oferta, o caso do *diabettis mellitus*. Quando algum usuário é diagnosticado como diabético, essa informação sobressai e apaga tudo aquilo que as pessoas podem ser além de portadoras dessa ‘doença’, como poderia ser o caso desse $n-1$ que, por exemplo, poderia ser também

mãe ou pai, filho ou filha, dançarino, apreciador de comidas, amante de música, enfim. De um modo geral, nesse campo, essa mesma lógica se repete em vários outros fronts do mundo do cuidado, como, por exemplo, no caso dos usuários de álcool e outras drogas, bem como com pessoas que vivem ou que têm nas ruas seus espaços privilegiados de existência. Trabalhar as multiplicidades é trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos (-1) e suas possibilidades (n) existenciais, como redes vivas em produção.

No auge do século XIX, as ruas se metamorfosearam, traduzindo-se em complexidades contemporâneas. A atualidade

(...) mostra um quadro de contrastes exacerbado pela heterogeneidade e desigualdade social e cultural, pela fragmentação e compartimentação de espaços de moradia e vivência, pela violência, pela degradação e perversa distribuição dos equipamentos coletivos. Centro e periferia, favelas e condomínios fechados, mercado de ambulantes e shopping centers, cortiços e mansões, o carro individualizado e transporte público deficiente, o desperdício e a miséria... a lista de contrastes parece não ter fim. (...) o romantismo anacrônico pensa em 'rua, suporte de sociabilidade', nesse contexto. No entanto, tudo depende de que rua se está falando. Certamente não é a rua unívoca, definida a partir do eixo classificatório unidimensional (vias expressas, coletoras, locais, binárias etc.), dado pela função de circular. A rua que interessa e é identificada pelo olhar antropológico é recortada desde outros e variados pontos de vista, oferecidos pela multiplicidade de seus usuários, suas tarefas, suas referências culturais, seus horários de uso e formas de ocupação (...). (MAGNANI, 2003, não paginado)

É essa a rua que nos interessa. A rua que comporta alegrias, dores, dissabores, desafios. Preenchida por signos e diferentes sentidos, a rua é lugar de múltiplos sinais, que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras, os sinais que vêm da rua nos invadem porque também somos a rua. Cravados de tensões constitutivas entre produção de vida e morte, presentificam-se, no cotidiano do andar a vida de todos nós. Sentimentos como medo, compaixão, horror, desprezo, piedade, generosidade, interesse, curiosidade, todas essas afecções circulam entre nós sem pedir licença. Muitas vezes, é precisamente a partir desses sentimentos que somos levados a pensar formas de aproximação e/ou afastamento desses sinais e, conseqüentemente, da forma como entramos em conexão ou não com essas vidas.

E o que nós, trabalhadores da saúde, temos a ver com isso? Os trabalhadores da saúde não estão livres dessas afecções. Ao contrário, muitas vezes, é com base nelas que a produção do cuidado é construída.

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo – o usuário – como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser a 'correta', discursando para aquele que nada sabe sobre qual é o modo

‘mais saudável, a melhor forma de viver’. Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas, onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros (MERHY, 2009).

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

O olhar para o outro é sempre previsível, é possível prever o que vai ser encontrado. Essa previsibilidade produz certa invisibilidade da produção da multiplicidade de vidas que vazam dos sinais que vêm da rua, sobretudo no campo da saúde. Ao passar pela porta de um serviço de saúde, parece que esse outro é convidado a deixar toda vida que traz da rua do lado de fora.

Entretanto, faz-se necessário ressaltar que os usuários, enquanto redes de existências, produzem-se ‘em-mundos’, ‘in-mundizam-se’ (GOMES e MERHY, org., 2014), constituindo certas formas éticas existenciais e certos modos de conduzir, por si, também a produção de cuidado, disputando o tempo inteiro com as outras diferentes lógicas de existir, em si, e que lhes são impostas pelas instituições. Os usuários produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas equipes de saúde, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas.

Nesse sentido, temos uma dobra que opera a todo instante a partir de tensões constitutivas, que põe usuários e serviços em negociação. As ruas são, entre tantos territórios existenciais, um lugar onde as existências atuam e se produzem como redes vivas. Quando usuários adentram os serviços de saúde, junto de si carregam um mundo de possibilidades, muitas vezes esvanecidas, que, como apontamos, pedimos para ficar do lado de fora.

O interessante é perceber que os trabalhadores de saúde que operam nas ruas – fora do campo da saúde *stricto sensu*, no interior dos estabelecimentos consagrados – e os que atuam no campo da cultura, das artes e da educação nos seus encontros, ofertam uma experiência de ‘transver’ o real, como nos diz o poeta Manoel de Barros. Quem está fora do ‘muro institucional’ da saúde, como nestes casos, percebe o quanto essa população atendida tem uma rede existencial rica, e até mesmo que várias delas têm passagens por outros campos como o da arte-educação, o da música, o do circo social, o do teatro. Passam por outras conexões, além das próprias redes de existências que cada um fabrica no encontro com um outro qualquer.

Isto é invisível para a área da saúde, que se encastela nos muros do próprio campo e, muitas vezes, restringe o olhar sobre quem vem para o serviço, fixando-se no mesmo e não ousando sair do muro/mundo. A principal estratégia é trazer o mundo para dentro dos serviços, criar outros mundos lá dentro, e não sair do campo da saúde, subsumindo o mundo das experiências às lógicas epistemológicas e metodológicas do campo. Algumas de nossas pesquisas, com base na cartografia dos movimentos nômades de certos usuários-guias, têm revelado quanto o desconhecimento sobre o outro é produzido nas redes formais de saúde (GOMES e MERHY, 2014). De

modo muito frequente, os profissionais de saúde não conhecem as várias existências que cada uma dessas pessoas tem quando atravessa o muro, passa pela calçada dos serviços e ganha os mundos. De forma bem frequente, é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões. No campo do cuidado em saúde mental, esta situação é uma característica muito marcante. O (seu) usuário é um nômade pelas redes de cuidado e um forte protagonista de sua produção (LANCETTI, 2006). O território tomado como produção de agenciamentos, majoritariamente desconhecido pelas equipes de saúde, instaura uma rede rizomática não linear, que não se apresenta capturada em um território único, em um espaço geográfico definido. Como um nômade, o usuário produz e protagoniza, de forma singular, os acontecimentos, no seu processo de cuidado. Nômade na produção de sua vida e, por isso mesmo, capaz de circular em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, construindo múltiplas conexões na vida. Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam e convidam as equipes a esta mesma experimentação desterritorializante. Mas, aceitar este convite e sair de territórios pré-concebidos que estabelecem “repertórios de cuidado” marcadamente definidos, cujos rastros remetem ao já-conhecido (por exemplo: rastros do especialismo de cada profissão e de suas respectivas competências) não é tarefa simples (GOMES e MERHY 2014, p. 28).

Redes Vivas e conexões existenciais. Analisador

As ruas, como tomadas em nossas reflexões, traduzem-se como diferentes. Isso nos permite pensar que a discussão de redes de cuidado em saúde, olhada a partir da macropolítica, tem baixa potência, por não abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas, onde

(...) toda sociedade, mas também todo indivíduo, são, pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular. Se elas se distinguem, é porque não têm os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas, se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para a outra (...). Em suma, tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica. (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 90)

Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo dos processos; processos estes intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento.

Vale apontar que a ideia de redes não é algo novo no Sistema Único de Saúde, apesar de, na atualidade, o conceito de rede pautar os discursos e práticas dos cam-

pos institucionais nas três esferas federativas. Na Constituição Federal, de 1988, o artigo 198 já dispunha que as ações e serviços de saúde integravam uma rede regionalizada e hierarquizada. Nos últimos anos, o debate tem crescido tanto no panorama brasileiro quanto na América Latina, onde “a proliferação de redes de gestão é explicada por uma multiplicidade de fatores que atuam simultaneamente, conformando uma nova realidade administrativa” (FLEURY; OUVÉRY, 2007, p. 9). Além do campo da gestão no sentido mais amplo, a discussão de redes tem pautado os campos da comunicação, da psicologia e da sociologia, entre outros que se interessam, das mais diferentes formas, por conceituar o que vêm a ser as redes e/ou as sociedades em redes (DELEUZE, 2002).

No campo das políticas de saúde pública não tem sido muito diferente. Quando o Ministério da Saúde expressa uma formulação sobre essa discussão, indica uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Sugere uma modelagem de algo analógico, que pudesse ter toda sua previsibilidade definida e, portanto, manejável dentro dessa racionalidade.

Entretanto, as redes vivas são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos (MERHY, 2013a).

Além disso, essa rede pode ser a disparadora, mas o usuário pode estar sendo acompanhado por outros serviços ou ofertas de ações não do campo da saúde, devido às características do problema, que vai pedindo outras conexões. Neste sentido, é um processo vivo, inclusive porque a própria conexão entre as redes – hipertextuais (digitais), existenciais e institucionais, que ocorrem sem que tenhamos controle absoluto sobre elas – não deixa de ser uma questão para as apostas em um território de cuidado específico. Esse é um ponto que precisa ser levado em consideração.

Outra discussão que se soma a esta é a ideia de que os usuários são redes vivas de si próprios; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimentos sendo tecidas.

Os de fora das redes instituídas – como as ruas – são, nesse sentido, lugares agenciadores, produtores de redes e conexões. Nesses cenários, marcados por códigos específicos e plurais, a solidariedade, as trocas, os compartilhamentos, assim como as disputas e desavenças, vão indicando a produção de vida. São o furo no muro das designadas ‘cracolândias’ onde, ao contrário do pensamento preponderante, o que se descortinou foi um ‘cantinho limpo e arrumado onde as pessoas namoram’, ali no buraco, conforme o relato que abre este texto.

Este é, para nós, um dos pontos nevrálgicos dos processos de produção do cuidado em saúde: a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos e sua substituição

por estigmas ou produções identitárias universais, que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas. O melhor exemplo disso é que as pessoas que vivem nas ruas ou que têm nas ruas espaços de sobrevivência, de trabalho, de vida, ao mesmo tempo em que carregam essas experiências de vida são paradoxalmente estigmatizadas: prostitutas, travestis, crianças em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas nas designadas ‘cracolândias’, enfim. E, como tal, merecem ser governadas por outros.

O que têm a ver as Redes Vivas com o que estamos falando?

No cuidado

O convite que se faz é o de trabalhar com a diversidade de ofertas para dentro do ‘muro do serviço’, ofertas essas vivenciadas pelos usuários nas diferentes vivências de cidadania. Nesse sentido, a proposta é que os trabalhadores da saúde conheçam esse usuário cidadão nas inúmeras existências que ele produz, cruza, dialoga, tenciona, olha, se afeta, cheira, brinca, canta, dança, salta, equilibra, chora, ri, namora, reza, trabalha – enfim, produz existências desconhecidas e/ou não incluídas nos projetos terapêuticos institucionais.

No entanto, cabe destacar algo muito importante: a proposta de ampliar a visibilidade sobre as inúmeras produções de vida do usuário/cidadão com os vários encontros sociais, culturais que ele produz para fora do muro, que não devem e nem podem ser vistos como ‘projetos terapêuticos do campo da saúde’, com a ideia que sejam uma ‘ação de promoção à saúde’, com objeto definido e um conjunto de ações para ‘promover a saúde’.

Como um exemplo (e apenas um, da enorme relação de produções de outras vidas), temos o encontro de vários usuários em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) infantil, com a produção da linguagem circense, na sua expressão de circo social. Apesar de alguns serviços de saúde terem conhecimento sobre essas ações, eles desconhecem, muitas vezes, os trabalhos em espaços culturais artísticos – nesse caso, as práticas circenses – na relação de produção de vida nesses usuários. Muitas dessas experiências valorizam o fazer da criança adolescente, independente do “diagnóstico”, mesmo quando esse usuário é comumente conhecido como “dependente químico”. Vários projetos circenses acabam por trabalhar a proposta de redução de danos, sem que por isso se transformem em “agentes de saúde”. Neste caso, não é a definição de um campo e sua operacionalidade que define as ações, mas o encontro e a forma como as diferenças são tomadas: preenche de significados.

Dentre as perguntas que fazemos nesses casos é: como se pode não considerar processos para fora do muro ao desenhar um “projeto terapêutico” para alguém que produz vida brincando, saltando, cantando, dançando? Como pode um único modo de pensar “projeto terapêutico” ser tão definidor e simplificador da multiplicidade de vidas que o/a usuário/a cidadão/ã produz nos seus cotidianos?

O que se pretende é produzir trocas, conexões, dar-se a conhecer esse usuário que está sendo atendido por um determinado profissional. No encontro, produzir reconhecimento de outros projetos que fazem parte de sua existência, que muitas vezes os profissionais da saúde e educação desconhecem.

Esse é um problema que nos interessa. Re-conhecer, nos sinais que vêm da rua, um conjunto vivo de estratégias, de novas modalidades, formas de criar sentido, de produção de outras redes, de outros territórios existenciais e, com elas produzir outras e diversas redes de conexões. É preciso inventar espaços de encontros entre os trabalhadores das instituições fechadas com os profissionais que atuam em outros espaços na rua. Eles não se conhecem, o que está dentro do muro não sai para calçada, e os que estão fora não conseguem entrar no muro. Eles trabalham com as mesmas pessoas, mas não se dão a conhecer às outras redes nas quais estas mesmas pessoas circulam. Os profissionais das “instituições formais” (educação, saúde e assistência social) estão desconectados com a multiplicidade de existências que eles atendem. Não conhecem como essas pessoas circulam nos diferentes territórios, não têm a noção das existências que estas pessoas têm em outros lugares. Ao tomar e tornar seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, restringem-se a pensar em políticas e ações tão focais, que se distraem ou não conseguem ver a produção da vida, ali onde é potente.

(...) nós apostamos nessas experiências, na conformação de trabalhadores que deveriam, primeiro, se submeter à presença do outro, ou seja, trabalhadores que deveriam se posicionar no mundo do cuidado para serem afetados. Afetados pela presença do outro e, através desse efeito da presença do outro, poder operar nesse encontro a construção de qualquer coisa que pudéssemos chamar de prática de um cuidado. (MERHY, 2009, p. 26)

A possibilidade de promover a ampliação das redes existenciais tem como principal objetivo ampliar os recursos que cada um tem disponível para ir produzindo, isto é, produzir a possibilidade de lançarem mão de leques de opções, de cartas na manga, de vários recursos para ampliar a capacidade de cada um, em suas redes existenciais, irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida. A falta de rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro,

Os sinais que vêm da rua nos convocam a todo instante a um processo de desaprendizagem, do já sabido, do já instituído de nossas velhas práticas para poder apreender novas lógicas produzidas pela perspicácia do viver. É preciso colocar em análise o conjunto de práticas ofertadas por nossas instituições de saúde, educação, assistência social entre outras. Mapear a existência e a invenção de espaços para fora do muro, nos quais os usuários/as também percorrem em suas trajetórias, bem como re-conhecer os ditos informais e os sentidos que são produzidos neles, é uma boa forma de enxergar o quanto esse mundo tem elementos em aberto, não capturados, trabalho vivo em ato dependente e que se expressam como tensões e disputas pelo seu sentido.

Criar situações individuais e coletivas de auto interrogar o próprio sentido do fazer no mundo do trabalho – colocando como sua base a pergunta sobre o que faz com o trabalho vivo em ato, para onde ele é apontado em termos ético-políticos (produz mais vida ou não) – traz também novas perguntas, como, por exemplo, o que se faz com o que já se sabe fazer e com o que se acha que se deve fazer sobre

ou junto com os outros, com quem se encontra no mundo do trabalho. Isso implica colocar entre parênteses, parafraseando Basaglia, o sabido *a priori* que há nesses campos de práticas, para deixar vaziar em cada um e nos outros a nova constitutividade que se tem ao se construir com o outro novas possibilidades para os modos de andar a vida, tomando como base os processos de viver que, de modos perspicazes, são construídos de maneira efetiva por cada um e por qualquer um. Isso permite ser afetado por essas perspicácias e se auto interrogar, inclusive como coletivo que se é. A chance de que se venha a conectar novos processos de produção autopoieticos de vida é alta, mas nunca uma garantia e uma obrigação. O operar em alteridade com o outro na produção do viver implica sempre um disputar, sempre uma tensão. Agir com o outro na interseção dos encontros que ali operam, produzindo modos de viver, talvez seja o sentido mais interessante desses trabalhos. Colocar os saberes tecnológicos a serviço disso no interior dos atos produtivos talvez seja a grande apreensão possível para quem procurar desaprender os modos predominantes desses campos de práticas, se realizarem, hoje, quando a vida virou um objeto de manejo e não uma conexão autopoietica no mundo, como produção coletiva. (MERHY, 2009, p. 36)

Essa é a nossa aposta e o nosso convite: re-conhecer a rua em todos e as suas tensões constitutivas, os espaços do entre. Entre as capturas e as linhas de fuga, entre a produção de morte e vida, experiências de resistência, experiências que abrem passagem para a produção de outras formas de andar a vida, capazes de trazer para a cena um conjunto de forças vitais antes impensadas e, jamais localizadas em um único domínio do conhecimento. Estes são alguns dos sinais que a rua tem no sinalizado e, a partir deles, nos convocado a pensar sobre as referências que temos inventado para sustentar a defesa de vida de qualquer um. E vocês, que sinais vocês trazem e recebem da rua?

Nas pesquisas sobre a produção do cuidado

Esse re-conhecimento tem alterado de modo significativo nosso modo de construir conhecimento sobre os processos de produção do cuidado, refletido na construção dos estudos que temos realizado de modo compartilhado, com os protagonistas dos processos de cuidado no campo da saúde, diferentes indivíduos e grupos que o constitui.

Em alguns materiais já publicados (GOMES e MERHY, org., 2014) expusemos como esse processo de visibilidade das Redes Vivas, no campo de estudo, implicou em alterações no próprio processo de investigação e na compreensão dos vários regimes de verdade que operam, transversalizando-se nesse campo. Ter que dar conta dessa situação nos levou a ter que ver no outro que está imerso no cotidiano do trabalho em saúde, seja o trabalhador, seja o usuário, um elemento central na construção dos vários conhecimentos constituídos, de modo a dar conta das multiplicidades que operam na constituição dessas redes vivas, território das conexões existenciais. Vimos falando disso todo esse material, mas agora vale tirarmos certas necessidades que isso impõe para o desenho dos processos investigativos.

Nessa direção, tivemos que fazer uma inversão no campo de estudo. Deixamos nos guiar pelas trajetórias, pelos caminhares dos indivíduos nas produções de si, na micropolítica dos encontros que compõem a sua existência, e ir identificando os lugares de territorialização e expressividade nos distintos campos de práticas que vão se instituindo nesse caminhar. Importância que coloca a produção da narrativa desses processos de encontros, por parte dos que aí estão, como eixo nuclear de organização do campo de estudo, partindo da capacidade que o usuário como guia pode nos levar pelo seu nomadismo, fazendo-nos perceber junto com ele os vários planos de conexões que opera e se produz, na sua experiência da produção de si (FOUCAULT, 2010).

Nisso, também nos “in-mundizamos”, nos tornamos pesquisadores “in-mundo” (ABRAHÃO, 2014), abrimo-nos às nossas próprias narratividades disparadas pelas afecções que o campo de estudo agencia em nós. Os vários regimes de verdade agem, nesses vários planos de produção do existir, ali no mundo do cuidado, guiado pelo indivíduo-usuário, com sua Rede Viva instituinte, que vai em certos movimentos se organizando como um certo território específico, identitário, para logo ser vazado, como um furo no muro, a cada encontro que o afeta.

Esse percurso investigativo tem se traduzido em várias estratégias de estudo que temos participado e a melhor forma de trazê-lo para esse artigo é ver o que construímos, em 2013, na pesquisa: *A produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes De Saúde, do Sistema Único de Saúde. Avalia quem pede, quem faz e quem usa*, realizada junto ao Ministério da Saúde.

No relatório final, tivemos que construir alguns elementos metodológicos que pudessem fabricar a investigação em foco. Após uma oficina do coletivo de pesquisa que tinha ido aos vários territórios de saúde, em um município, conversar sobre o mundo do trabalho dos trabalhadores daquelas áreas, dizíamos:

Esta reunião entre os pesquisadores foi pautada pela apresentação das percepções de cada equipe a partir da participação nas reuniões de território (...) e pela discussão conjunta desta experiência com o objetivo de problematizar e sistematizar os próximos passos (...)

[um] ponto fortemente debatido foi o tema das redes vivas. Existem redes vivas que em outros lugares são operadas a partir dos desesperos das pessoas, ou seja, não há um entrelaçamento de fazer viver a rede viva entre o que é ofertado e o que é pedido. No Município, essa tensão mais positiva produz encontros entre o que é pedido desesperadamente e aquilo que é ofertado a partir de grandes conexões. (...)

[foi] observado pelo grupo que essa rede viva que emerge dos territórios não é algo agressivo, violento. É um movimento aberto à conversação e escuta, ainda que com certa tensão e dificuldade. (...)

[no que se refere à pesquisa] foi pensar como organizar os pesquisadores e trabalhadores do município nas frentes de trabalho (as várias redes de cuidado que vão sendo disparadas por esse encontro com as Redes Vivas) (...)

A questão que apareceu foi como fazer a combinação entre territórios e redes.

Essas redes apareceram nos territórios e de maneira entrelaçada, ou seja, um caso começa em uma rede, mas caminha pelas demais. (...)

Nas descrições dos territórios, ficou claro que já foi possível localizar redes vivas nas (várias) redes contempladas pela pesquisa, inclusive forte conexão entre elas. A partir dessa prospecção inicial, a proposta é que a pesquisa parta dessas redes vivas, e não dos territórios. Por exemplo, a partir da análise dos casos, conclui-se que as redes vivas da saúde mental que aparecem nos territórios 1 e 5 são bons casos para disparar a pesquisa nesta rede (penetrando pelas outras). (...)

A conexão entre redes a partir de um mesmo caso, como mencionado anteriormente, apareceu em diversos territórios. Uma rede é a disparadora, mas o usuário é acompanhado por outros serviços devido às características do problema. Neste sentido, é um processo vivo, inclusive porque a conexão entre as redes é um ponto que o município (em foco) aposta que aconteça. Isso deve ser considerado na pesquisa, que esta divisão por redes não é algo natural no município, ou seja, sistematicamente uma rede se cruzará com a outra. Apesar disso, existe um “caso índice”, ou seja, o eixo da pesquisa não é a conexão entre as redes. O eixo é o “caso” que produz as conexões. A REDE VIVA EM PRODUÇÃO.

Outra questão levantada foi qual seria a expectativa de produto nesse momento. Seria a própria definição dos casos-guias?

(...) foi definido que nos próximos encontros no município a equipe deve começar a construir o mapa das fontes e a trabalhar algumas questões. É importante que todos tenham clareza deste itinerário para o momento de se encontrar com as (...) frentes.

Para tanto, também é relevante entender (a noção) de REDE VIVA. As redes vivas têm certas características interessantes de pontuar. Quando o MS fala de rede, ele tem a ideia de uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Quando na verdade, as redes vivas são fragmentárias e em acontecimento, (...)

Isso são questões chaves para resolver, para ao menos criar parâmetros da objetividade necessária neste momento da pesquisa. Tratando de transversalidade, por exemplo, é interessante observar e situar o tema da regulação atuando nas diferentes redes. Inicialmente ela foi colocada em um lugar concreto, mas na verdade vai aparecer em todas as redes (considerando que todos governam no mundo do trabalho)

Outro tema que chamou a atenção nas reuniões de território foi a tensão entre a produção da rede viva e a resistência da regra geral. Isso aparece no ruído da rede viva e, sendo assim, não deve ser o problema analisador, e sim aparecer na própria construção da rede viva.

Essas redes vivas são construídas nos territórios pela singularidade dos casos. Isso significa que algumas redes vão servir para determinada singularidade de cuidado, e não para outras. Entre o circunstancial do singular e a acumulação do instituído tem movimento. Esse movimento é o interessante de acompanhar. (Relatório, 2013)

Toda essa produção de conhecimento que nos atinge e que fomos “obrigados” a construir pelas afecções que o campo agenciava em nós, trouxe implicações para o desenho do estudo ali no território, junto com os trabalhadores desse município, que são em si, também, Redes Vivas.

Os casos, neste caminho, vão definir os territórios e as pessoas que vão participar, levando em consideração que alguns estão mais envolvidos que outros. Os usuários-guias vão transitar por distintas redes, ainda que partam de uma rede disparadora, e isso vai gerar também entre os trabalhadores os pesquisadores-guias.

É importante mostrar a fluidez e os papéis totalmente diferentes que existe no município e que, em outro município, o arranjo dos atores e o protagonismo serão totalmente diferentes. Em cada lugar, o ordenador será um ator distinto.

Nesse sentido, foi colocado como importante o grupo conhecer outros espaços diferenciados do município e que são produzidos na medida em que foram aparecendo. É uma agenda paralela que vale a pena explorar, porque são espaços que têm um papel na montagem e na ativação de todo esse arranjo que a pesquisa está conhecendo. Inclusive, esse contato ajudará a ampliar a interrogação sobre os dispositivos de gestão para produzir coisas.

Explorando a ideia que já foi trabalhada, existem casos que aparecem em um território e que são mobilizados a partir de diferentes olhares (UPA, AB, Saúde Mental etc.). O apoiador-guia, por sua vez, faz aparecer outras questões, bem como a partir dos trabalhadores aparecem outros tipos de desconfortos. Os apoiadores são catadores de casos complicados e ajudam a processá-los. Mas é imperdível ouvir o que os trabalhadores entendem como casos que incomodam, porque não é o mesmo olhar. Isso nos leva a ter apoiador-guia e trabalhador-guia para encontrar os casos. (Relatório, 2013)

Nesse caminhar, procuramos como elementos de síntese para o tipo de estudo que estávamos realizando, o seguinte: Experimentação – Pesquisa Interferência: o método é o encontro:

- 1 - Algumas questões para se considerar no experimento, foram: se as ferramentas são adequadas, se essas ferramentas têm sensibilidade suficiente para conseguir o que se quer, se a caixa de ferramentas é suficiente ou é necessário agregar outras.
- 2 - A possibilidade de iniciar essa construção conjunta envolvendo os pesquisadores e os trabalhadores na prática, parte do entendimento do grupo de que é mais interessante fazer esse desenho metodológico em ato, ou seja, a partir de um processo de negociação real e em um município real.
- 3 - Estes engates vão gerar singularidades, e vale ressaltar que esta já é a pesquisa, ou seja, as singularidades e as conexões de cada equipe já são a pesquisa em si.

Para trabalhar os referenciais, a partir dos textos anteriores, compreendendo a produção do cuidado em saúde como um acontecimento micropolítico, na construção efetiva das redes vivas de existências, devemos nos debruçar de modo mais atento no tema das redes analógicas e hipertextuais-rizomáticas, e o modo de “palpá-las” no contexto da centralidade da disputa pelo cuidado entre os vários que o produzem, ocupando as cenas do cuidado no cotidiano e tirando consequências para se pensar

o trabalho das equipes nas redes de cuidado, em geral, explorando modos de acessar e visibilizar essa produção, através da construção conjunta de pesquisadores e trabalhadores, tomando o usuário como guia desse processo, no seu modo de fabricar sua rede viva de existência, para muito além dos itinerários terapêuticos e projetos terapêuticos, das nossas ofertas instituídas.

Há de modo evidente um campo de disputa que posiciona as muitas éticas que atravessam essa produção no ato do seu acontecer como, por exemplo: uma ética centrada na lógica das profissões, uma na lógica burocrática organizacional, outra na ética marcada pelo campo do mercado da saúde e, pelo menos outra, muito nuclear, que é a ética da produção da vida em si, com a qual “usuários” marcam a fabricação do cuidado em saúde com o seu território de existência rizomático.

O reconhecimento dessa disputa é estruturante no processo de desenhar a investigação e a produção de conhecimento sobre o cuidado enquanto um campo de práticas, ali nos processos produtivos do mundo do trabalho.

Referências Bibliográficas

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

GOMES, M. P. C. *et al.* “Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção”. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. “Micropolítica e segmentaridade”. In: _____. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v. 3, p. 76-106.

FLEURY, S.; OUYERNEY, A. M.. **Gestão de redes: A Estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MAGNANI, J. G. “A rua e a evolução da sociabilidade: os Urbanitas”. **Revista Digital de Antropologia Urbana**, v. 1, n. 0, out. 2003, não paginado.

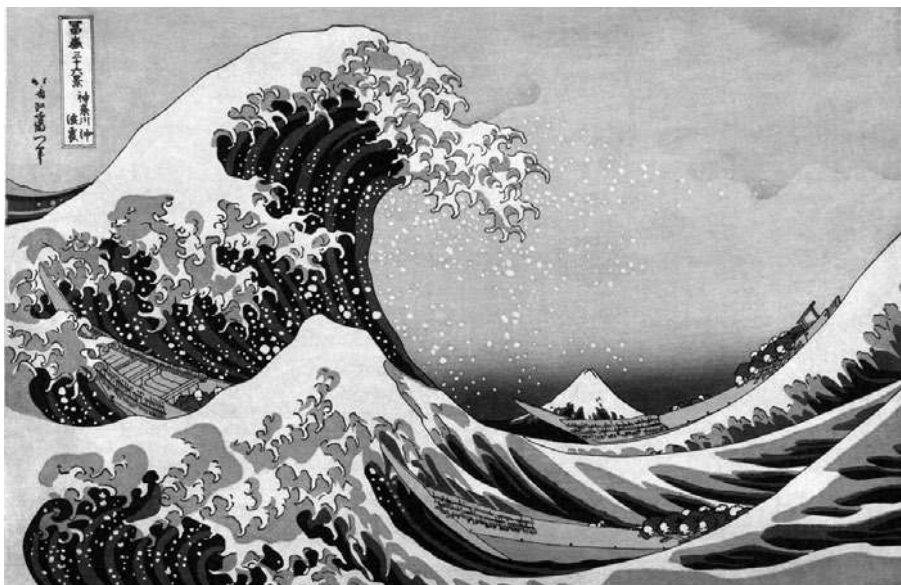
MERHY, E. E. “Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos”. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Caderno Saúde Mental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. v. 3.

MERHY, E. E. **Conferência sobre Redes: Uma conversa sobre a produção das existências** [vídeo]. 2013a. Disponível em: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2013/11/emerson-elias-merhy-encontro-regional.html>>. Acesso em: maio 2014.

MERHY, E. E. (Coord.). **A produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde, do Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa**. Brasília, DF: SAS-MS, out. 2013b (Relatório Final).

O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?

Ricardo Narciso Moebus
Emerson Elias Merhy
Erminia Silva



http://pt.wikipedia.org/wiki/A_Grande_Onda_de_Kanagawa. Acesso 12 mai 2016

A imagem que principia esse texto é “A Grande Onda de Kanagawa”, da famosa série “Trinta e seis vistas do monte Fuji”, do artista japonês Hokusai (1760-1849).

O que mais impressiona nesta belíssima série é que a partir do aprendizado da perspectiva da pintura italiana, Hokusai e outros no século XIX japonês passaram a criar essas possibilidades infinitas e mágicas de contrastes entre o primeiro e último plano, que permitem que a onda possa estar enfim acima do majestoso monte Fuji e seu pico nevado.

Hokusai pôde criar imagens que anunciam sem cessar: o que me parece impossível, no meu ponto de vista, acontece todo o tempo, no ponto de vista alheio, fora das minhas possibilidades de ver, dependendo fundamentalmente da perspectiva, do campo de visão de quem olha.

Esta imagem é utilizada aqui porque expressa de forma sucinta uma das apostas desenvolvidas pela pesquisa: “Observatório Nacional da Produção do Cuidado em Diferentes Modalidades à Luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

Pesquisa que tem entre seus objetivos a implantação de uma “Rede de Avaliação Compartilhada – RAC”, já em andamento desde 2013, para avaliar a produção

do cuidado em saúde à luz das “Redes Temáticas” implantadas no Sistema Único de Saúde – SUS, pelo Ministério da Saúde / Brasil.

O desafio dessa pesquisa é, portanto, avaliar qualitativamente a repercussão da implantação desta aposta, desta estratégia, desta política governamental das “Redes Temáticas de Atenção à Saúde”, na produção cotidiana do cuidado em diferentes serviços de saúde do SUS, em inúmeras cidades e estados do Brasil.

A pesquisa foi desenhada a partir das experiências de dez anos de existência da “Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde”, sediada de 2005 a 2015 na pós-graduação em Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, buscando modos avaliativos qualitativos que trouxessem à luz a prática cotidiana do “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2006) de serviços de saúde integrantes do SUS, nos mais diversos pontos do Brasil.

E foi no desdobramento, ou seria melhor dizer nas dobras, desses modos avaliativos, e a partir mesmo da constatação de suas limitações ou imperfeições, que a concepção de um usuário como guia do processo de produção de saber sobre o cuidado foi tomando forma e concretude, como se relata a seguir.

Este texto procura apontar assim, na mesma direção da gravura inicial de Hokusai, que um processo de produção de saber que coloque o usuário como guia deste percurso, persegue justamente outros pontos de vista, em um perspectivismo¹⁰ que crie outras visibilidades para os encontros e acontecimentos de que são feitos a produção do cuidado e da saúde.

Portanto, uma concepção de pesquisa que possa trazer o usuário para a centralidade da produção do saber, mas não o olhar para o usuário, não o olhar pelo usuário, mas o olhar próprio dele, sua perspectiva, o ponto de vista ao qual ele pertence, permitindo-se percorrer seus caminhos, seus trajetos, não tomando-o pela mão, mas nos deixando levar por ele, permitindo que aconteça o usuário como guia.

Mas, um guia que também não tem um roteiro fixo e demarcado, um guia também à procura, e que sempre redesenha sua carta de navegação, um guia bastante peculiar.

Depois de pronta, sua função é proteger e servir como ponto de atração e identificação da vibração principal atuante naquele trabalho. (...)

Se por acaso uma Guia se rompe, tal momento também é significativo. Normalmente o médium se assusta ou fica preocupado, porém pode simbolizar o início de um novo ciclo, um recomeço, um momento de mudança que pede um novo fio.¹¹

É assim que a ideia de um usuário-guia, como aposta de percurso de produção de saber, sobre os processos cuidadores e a produção de vida de usuários de serviços de saúde, tem sido uma elaboração progressiva no interior desta linha de pesquisa.

10 Perspectivismo, como o ameríndio, proposto por Eduardo Viveiros de Castro, procurando uma “antropologia baseada na ideia de que, antes de buscar uma reflexão sobre o outro, é preciso buscar a reflexão do outro, e, então, experimentarmos-nos outros, sabendo, que tais posições – eu e outro, sujeito e objeto, humano e não-humano – são instáveis, precárias e podem ser intercambiadas.” SZTUTMAN, Renato. “Apresentação” in: VIVEIROS DE CASTRO, 2007.

11 <http://www.emdefesadaumbanda.com.br/index.php/2011/10/18/o-significado-das-guias/>. Acesso em 11/10/2014.

O usuário-guia aparece sem dúvida como uma forma de ir além do “caso clínico”, do “caso traçador”, ir além das gerações de metodologias qualitativas que avançam, mas sem um deslocamento, um “descentramento” do lugar do pesquisador, como explicitado pela pesquisadora Claudia Tallenberg: “*O que resta depois do caso: absolutamente tudo... vimos, experimentamos muito isto na pesquisa sobre acessibilidade e barreira na RAPS.*”¹²

Ela refere-se aí a uma das pesquisas realizadas por este mesmo coletivo sobre “Acesso e Barreira na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Estado do Rio de Janeiro”.

Mas, bem antes desta, o usuário-guia apareceu em uma pesquisa anteriormente desenvolvida, “Acesso e Barreira em uma Complexa Rede de Saúde Mental”, realizada em Campinas, na qual a partir da busca dos “casos traçadores/analísadores” de alta complexidade em termos de necessidades de cuidado em saúde mental, foi-se percebendo que a ideia mesma de “caso traçador” era insuficiente para dar conta do que o campo da pesquisa vinha mostrando, apontando e exigindo como conceito ferramenta para trabalhar a produção de vida apresentada pelos usuários acompanhados.

Exigência de produção conceitual a partir dos acontecimentos que vão constituindo a pesquisa, por isso fala-se aqui em “conceito ferramenta” em distinção à produção de conceitos representação, como apontado por Deleuze:

É isso, uma teoria é exatamente como uma caixa de ferramentas. Nada tem que ver com o significante. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela nada vale ou que o momento ainda não chegou. (DELEUZE, 2006, p. 267)

Esta pesquisa em Campinas representou um dos momentos chaves nesta construção do usuário-guia como um necessário conceito ferramenta:

O usuário-guia, que já nominamos antes, tem as características de um caso traçador do cuidado institucionalizado e não institucionalizado, escolhido a partir do conjunto de usuários inseridos nas estações de cuidado que existem na rede de saúde de Campinas, na saúde mental (CECÍLIO E MERHY, 2003). Essa escolha foi pautada pelo critério central de ser um caso de alta complexidade para a rede de cuidado, que tem como consequência o fato de ser um grande utilizador das redes em oferta; ao mesmo tempo, que um produtor de intensas necessidades intensivas de cuidado que o remetem para uma dinâmica e forte demandante de conexões para ser cuidado. (Relatório final da Pesquisa “Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas”, 2011)

A possibilidade de pensar o usuário como guia vai surgindo aí a partir de outros conceitos, como: trajetórias de vida, redes de conexões existenciais, história do território da vida comum, redes de cuidado em ação:

12 Claudia Tallenberg, em email do grupo de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?

“Trajetórias de vida” – como trabalhamos com usuários-guias nômades, nos deixamos levar pelos seus “n-1” (fórmula da multiplicidade) trajetos, procurando andar por eles e ir desenhando-os, dando registro visual para os mesmos. Percebemos que podíamos dar uma linha de significação para certos trajetos, por exemplo: trajeto como enfermo mental; trajeto como aluno de um certo curso; trajeto como trabalhador de um certo tipo; trajeto como membro de um certo grupo. Não nos preocupamos se eles se relacionavam ou não, se tinham ou não linhas de determinações. Esse não foi o nosso foco, pois pretendíamos falar dos “n-1” modos de produzir caminhos, disparando-os nas redes que se inseriam e constituíam, efetivamente, gerando muitas vezes resultados imprevisíveis, com efeitos no campo das relações na saúde, mas sem nenhuma possibilidade de construir como ordem do cuidado ou mesmo protocolizá-lo como eixo tecnológico de ação em saúde. (...)

“Redes de conexões existenciais” – percebemos que podíamos gerar mapas de suas formas de existências que não tinham linearidade e nenhuma relação hierárquica no desenho de seus modos de viver. Aliás, ao contrário, eram muitas vezes disparadas no mesmo tempo físico, o que não implicava no mesmo tempo lógico, obrigando-nos a construir essa imagem de um campo de sentido singular de certas relações e encontros com outros – pessoas, serviços, estabelecimentos, eventos, e por aí vai – que tinham pertinência nesse mesmo campo de sentido e que nos permitia falar de conexões existenciais específicas (...)

‘História do território da vida comum’ – aqui destacamos para nós mesmos todas as possibilidades de conexões que o viver com os outros, de diferentes tipos e imprevisíveis, permitiu. (...)

“História de vida” – não há a mínima chance de linearidade nisso, nem de um único modo de trazê-la para o relato da pesquisa, por isso, traduzimos no estudo essa história por muitas histórias, assim ao falarmos de história de vida estamos falando de:

‘História dos núcleos familiares’ – vimos que uma das histórias, que alimentavam muitos efeitos no próprio campo do cuidado, tinha a ver com a forma como nas redes de conexões existenciais se construía as trajetórias no que podíamos reconhecer como núcleo familiar. (...)

‘História das enfermidades’ – essa história, nos nossos casos, foi a mais rica e cheia de narrativas, pois essa é a centralidade que se produziu nos modos de viver dos mesmos a partir de uma certa trajetória construída como “louco”. Aqui as narrativas são muito marcadas pelas regras de enunciação que atravessam a construção discursiva das fontes, que vêm institucionalmente dos serviços de saúde. É comum o usuário ser reduzido a um diagnóstico ou a um certo estereótipo que os serviços constroem, através de seus trabalhadores e de suas características institucionais. (...)

‘Mapa do instituído das conexões com os serviços de saúde’ – esse mapeamento procura dar visibilidade para os vários tipos de serviços a que esteve vinculado e que o instituiu como usuário do mesmo. Aproxima-se da possibilidade de trabalhar com a ideia de itinerário terapêutico, porém é demarcado pelo o que foi estruturado, necessitando ser invadido pelas outras narrativas, inclusive as que atualizam as redes de cuidado, feita pelos cuidadores efetivos, para se poder trazer para a cena a micropolítica do trabalho vivo em ato, desordenando a narração do dado instituído. (...)

‘Redes de cuidado em ação, a partir dos modos nômades do usuário-guia se movimentar nos seus viveres’ – esse lugar foi chave para conseguirmos avançar na lógica cartográfica que foi se conduzindo nos vários trajetos e conexões que o território do cuidado possibilitou. Sua visibilidade se deu na medida em que através das narrativas e registros pudemos trazer a tensão entre a micropolítica do agir em ato, construindo a relação cuidador-cuidado, e o mundo do trabalho morto instituído nas normas e regras de ação das organizações e instituições do cuidado em saúde. (*Ibidem*)

Por sua vez, essa ideia de usuário-guia em produção e elaboração nestas pesquisas citadas, vinha do trabalho anterior da historiadora Erminia Silva, no qual ela resgata a trajetória de vida de artistas-guias, revelando uma série de novos olhares sobre alguns aspectos da arte circense:

Por isso, metodologicamente, tiramos proveito da metodologia utilizada e vivenciada no campo da história social da cultura, pela historiadora Erminia Silva (2007), em sua pesquisa sobre circo-teatro, que para enfrentar o nomadismo dos artistas circenses e do próprio circo, trabalhou com alguns artistas-guias que lhe permitiram mapear lugares, instituições, práticas e saberes, na construção da memória dos seus viveres circenses, ao mesmo tempo em que iam se produzindo com seus caminharas.

Espelhamo-nos nesse modo de investigar, também, na busca da construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido, como forma de trazer para a cena do estudo muito do que habita a oralidade dos processos de cuidado, em particular, para fora das redes formais, o que dá outra dimensão para a busca das narrativas de todos implicados com a construção de certos modos de cuidar. (*Ibidem*)

A forma como Silva conseguiu reconstruir boa parte das trajetórias do circo-teatro, revelando equívocos importantes na história oficial até então considerada, passa a representar uma confirmação exemplar das possibilidades abertas pela perspectiva que seria a de um usuário-guia:

Entretanto, este livro buscou revelar que, após percorrer a trajetória artística de Benjamim de Oliveira, bem como a polifonia e polissemia dos espetáculos circenses, fica difícil afirmar ou tipificar certa forma predominante e ideal do que é ou deveria ser o circo. (SILVA, 2007, p. 286)

O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?

A própria trajetória de Benjamim de Oliveira – assim como os vários “Benjamins”, entre os quais Albano Pereira, Polydoro, François e Eduardo das Neves – interroga concepções que vêem a presença de cantores, dançarinos, artistas e autores como “estranhos” ou “aventureiros”. (*Idem*, p. 287)

Na verdade, neste trabalho, ter acompanhado a vida dos vários Benjamins possibilitou compreender a produção da linguagem circense como uma forma coletiva do fazer artístico nos sentidos político, cultural e social. (*Idem*, p. 290)

Neste sentido, o usuário-guia, assim como o artista-guia, é também uma maneira de apontar ou reconhecer a multiplicidade, a multidão que habita cada usuário de saúde, que além de usuário, é também muitas outras possibilidades existenciais.

Além disso, constitui uma forma de romper com a ideia de “informante” no processo de produção de saber, subvertendo uma ideia tradicional de “fonte”, em um movimento de “atualização” (BOAL, 1991), colocando novamente de forma viva em ato, os acontecimentos que constituíram e ainda estão construindo aquela história de vida. Ao mesmo tempo que reconstituindo a cena da produção do cuidado de forma que os papéis de protagonismo, deuteragonismo, tritagonismo (*Ibidem*) se mostram interdependentes e intercambiáveis, embaralhando a centralidade instituída.

As modalidades hegemônicas são constituídas sob o manto das ações profissional-centradas, nas quais o outro é um caso a ser enfrentado por tecnologias duras ou leve-duras (intervenções invasivas ou cabalmente protocolares), das quais apenas o profissional detém saber-poder e justamente por elas se justifica. Novas intervenções – ou intervenções substitutivas – surgem das maneiras “em rede” de se construírem configurações tecnológicas ao atender, projetos pedagógicos ao formar, sistemas avaliativos por satisfação e responsividade e estratégias de gestão democráticas e participativas. Como “maneiras em rede”, pensamos em comunidades científicas ampliadas de pesquisa-ação: uma dimensão coletiva (encontros/interação) e uma dimensão individual (entrega/diferenciação), produção de conhecimento e produção da formação, para a pesquisa e para o trabalho. (CECCIM, R.B.; MERHY, E.E., 2009. p. 534)

Em alguns movimentos/acontecimentos de construção de usuários-guias, utilizou-se várias ferramentas previamente estabelecidas, como o “Fluxograma Analisador”, como “diário de campo” ou “grupos focais”, sempre na concepção da “caixa de ferramentas” do pesquisador, como dito acima, como elemento de efeito desorganizador de um instituído, sobretudo quando muito denso e pouco maleável.

Mas à medida que acompanhamos a diversidade de produção dos movimentos da vida de cada usuário-guia, percebemos que muita coisa escapa o tempo todo do que aparece no fluxograma analisador, de forma que, os fluxos se dão de forma muitas vezes simultâneas e em várias direções.

Cada usuário-guia vai produzindo uma variedade de acontecimentos, de produções de vida em sua trajetória, entrecruzando encontros e desencontros, que “vazam” os elementos do fluxograma, fazendo surgir uma complexidade e multiplicidade

tal que exige, para sua abordagem, algo que estaria mais próximo de um “esquizograma analisador” do que um fluxograma.

A pesquisa enquanto movimento/processo de produção de saber vai se dando então em uma dinâmica de uma “JAM Session”¹³, como um processo criativo, pouco estruturado, e ao mesmo tempo muito exigente, requerendo um rigor de escuta do outro, de conexão com a onda sonora do outro, de abertura para esse outro, para criar e manter um campo de interação, sintonia, harmonia criativa, para tornar possível tal conexão, sem seguir nenhuma partitura, mas, ao mesmo tempo, sem destoar do conjunto.

Como processo pouco estruturado, isto pode ficar bastante assustador em um primeiro momento, apontando para um não saber, para uma “força fraca” (MENDONÇA, 2015) do pesquisador “suposto saber”, “suposto sabido”, que mais que o “desafio do conhecimento”, nos coloca agora, o desafio do desconhecimento, ou podemos dizer com Foucault, o susto do “descaminho daquele que conhece” (FOUCAULT, 1988. p.13).

O grande desafio permanente é tomar o usuário-guia como prática real de produção de si, escrita de si, estética da existência, produção de vida, autopoiese, e não como ferramenta, instrumento, o que resultaria um uso instrumental do mesmo.

Podemos pensar também como um esforço exemplar desse tipo de arriscada aposta metodológica, a abordagem orquestrada por Foucault do caso Pierre Riviere:

Esse discurso de Riviere, decidimos não interpretá-lo e nem lhe impor qualquer comentário psiquiátrico ou psicanalítico. Primeiro, porque foi ele que nos serviu de ponto zero para medir a distância entre os outros discursos e as relações que entre eles se estabeleciam. Segundo, por não nos ser possível falar dele sem retomá-lo num desses discursos (médicos, judiciários, psicológicos, criminológicos), dos quais queríamos falar a partir dele.

Teríamos então lhe imposto esta relação de força de que queríamos mostrar o efeito redutor e de que teríamos sido, por nosso lado, vítimas. Enfim e sobretudo, por uma espécie de veneração e talvez também de terror por um texto que devia arrastar com ele quatro mortes, não queríamos sobrepor nosso texto ao memorial de Riviere. Fomos subjugados pelo parricida dos olhos avermelhados. (FOUCAULT, 1977, p. XIV)

De modo coerente, Foucault nos aponta que do lugar do não saber como poderíamos interpretar a narrativa do outro. Pois, é exatamente esse estar de frente a uma narrativa que não conseguimos enquadrar plenamente que nos posiciona nesse lugar, tão difícil, do não poder interpretar, por não saber.

Mais do que uma aposta metodológica, mesmo que se diga anti-metodológica, a construção do usuário como guia, é uma aposta ético-estética (GUATTARI, 1992), em recriar cenas nas quais sua própria perspectiva possa mostrar que seus movimentos de produção de vida, de invenção de si, criam ondas que se elevam muito acima

13 JAM Session é uma referência ao Jazz After Midnight, aos encontros de livre improvisação entre músicos da cena Jazz que se devam essa liberdade, após a meia-noite porque já haviam cumprido com as obrigações musicais das casas de espetáculos.

das montanhas de tecnologias duras e leve-duras construídas nos e pelos serviços e profissionais e redes e políticas de saúde.

Vejamos por exemplo o encontro com a usuária que chamaremos de Gil, e que foi sugerida pelos trabalhadores para fazer parte desta pesquisa das “Redes Temáticas”, como usuária da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial do SUS em Belo Horizonte/MG.

Sua participação dentre os usuários pesquisados é sugerida por já estar reconhecida como um “caso analisador”, uma “situação limite”, para os trabalhadores e equipes de saúde mental e saúde da família envolvidos com seu tratamento.

Um caso que demandava muito investimento da equipe de saúde da família, da equipe de saúde mental da Atenção Básica, da equipe do Centro de Atenção Psicossocial, da equipe do Serviço Psiquiátrico de Urgência, da equipe do Serviço de Atendimento Médico de Urgência, da equipe do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, da equipe gestora do distrito sanitário.

Essas equipes vão então, a partir do convite da pesquisa, reconstruindo a trajetória de Gil nos serviços de saúde, nas tentativas de seu tratamento a princípio como uma insuficiência dela mesma, por ter muitas limitações sejam cognitivas, intelectivas, afetivas, financeiras, familiares, sociais; e por não aderir, por ser pouco colaborativa com os projetos terapêuticos singulares cuidadosamente construídos, e muitas vezes reconstruídos.

Mas também reconstruindo como uma insuficiência da rede ou do sistema, que teria um leque ainda restrito de ofertas para um caso tão complexo, insuficiência do sistema em ofertar alternativas mais intensivas, mais customizadas, de acompanhamento seja diário em casa, ou com modalidades de maior disponibilidade como o “acompanhante terapêutico”, insuficiência dos equipamentos de saúde, da composição das equipes, dos investimentos públicos, da construção intersetorial, do suporte institucional, e outras tantas.

Sua família, sobretudo sua mãe, seu padrasto, sua irmã, com quem convive mais diretamente, também vão constituindo a trajetória de Gil, a partir do convite da pesquisa, como uma marca da insuficiência, da impossibilidade, do risco sempre presente de que ela desapareça por aí, ou sofra alguma agressão grave por estar sempre tanto tempo na rua, se expondo aos perigos, e muitas vezes sendo agressiva ou impulsiva e até machucando a si e a terceiros.

Insuficiência também, ou incapacidade, do sistema jurídico de lidar com as peculiaridades de Gil, que tendo sido processada por uma agressão gratuita em um ônibus, e tendo sido submetida a perícia que constatou seu evidente transtorno mental, foi considerada inimputável, e indicada sua internação em hospital psiquiátrico de custódia por um prazo de no mínimo um ano.

As equipes envolvidas no seu tratamento se empenham também em fazer relatórios que possam reverter essa situação jurídica e reconsiderar seu tratamento obrigatório como em regime ambulatorial, e não como internação compulsória.

Mas a decisão judicial consegue uma vaga para ela no hospital psiquiátrico de custódia Jorge Vaz, em Barbacena, para onde deve ser encaminhada, antes que os relatórios pudessem repercutir na reconsideração dessa “pena”.

No entanto, para ser encaminhada até lá é preciso que ela seja encontrada, em casa ou em um dos serviços de tratamento, em um prazo máximo de vinte dias, para não perder a vaga.

É aqui então que suas conexões múltiplas fora dos serviços de saúde, construindo redes vivas (MERHY, 2014) para além das redes de tratamento, das redes de saúde, das redes intersetoriais, mas conexões que a levam a mais de uma dezena de cidades da região metropolitana de Belo Horizonte, que a conectam com populações de rua de vários lugares, com vendedores ambulantes também, começam a aparecer como uma forma bastante evidente de produção de vida.

Ela não é encontrada onde deveria estar, e não é capturada pela máquina do hospital psiquiátrico de custódia, perde sua vaga de ser capturada, o regime de estriamento do território, de localização do cidadão em seu devido lugar, não a encontra, o esquadrinhar do território não a alcança, ela permanece ambulante pelas cidades, acertando em sua errância, reaparecendo nos serviços de saúde muitas e muitas vezes, mas não na hora ou no dia previsto, mas sempre no momento imprevisível, pode ser de madrugada ou no meio da tarde, pode ser na cidade vizinha, pode ser no aeroporto internacional pedindo para pegar avião para São Paulo.

E na repetição do olhar sobre ela, também vão surgindo diferenças e outras possibilidades de lidar com Gil. Reconhece-se seus momentos de maior sofrimento e sua insistência em aparecer tanto, quando ao mesmo tempo um dos problemas era a adesão ao tratamento, abre-se então a evidência da disputa dos planos de cuidado, dos projetos terapêuticos, e como Gil vinha apresentando seus pedidos de ajuda, e ela passa a receber um interesse renovado.

Em nosso contato com ela, a princípio chegamos a sua casa trazidos por sua mãe, e sua indisponibilidade conosco é total, alguns palavrões, e uma conversa ininterrupta consigo própria. Nosso lugar de trabalhadores da saúde também insiste em nós mesmos em uma captura interna do pensamento em avaliações, julgamentos clínicos, diagnósticos, a indisponibilidade é mútua.

Mas em ocasiões seguintes, quando descolados da presença da mãe, sua disponibilidade já muda, e também nós mesmos, depois de irmos processando o material que vínhamos construindo, estamos mais atentos para nossas próprias indisponibilidades, e então podemos ir criando uma conversa, um diálogo, um encontro que possa ter abertura entre nós.

Sáímos pelo aglomerado, comunidade onde ela mora, e ela vai nos apontando sua antena afinada com tudo que se passa, um ruído, uma voz que canta, ela já sabe e vai falando o que é, quem é, se bebe ou não bebe, filho de quem.

Em outros encontros, ela pôde dizer também do medo de ser internada, de engordar até morrer; tratamento, medicamento, internação, prisão, chorar, engordar até morrer, está tudo ligado, numa sequência de fluxo-corte-fluxo ininterrupta.

Mas o que está em jogo para Gil, por si mesma, não é apenas seu tratamento, é sem dúvida sua vida e sua morte, por inteiro, seu projeto ambulante, seu nomadismo como forma de estar viva inclui os serviços de saúde, mas como estações, estações viárias, rodoviárias, paradas, nem mais nem menos importantes que muitas outras. Não está nos seus planos dedicar muito tempo aos serviços de saúde, ou mesmo a sua

casa, casa de sua mãe, pouso importante, banho, comida, cama, roupa limpa, e portas abertas para chegar da rua ou voltar para a rua.

Quer esmalte, quer batom, quer roupas novas, quer emagrecer, quer chorar, quer entrar na hora que não pode, quer sair na hora que não pode, quer ficar na hora que não deixam, quer café, quer comer, quer ficar sem comer, quer remédio para emagrecer.

Outras Gils vão aparecendo, ou já estavam por ali, mas outras visibilidades são possíveis, ampliando o campo do possível, seus fluxos pelas mais de dez cidades vão mostrando seus mapas, seus campos de batalha, sua produção de vida em ato, ela mostra mais do que fala.

Desta forma, para podermos enfrentar o desafio de pesquisar, de produzir saberes sobre os modos cuidadores operantes, sobre o trabalho vivo em ato em serviços de saúde, sobre os encontros e acontecimentos que constituem o cerne da produção do cuidado, precisamos ir produzindo um modo de pesquisar que esteja também, de modo equivalente, ressaltando seu próprio trabalho vivo em ato, produção de saber vivo em ato, também constituída fundamentalmente nos encontros e acontecimentos.

Se vislumbramos encontrar o usuário no centro da produção do cuidado, precisamos encontrá-lo também no centro da produção do saber sobre o cuidado, considerando sobretudo a produção de seu saber sobre o cuidado e sua própria produção de vida.

Se pretendemos dar alguma visibilidade às tecnologias leves em ação no cuidado, à micropolítica atuante no cuidado, precisamos então pensar a própria pesquisa, e seus pesquisadores, como ação micropolítica, e de tecnologia leve.

Se pensamos em processos cuidadores singulares, então precisamos de processos pesquisadores singulares.

Se pensamos em processos cuidadores mais horizontais, descentrados dos trabalhadores e das profissões, então precisamos de processos pesquisadores horizontais, descentrados dos pesquisadores e das teorias.

Ou, mais que isso, se pensamos que todos são agenciadores do cuidado, todos são produtores de saberes e modos de cuidar, então todos são pesquisadores, produtores de saberes e modos de pesquisar.

Se pensamos nas disputas dos planos de cuidado, na multi e microvetorialidade atuante nos processos cuidadores, então precisamos pensar na disputa dos planos de pesquisa, nas multi e microvetorialidades em ação nos processos pesquisadores.

Deste modo, trazer o usuário e sua narratividade, sua perspectiva para o centro da produção do saber sobre o cuidado, reconstruindo suas trajetórias de vida, seus “inumeráveis estados do ser”¹⁴, é então uma aposta política, ético-estético-política de reafirmar que ele precisa estar no centro da produção do cuidado e do saber, re-colocando “o desejo na produção e a produção no desejo” (DELEUZE, GUATTARI, 2010), já que “o desejo faz correr, flui e corta”. (*Ibidem*)

14 Expressão de Antonin Artaud tomada como lema por Nise da Silveira.

Referências Bibliográficas

http://pt.wikipedia.org/wiki/A_Grande_Onda_de_Kanagawa. Acesso 28/01/15.

MERHY, E. E. “Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde”. In: **Agir Em Saúde: Um Desafio Para o Público**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Coleção Encontros**. Rio de Janeiro: Editora Azouque, 2007.

<http://www.emdefesadaumbanda.com.br/index.php/2011/10/18/o-significado-das-guias/>. Acesso em 11/10/2014.

DELEUZE, Gilles. **A Ilha Deserta**. São Paulo: Editora Iluminuras, 2006.

Relatório final da **Pesquisa “Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas”**. Nº Processo 575121/2008 4 CNPq. UFRJ. SSCF. Campinas, 9 de fevereiro de 2011. Redação final: Emerson Merhy, Erminia Silva, Cássia Cristina Ramos, Heloisa Amaral, Telma Palmieri, Camila, Karina, Maria Eugênia, Oki, Eunice, Juliana, Gilson, *et al.*

SILVA, Erminia. **Circo-teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. São Paulo: Altana, 2007. Disponível on line no link “Livreria” no site www.circonteudo.com.br.

BOAL, Augusto. **Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. “Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas”. In: **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009. P. 534.

MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de: **Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas**. Tese Defendida no Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 2 – o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. P. 13.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977. P. XIV.

GUATTARI, Félix. **Caosmose – Um Novo Paradigma Estético**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

MERHY *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. In: **Revista divulgação em Saúde para Debate**, número 52. Rio de Janeiro, outubro 2014, pp. 153 – 164.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **O Anti-Édipo**. São Paulo: Ed. 34, 2010.

A vida secreta dos beija-flores: esboço para um roteiro

Roseni Rosângela Sena de Oliveira
Tatiana Silva Tavares
Ricardo Luiz Narciso Moebus
Kênia Lara Silva
Wellington Domingues Tibério

Storyboard¹⁵

Cena 1

As pessoas do bairro sabiam que naquele velho carro abandonado morava um garoto, o “menino do fusquinha”.

Na rua onde ele foi morar com sua avó, aos sete anos, depois que seus pais perderam o vínculo de caseiros de um sítio, tinha um fusca abandonado.

Ele dormia naquele fusca, ele praticamente morava no fusca, e as pessoas sabiam disso, falavam disso, do “menino do fusquinha”.

Isso já dizia de alguém que preferia dormir em um fusca a dormir em seu quarto. E de uma situação na qual para um menino era melhor dormir em uma carcaça de fusca abandonada na rua do que dentro de sua casa.

O bairro era perigoso, a noite era perigosa, e algumas vezes fria naquele bairro de Belo Horizonte. E ninguém para buscá-lo ali? Para trazê-lo para dentro?

O pai do menino bebia muito, etilista, alcoólatra. Sua mãe também era etilista, além de depressiva. O irmão mais velho do menino era serviçal do narcotráfico.

O menino fala pouco, não é do tipo contador de histórias, mas do tipo “mostrador de histórias”.

Cena 2

O menino era bom aluno na escola, muito inteligente, gostava de matemática, pacato, ajudava em casa, chegava mesmo a se destacar nos estudos. Sua avó sempre o considerou promissor, sempre educado, nunca de criar confusões como outros tantos meninos por ali.

Será que fazia suas tarefas escolares naquela carcaça de fusquinha?

Ele tinha asma desde novo, tratando no centro de saúde ou procurando urgências eventualmente para fazer uma nebulização. Seu quarto é muito úmido e com muito mofo pelas paredes, quase sem nenhuma ventilação, quase sem sol, sem janela... um bequinho escuro. As muitas crises asmáticas, a falta de ar sempre presente em sua vida.

Ele tenta trabalhar em um “sacolão”. Quer ter seu dinheirinho, quer comprar algumas coisas para si, quer comer algumas coisas gostosas que não pode, quer ter tênis bonito e outras coisas, como seu irmão mais velho.

15 Um storyboard procura marcar as principais passagens de uma história que será contada em um audiovisual, apresentando, em uma sequência de cenas, as nuances, o clima e sua capacidade de contar essa história. (MICHAELIS, 2016)

Mas como tem apenas onze anos, a fiscalização do juizado de menores aparece e impede sua continuidade. Criança não pode trabalhar. Trabalho infantil é crime e ficam avisados das consequências legais disso.

Algum tempo depois, o menino vai trabalhar para o narcotráfico, como usuário e serviçal.

Sua saúde piora.

Ele começa a fumar cigarro, maconha, crack; sua asma, sua saúde vão piorando muito.

Cena 3

O menino surtou, diz que é o dono das “bocas de fumo”, manda fecharem as “bocas” da região porque ele é quem manda.

Perde a noção do perigo que corre, mas para muitos vira apenas uma piada, alguém para çoçarem, ou até escarnecerem.

Mas alguma coisa se passa para que os verdadeiros donos da “boca” se ofendessem de verdade. Ele falava muito em polícia? De fato, andou conversando com a polícia? Ele devia a “mercadoria”? Foi fazer o “movimento” e consumiu tudo, sem devolver o dinheiro?

Ele pegava o dinheiro dos traficantes para buscar as quentinhas do almoço e simplesmente não as entregava, uma de suas funções de mais baixo serviçal do narcotráfico.

Avisaram para a família que iriam matar o menino.

A mãe era muito depressiva, nessa época suicidou. A família da mãe entendeu que ela se matou por causa das “travessuras” do menino, que estava dando muito trabalho nesse período. Colocaram a culpa no menino.

Seu pai mergulhou no álcool.

Cena 4

Mandaram dar uma “boa” lição naquele menino. Tinha então catorze anos, quando vários rapazes passaram com suas motos sobre ele, várias vezes. Também queimaram o menino com os canos quentes dos escapamentos das motos.

Ele foi levado para o pronto socorro, foi internado. Quando melhorou, quando recebeu alta, sua família não queria buscá-lo, diziam que não tinham mais condições de cuidar dele.

Ele foi levado para uma “casa de passagem” – lugar de adolescentes que estão sem ter onde morar.

Foge de lá, volta para seu bairro.

Nessa época começou a ser acompanhado pelo “Consultório de Rua” e pelo Centro de Referência em Saúde Mental da Infância e Adolescência (CERSAMI).

Cena 5

O CERSAMI foi se tornando cada vez mais uma referência em sua vida, passava os dias ali, passava várias noites ali também. Ali se alimentava, descansava, era acolhido, recebia atendimentos. Brincava também, jogava totó, tomava seus medicamentos de uma forma organizada, o que não acontecia fora dali.

Muitas vezes passava os dias bem sonolento ou até dormindo, pois as noites havia passado pelas ruas, ou pelas “cenas de uso”, nas “bocas de fumo”. O CERSAMI era espaço de tratamento, mas também refúgio, lugar de se recompor, se restabelecer, um “restaurante”, no sentido mais amplo do termo.

Mas mesmo esse apoio não evitava que sua saúde fosse piorando, sua respiração comprometida, sua asma malcuidada, pois vinha fumando muito cigarro, fumava crack, passava muitas noites ao relento, não se alimentava direito, não cuidava de si, como se espera normalmente. Além do que, eventualmente, aparecia bastante machucado, agredido... havia apanhado nas ruas.

Como um beija-flor parado no ar, uma situação que parece tão insustentável, ia deixando seus cuidadores atônitos, como se estivesse sempre a um passo de cair de si mesmo, de desmoronar sua viabilidade de continuar vivendo.

Quando eventualmente ia a uma consulta de clínica médica, pediatria, ou pneumologia, seus exames mostravam que ele não estava bem, não seguia os protocolos, não cumpria os procedimentos para melhorar sua respiração.

E quando em uma crise aguda de maior dificuldade respiratória, também não era facilmente recebido pelos serviços de pronto atendimento, que o consideravam mais um usuário de drogas, que não colaborava com os tratamentos, que não valia muito a pena se dedicarem ao tratamento de quem “não quer melhorar”.

Quando ficou sabendo que seu tratamento passaria a ser no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) adulto, em função de sua idade, já com mais de dezoito anos, não teve muito a declarar, mas em poucas palavras pôde testemunhar claramente toda a importância do CERSAMI em sua vida: “indo para lá vou morrer mais rápido”.

Cena 6

Uma pesquisa nacional sobre a repercussão na produção do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da implantação das “Redes Temáticas em Saúde” pelo Ministério da Saúde, envolvendo muitas cidades, inclusive Belo Horizonte, em seu distrito sanitário noroeste, abordando os casos complexos e de difícil manejo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), chegou até o menino beija-flor.

Duas pesquisadoras foram ao seu encontro, depois de todas as reuniões com gestores da região e dos serviços de saúde envolvidos, com as equipes de profissionais cuidadores envolvidos no caso, com familiares, sobretudo com a avó.

Os encontros com o menino beija-flor aconteceram no próprio CERSAMI, único local, endereço, em que se conseguia encontrá-lo com alguma regularidade e previsão.

Ele não estava muito interessado na pesquisa, em geral estava deitado, ou jogando totó, mas ficou interessado nas pesquisadoras. Uma delas é professora de enfermagem. Ele disse que queria estudar enfermagem e medicina, queria ser doutor, ganhar dinheiro e ajudar a família. Queria estudar com ela. A outra, mais jovem, ele queria namorar com ela.

A conversa não foi fácil, não fluía espontaneamente, o menino beija-flor não era muito contador de histórias. Vivia em seu imediatismo cotidiano, queria comer uma

coisa gostosa, um brigadeiro, queria um presente, queria dinheiro, queria abraçar ou beijar a pesquisadora, queria voltar para a cena de uso.

Esse era seu projeto, alguns lampejos de futuro apareciam, alguns pedaços de passado boiavam sobre o naufrágio de uma trajetória.

A respiração da pesquisadora piorava bem mais rápido que a do menino beija-flor. A pneumologia afirmava que o estado pulmonar do menino beija-flor ainda era reversível. O da pesquisadora não. Os encontros foram interrompidos por circunstâncias médicas, que não foram as do beija-flor.

Epílogo

A presença da pesquisa aconteceu justamente na época da transição do tratamento do CERSAMI para o CERSAM, estimulou e contribuiu para a retomada de toda a história desse menino beija-flor, com as várias e diferentes possibilidades de contá-la, a partir dos diferentes olhares.

Sua avó ressurgiu como uma presença forte e decisiva, sustentando a viabilidade de toda uma família, com sua casa, seu esforço, seu trabalho, seu cuidado de todos, sua capacidade de superar imensas dificuldades. Enfrentando com firmeza as ameaças constantes, como o narcotráfico, o alcoolismo na família, a falta de recursos, o adoecimento dos entes queridos, a morte de seu companheiro.

O tratamento na RAPS, apesar de todos os impasses, recaídas, inconstâncias e altos e baixos, foi percebido como fundamental na defesa e na manutenção da vida do menino beija-flor.

O início da continuidade no CERSAM, agora em ambiente adulto, pareceu favorável, com o rapaz beija-flor se mostrando mais comprometido com seu tratamento, lidando bem com o novo ambiente e seus usuários, sendo mais responsabilizado por sua própria chegada até o serviço. Certamente isso também sendo decorrente de todo o trabalho anteriormente feito em seu acompanhamento no CERSAMI desde os catorze anos de idade.

A possibilidade de romper com protocolos formais muito rígidos, como para viabilizar seu tratamento antitabagismo sem ter que cumprir a participação obrigatória em reuniões, reafirmou a necessidade de se colocar a dimensão cuidadora acima da vocação burocrática e reguladora/controladora dos serviços de saúde.

Os espaços mais “sofisticados”, de maior adensamento das “tecnologias duras” (MERHY, 2002) da saúde, como hospitais e pronto-socorros, acabaram se mostrando os menos permeáveis às necessidades imprevistas e específicas de usuários não convencionais, diferenciados. Como, por exemplo, a grande dificuldade de lidarem com o menino beija-flor quando internado ou em atendimento de urgências clínicas, por ter sido espancado, ou por estar em crise respiratória aguda.

A trajetória da pesquisa com o menino e depois rapaz beija-flor assemelhou-se muito ao apontado por Avi Mograbi, diretor de cinema que, sobre as dificuldades para realizar um filme, abordou o filme como seu próprio making-off.

Esta forma permite que a narrativa filmica abrigue os percalços e as reflexões sobre o processo, mas também retira o cineasta do lugar do ‘sujeito suposto saber [...] O filme de fato torna-se seu próprio making-off. Algumas vezes de modo mais

significativo que noutras. Porque eu acho que o que acontece quando você vai fazer um filme da realidade, com a realidade, é que você descobre coisas conforme você segue. Pois uma coisa é imaginar um filme sentado no conforto de sua sala de estar, isolado do que se passa lá fora, e a outra é mergulhar na água e perceber que aquilo que você imaginava ou assumia é ligeiramente diferente – às vezes enormemente diferente – de como as coisas realmente são na realidade. E, também, uma vez que você se posiciona com a câmera, na realidade, a realidade começa a te responder, e isso certamente conduz a várias reflexões ao longo do processo. (FORUM DOC. BH, 2014, p. 167-68).

Referências Bibliográficas

FORUM DOC.BH – 18º Festival do filme documentário e etnográfico: **Fórum de antropologia e cinema**. Belo Horizonte 2014. Entrevista com Avi Mograbi, p. 167-176. Disponível em: http://www.forumdoc.org.br/catalogos/catalogo_forumdoc_2014.pdf Acesso em 17 jul 2016.

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

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa**. [Internet]. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=storyboard>>. Acesso em: 17 jul 2016.

Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea

Emerson Elias Merhy
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

A tradição do campo da saúde no ocidente, iniciada no século XIX, vem construindo modos de olhar a problemática do sofrimento humano a partir de um lugar que é reconhecido por muitos (DONNANGELO, 1976) (ILLICH, 1975) como a produção de um processo histórico e social nominado medicalização da existência e da vida individual e coletiva, sobretudo a partir do século XX.

Até o século XIX, coexistiam diferentes tipos de cuidadores, respondendo também a diferentes expressões do que se compreendiam como necessidades de saúde, relacionadas aos “modos de andar a vida” de cada tempo e de cada sociedade, como define CANGUILHEM (1990). Ou seja, as práticas cuidadoras respondiam a necessidades de saúde que variavam conforme as diferentes compreensões sobre o aparecimento e desaparecimento das doenças, sua maior ou menor intensidade e a maior ou menor importância que adquiriam em diferentes formas de organização social. Ou seja, muito antes de se correlacionarem doenças com alterações morfofuncionais dos corpos, já se identificavam doenças, dotadas de realidade própria e externas aos corpos (pois somente assim se poderiam explicar suas variações). A essas concepções sobre o que seriam as enfermidades correspondiam comportamentos coletivos designados como desejáveis ou não desejáveis, que expressavam um padrão geral de normatividade, que correspondia a estruturas culturais amplas, mas que variavam também de acordo a diferentes estratos sociais (GONÇALVES, 1994).

A partir do desenvolvimento das ciências básicas positivas, sobre as quais a medicina se estruturou, as determinações extrabiológicas das necessidades passaram a ser abstraídas e a medicina transformou-se na única prática capaz de definir por meio de seu saber – científico – o que é ou não legítimo enquanto normal e patológico. O corpo biológico tornou-se o campo no qual é possível explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer circunstância. E esse objeto apreendido pelas ciências básicas e, por extensão, o objeto de trabalho apreendido na prática médica, passou a ser compreendido como o verdadeiro e único objeto, deslegitimando todos os outros saberes e práticas em saúde por lidarem com objetos não verdadeiros.

Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como doença e, mais ainda, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença.

Mesmo na perspectiva mais ampla que a saúde coletiva tem sobre esse processo, quando remete o olhar sobre a doença para o processo (histórico e social) saúde / doença, há uma aposta de que esse olhar é armado cientificamente e que a apreensão desse processo só será possível se tivermos a posse de novas ciências, para além da-

quelas como a clínica: outras ciências mais amplas sobre a sociedade, a história e os coletivos humanos. Mas não saímos do terreno de que a competência em compreender e agir nesse campo de práticas, o da saúde, só será dada pela produção da ciência e qualquer fenômeno que ocorra, aí nesse campo, será sempre um caso particular de um fenômeno geral.

É isso que nos faz em muitas situações, no campo da saúde, hoje, dizer que cada caso é um caso, mas sempre esse caso é um momento particular das formas de adoecimentos que conhecemos pelos saberes clínicos científicos que a “medicina do corpo de órgãos” do século XIX construiu como forma de ver e falar do sofrimento humano, em geral, tanto na medicina quanto na saúde pública.

Antes de ir adiante na discussão que nos propomos sobre as tecnologias de saúde, cabem ainda algumas observações e problematizações. Uma faz referência à ideia de que essa medicina, mesmo estando colada a estratégias bem-sucedidas de disciplinarização da vida (o tal do fenômeno da medicalização, já apontado), é capaz também de produzir resultados positivos. Há muitas situações que respondem bem às intervenções sobre o corpo de órgãos com base nessa visão de casos particulares construída pela ciência.

Porém, há também evidência de muitos problemas ou mesmo de muita incapacidade. Por um lado, a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-la. Mais ainda, a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia.

Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil “conquistar a adesão” às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas.

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos e sociais e no plano singular de cada situação). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

Com isso, colocamos em pauta a necessidade de revisitar todos esses processos de trabalho em saúde sob um novo ângulo. Aquele que torna evidente que em qualquer situação de encontro entre trabalhadores de saúde e o mundo das necessidades, individuais e coletivas, dos usuários, há um intenso processo micropolítico

que subjaz e que define a possibilidade, para além da particularidade e do genérico, de que o ato de cuidar seja visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma “os modos de caminhar na vida” (CECILIO & MATSUMOTO, 2006).

E para compreender isso só olhando novamente o mundo do trabalho em saúde sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo em ato, como veremos a seguir, por estar fortemente implicado com a construção dos encontros singulares nos atos de cuidar.

O trabalho

Para ampliar nossa compreensão sobre o trabalho humano, vamos resgatar Marx, que considera o trabalho não somente em sua dimensão operativa, enquanto uma atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção.

Em qualquer atividade humana de produção, a construção mental do produto a ser realizado antecede e se antepõe ao processo de trabalho em si. É essa construção mental que dá sentido ao trabalho. O homem trabalha a partir de um recorte interessado do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho envolvido na fabricação do produto desejado.

O processo de produção envolve sempre certos componentes: o trabalho do homem em si, o conjunto de elementos que são tomados como matéria-prima e os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos de trabalho. E esses componentes estão articulados em função do projeto que se está colocando em marcha. Este modo de organizar o processo de trabalho envolve uma certa sabedoria, que permite ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos ‘vivos’ realizar um certo produto. Ou seja, não basta apenas projetar, é necessário um certo saber tecnológico para juntar aqueles três componentes e transformá-los em um produto específico.

Chamamos de trabalho morto todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo e que são resultados de um trabalho humano anterior (as ferramentas, por exemplo, que não existiam antes de serem produzidas, mas que num novo processo produtivo já estão dadas). O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com uma certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue.

Destacamos então que a ideia de tecnologia envolve não só os equipamentos/ ferramentas/ instrumentos envolvidos na produção, mas também um certo saber tecnológico e um *modus operandi*, que inclusive dão sentido ao que será ou não a “razão instrumental” do equipamento. Destacamos também que o processo de trabalho pode estar organizado de modo a limitar ao máximo a autonomia do homem em sua efetivação, tanto por haver um planejamento prévio feito por outrem guiando cada passo do produtor, como por haver um predomínio da lógica de manejo dos instrumentos no comando do processo. Nessas situações, o trabalho morto captura o trabalho vivo e dá a tônica do processo de trabalho.

Marx entendia que um trabalhador ao atuar em uma linha de produção dentro de uma fábrica estava totalmente subordinado, no seu agir, à lógica do mundo duro e estruturado que a produção impunha por meio de vários processos capturantes de sua capacidade de trabalhar. Marx era um anticapitalista que admitia a total captura do trabalho vivo pelo morto e apostava na consciência de classe com a possibilidade de libertação, consciência que seria produto de processos externos ao mundo das atividades produtivas em si (MERHY, 2002).

Taylor defendeu a ideia de que o modo de organizar os processos de trabalho altera as relações entre máquina e trabalhador, pois pode impactar os seus movimentos no tempo. Aprendeu isso observando os trabalhadores em suas atividades produtivas, quando exerciam graus de liberdade diferenciados sobre as dimensões do processo de trabalho, impondo produtividades distintas para as mesmas máquinas e linhas de produção na realização dos mesmos produtos. Dizia que o operário, sem o controle do capitalista, faria uma fábrica do seu jeito e esse nem sempre era o melhor jeito para quem visava a lucratividade e a competição no mercado. Desenvolveu então um conjunto de tecnologias para capturar a autonomia dos trabalhadores no exercício de seu trabalho vivo, pois considerava que somente a captura realizada pelas tecnologias não era suficiente (MERHY, 2002).

Ou seja, Taylor reconhecia, como Marx, que a fábrica é um lugar de intensa dominação, porém partia do princípio que essa dominação deveria ser permanentemente pensada, pois do contrário os trabalhadores tendem a abrir “linhas de fuga” no interior das lógicas de produção e tendem a construir uma produção ao seu modo. O homem, portanto, em suas atividades produtivas, tende sempre a buscar maneiras de exercer sua autonomia e criatividade por meio do trabalho vivo em ato. Caso contrário, desinteressa-se, desmotiva-se e produz menos – a não ser que controlado e coagido (MERHY, 2002).

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem).

A outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas.

Como produtor de bens, o trabalhador está amarrado a uma cadeia material dura e simbólica, pois o “valor de uso” do produto é dado pelo “valor referente simbólico” que carrega, construído pelos vários atores sociais em suas relações. Já o “valor de troca” de um produto está amarrado à forma com que funciona uma sociedade historicamente fabricadas pelos homens, tal como a capitalista em que vivemos, hoje.

Se para a produção de carro o “valor referente simbólico” é servir para transportar ou, mostrar status, para a produção da saúde o “referente simbólico” é ser cuidado ou vender procedimentos para ganhar dinheiro. Depende de quem está em cena, seu lugar social, seu lugar no processo produtivo, seus valores culturais, entre várias outras coisas.

O trabalho em saúde

As práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é historicamente construída.

Ou seja, o trabalho em saúde tem compromisso com necessidades sociais (relacionadas à infraestrutura produtiva da sociedade) (GONÇALVES, 1994) e com as necessidades de seu usuário direto. Esse usuário direto busca o consumo de ações de saúde, que lhe proporcionam algo com valor de uso fundamental: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (CAMPOS, 1991 e 1992).

Além disso, nos serviços de saúde, o ato da produção e o do consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo, configurando uma relação “interseçora” (de interseção). Quando um trabalhador de saúde se encontra com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e representações), que torna o agente consumidor parte objeto daquele ato produtivo, mas ainda agente, que interfere no processo.

Retomando algumas de nossas considerações anteriores: a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos. O trabalho em si é o trabalho vivo e os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, são produto de um trabalho vivo anterior).

O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando à produção do cuidado (MERHY, 1998). É um processo de produção que opera com altos graus de incerteza e que é marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde (MERHY, 1997).

Analisando o trabalho do médico, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves considerava que o profissional opera com um saber que lhe possibilita apreender “seu objeto”, quais sejam as manifestações patológicas (medicamente definidas) instaladas no corpo biológico. Essa apreensão não seria um processo puramente intelectual, mas se desdobraria em técnicas materiais e não materiais. Assim, os instrumentos de trabalho deveriam ser compreendidos como um momento de operação do saber no trabalho médico. É essa dimensão tecnológica do trabalho médico que lhe permitiria responder às especificidades de cada situação, reinterpretar a ciência e articular o social concreto nas possibilidades científicas. Tecnologias materiais seriam os instrumentos de trabalho e as tecnologias imateriais seriam os saberes (GONÇALVES, 1994).

Partindo desta análise, vamos além. Consideramos que, no encontro entre o médico, ou qualquer trabalhador de saúde, e o usuário, o profissional de saúde uti-

liza “caixas de ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja.

Seriam três tipos de caixas de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra às relações trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos.

A primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores. A essas chamamos tecnologias duras.

A segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do trabalhador de saúde sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia (trabalho morto, pois produzido anteriormente), mas no momento concreto do agir, por exemplo, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (imprevisto, singular), há uma mediação imposta – pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico. Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis). Às tecnologias operantes nesse território chamamos tecnologias leve-duras.

A terceira caixa de ferramentas, a das tecnologias leves, é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; mediante processos micropolíticos de encontros que operam como acontecimentos e imprevisíveis *a priori*, por isso, essa terceira conformação das tecnologias leves é um ponto poroso da produção do cuidado, é onde o agir tecnológico se abre para um acontecer não tecnológico. É o único momento em que as tecnologias de cuidado estão suficientemente abertas para aconteceres micropolíticos que estão para além do campo das práticas de saúde. Por isso, é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde e sua abertura para a existência do outro em sua singularidade. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação com o “paciente” adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo em ato do médico, por exemplo, nesse momento. É também neste território – das relações,

do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar.

Dependendo de como se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Por exemplo, na medicina tecnológica há um empobrecimento da caixa de ferramentas das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras, a ponto de o trabalhador de saúde reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido.

Composição tecnológica do trabalho em saúde e produção do cuidado

No campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção.

Do ponto de vista dos usuários, os estudos e reportagens revelam que, em geral, eles reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas. Os usuários se sentem inseguros, desamparados, desinformados, desrespeitados, desprezados.

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é essa? Atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico? Ou é uma crise global do setor? É possível, a partir dessa crise identificada em torno do usuário, propor um modo diferente de produzir ações de saúde?

Um profissional de saúde quando vai atuar mobiliza ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, ao qual se superpõe um saber territorializado de seu campo profissional de ação, ambos sobrepostos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Na produção de um ato de saúde sempre coexistem os vários núcleos, mas podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos.

Ora, a conformação tecnológica concreta operada pelos modelos de atenção é produto de um processo de disputas entre os vários atores interessados neste lócus de ação social. Esses processos de definição em torno do “para que” se organizam os modos tecnológicos de atuar em saúde são sempre implicados social e politicamente por agrupamentos de forças que têm interesses no que se está produzindo, impondo suas finalidades neste processo de produção.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, os núcleos vinculados às

tecnologias duras e leve-duras encontram terreno favorável para se imporem sobre os outros núcleos. Superar esta conformação exige operar com dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando a missão dos estabelecimentos de saúde, ampliando os modos de produzir atos de saúde. Novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central.

Retomando nossas considerações iniciais a respeito dos atos de saúde, relembramos que a produção de atos cuidadores diz respeito a todos os seres humanos – o modelo médico-hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde, os que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiem em conhecimentos ditos científicos sobre o tema.

Ora, o território das ações cuidadoras, informado pelas tecnologias relacionais, é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

E como a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há, *a priori*, uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as circunstâncias, são diferentes os membros da equipe de saúde que cumprem um papel mais ativo nesse processo.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.

Para começar, na definição/identificação do que sejam necessidades de saúde. O olhar cientificamente armado, tanto pela clínica como pela epidemiologia, tendem a definir tecnicamente o que são as necessidades de saúde legítimas, prioritárias, que devem ser objeto de ação dos serviços de saúde.

As necessidades sentidas pelos usuários são, então, *a priori*, julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece. Assim é que os usuários “precisam ser educados” para “entender” onde será a porta certa para apresentarem suas queixas, independentemente de quais sejam as respostas disponíveis e as que ele imagine necessitar... Assim é que, apesar da promessa de assumir a responsabilidade por um determinado território e de se apresentarem como “porta de entrada”, as equipes de saúde da família ficam extremamente tensionadas ao se defrontarem com

a demanda espontânea, que não se “encaixa” nas prioridades em torno das quais está organizada a oferta de ações programadas. Assim é que as situações não reconhecidas como graves ou envolvendo risco de vida são sempre identificadas nos pronto-socorros e pronto-atendimentos como “demandas que deveriam ser atendidas nas unidades básicas de saúde”..., independentemente do tempo em que isso ocorreria e da sensação de urgência percebida pelo usuário (pelo tamanho ou significado do desconforto).

Mas como abrir-se às demandas espontâneas se já não há capacidade de absorver mais nada ou ninguém nas agendas sobrecarregadas? Será difícil sem reorganizar as ofertas, abrindo espaço para a produção de encontros autopoieticos, sem reconhecer potência para produção do cuidado nas redes de proteção social, sem reconhecer nos usuários parceiros na produção da saúde nos territórios, sem ter liberdade para propor novos arranjos organizativos para oferecer cuidados na intensividade necessária a cada situação... Novos arranjos tecnológicos fazem-se necessários!

O usuário reconhecido como agente poderia participar ativamente da construção dos projetos terapêuticos (construídos de modo compartilhado por vários profissionais), que levassem em conta outros elementos que não apenas recomendações a partir do melhor conhecimento técnico-científico disponível dirigido aos problemas “diagnosticados” e não necessariamente à produção dos melhores arranjos para andar a vida.

Atualmente o usuário exerce seu direito de participar na construção do projeto terapêutico não aderindo às propostas que lhe provocam mais desconforto que conforto ou que não produzem o efeito imaginado/desejado. Os usuários participam produzindo, sozinhos, unilateralmente, as adaptações que consideram necessárias às propostas terapêuticas fragmentadas que diferentes profissionais lhe oferecem e que não se articulam entre si, sem poder contar com a utilização “mais sábia” dos conhecimentos técnico-científicos disponíveis. São muitas as evidências de que tomar o usuário como objeto, como “caixa vazia” de saberes sobre saúde está na base do fracasso em produzir ações efetivas para o controle do diabetes e da hipertensão, por exemplo (CYRINO, 2006). Novos arranjos tecnológicos se fazem necessários!

Os arranjos hegemônicos são eficazes na produção de respostas pontuais, necessárias e suficientes em certas situações (como uma descompensação diabética, uma pneumonia, um infarto agudo do miocárdio, uma apendicite etc.) em que a gravidade do caso leva o usuário a abrir mão de graus da sua autonomia para submeter-se ao tratamento, em que o foco no problema biológico leva à oferta de medidas potentes para superar a situação de maior desequilíbrio em alguns dias. Mas são ineficazes quando, passado o momento de crise, o usuário reassume o comando da vida e a governabilidade dos profissionais de saúde sobre sua condução é drasticamente reduzida. É que, então, a negociação se faz indispensável!

E é no território das ações cuidadoras que essa negociação pode acontecer. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma

construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) – portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimento.

A micropolítica e a produção do cuidado

Como vimos, o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (FEUERWERKER, 2005).

Os serviços de saúde, então, são palcos da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002).

Os gestores (federais, estaduais e municipais do SUS e também os das operadoras na saúde suplementar) cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção – os gestores, a quem formalmente cabe governar – na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários.

Carlos Matus diz que todos são agentes da organização (g) e alguns estão em posição de “alta direção” (G). Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia a dia. Ou seja, planeja (governa) quem faz (MATUS, 1996).

Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Claro que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas, que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator “joga bem”, pode ampliar sua governabilidade. Esse é um elemento fundamental para a gestão das organizações de saúde e para os que pretendem favorecer a transformação das práticas de saúde.

Existem, então, pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde (MERHY, 2002):

- O território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política.
- A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.
- O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia a dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).

Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um desenho organizativo da atenção que seja inovador e que tome as necessidades dos usuários como centrais.

A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição de programas), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos.

Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas (MERHY, 2002).

Aí é que entram estratégias de gestão como a educação permanente em saúde e o apoio institucional, utilizadas como dispositivo para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para analisar as práticas, enfim criar espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Reconhecendo o cenário de disputas e diversidade de compreensões, um gestor que deseja ter chance de governar, ou seja, de influir mais efetivamente no resultado desse amplo processo oculto de disputa, deve investir na criação de oportuni-

dades para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde.

Essas oportunidades se dão quando se propicia a constituição de espaços coletivos para reflexão sobre o processo de trabalho, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido e estabelecer um acordo acerca do para que serve o trabalho desse coletivo. Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional. Um espaço com tantos atores, com tanta diversidade de pontos de vista, suscita debates, inquietações, mobilização de afetos e desconfortos.

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. O olhar do outro muitas vezes funciona como dispositivo para que cada um ponha em análise, em questão, seu modo de operar, por isso é que o coletivo é fundamental. Conceitos e problemas que pareciam imutáveis, inerentes à contingência das organizações, passam a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo.

Diferentemente das “caixas vazias” orientadas pelas normas, a partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes, crenças e desejos existentes em um coletivo, pode-se identificar as suas repercussões e construir novos pactos e novos arranjos acordados entre os atores envolvidos na produção do trabalho em saúde.

Para tanto, é necessário subverter a “ordem” existente na organização tradicional, em que em geral não há espaço e nem tempo para escuta e construção coletiva porque o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide (organograma). É necessário descentralizar sem perder o norte e para isso precisamos envolver todos para dar “cara” (identidade) para o coletivo, debatendo desde definição de objetivos até os métodos de trabalho. Somente assim é possível construir novos pactos, que coloquem a favor do interesse do público (dos usuários) a relativa autonomia / liberdade de que os trabalhadores de saúde dispõem na concretização de suas práticas.

Os diferentes arranjos tecnológicos do trabalho em saúde e suas possibilidades

Produzir cuidado por meio do trabalho em saúde depende da construção de processos relacionais – entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e usuários – que possam suportar a exposição das implicações que a produção de cuidado opera. De um lado, a implicação que nasce do mundo das tecnologias duras e leve-duras. De outro a que constitui e emerge no platô das tecnologias leves dentro da tensão saber / sabedoria em torno do mundo singular de cada usuário.

Nas duas primeiras há um domínio do campo do saber – profissional centrado – que marca fortemente as implicações, sejam dadas a partir das relações com as máquinas e equipamentos e suas maneiras de utilizá-los; seja com os processos rela-

cionais em ato, porém marcados pela lógica de captura do mundo dos usuários pelos saberes tecnológicos, profissionais centrados.

Na terceira, no platô dos encontros intercessores tecnologias-leves centrados – expostos ao trabalho vivo em ato que flui de todos os lados, seja do trabalhador para o usuário, seja deste para todas as suas conexões relacionais –, há fortemente um campo de disputa pelos sentidos e significações do encontro. E não há saber tecnológico em si – nem a poderosa clínica ampliada – que dê conta do que flui nesse processo. As sabedorias e as conexões sem saberes específicos operam de modo tão intenso quanto, realizando processos, inclusive terapêuticos, quanto os animados no mundo das outras tecnologias e para além delas.

No encontro entre trabalhador de saúde e usuário, por ser um processo de interseção, território do trabalho vivo em ato, existe sempre uma disputa pelo cuidado que está sendo construído.

Engessado pelas normas ou orientado à produção de procedimentos, o trabalhador pode dirigir-se ao usuário como objeto, fragmento de corpo, sobre o qual a melhor intervenção, identificada com base nas evidências para situações semelhantes, deve ser produzida. Seu agir vai somente em uma direção: dele para o outro como seu objeto, negando o agir do outro e seu saber (apontado como “crença”), por ser de menor valor científico, portanto não alçado à posição de um saber tecnológico produtor de autocuidado legítimo.

Mas o trabalhador também pode reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências, que precisam ser levadas em consideração, tanto para compreender a singularidade da situação vivida, como para construir o melhor plano de cuidado. O trabalhador afeta e deixa-se afetar pelo outro, sua vida e seu contexto e coloca seu saber a serviço do melhor arranjo para aquele usuário conduzir sua vida na nova condição. Projeto terapêutico produzido em conjunto possibilita singularização do cuidado, de acordo com necessidades identificadas e recursos disponibilizados.

No encontro trabalhador-usuário, nesse processo de disputa de projetos terapêuticos, o núcleo profissional fica em xeque e o trabalhador procura ir à luta para, como regra, desarticular a reação. Mas poderá também ir para essa disputa para se reposicionar no campo das ações de saúde e não nos seus núcleos profissionais, dialogando no campo das tecnologias leves com o usuário, cuja autonomia e vida deveria defender.

Esse talvez seja o olho do furacão de qualquer mudança efetiva dos processos de trabalho em saúde.

Referências Bibliográficas

- CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo, Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**, 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CECILIO, L. C.; MATSUMOTO, N. F. "Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde". In **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde** / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. - Rio Grande do Sul; Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p. ISBN: 85-89737-29-2.
- CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde**. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface, Botucatu, 2005, 9(18), 489-506.
- FEUERWERKER, L. C. M. & MERHY, E. E. "Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde". **Revista Panamericana de Salud Pública** (Rev Panam Salud Publica), ISSN 1020-4989.
- GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. São Paulo: Nova fronteira, 1975.
- MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília: IPEA, 1996.
- MERHY, E. E. "Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde)". In: CECILIO, L. C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E. E. "Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde". In MERHY E. E. & ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. **Educación Permanente en Salud. Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.

A produção do SUS como política. Os modos de fazer política marcando a produção do SUS

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

O direito à saúde no Brasil foi conquistado a partir de um amplo movimento social. O movimento pela reforma sanitária era múltiplo, heterogêneo, capaz de produzir vizinhança com a luta por outros direitos. Foi capaz de articular a luta pelo direito à saúde com a luta democrática. Multiplicidade, heterogeneidade, vizinhança, diálogo, acordos. Um certo modo de produzir política. Produção de um comum a partir da diferença (MERHY, 2013; FEUERWERKER, 2005; PAIM, 1997).

No texto constitucional e nos movimentos que se seguiram na produção do SUS, essa multiplicidade de atores foi reduzida a três: gestores, trabalhadores e usuários. Há aí uma redução porque ao invés de criar dispositivos de inclusão para os diferentes atores, os papéis institucionais é que foram fixados como referência. E essa referência é marcada por lugares e relações de poder (gestores fazem gestão, trabalhadores trabalham e usuários usam serviços, numa evidente diferenciação no reconhecimento das capacidades e possibilidades de formulação).

Redução também porque ao fixar os papéis institucionais, toma-se como referência única o plano formal e se produz uma falsa homogeneidade, já que há múltiplos planos de produção de gestores e trabalhadores: projetos políticos, relações políticas, disputas e interesses corporativos, político-partidários, interesses de mercado, apostas ético-políticas, conceitos, formação profissional, histórias de vida (FEUERWERKER, 2014; MERHY; FRANCO, 2014).

Todos os gestores não são iguais, assim como todos os trabalhadores não são iguais.

O gestor federal é o mesmo independentemente de como seja composto, das relações políticas que o instituem, estabilizam e desestabilizam a cada momento? Todos os gestores estaduais são iguais independentemente das relações políticas que os instituem, estabilizam e desestabilizam a cada momento? Todos os gestores municipais são iguais independentemente das relações políticas que os instituem, estabilizam e desestabilizam a cada momento? A que serve essa redução homogeneizadora?

Existe uma ativa leitura linearizante, que apaga os contextos políticos, as disputas e os múltiplos vetores que instituem esses atores em diferentes momentos e procura produzir uma linearidade que impõe modos de pensar e produzir as relações e papéis na produção de políticas. “O” Ministério da Saúde, “a” SES, “o” CONASS, “o” Conasems, “a” gestão, independentemente dos contextos, das disputas, das apostas (FURTADO, 2015).

Produção de uma hierarquia entre gestores. Papel formulador reservado preferencialmente ao Ministério, que foi usando cada vez mais os “estímulos financeiros” no lugar da pactuação política. Políticas nacionais que definem e fixam em detalhe os arranjos e agendas locais. Em geral a referência para os arranjos é a realidade dos grandes municípios, com exceção da proposição de composição das equipes de saúde

da família: mínima!! De todo modo uma homogeneidade desconfortável para todos e muitas vezes imobilizante.

Trabalhadores, do mesmo modo, são um grupo profundamente heterogêneo, com profundas dificuldades para se constituir como coletivo. Atravessamentos corporativos, disputas de projetos, disputas de saber, distintas histórias de constituição das profissões e ocupações na saúde, no SUS, no mercado privado, distintos compromissos com a construção da saúde como direito.

Movimentos sociais com distintas configurações, formulações, apostas, capacidade de mobilização e capilaridade foram evaporados e todos foram reduzidos no SUS ao lugar de usuários. Um lugar já de antemão subordinado, desvalorizado, despotencializado, desqualificado. Vidas nas pequenas e grandes cidades, de diferentes estratos sociais, produzidas nos espaços rurais, com e sem terra, com e sem teto, com e sem vidas suportáveis ou não, desejadas ou não, julgadas com válidas ou não, descartáveis ou não, todas compactadas na definição “usuários” a serem enquadrados nos “modos saudáveis de viver”.

E os espaços de participação e compartilhamento com trabalhadores e gestores reduzidos aos conselhos e às conferências. Participação e compartilhamento nomeados como controle social. Controle não convoca formulação compartilhada, convoca fiscalização. Trabalhadores e usuários produzidos como “consumidores” do sistema: do trabalho e/ou dos serviços. “Trabalhadores” e “usuários” olhados pelos “gestores” como grupos a serem disciplinados, conformados, capacitados de acordo com o vai e vem das políticas (STOTZ, 2006).

Cada vez maior centralidade dos gestores na produção das políticas (algumas poucas políticas foram produzidas de outro modo, com a participação ativa de gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais, como a da saúde mental, implicando em alargamento de agenda, maior potencial de interrogação do instituído e de implicação dos atores em sua defesa (FEUERWERKER, 2014).

Saúde foi sendo produzida em espaço próprio, com dificuldade cada vez maior de produzir conexões e vizinhanças com outros movimentos por direitos sociais. Cada vez mais um assunto de quem está envolvido diretamente na construção com pouca permeabilidade ou preocupação em ouvir e conversar com “os outros”. Os outros que não entendem ou não pensam do mesmo modo, precisam ser educados, capacitados.

Na prática, todos fazem gestão, todos formulam, todos disputam, mas nos subterrâneos, sem explicitação das diferenças no mais das vezes. Políticas são consideradas elaboradas a partir da produção de seus textos, sem reconhecer que a diversidade encontrada no cotidiano é produto da disputa constante de projetos e não simplesmente da insuficiência de saberes (LEAL, 2015).

Esse não reconhecimento da micropolítica da produção da política em todos os âmbitos leva à não produção de espaços de escuta e construção compartilhada, ao predomínio dos dispositivos de controle do trabalho vivo (MERHY, 1997 a).

A mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial, no plano do discurso, são indicadas como fundamentais em diferentes âmbitos do SUS. Mas em termos de volume de recursos, o investimento para produzir a mudança é marginal. E como não se reconhece a dinâmica micropolítica de sua fabricação,

as estratégias adotadas são em grande parte normativas, baseadas na transmissão de conhecimentos ou de estímulos materiais e financeiros. Ou seja, mesmo quando pretende mudar, as práticas políticas e de gestão adotadas majoritariamente no SUS fabricam a reprodução do instituído (FEUERWERKER, 2014).

Então, ao não enfrentar a disputa de projetos de vida em todos os campos da saúde e ao não buscar inovar as práticas de cuidado em saúde, o modelo tecnoassistencial implementado de maneira predominante no SUS vem propiciando a reafirmação dos conceitos e práticas hegemônicos em saúde e condenando a um gueto o espaço da atenção básica, onde se espera(?) estar havendo a produção de práticas de saúde inovadoras.

Como já dito, ao SUS, de modo geral, tem escapado o plano da micropolítica, o processo molecular de produção de territórios existenciais, decisivo na fabricação do mundo. Nas arenas de disputa em que as unidades de saúde se configuram, habitam as tensões e as possibilidades da produção do trabalho vivo em ato nos encontros dos trabalhadores entre si, com a gestão e com os usuários. Sem interagir com esse espaço, os gestores com G governam precariamente. Iludem-se com sua potência de produzir efeitos. Depois se espantam: por que as políticas nunca são implementadas como preconizadas? E respondem: porque falta capacitação aos responsáveis pela implementação (MERHY, 1997b)...

Mas não basta reconhecer o espaço micropolítico de produção. Há quem o reconheça (mesmo que com outro nome), mas proponha a intervenção sobre ele por meio da ampliação dos controles – para aumentar a governabilidade do gestor – impactando os espaços de autonomia dos profissionais. Restringindo-os, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição vertical de programas e/ou protocolos, atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos. Esses tipos de intervenção estão orientados a matar o trabalho vivo – efeito fatal sobre a possibilidade de relações cooperativas e produtoras de vida com usuários e trabalhadores. É o caso do *managed care*. É o caso também de gestões que fabricam apoiadores e colegiados baseados principalmente em um devir controlador (CECILIO, 2010; MERHY, 2002)...

No entanto, os espaços micropolíticos de encontro (e disputa) podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas (FEUERWERKER, 2014).

Na pesquisa atual, as políticas aparecem como produtoras de regularidades/padronização/capturas. Muito forte isso na atenção básica em que houve aposta intensiva na construção de dispositivos de padronização e captura do trabalho vivo dos trabalhadores – tanto na política nacional, como por parte das gestões municipais que vêm terceirizando a gestão da atenção básica para organizações sociais, abrindo espaço para uma lógica privada de produção de serviços de saúde ganhar espaço no SUS. Mas essa marca, de produção de regularidades está presente em todas as políticas.

A produção do sus como política. Os modos de fazer política marcando a produção do sus

Em função de tudo isso, o SUS é precário. É frágil e está em plena construção/desconstrução. Não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois para tanto dependemos, decisivamente, da fabricação de atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde. Ao contrário, do modo como vem sendo fabricado, o SUS é que se está tornando complementar à Saúde Suplementar. Não do ponto de vista do número de pessoas atendidas, mas certamente do ponto de vista da disputa de ideias, da fabricação de atores e da mobilização de recursos – financeiros, simbólicos etc. O SUS está se reduzindo ao que o neoliberalismo espera de uma política de saúde.

O golpe de estado em curso no Brasil expõe ao máximo essa fragilidade. E tira proveito dela.

Referências Bibliográficas

CECILIO, L. C. “Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. “Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. P. 63-118.

FURTADO, L. C. A. **O desafio da construção do comum nas máquinas de governo: o Estado em disputa**. Tese. Apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Ciências no Programa de Clínica Médica da UFRJ, Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, 2016.

LEAL, M. B. **SAÚDE COLETIVA E SUS: análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências., 2015.

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

MERHY E. E. “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)”. *In:* Fleury S, (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997b. p. 125-41.

MERHY, E. E. “Saúde Pública em mim: mas que um caso de amor, um intercessor”. *In:* Lenir Santos; Luiz Odorico Monteiro de Andrade. (Org.). **Saúde Pública, meu amor**. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2013, v. 1, p. 301-330.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. “Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho”. *In:* **Trabalho, produção e cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2014, pp 338-361.

PAIM, J. S. “Bases conceituais da reforma sanitária brasileira”. *In:* FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

STOTZ, E. N. “Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS / The course, limits and challenges of the social control of the SUS”. **Saúde debate**; 30(73-74): 149-160, maio-dez. 2006.

Eixo 1
Aporte metodológico
Pesquisador local
Como estamos exercitando
a produção do nosso campo de estudo

Nós e o campo: compondo o lugar de pesquisadoras-estrategistas

Larissa Ferreira Mendes dos Santos
Valéria Monteiro Mendes

Os temas da entrada e da permanência em campo, apesar de terem sido e de ainda serem exaustivamente discutidos nos processamentos do grupo de pesquisa, não são assuntos resolvidos – e nem esperamos que os sejam –, justamente porque dizem da imprevisibilidade, das incertezas e dos desafios que implicam estar em campo, especialmente quando consideramos que o foco desta pesquisa consiste em uma avaliação (*de quem pede, quem faz e quem usa o SUS*) que propõe e aposta no exercício investigativo/exploratório das variadas linhas que constituem e operam o SUS, tendo como condição de possibilidade o exercício de análise conjunta dos modos como os fios da produção de saúde são tramados e como, a partir desse emaranhado de linhas, são tecidas as redes cuidadoras, sejam elas formais ou informais, considerando que na dimensão cuidadora pululam diferentes saberes, valores e disputas de projetos de cuidado e de vida.

Assim, buscamos com esta pesquisa problematizar e inventar um modo de produzir nossas ações como um coletivo de pesquisadores (que também são profissionais da saúde e do SUS, docentes e estudantes da universidade pública, cidadãos, defensores do SUS, da democracia e da produção e da garantia de direitos/do bem comum), de modo que estas tenham um sentido para o conjunto de sujeitos denominados no campo da saúde como *gestores, trabalhadores e usuários*, os quais, por sua, vez, de diferentes maneiras, com distintos atravessamentos, com maior ou menor poder e governabilidade fazem a gestão desse processo que chamamos de *cuidado*.

Partindo do convite para que escrevêssemos sobre os desconfortos, os analisadores e os dispositivos relacionados à pesquisa decidimos escrever, na condição de uma dupla que está vivenciando o campo, sobre *a entrada e os movimentos relacionados à produção do campo*. Consideramos, metaforicamente, que nosso movimento consiste em sobrevoar o campo da pesquisa, cartografando e recolhendo os efeitos disparados pela experimentação das paisagens. Estas são compostas pelas interferências que produzimos no campo, pelas potencialidades que portam os atores (usuários, trabalhadores, gestores), ao fabricarem agires ético-políticos, e pelas impenetrabilidades do/no campo tanto de ordem institucional quanto no tocante à esfera dos corpos que constituem o plano relacional e diz das (in)disponibilidades para o encontro com o outro.

Nossos corpos de pesquisadoras-cartógrafas foram se produzindo ao longo desse percurso, de nossas andanças e dos nossos encontros com o campo, com os objetos, atores e afetos circundantes. Diante disso, um questionamento se fez candente: *de que modo alçamos voos e planejamos/efetuamos nossas aterrissagens no campo?* Ora, não defendemos aqui o encerramento da questão com uma pretensa resposta que reivindica o estatuto de verdade, mas a tomada dessa questão como exercício constante de análise de nossas implicações e enquanto disparador que incita a criação de (aero)planos de ações

forjados em pleno voo e/ou quando das paradas, também viabilizadoras do encontro entre os corpos (pesquisador, usuário, trabalhador, gestor) que habitam o campo da pesquisa. Nosso sobrevoo não diz da tentativa de codificação dos registros do nosso campo de pesquisa no sentido de formular análises interpretativas, mas, ao habitar o plano da experimentação, criar uma acessibilidade corporal para circulação dos afetos que pedem passagem e conexão.

Olhar para este aspecto remeteu a um conjunto de questões que temos partilhado entre nós e com o grupo de pesquisa: *como convidamos os trabalhadores para produzirmos a pesquisa juntos?; como dar voz para o outro, que diz da fabricação de um lugar - para nós como pesquisadoras - que não é o de consultor tampouco avaliador externo que inferirão o certo e errado e o que o outro deve fazer?; como a invenção deste modo de dar voz ao outro pode convidar para a produção de espaços de conversa e de análise conjunta sobre a produção do cuidado, tal como os espaços de Educação Permanente?*

Essas inquietações mantêm relação com a questão que se segue: “somos pesquisadores ou estrategistas ou somos *pesquisadores-estrategistas?*”. Tal questão, que passou em uma de nós durante uma conversa com outro colega pesquisador enquanto aguardávamos a gerente do serviço para conversar, foi propriamente escrita após o que poderia ser entendido como um pré-processamento (momento em que conversamos e escrevemos sobre o campo, na condição de uma dupla que partilha e produz o campo). Para falar sobre este tema, que diz como o campo possibilita a problematização de nossas ações como pesquisadores, traremos alguns aspectos de um de nossos encontros com a gerente de um CER (Centro Especializado em Reabilitação) que vivenciamos na condição de uma dupla de pesquisadoras.

No encontro em questão, o intuito era ter acesso às listas que aguardávamos há alguns dias. Para tanto traçamos algumas estratégias. A primeira seria pedir que a gerente nos desse o material impresso e a segunda seria conversar com a assistente social (uma das profissionais do serviço com quem tivemos maior aproximação) na tentativa de identificar cada mini-equipe de avaliação multi e, de repente, até identificar alguns profissionais relacionados ao matriciamento. Como não havíamos programado o encontro com a gerente, a intenção era uma conversa breve. Porém, a imprevisibilidade entrou em cena, na condição de uma noção constitutiva deste processo, pois o que seria um breve pedido de impressão das listas se desdobrou em uma conversa a partir da qual abordamos distintas questões.

A acolhida que recebemos da gerente não foi uma surpresa, considerando que ela se mostrava aberta ao diálogo e à construção conjunta, porém, neste encontro, conseguimos pontuar aspectos que ainda não havíamos explorado. Parte do que falamos deveu-se ao fato de que ainda estávamos com o último processamento realizado com o grupo de pesquisa muito presente em nós, pois havíamos conversado sobre o desconforto de não estarmos misturadas com os profissionais do serviço e sobre como inventar um jeito de nos misturarmos.

Há que se destacar que no processamento específico também ouvimos e contamos os “contos da RAC”, por meio da *tenda do conto* que o grupo produziu como um dispositivo para trazer à tona questões, desconfortos, o que estávamos vendo e sentindo em decorrência da pesquisa. Enquanto conversávamos com a gerente, al-

guns “contos” ecoavam e retornavam, claramente, e, de certa forma, “intercediam” na fala de uma de nós, o que permitiu a ativação da fala da outra e o que, por sua vez, possibilitou desdobramentos em outras falas em cada uma de nós sobre as questões que nos passavam como pesquisadoras.

Assim fomos compondo nossas falas, dando passagem para o que eram as nossas questões e recolhendo e nos conectando com as questões da gerente. Explicitamos o desconforto de que precisávamos nos misturar e que não queríamos ser um fardo e tampouco um corpo estranho tal como ocorria nas reuniões de equipe, pois, ainda que presentes nesses momentos havia uma tímida interação diferentemente da aproximação que já experimentávamos individualmente com alguns trabalhadores, sobretudo porque, como reafirmamos para a gerente, que se a pesquisa não fosse feita a partir do refinamento das relações não teria sentido.

E, a partir do “apoio intercessor” de alguns contos e do processamento no grupo de pesquisa, particularmente no que se refere à questão do plano formal e dos outros planos que compõem e atravessam a produção do cuidado, foi possível trazer para a cena que *o lugar da gestão é um lugar de grande solidão e que o gestor não tem um lugar para conversar*. Tal como ocorria com a equipe desse serviço que, pelo que acompanhamos, realizava reuniões em dois períodos da semana para “discutir os casos”, com privilégio para os aspectos técnicos das condutas e com limitada (quase nenhuma) problematização sobre as questões que atravessavam e tensionavam o trabalho.

Percebemos que a insistência no questionamento da forma como convidamos a equipe para que participasse da pesquisa e “autorizasse” nosso *mergulho* no campo poderia desembocar em simples justificativa plasmada e auto-confirmatória da hipótese, por nós previamente formulada, de que não havíamos nos *misturado* no campo. Não que esta não fosse uma hipótese a ser considerada, mas, talvez, tenha se instalado de modo a orientar unilateralmente nossos modos de olhar/narrar o campo e o nosso *caminhando* por entre suas tramas e trilhas. Então, uma paragem, por assim dizer, se fez necessária para que pudéssemos experimentar uma nova mirada – com possíveis efeitos de produção de narrativas outras sobre o campo –, para além de pontos de vistas codificados, que contempla e acolhe as variações do campo e tudo o que faz vibrar/diferir/variá-los/deslocar um acontecimento.

Partindo disso, pensamos ser importante, pois, avaliar o momento de nossa entrada no campo: a) reorganização do fluxo dos atendimentos de acordo com as diretrizes que regulamentam o equipamento de saúde que acompanhamos (reorganização do serviço para a condição de um Centro Especializado em Reabilitação – IV), bem como a necessidade de entendimento, pela equipe, de uma nova lógica que implica no trabalho multidisciplinar; b) atravessamento de vetores ainda encarnados da antiga lógica alinhada ao modo hegemônico de formação de alguns profissionais, lógica essa centrada na concepção biologizante do corpo (tal como explicitado por uma profissional, porém não problematizado pela equipe: “*os atendimentos são realizados de acordo com lógica médica, não há lógica de reabilitação*”); c) reestruturação do fluxo dos atendimentos do CER, que, por meio de regulação orientada pela CID (Classificação Internacional de Doenças), direcionava a entrada de usuários no serviço, pressupondo a produção de atos de saúde compartilhada entre os profissionais

(atendimento multidisciplinar); d) como dar conta de uma nova fila em função da reorganização do serviço, composta de usuários que esperavam por atendimento, de modo a não se desfazer da fila constituída a partir da lógica anterior de organização, considerando que não se tratava da mera execução de montagem de agendas, mas de vidas que estavam sendo enfileiradas e postas na espera.

Diante de tal cenário, vimos nos indagando acerca das disponibilidades de escuta desses trabalhadores para além da questão que os tomou de assalto: rearranjo dos modos de entrada, avaliação e cuidado dos usuários. Ao que nos pareceu, não houve convite para que os trabalhadores participassem da construção do novo processo de trabalho e que o arranjo não fora pensado a partir da realidade local.

Irromperam algumas falas que pontuavam o olhar da gestão que, por estar “focado” na questão do fluxo, gerava invisibilidades para o “restante do serviço”; outras questionavam “e o tratamento, como conseguiremos atender?”, uma vez que “tudo estava organizado para a entrada (avaliação) do paciente”. Os modos de trabalhar e pensar o serviço pareciam capturados por uma *plataforma organizativa* que priorizava a reestruturação do fluxo de atendimentos e de uma nova agenda. Essa captura dos trabalhadores por tal *plataforma organizativa* talvez os tenham impossibilitado qualificar a discussão sobre o trabalho (escutar e produzir outras falas, assuntos, dinâmicas,...) e a dimensão do cuidado por eles produzida: discussão de projetos terapêuticos por protocolos e discussões de conduta, dado o volume de atendimentos e a não disponibilidade de tempo. Talvez, por isso, nos fosse tão difícil tentar cavar brechas para compor planos de conversação e escuta em meio a falas urgentes, reivindicatórias (disputa de outros arranjos pelos trabalhadores), de indignação e receio sobre os efeitos de tal mudança que, possivelmente, poderiam produzir descontinuidades no acompanhamento e no cuidado dos usuários.

Olhando para essas questões que nos passaram (e que nos invadiram), consideramos dizer: isso é cartografar. Isso é cartografar estando como um *pesquisador-estrategista*, que necessita pensar em arranjos o tempo inteiro, que traça diferentes estratégias, que refaz seus passos a partir dos movimentos do campo. Não é uma relação de oposição. Não se trata de um olhar, de certo modo depreciativo, para o termo estrategista como aquele que tem por objetivo suplantar o outro como um adversário.

Pensar nesse termo em uma pesquisa com essas características remete ao fato de que o campo exige *armar-desarmar-rearmar* nossas ações a partir do que o outro nos traz, bem como a partir dos efeitos de nossa *presença* em campo. Embora a prática da cartografia seja dinâmica e escape à linearidade do seguimento de rotas pré-traçadas, a construção singular de tal abordagem metodológica demanda a utilização de estratégias e bússolas que vão guiando nossa atenção e nossos modos de olhar. Funcionam como referenciais que vibram em nossos corpos de *pesquisadoras-cartógrafas-estrategistas* de modo a suscitar suas aberturas e porosidades às composições que devêm ao longo das andanças da pesquisa que se faz no movimento de acompanhar os processos de produção das redes de cuidado e vida.

Pensando do ponto de vista teórico-metodológico que, por sua vez, diz de um agir ético-político, estar em campo como uma dupla de *pesquisadores-estrategistas*, remete à ideia de que estar com o outro, *na presença*, permite partilhar questões so-

bre o que nos passa, refinar o olhar sobre o que vimos e o que não vimos, aprender e ensinar sobre a construção de novas rotas de ação com base no reconhecimento de que temos acúmulos e também vazios, reconhecer e qualificar a potencialidade das interferências em nós do outro e vice-versa.

No caso desta dupla tem ajudado a “pré-processar” o que partilhar com o grupo no processamento semanal, à medida que explicitamos nossos incômodos, nossas percepções, nossas limitações “a quente” e ajudou a compor um certo modo de operar em relação a nós (como dupla) e em relação ao grupo de pesquisa. Foi um exercício interessante experimentar as múltiplas exigências que o campo nos coloca, pois, para além do aprendizado para nossas jornadas individuais como pesquisadoras (mestrado e doutorado), experimentamos que não estar sozinho contribui para o refinamento do modo como lidamos com nossas questões e com as questões do outro e como lidamos com as tensões decorrentes do entrelaçamento vivenciado em ato entre os planos macro e micropolítico. Tal como explicitamos em relação ao tensionamento que acompanhamos no serviço do plano formal para o cumprimento do novo do fluxo que pôs em cena, entre outras questões, o aspecto da produção de relações (entre os profissionais, entre nós e eles, e entre nós como uma dupla de pesquisadoras) que ajuda a problematizar os temas da produção de escuta, de espaços de conversa e de análise. Temas estes que mantêm estreita relação com outro que, embora central em relação à produção do cuidado, tem sido pouco problematizado tanto no cotidiano do trabalho, quanto no campo da formação em saúde: “*quem é o outro e qual o valor para nós de seus desejos, interesses, limites, possibilidades no tocante aos modos de produzir sua vida?*”.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Introdução: Rizoma**. Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia, vol.1. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Cecília Pinto Costa. Revisão técnica de Luis B. L. Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 1995.

FEUERWERKER, L. C. M. “Micropolítica e a política e a gestão em saúde”. In: _____ (Org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

ORLANDI, L. B. L. **Nota acerca da transversão**. In: Laboratório de Sensibilidades. Disponível em: <<https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2016/04/05/nota-acerca-da-transversao-luiz-orlandi/>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Sulina: Ed. da UFRGS, 2007.

Como se constitui o campo numa pesquisa em acontecimento?

Maria Amelia Costa

Quais seriam os mecanismos para o enfrentamento de uma pesquisa que busca a avaliação de quem pede, quem faz e quem usa?

Sem dúvida alguma, este seria um dos ‘nós’ a desatar sem grandes questões se esta investigação entendesse avaliação a partir de certo ponto de vista. Neste, o discurso da neutralidade e da objetividade científica seria essencial à comprovação e validação de um trabalho de pesquisa. Ao contrário, para este ‘enfrentamento’, a vista passa a ser de outro ponto, onde o *“fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”*. (MINAYO, 2007, p. 57)

Ademais, essa avaliação está remetida às atividades que decorrem do processo de trabalho em saúde, com vistas a estabelecer como se comportam algumas redes temáticas de cuidado na atenção básica em alguns estabelecimentos do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, em síntese, a Rede de Apoio Compartilhada – RAC. Torna-se importante destacar que tal processo de trabalho tem como objeto algo que, por si só não está dado, mas identificado como aquilo que contenha um projeto de transformação com intencionalidade a ser alcançada por seu idealizador, elaborado na mente do trabalhador ao estabelecer a direção que pretende dar à modificação do objeto em produto.

Portanto, ao transformar os elementos da natureza, o trabalhador também se transforma, na medida em que impulsiona, regula e controla sua ação nesse fazer. Assim, é na intencionalidade e finalidade em satisfazer as necessidades humanas, que se estabelece o processo de trabalho em saúde; intencionalidade esta que se encontra na dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde e, nela está reproduzida, também, a dinâmica do trabalho humano. (PEDUZZI *et al.*, 2009; MARX, 2008; GONÇALVES, 1992; DONNANGELO, 1975)

Por outro lado, ao guiar-se o olhar à reflexão sobre a produção de cuidado em saúde, Merhy chama a atenção e sinaliza para a sutileza que reside na diferenciação na produção da atividade laboral do processo de trabalho em saúde, destacando a maneira como se articula o modo de realização do projeto que se pretende desenvolver. Esse modo traz em si uma sabedoria própria que associa nossos atos “vivos” a outros componentes (MERHY, 2007). Dentre esses componentes, o autor destaca o trabalho morto. Este, que é o resultado dos trabalhos anteriores, incorpora-se como uma espécie de cristalização do trabalho vivo que o concebeu, transformando-se em matéria prima essencial para a realização do trabalho vivo. Neste caso, é o trabalho morto que assume com seus equipamentos tecnológicos o arranjo necessário para *“certo saber fazer, e a um ir fazendo, que inclusive dão sentidos ao que será ou não ‘a razão instrumental’ do equipamento”*. (2007, p. 84)

Porém, Merhy alerta para algumas armadilhas que preside o trabalho morto e se concentra em suas dimensões tecnológicas. Estas, por sua vez, dependendo da dinâmica do processo de trabalho em saúde, pode alcançar certa ascendência no processo de trabalho e capturar o outro componente – trabalho vivo em ato – dificultando o desempenho de seu fazer de forma autônoma e criativa, uma de suas principais virtudes. O autor faz este alerta, principalmente, por causa das produções no processo de trabalho em saúde onde as tecnologias duras (MERHY, 2002), de certa forma, arrebata a dinâmica do fazer, acachapando-as.

Portanto, ao acompanhar o processo de trabalho em saúde no campo da pesquisa, repositonamos nosso olhar em relação ao fazer cotidiano das equipes do Centro Municipal de Saúde (CMS) Rodolpho Rocco¹⁶ da Área Programática de Saúde 3.2 (AP3.2), que orienta e atende cerca de 21 mil pessoas cadastradas em parte dos bairros de Del Castilho, Inhaúma e Higienópolis. Portanto, tornou-se possível estabelecer outras formas de conduzir a investigação, onde a frequência dos encontros nos permitiu vislumbrar em muitas situações o exercício efetivo do processo de trabalho em saúde, ofertando ao serviço a constituição de desenhos próprios às atividades laborais, repercutindo também no direcionamento das atividades da própria pesquisa.

Sendo assim, diferentes situações no processo de trabalho em saúde puderam ser identificadas e recolhidas enquanto relevantes à investigação devido a relação que se estabeleceu entre os integrantes dos grupos de trabalhadores (pesquisadores da RAC e os pesquisadores/trabalhadores da CMS CF Rodolpho Rocco), precipitando que estes assumissem suas condições de pesquisadores in-mundos. Esta condição se traduz pelo exercício desenvolvido ao se afetar e se reconhecer afetado no/com o processo da pesquisa, onde o próprio objeto de investigação se dilui contaminado pelo processo, tornando o trabalhador um pesquisador in-mundizado pelos atravessamentos produzidos, principalmente, nos/pelos encontros que se sucedem na dinâmica daquele processo de trabalho em saúde. (ABRAHÃO, 2014b)

Entretanto, essa condição não foi incorporada simplesmente pelo fato da pesquisa se desenvolver neste ou naquele estabelecimento de saúde. Ela se construiu no/com o campo, a partir do encontro em ato no cotidiano do trabalhador em seus afazeres diários.

Neste caso, como estratégia, a constatação de alguns enunciados produzidos no encontro entre diferentes sujeitos/atores trabalhadores em distintos momentos fez emergir alguns dispositivos importantes que permitiram o processo de in-mundização do(s) pesquisador(es) envolvido(s) neste campo. Dispositivos que, segundo Michel Foucault,

demarcam um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações [...] o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (1979, p. 244).

16 Esta funciona nos moldes da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Atualmente conta com 07 equipes formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, sendo que uma das equipes conta com 07 agentes comunitários de saúde (Amaro Hamati, Itaoca, Lago Verde, Periantã, Santa Luzia, Timbó, Turimã).

Portanto, alguns encontros a partir de rodas de conversa com as equipes, na busca em identificar-se como se processam as redes de cuidado daquela unidade de saúde, promoveram o surgimento de dispositivos essenciais para o andamento do próprio campo. De fato, alguns destes dispositivos foram reconhecidos ao longo de vários encontros, nas diversas rodas, outros tantos surgiram num processo de certa ‘maturação’ no campo como interessantes exercícios de experimentação. Esses exercícios levaram a percepção entre os trabalhadores/pesquisadores in-mundos de produzir e ampliar outras/novas formas de redes de cuidado que, de certa forma, ainda não haviam sido experimentadas no dia a dia do cotidiano em seus processos de trabalho em saúde. Permitiram também às equipes de trabalhadores/pesquisadores in-mundos o aprofundamento e a produção de vínculos, levando ao surgimento de algumas problematizações sobre o próprio campo.

Algumas delas passaram a compor o universo de questões a serem trabalhadas entre os grupos. Outras, tornaram-se de interesse da equipe proponente da pesquisa, devido a reflexões anteriores ao próprio processo de entrada no campo. De certa forma, estas últimas só conseguiram alcançar alguma visibilidade e dizibilidade a partir do momento que a experiência se tornou vivência no cotidiano do processo de trabalho em saúde. Por outro lado, estar nele, vendo a pesquisa ganhar corpo, tornou evidente a necessidade em explicitar e aprofundar alguns pontos que se apresentaram instigantes desde o início da pesquisa, estabelecendo algumas prioridades.

Para tanto, destacou-se aquela que, de certa forma, apresentou-se desde o início da investigação mais ‘instigante’ à equipe de pesquisadores proponente, que foi: como se constitui o campo? E, ainda: como sistematizar os processos que o conformam enquanto campo?

Pensou-se como estratégia inicial levantar aspectos referidos a historicização de sua trajetória, desde a ocorrência de seus equipamentos, gestões, equipes, até a composição de suas linhas de cuidado e suas redes, inclusive aquelas com que o campo faça (ou não) conversa. Outra questão relevante a ser considerada foi trazer para o centro do debate quais aspectos que o tornaram de interesse para o processo da investigação. Além disso, identificar e explicitar possíveis analisadores, ou melhor, “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975, p. 284); entre outros conceitos-ferramenta ou elementos que nos possibilitem exercitar o pensar e o produzir em ato (ABRAHÃO *et al.*, 2014a), arranjos que ativem a mudança na produção que já esteja elaborada ou que se pretenda elaborar no processo de trabalho em saúde, tanto no campo da formação como no dos serviços, contribuindo no entendimento de sua constituição.

Paralelamente ao exercício da problematização desta constituição, é importante o estabelecimento de alguns analisadores que provoquem o reconhecimento de tal(is) ou qual(is) usuário(s) guia(s), possibilitando a ampliação e a percepção dessa composição.

Enquanto uma pesquisa em acontecimento, não há como se estabelecer um único caminho ou uma única estratégia em seu aprofundamento. Em princípio, ao se estabelecer como um dos pontos a ser considerado, dentre tantos, o reconhecimento

de que neste campo de pesquisa ocorre processo de trabalho em saúde com trabalhadores/pesquisadores in-mundos, representa um início de conversa ao enfrentamento das questões relativas ao processo de investigação acerca da avaliação de quem pede, quem faz e quem usa.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias. “Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar”. **Interface: Comunicação Saúde Educação**; 2014a: 18 (49): 313-24.

_____. *et al.* “O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. *In*: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014b. 176 p. : il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde), 155-170.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferreira; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

_____. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira; 1975.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 8ª Ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. **Microfísica do poder**. 9ª Ed.. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975. Coleção Psicanálise.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 25ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense. Volume 1. 2008.

MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rossana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ª Ed.. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____, FEUERWERKER, Laura **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. 2002, p. 1-15. Disponível em, <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2007.

PEDUZZI, Marina, SCHRAIBER, Lilia Blima. Disponível em, <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pro-trasau.html>, 2009. Acesso em 29/05/2016.

A pesquisa e a construção dos pesquisadores em nós

Stefanie Kulpa
Renato Staevie Baduy

Partir. Sair. Deixar-se um dia seduzir. Tornar-se vários, desbravar o exterior, bifurcar em algum lugar (SERRES, 1993, p.35).

Partir. Um desafio! Desafio de topar fazer parte de uma pesquisa *com sensibilidade suficiente para captar o movimento dinâmico, ininterrupto, de produção do SUS como sistema de saúde com todas as suas características e peculiaridades. Uma pesquisa que não se propõe a capturar um momento*, mas que pudesse ser agenciadora de outros movimentos, movimentos de encontro com o outro, com outros e com outros-em-nós. Uma pesquisa denominada “*Rede de Avaliação Compartilhada (RAC): avalia quem pede, quem faz e quem usa*” (MERHY, 2013).

Para encarar este desafio foi necessário partir. Partir do lugar do conhecido, partir do instituído, partir de si.

Partir exige um dilaceramento que arranca uma parte do corpo, a parte que permanece aderente à margem do nascimento, à vizinhança do parentesco, à casa (...) à cultura da língua e à rigidez dos hábitos. Quem não se mexe nada aprende. (SERRES, 1993, p. 35)

Já sabemos que NÃO partimos com o objetivo de impor uma forma a uma matéria vivida. Partimos sem levar na bagagem um conjunto organizado de regras e procedimentos que constituiriam o mapa/roteiro/método de um movimento em busca da *verdade dos fatos*. Isso, porque tais instrumentos tornam-se obsoletos quando a ideia é a de cartografar o caminho, embrenhar-se em uma expedição de descobertas, invenções, aprendizagens (KULPA, 2001). E, se optamos por cartografar o caminho, não queremos uma verdade, apostamos é nas multiplicidades.

Parte, sai. Sai do ventre da tua mãe, do berço, da sombra oferecida pela casa do pai e pelas paisagens juvenis. (...) aprender lança a errância (...) Porque não há aprendizado sem exposição, às vezes perigosa, ao outro. (SERRES, 1993, p. 35)

Precisávamos partir! Nesse momento muitas perguntas foram nos atravessando... se não tínhamos um mapa, tínhamos uma bússola: esta apontava para o encontro. Encontro com trabalhadores, gestores, usuários.

Sendo assim, uma pergunta reverberava: com que corpo eu vou? Era preciso desconstruir o corpo pesquisador-acadêmico, o corpo de quem já sabe, o corpo de quem observa mas não experimenta, o corpo que participa mas não se mistura, o corpo que entende mas não inventa... Era preciso partir para encarnar o pesquisador-cartógrafo em nós. Partimos.

A invenção do cartógrafo e os múltiplos pesquisadores em nós

Nesse processo, a ação do pesquisador cartógrafo foi se construindo como ato de predispor-se ou expor-se a um encontro de diferenças, não mais para defini-las, catalogá-las ou explicá-las, mas para abrir um plano de experimentação. Misturar-se e afetar com o processo de pesquisa, sendo atravessado e inundado pelos encontros. Este foi o desafio que nos propusemos aceitar. Participar da constituição de territórios, não só observar o visível, mas apelar para o *corpo vibrátil* e se colocar à escuta dos processos de *desterritorialização*. E também deixar-se desterritorializar (ROLNIK, 1987).

Para o cartógrafo o que interessa é “*captar rupturas, os cortes, a geração constante, os movimentos que definem a multiplicidade dos acontecimentos*” (CZERMACK, 1990, p. 63). Des-cobrir afetos... Não a revelação ou a explicação dos fenômenos. Ele busca integrar-se aos movimentos, ao rebuliço das intensidades em busca de expressão (ROLNIK, 1989).

O que se quer é compor as cartografias que estão continuamente se delineando onde todos estes atores – trabalhadores, gestores e usuários – se encontram na produção do cuidado. Seja quando esse movimento acontece em uma sala de reuniões, no consultório, na rua, em ligações telefônicas, ou na sala de cafezinho... Buscando tornar visíveis – criar linguagem – os processos *de vida e da vida* que ali estão acontecendo.

Mas este é mesmo um grande desafio! Assim, no decorrer do caminho, vamos nos deparando com diferentes pesquisadores que atravessam o corpo do cartógrafo em construção, e como lidar com eles para construir a cartografia dos campos da pesquisa:

- **O pesquisador explorador:** é a ousadia agenciada em nós. Em sua interação com o campo de pesquisa ele busca, ao invés de construir um mapa, produzir uma paisagem. Nesse processo usa diferentes misturas de cores para registrar o que seu corpo experiencia e seu olho vibrátil sente, pois não se apega somente aos fatos, busca dar visibilidade aos movimentos, intensidades, afetos. Ele embarca nos movimentos e se mistura às paisagens que produz, entendendo que seu olhar faz parte da sua produção. Como se opta pela bússola para se orientar, ao invés de utilizar mapas, convive com a angústia de não ter, como referência para seus movimentos e pensamento, as confortáveis fronteiras instituídas.
- **O pesquisador encantado:** é aquele que se deslumbra com a potência das interferências agenciadas pela pesquisa. Produz uma composição de mapa e paisagem com cores fortes e vibrantes. Convive com a angústia de não perceber o que não o encanta, e com o desafio de produzir auto-análise de sua sobre-implicação com a própria pesquisa.
- **O pesquisador instituído:** é aquele que já nos é mais conhecido. Ele busca, nas diferentes vivências e aproximações com o campo, entender os contornos dos diferentes territórios para a produção de um mapa. Este mapa o auxilia no registro dos fatos e na escolha dos próximos passos da pesquisa. Ele convive com

uma angústia que oscila entre a necessidade da estrutura acadêmico-científica tradicional, e a necessidade de superar esta estrutura, sem esquecer, é claro, seu modo de experimentar a angústia: o receio de vazar/escapar do instituído.

- **O pesquisador não pesquisador:** é aquele que, capturado por uma visão acadêmica científica do que é ser um pesquisador, ainda não se reconhece nesse papel. Contribui com suas experiências, seu olhar, suas afecções, mas, por não estar no lugar do pesquisador-instituído, acredita que a pesquisa é algo que está fora de si, ou que ela não existe. Não se coloca no lugar de prospecção e sim usina de novas percepções de realidade, pois o engendramento disso tudo lhe é incompatível com o que se institui como pesquisar.

Pois bem, se dizemos que cada um de nós é uma multidão (HARDT; NEGRI, 2005), e múltiplos pesquisadores convivem nela, não existe um pesquisador “puramente” instituído, ou explorador. Em nossa atuação em campo, todos esses pesquisadores nos atravessam, o campo os agencia, hora mais fortemente para um lado, hora para outro. O que ocorre é uma convivência constante desses com todos os nossos “outros nós”: nós trabalhadores da saúde, nós mulheres, homens, pais, filhos. Essa multiplicidade não poupa os aqui denominados pesquisadores apoiadores e os pesquisadores locais, quando eles estão em campo, tornando a experiência RAC um negociar permanente dos próprios agenciamentos em ato.

Pesquisadores apoiadores e pesquisadores locais: coletivo de pesquisadores in mundo

E quem são estes a quem chamamos de *pesquisadores apoiadores e pesquisadores locais*? Esta é também uma construção que intensamente vivenciamos. Ao chegarmos ao território, entramos com a proposta de uma pesquisa compartilhada. Nosso convite explícito foi “avalia quem pede, quem faz e quem usa”. Portanto nós, coletivo de pesquisadores que chegamos ao campo com esta proposta, trabalhávamos na perspectiva de APOIAR os movimentos da pesquisa, que seria também realizada com a participação de pesquisadores locais.

Mas qual posição é esta? De fato, quando os trabalhadores se encontram com a pesquisa e assumem que esta os interessa, portanto topam compartilhar deste movimento com os pesquisadores apoiadores, quais os efeitos em seus corpos? Acreditamos que aqui existe uma dobra: o trabalhador em sua ação cotidiana, seja na produção do cuidado, seja na gestão, e o convite para a ativação do seu olhar acerca desse cotidiano. Um olhar capaz de produzir uma relação de diferença. Agenciador de um pesquisar-se, de um processo de autoanálise. Agenciador de olhares outros sobre o seu dia-a-dia como trabalhador e sobre sua relação com os usuários do sistema de saúde. Mais que um olhar com outras lentes, um olhar caleidoscópico – um olhar que, ao se predispor a fazer um movimento sobre si mesmo, capta, agora enquanto olho vibrátil, novas imagens, com diferentes cores, brilhos, movimentos, e se permite ofuscar para se desver, ousando reinventar o que vê.

Mas o corpo vibrátil e esse seu olhar, seja ele apoiador ou local, externo ou interno, em sendo dobra também age, e age agora no mundo pesquisa, quer produzir esse mundo, deseja, topou o desafio. Outros agenciamentos acontecem, e que agora assumem movimentos e produzem enunciações a depender das vistas de cada ponto. Um olhar-agir pesquisador na diferença, sim, mas que compartilha um mesmo mundo.

Neste sentido, mesmo que pesquisadores locais e pesquisadores apoiadores partam de lugares diferentes, em seu processo de olhar para a realidade, admite-se que há diferença entre o olhar sobre o que se faz e o olhar sobre o que o outro faz. No entanto, a proposta de avaliação compartilhada propõe mesmo o olhar-agir múltiplo, em um processo de construção de simetria entre o conjunto de pesquisadores locais e o conjunto de pesquisadores apoiadores. Nesta relação de simetria, ninguém sabe mais, ninguém tem o lugar daquele que realmente consegue ver a “verdadeira realidade”, e todos agem. O que temos é uma profusão de olhares-agires que, diferentes entre si, produzem também múltiplas realidades.

Desta forma, as designações formais que nominam de forma diferenciada “pesquisadores apoiadores” e “pesquisadores locais” diluem-se no fazer da pesquisa, na medida em que a mesma convoca e agencia a produção de pesquisadores que ousam emaranhar-se, misturar-se, afetar-se com as diferentes realidades onde a pesquisa busca se *encharcar*, se sujar de mundo(s), permitindo-se atravessar e inundar pelos encontros (CHAGAS *et al*, 2014).

Dessa forma, a cartografia dos nossos encontros, tendo a pesquisa enquanto intercessora, se não se interessa pela busca de uma verdade dos fatos, busca sim produzir dizibilidades e visibilidades aos diferentes processos de produção de cuidado e descuidado, de redes e de ações fragmentadas, de produção de relações que agenciam mais ou menos a vida. E esta produção se constrói assim, a partir da composição dos olhares desses diferentes atores, pesquisadores apoiadores e locais, de tal forma que, a partir desta mistura, tais denominações vão perdendo o sentido, sendo gradativamente substituídas por um coletivo de pesquisadores *in-mundo*, cartógrafos em construção, atravessados também por múltiplos pesquisadores-em-si. Todos em busca da produção de múltiplas paisagens que agenciam múltiplos olhares-agires sobre o mundo do cuidado.

Referências Bibliográficas

- CHAGAS, M. S. *et al*. “As diversas formas de experimentação da crise no encontro entre trabalhadores e usuário na produção do cuidado em um CAPS no estado do Rio de Janeiro”. *In*: GOMES, M.P.C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Ed. Rede UNIDA, 2014. p. 135-53.
- HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão**. Tradução Clóvis Marques, Rio de Janeiro: Ed. Record, 2005.
- KULPA, S. **Entre a cura e a morte: a vida- cartografias de um encontro entre saúde e educação**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental da América: produção do desejo na área da cultura industrial**. Tese (Doutorado): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1987.
- SERRES, M. “Criar”. *In*: SERRES, M. **Filosofia Mestiça**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1993. p. 9-44.

Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado

Kênia Lara Silva
Ricardo Luiz Narciso Moebus
Vinícius Lana Ferreira

*“Em qual rua ela está ficando? Ah... não pertence à nossa área de abrangência...”
“Ela foi admitida na instituição de longa permanência que fica em outro Distrito... não temos mais contato.”*

“Essa rua pertence à equipe de saúde da família, mas não está no território de atuação da equipe de abordagem social...”

“Agora ela é da Rede Cegonha. Mas ela já passou também pela RAPS.”

“Muito difícil acompanhá-la... ela vive andando pela cidade...”

São relatos captados por ocasião da pesquisa, mas também ouvidos e vividos todos os dias nos nossos serviços de saúde. Esses e outros relatos nos permitem refletir sobre as tensões que se constituem em torno da noção de território na produção de cuidado nas redes vivas.

A noção de território é central e norteadora para a organização dos serviços de saúde. Desde as primeiras experiências no campo da Medicina Social já se tomava o território para pensar o tempo e o lugar em que as ações e os serviços são elaborados e planejados para uma dada população. Esse é um certo modo de fazer saúde que toma o território como espaço para a organização da oferta. Este espaço é “pré-definido” e orienta um certo tipo de organização de práticas que se enclausura na delimitação territorial para definir o que e quem pode ser cuidado.

No Brasil, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes entre outros, ter território adscrito de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes de saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.

Esse modo de pensar a organização do processo de trabalho faz com que as equipes de saúde se planejem para atender a um público alvo, representado por um conjunto de famílias agregadas geograficamente limitando a área de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade, proporcionando assim uma melhor perspectiva de promover a coordenação do cuidado, a continuidade e integração das ações e as relações de vínculos.

Nesta perspectiva, o território é o espaço geográfico onde as pessoas moram ou circulam; uma região administrativa, uma área de abrangência, um espaço com características mais ou menos homogêneas que o diferencia dos demais: território de alta vulnerabilidade ou uma área de baixo risco por exemplo. É uma área de abrangência adscrita à equipe de saúde da família ou ainda a área de atuação da equipe do Centro de Referência de Assistência social (CRAS).

É importante destacar que esta noção de espaço, para além de geográfica é sobretudo geopolítica, pois comporta um certo modo de governar os sujeitos que nele habitam: “Ao definir territórios de abrangência por meio de políticas públicas, o Estado opera sobrecodificando os agenciamentos territoriais prévios, fazendo com que a multiplicidade de sentidos que recobrem o território tenda a um sentido único” (LIMA e YASUI, 2014, p. 604). Assim, nos territórios também incidem dispositivos de controle, de esquadramento e de disciplinarização, com um recorte por indivíduos, que dá visibilidade e normaliza comportamentos (FOUCAULT, 2005).

Esse modo de organizar a oferta produz agenciamentos sobre os corpos individuais (chamados agenciamentos maquínicos) e agenciamentos coletivos (chamados agenciamentos de enunciação) que permitem os sujeitos identificarem-se (ou serem identificados) porque pertencem (ou não) a determinado território (HAESBAERT, BRUCE, 2002). Desse modo, pode produzir “exclusão” e descontinuidade de cuidado justificadas pela mudança para outra área de abrangência ou por “não cobertura” de determinadas regiões consideradas *a priori* de baixo risco, fora dos limites que marcam a abrangência e alcance de uma equipe.

Contudo, há uma outra perspectiva de tomada do território como espaço de existências. Neste, está implícita a ideia de ambientes vivos, lugares em construção pelos sujeitos que o constituem e, como tal, só existem em relação. Operar o cuidado sob essa perspectiva é reconhecer o território como um “conceito ferramenta” (DELEUZE, 2006, p. 267), lugar de existências que se produzem e se recriam. Esta lógica demanda desterritorialização: sair do já conhecido e se abrir à cartografia dos múltiplos sentidos que os usuários e os trabalhadores constroem nos seus modos de levar a vida, por onde quer que andem.

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 323)

Também podemos dizer que o território constitui um “conceito ferramenta” variável, que pode ser utilizado na composição tecnológica do agir em saúde de formas bastante diversas. Por um lado, “território liso” que privilegia os fluxos e as trocas e, por outro lado, “território estriado” que privilegia os cortes, o estancamento, a fronteira, o limite, a contenção.

É a diferença entre um espaço liso (vetorial, projetivo ou topológico) e um espaço estriado (métrico): num caso, “ocupa-se o espaço sem medi-lo”, no outro, “mede-se o espaço a fim de ocupá-lo. (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 17.)

Porém, isso não se dá de forma dicotômica na produção do cuidado, mas antes de forma composta, através de infinitas composições possíveis desses dois polos, de-

pendendo da disponibilidade de abertura ao encontro e ao imprevisível de cada um dos envolvidos, trabalhadores, gestores, usuários, familiares.

O problema está quando um princípio territorial métrico, protocolar, torna-se dominante, preponderante, e a aposta territorial, que poderia ser criadora de vínculo e responsabilização, passa a funcionar como subtração de possibilidades da continuidade do cuidado.

Isso fica mais evidente nos casos chamados “complexos”, por apresentarem maiores desafios aos limites protocolares, como por exemplo, os usuários nômades, que escapam, logo de partida, de uma certa aposta subjacente a certa territorialização calcada no domicílio, no endereço, aposta essa no sedentarismo dos usuários, no sedentarismo da cidade estagnada, aposta na perpetuação das coisas e do “status quo” da cidade.

Neste modo, é evidente a pouca produção para aqueles usuários nômades: que circulam pela cidade; que moram na rua ou a têm como lugar de refúgio; que não têm moradia fixa ou que mudam constantemente ou, ainda, aqueles cuja “casa” é lugar de passagem. Os nômades escapam dos espaços definidos para a atuação das equipes e, em geral, não se enquadram nos critérios que se apoiam na delimitação territorial. Talvez porque a própria cidade (tradicional) não comporte esses sujeitos.

Essa crença na imobilidade constitui uma aposta, em última instância, patrimonial. Na relação patrimonial com o vínculo de moradia do usuário cadastrado naquele endereço. Endereço que seria seu patrimônio, e no qual poderia se assentar solidamente o planejamento sanitário.

Mas patrimonial também no sentido de que essa suposta estabilidade de porteira fechada garantiria uma clientela previsível como “patrimônio” daquela determinada equipe ou serviço de saúde, e tal estabilidade é que seria a garantia da continuidade da linha de cuidado e atenção em saúde, e continuidade também do vínculo.

Nesse último aspecto, a aposta se constitui como patrimonial e matrimonial, pois o vínculo mesmo, esse investimento afetivo e cognitivo envolvido e motor da continuidade da linha de produção de cuidado, só estará garantido desde que o usuário se mantenha fiel ao seu patrimônio, fiel ao seu endereço, estagnado em uma saúde da família, compondo por fim a tríade clássica, a suposta base da estabilidade da nossa sociedade, podendo configurar assim, como composição tecnológica, uma equipe de saúde da tradição, da família e da propriedade, equipe de saúde da família patrimonial e matrimonial.

Do outro extremo desse leque de possíveis variações e composições da ferramenta território, teremos um cuidado nômade com seus afectos buscando ocupar, preencher os territórios de produção de vida, distraído e abstraindo fronteiras que sempre estarão mais além, empurrando fronteiras com o próprio caminhar da produção do cuidado.

É necessário assim, ocupar-se da lógica da desterritorialização e re-territorialização, rompendo com a ideia predominante *“escrita do ponto de vista dos sedentários, e em nome de um aparelho unitário de Estado, (...) inclusive quando se falava sobre nômades”* (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 35). É preciso instituir a força de um movimento para o cuidado dos nômades, que considere “os espaços da mobilidade, dos rizomas, mesclada por entidades híbridas como os territórios-rede, as redes regionais, os lugares móveis de conexão e/ou de passagem” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 35).

Vale lembrar que os territórios que podem agir de forma capilarizada, representando mais agenciamento que atravessamento dos processos cuidadores, dizem respeito não apenas aos territórios dos usuários, calculados nas planificações e estratificações da cidade mapeada, sitiada em áreas de abrangência, cujo ponto de tensão constituirá justamente na disputa das equipes por uma abrangência menor, sim, pelo encurtamento de seu alcance, quanto menor, melhor, em uma falsa oposição extensividade/intensividade. Não, os territórios mais ou menos capilares, dizem respeito também aos territórios profissionais, ao estriamento do mundo do cuidado em campo e núcleos de competência, que não param de reafirmar, ao contrário, espaços vastos de incompetência, sendo essa a principal função desse modo de operar, constituir amplos espaços de incompetência, de deslegitimação, de desautorização, sendo a invenção do “ato médico” a forma mais evidente da borda de incompetência e destituição de possíveis que faz proliferar.

Claro que mesmo dentro de cada feudo profissional, essa reprodução das ilhas de competências em oceanos de incompetências não para de operar sua máquina através das especialidades e dos especialismos cada vez maiores, fabricando e alargando novas incompetências e desautorizações de produzir cuidado.

Ainda nesse mesmo sentido territorial podemos pensar a própria concepção das “Redes Temáticas”, objeto afinal propulsor dessa pesquisa, como um novo arranjo capaz de produzir espaços lisos e espaços estriados na composição do agir em saúde.

Uma rede temática, como a Rede Cegonha, ou a Atenção Básica, ou Rede de Atenção Psicossocial, ou Urgência/Emergência, podendo operar como uma nova segmentarização, estratificação do campo do cuidado, não agora no espaço geográfico do mapa da cidade, mas em um certo mapeamento das necessidades assistenciais decorrentes de certo adoecimento, alimentando uma previsibilidade que aposta no “evento mórbido” disparador da demanda.

Tudo vai depender das composições descontínuas e irregulares de espaços lisos/estriados produzidos em cada encontro no cotidiano dos serviços envolvidos com essas “Redes Temáticas”.

Voltemos à oposição simples entre o liso e o estriado, pois ainda não estamos em condições de considerar as misturas concretas e dissimétricas. O liso e o estriado se distinguem em primeiro lugar pela relação inversa do ponto e da linha (a linha entre dois pontos no caso do estriado, o ponto entre duas linhas no caso do liso). Em segundo lugar, pela natureza da linha (liso-direcional, intervalos abertos; estriado-dimensional, intervalos fechados). Há, enfim, uma terceira diferença que concerne à superfície ou ao espaço. No espaço estriado, fecha-se uma superfície, a ser “repartida” segundo intervalos determinados, conforme cortes assinalados; no liso, “distribui-se” num espaço aberto, conforme frequências e ao longo dos percursos (logos e nomos). (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 161-162)

Vale destacar que, para Deleuze e Guattari (1997), o pensamento se faz no processo de desterritorialização o que quer dizer que o pensamento só é possível na criação. Dessa forma, da mesma maneira que os agenciamentos funcionam como elementos constitutivos do território, eles também operam na desterritorialização.

A pesquisa tem nos permitido refletir que território geopolítico – orientado pela delimitação – e território existencial – que demanda desterritorialização – são dois planos de atravessamento da produção do cuidado. Para construir redes vivas é preciso estabelecer as conexões entre os territórios. Acontece que nem sempre há espaços no trabalho em saúde para os processamentos necessários ao agenciamento coletivo que aposta na desterritorialização como plano na produção do cuidado nas redes vivas.

Retomando os relatos que abriram este texto, essa outra noção de território permitiria re-construí-los, gerando novos relatos não mais sobre a localização espacial da moradia dos sujeitos/usuários ou de sua “fixação” em determinada rede temática. Mas sobretudo, gerando e fazendo girar a compreensão de que esses sujeitos circulam e são em si territórios existenciais para os quais devemos nos abrir.

“Em qual rua ela está ficando? Ah... ela se identifica muito com essa rua e com as pessoas que ali circulam... devíamos conversar com ela sobre isso..”

“Ela foi admitida na instituição de longa permanência que fica em outro Distrito... é importante nos reunirmos com a equipe de lá para entendermos como eles (e ela) estão se sentindo.”

“Essa rua está “atribuída” à equipe de saúde da família na adscrição territorial, mas na verdade pertence a quem com ela se identifica. Há atuação da Equipe de abordagem social? Claro, a rua (a cidade, os espaços) são seus objetos de compreensão...!”

“Ela foi cuidada também pelos profissionais que atuam na Rede Cegonha e na RAPS e na RUE e nas...”

“Ela vive andando pela cidade... É na cidade que ela produz suas conexões, inclusive com as diferentes equipes de saúde com as quais ela se encontra...”

Essa reconstrução só é possível com os agenciamentos maquínicos (do corpo) e coletivos (de enunciação) processando encontros e arranjos que desterritorializem e re-territorializem a produção do cuidado em Redes sempre abertas, porosas e Vivas!

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. V. 05. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G. **A Ilha Deserta**. São Paulo: Editora Iluminuras, 2006.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. São Paulo: Vozes, 1986.

HAESBAERT, R.; BRUCE, G. “A Desterritorialização na Obra de Deleuze e Guattari”. **GEOgraphia**, v. 4, n. 7, set. 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewFile/74/72> Acesso em: 20 Jun. 2016.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S.. “Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial”. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set 2014.

O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que os usuários fazem sobre sua vida x a decisão dos trabalhadores de saúde sobre a vida do outro

Thayane Pereira da Silva Ferreira
Juliana Sampaio
Dilma Lucena de Oliveira
Adelle Conceição do Nascimento Souza
Rinaldo Alves Batista
Luciano Bezerra Gomes
Suely Mororó Marinho
Sandra Barbosa Ferraz

Iniciamos este texto convidando o leitor a um rápido exercício de visualização sobre as diversas dimensões que constituem uma pessoa. Toda pessoa tem uma vida passada que é repleta de memórias de tudo aquilo que ela já viveu. Esta mesma pessoa tem uma vida futura, na qual ela deposita seus projetos, expectativas e crenças (BRASIL, 2013).

Se nos aproximarmos e olharmos mais de perto esta pessoa, veremos que ela tem uma vida familiar, na qual desempenha diferentes papéis, como filho, pai, irmão, dentre outros, que propiciam vínculo e sentimento de pertencimento àquela família. Mergulhando neste universo que constitui a pessoa, veremos que esta tem ocupações que são significativas, estruturam o seu cotidiano e que muitas vezes definem a sua identidade. Além do corpo biológico, perceberemos que esta pessoa tem também um corpo vivido, marcado pelos afetos, experiências e aprendizados que interferem nos seus modos de ser e existir no mundo. Além destas dimensões, esta mesma pessoa tem hábitos, comportamentos e rotinas que a colocam no mundo e nas quais ela faz apostas para se produzir cotidianamente.

Ao pensarmos o cuidado em saúde mental, devemos também, enquanto trabalhadores da saúde, considerar toda esta complexidade e criatividade que constitui a pessoa, de modo que as ações de cuidado em saúde possam potencializar aquela dimensão que produz pouca ou nenhuma vida. Nesse sentido, a criatividade da vida de cada sujeito deve ser reconhecida pelos trabalhadores da saúde na inventividade do trabalho vivo em ato (GOMES *et al.*, 2014).

Enquanto processo inventivo, o cuidado deve se afirmar como uma experiência radical de (re)invenção da saúde que considera as apostas dos sujeitos sobre suas existências. O cuidado deve, portanto, estar a serviço do viver individual e coletivo, de tal maneira que a vida de qualquer um possa valer a pena (MERHY, 2002).

Nesta direção, o estudo tem como objetivo problematizar sobre como as decisões dos trabalhadores da saúde sobre a vida do outro, muitas vezes, divergem das apostas que os usuários fazem na produção intensiva de suas vidas.

Utilizamos a cartografia como dispositivo de rastreamento de encontros, afecções e acontecimentos, na medida em que acompanhávamos o cotidiano da produ-

ção do cuidado um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de João Pessoa-PB. Num movimento intenso de atravessamentos, imersos e *in-mundizados* no cotidiano deste serviço (GOMES; MERHY, 2014), fomos afetados por uma família que apresentava demandas em saúde mental, da qual o CAPS havia sido convocado a cuidar. Em seguida, a equipe de Saúde da Família (eqSF) também foi acionada no cuidado a esta família.

Decidimos acompanhar a produção do cuidado das equipes de saúde, cartografando os afetos que iam sendo produzidos nos encontros com a família. Após a primeira visita da equipe (técnico de enfermagem, psiquiatra e psicóloga), os relatos dos profissionais traziam a loucura como a marca da casa, e com ela o estigma, a periculosidade, o medo do diferente e, conseqüentemente, a necessidade de estabelecer uma relação de controle e domínio sobre aqueles modos de existência.

Merhy (2014) aponta que, quando nos encontramos com o outro diferente, e este é visto como ameaça, tendemos a estabelecer uma certa relação de domínio sobre este outro, submetendo-o às nossas decisões sobre a sua vida. Além disso, ao focarmos na doença e/ou sofrimento, corremos o risco, como profissionais de saúde, de negligenciarmos as dimensões da pessoa que estejam indo bem, que sejam fonte de criatividade, alegria e produção de vida e, ao agir assim, podemos influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades (BRASIL, 2013).

Em busca de estratégias de como lidar com a “*casa de loucos*”, os trabalhadores do CAPS, em reunião de equipe, decidem como proposta terapêutica medicalizar os desorganizados e, em seguida, encaminhá-los para as oficinas e grupos terapêuticos do serviço. No entanto, essas ofertas pouco ecoaram na vida dessas pessoas que, mesmo após receberem várias visitas das equipes de saúde, não se mostravam vinculadas às propostas terapêuticas ou ao CAPS, e nem tampouco visualizavam estar. O que a família nos mostrava a todo o momento, nesta recusa da oferta terapêutica, eram suas diferentes apostas no caminhar pela vida, que divergiam das vistas do ponto das equipes de saúde sobre a mesma.

Novamente, retomamos MERHY (2014) que nos aponta como as outras vistas do ponto – ou seja, deslocando modos de lançar miradas sobre a loucura – geram tensões nos pontos de vista sobre o cuidado em saúde mental. Neste sentido, o autor afirma que:

Os usuários se colocam em verdades que são ligadas à sua aposta de produzir em si um cuidado que lhe potencializam seus modos de viver, de modo que as vistas do ponto dos trabalhadores da saúde nem sempre correspondem a esse regime de verdade. (MERHY, 2014, p. 3)

Reconhecendo e legitimando a negação da família frente à oferta medicamentosa, a equipe de pesquisadores produziu uma mudança na forma de se relacionar com a, até então, “*casa de loucos*”. As visitas subsequentes agora apostavam na construção de novos olhares sobre aquelas pessoas, a partir do conhecimento de suas histórias de vida, suas ocupações e seus papéis na dinâmica familiar.

O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que os usuários fazem sobre sua vida...

Esta abertura para o encontro com o outro, nos possibilitou conhecer a “casa de muitos” parafraseando DELEUZE & GUATTARI (1995), onde cada um deles eram muitos, e assim já eram vários. Nesta nova cena, foi possível conhecer as pessoas para além da história do adoecimento e da marca da loucura. E, ainda, entender a dinâmica familiar, relações, conflitos, cuidado, vínculos, pertencimento e seus modos de produzir vida.

Na “casa de muitos”, residiam cinco pessoas, a matriarca e mais quatro filhos, dos quais um faleceu há um ano. Praticamente todos foram caracterizados como apresentando algum tipo de transtorno mental. Para além da loucura, entretanto, estas pessoas produzem cuidado consigo e com os outros membros da família, estabelecem relações de apoio, produzindo agenciamentos que os sustentam como membros de um corpo coletivo, a própria família.

Além destes, os demais filhos, que não residem na mesma casa, recorrem à matriarca quando necessitam de apoio, ajuda financeira, cuidado e afeto. A família, em rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 1995), tece a todo o momento relações de cuidado uns com os outros e apostam nos seus modos de ser e existir.

Deleuze e Guattari (1995), ao afirmarem que um rizoma tem como tecido a conjunção e...e...e..., nos convocam a produzir deslocamentos sobre as maneiras de se ver a loucura, de modo que alguém tido como louco é, e pode ser vários outros: um escritor, um jornalista, um artista, um...um...um... (MERHY, 2014), e que pode ocupar diversos papéis: o de ser pai, irmão, filho, cuidador, tio, namorado, amigo e tantos outros, que o constituem como “muitos”.

A implicação de um novo olhar possibilitou a abertura para outros mundos, de modo que foi possível conhecer a multiplicidade nos modos de ser daquelas pessoas, reconhecendo-as como produtoras intensivas de vida. Desse modo, as ações em saúde precisam estar atentas e saber explorar os vários planos de produção de vida dos sujeitos para a construção de uma rede existencial mais rica, que abarque as várias dimensões da sua vida (BRASIL, 2013). Só assim, as intervenções serão de fato terapêuticas.

Esta produção de novas visibilidades sobre os sujeitos com transtorno mental suscita a mudança da própria clínica e no cuidar, no sentido de que esta deve buscar estratégias para dar suporte às experiências de produção de existências em si e nos outros e não intervenções normalizadoras (BRASIL, 2013). Neste sentido, amplia-se a possibilidade de se conviver com a diferença sem produzir desigualdade, reafirmando a necessidade de se respeitar a diversidade que nos permite a vida em sociedade não fascista (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010).

A abertura para as apostas que os usuários fazem, cotidianamente, no seu caminhar pela vida nos convoca a problematizar a necessidade de se pensar o cuidado como a construção de espaços de escuta e reconhecimento do outro. Este reconhecimento do saber e da vida do outro como válidos, por sua vez, provoca tensões na produção do cuidado em saúde mental que desterritorializa os trabalhadores de saúde na sua prática, convocando-os a considerar o usuário, como o centro da produção do cuidado.

Nesta perspectiva, as ações de cuidado passam pela resignificação do cotidiano do outro em sua produção intensiva de vida. E isso só é possível quando os trabalha-

dores da saúde se colocam a serviço da aposta que os sujeitos fazem no seu dia a dia, “*posicionando as suas verdades como secundárias de uma outra mais importante: a defesa da vida nos seus vários planos de produção, ali nas apostas que o outro faz para se produzir*”. (MERHY, 2014, p. 3)

Este acompanhamento nos revelou a necessidade de se produzir um cuidado que considere os diversos modos das pessoas se porem no mundo e construïrem as suas redes vivas, reconhecendo-as como protagonistas de sua própria história e da produção do seu cuidado. Este reconhecimento do outro, por sua vez, só é possível quando o profissional de saúde considera as diversas dimensões da pessoa, visualizadas no início deste texto, em busca de estratégias de cuidado que tenham sentido para esta e sejam potencializadoras na construção de mais redes vivas na sua existência.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 34 – saúde mental**. Brasília: Editora MS, 2013.

DELEUZE G, GUATTARI F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Volume 1. São Paulo: Editora 34; 1995. 96 p.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. “Apresentação”. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.) **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

GOMES, M. P. C. *et al.* “Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Histórias de R”. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.) **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 55-88.

MERHY, E. E. “As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas”. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. v. 14. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf. Acesso em: 19 de Maio de 2016.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER L. C. M; GOMES, M. P. C. “Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 60-75.

Um “estrangeiro” na rede de avaliação compartilhada: experiências em uma área programática no município do Rio de Janeiro

Mary Ann Menezes Freire
Ana Lúcia Abrahão
Edith Lúcia Mendes Lago
Marcia Oliva da Costa
Elisangela de Aquino Lima
Camilla Quintanilha Lage
Deise Rodrigues

O produto deste trabalho integra as análises iniciais da pesquisa intitulada “Observatório Nacional de Produção de Cuidados em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, também conhecida/denominada como “Rede de Avaliação Compartilhada – RAC”.

A pesquisa – RAC – tem por finalidade aprofundar o olhar, sob a ótica de quem pede, quem faz e quem usa, sobre a produção do cuidado nas redes de atenção à saúde, no SUS, no intuito de produzir o que chamamos de uma avaliação compartilhada, através dos olhares desses diversos atores. Uma investigação em âmbito nacional, mas que neste trabalho, toma como foco a experiência das pesquisadoras em uma unidade de saúde.

Avaliar as redes de atenção à saúde de forma compartilhada implica na produção de encontros para estabelecer contato direto com o trabalho vivo, com os vários conhecimentos e saber o que se institui a partir do encontro com o outro. Entendemos que todo e qualquer trabalho em saúde se faz nos encontros, seja com o outro profissional de saúde, seja com o usuário. E são esses encontros o fio condutor dessas análises iniciais, norteados pela imersão no cotidiano das equipes, das unidades, dos territórios de vida e de produção do cuidado.

Os Caminhos... As Experiências...

Tomando a proposta do encontro como método, os efeitos dos processos investigativo da pesquisa em nós revelou-se como uma necessidade de reflexão e aprofundamento. Além de muitos estranhamentos. E é essa experimentação que nos interessa nesse momento da pesquisa. Uma análise que tem consequências, não só porque os seus efeitos incidem sobre o objeto, mas por poder deslocar a vista do ponto de vista do pesquisador. Uma forma de pesquisar que dispensa condições ideais e controle de variáveis, mas que, no entanto, se sustenta pela aposta de seus pesquisadores e suas implicações.

Produzir-se como pesquisadores de forma compartilhada, imersos num território desconhecido, do ponto de vista de suas produções de vida, foi a nossa principal

aposta. E os estranhamentos e atravessamentos de nossas implicações nos encontros foi revelador de uma certa produção de conhecimento que toma como elemento principal a experimentação dos pesquisadores no território.

Um exercício de desaprendizagem do que já sabíamos sobre cuidado em rede, um exercício de desinstitucionalização, de “desapego” dos protocolos. Um exercício que convoca os pesquisadores a problematizar e inventar a si e o mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa, contamina-se ao dar passagens aos múltiplos processos de subjetivações que esteve em produção de fabricação de mundos, de modos de cuidado distintos. Nesta perspectiva, misturamo-nos, afetamo-nos com o processo de investigação, nos diluindo no próprio objeto e nos deixando ser atravessados e inundados pelos encontros que fizemos com trabalhadores, usuários e gestores (ABRAHÃO *et al.*, 2013).

O pesquisador In-Mundo, estabelecendo conexões e avançando no *Nós*, no entre do *saber* e *fazer*, no entre do *saber* e do *não-saber*.

Encontros e Afetações: a descoberta do “eu” (e dos muitos “eu”) Estrangeiro

Tomar o exercício do encontro como ferramenta metodológica diz de algo que faz os corpos colidirem mesmo sem contato visceral, direto, físico, mas que altera os corpos, afetando-os, efetuando não só a mistura dos mesmos, mas modificando-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo, forjada em ato (CERQUEIRA, 2014).

Deste modo, não apenas o profissional, mas o usuário também é produtor de saberes, contudo, um saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção de vida (MERHY, 2013). Como resultado destes encontros trazemos para discussão um dos efeitos que se produzem no território.

O território é um local que se destaca por seus contrastes: a área mais distante da região central da cidade; um território extenso, populoso, marcado pela frieza dos seus indicadores e pelo calor das formas de produção de vida que vivenciamos por lá. Um território e uma população com a marca das diversas formas de violência, física, política, econômica, social, mas onde a vida pulsa com extrema coragem. É neste lugar que mergulhamos e nos experimentamos.

[...] somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Isto é, somos muito sujeitos e não sujeitos em diferentes situações. Instituídos e instituintes. Melhor dizendo, somos sujeitos que sujeitam sem que com isso deixemos de ser sujeitados também. [...] Somos dados e dandos. Somos definidos. Quando chegamos, algo já estava ali. [...] Somos constituídos nisso e por isso. (MERHY, 2014, p. 12-14)

Compreender esse território para além de seus indicadores e de suas características e questões geográficas também foi uma aposta relevante. Enxergar o usuário, em si mesmo, como um território existencial, subjetivo e cultural, que vaza o geográfico

e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços, se fez necessário à medida que os encontros começaram a produzir os seus efeitos em nós.

Desvelar os códigos, os sinais, os aprofundamentos locais que os usuários, alguns profissionais e o território impõem para o nosso caminhar nessas redes vivas foi algo que nos revirou. E é neste momento que surge o inquietante: o *estrangeiro*. Nós, armados de nossos saberes, mergulhando num território que até então era conhecido por nós mesmos, vestidos de nossas pré-concepções e conceitos, nos deparamos com a sensação de ser um estrangeiro nesses encontros, à medida que eles iam acontecendo.

Algumas situações, variadas, vividas de modo muito singular por cada um de nós, permitem o aprofundamento dessa reflexão. Uma destas experimentações ocorreu em uma reunião geral em uma das unidades básicas a qual estamos inseridos. A conversa era centrada na construção do plano de Acesso Seguro para a unidade, uma forma de garantir a oferta de serviços e a unidade aberta, mesmo diante da violência no território. Uma discussão dominada pelos ACS's, permeada de códigos e sinais, que traduziam e caracterizavam os níveis de violência local, e que serviriam para a construção do referido plano, numa tentativa clara de produzir acesso à saúde.

Mais um momento onde o sentimento de estrangeirismo prevaleceu. Compreender os códigos e sinais empreendeu um esforço, um diálogo questionador. E o surpreendente?! Perceber que não havia apenas o, pesquisador, de estrangeiro naquela reunião, mas outros profissionais, da própria unidade, que se encontravam nas vias de dúvidas, medo e espanto em que o pesquisador se encontrava. Estrangeiros em um encontro.

Ser estrangeiro trouxe consequências e produziu um deslocamento importante em nós. Saber de si passa sempre pelo saber sobre o outro, mas a pesquisa nos proporcionou outra perspectiva. Supõe-se saber algo, sobre os usuários, sobre o território, sobre os serviços. Mas eles, profissionais e usuários, também sabem muito sobre todas essas questões, sob outras perspectivas. E isso tem sido fundamental, pois todos esses atores também são produtores de afecções em nós. Tomar isso como analisador, dentro da proposta da RAC, é tomar a produção de vida como foco do cuidado.

Reflexões.... Que não têm fim...

Estrangeiro de um modo geral todos somos em alguma medida, o que a experiência de produzir conhecimento por uma via compartilhada nos aponta, são vistas do ponto que constroem dizibilidades e visibilidades outras. Conexões existenciais, ou seja, vínculos, contatos que são construídos para além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, que protocoliza o usuário e amarra as equipes.

Esta imersão e experimentação abriu grandes possibilidades para novos estudos e práticas, incorporando os processos de subjetivações, presentes no trabalho em saúde, ganhando contornos, tornando-se “palpável” a partir do momento que tomamos como pressuposto o trabalho vivo atuante nos processos produtivos do cuidado. O trabalho em saúde se dá sempre com base em um encontro, é sempre relacional, em

ato. O encontro é a base da filosofia de Spinoza para a teoria da afecção, parte da formulação de que os corpos têm uma capacidade de se afetarem mutuamente no encontro entre si, gerando afetações (FRANCO, 2013).

Nesta experimentação, optamos por dar visibilidade ao ato no plano do cuidado e se misturar no nomadismo e nos acontecimentos. Nesse exercício somos provocadas primeiro a olhar em nós essa produção, os deslocamentos que são produzidos, para poder olhar nos outros e nas redes que vamos nos misturando e produzindo visibilidades. Neste movimento estrangeiro, encontramos conceitos ferramentas, que nos auxiliam, como a noção de afecção espinoziana, mas que ganha novos sentidos a medida que damos passagem de forma simétrica ao estrangeiro esvaziado de intencionalidade no encontro.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* “O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**, v. 39, 2013, p. 133-144.

CERQUEIRA, P. *et al.* “Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção”. *In*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014 (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). p. 25-42.

FRANCO, T. B. “Prefácio”. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E. “Gestão na Produção do Cuidado em Redes de Atenção à Saúde”. Vídeo publicado em 14 de novembro de 2013, **Encontro Regional Sul da Rede Unida**, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=5yjYnNsvDUQ>, e acessado em 15 de outubro de 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. “O Cuidado é um Acontecimento e não um Ato”. *In*: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182.

O usuário que incomoda

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos
Adriana Nascimento Gomes
Michelly Santos de Andrade
Luciano Bezerra Gomes

A partir da vivência no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de João Pessoa, foi possível conhecermos João – um adulto-jovem que passa os seus dias “preso” em sua cama devido aos quase trezentos quilos de seu próprio corpo. Aos poucos, João foi nos contando a sua história.

João vive com um benefício da assistência social de um salário mínimo, tendo ainda como renda familiar: a bolsa família do filho de 16 anos, a aposentadoria do pai, do sogro e da sogra. Todos em casa têm necessidades de cuidados continuados em saúde: o sogro cadeirante com sequelas de AVC, a sogra com artrose na coluna e joelhos, o pai com uma lesão neoplásica em face e o filho seguindo o caminho dos pais na obesidade. A esposa de João é a única cuidadora de todos. Esporadicamente, recebem visitas de familiares e alguns poucos amigos que lhes ajudam em situações de maior necessidade.

João sai de casa apenas em casos de urgência e emergência ou para realização de exames. Para se deslocar, necessita do apoio de uma ambulância e de pelo menos cinco bombeiros, já que o SAMU não dispõe de estrutura e efetivo suficiente. Devido às diversas necessidades de locomoção, João desenvolveu um contato próximo com o coordenador da central de operações dos bombeiros, ligando diretamente para o seu telefone particular quando tem dificuldade de acionar os bombeiros pela central telefônica.

Não tem uma boa relação com os profissionais da Unidade de Saúde da Família que fica a três quarteirões de sua casa. Refere que a agente comunitária de saúde, que acompanha sua casa, conversa mais com os idosos e que raramente recebe visita do médico da atenção básica. Relata que já teve uma desavença com uma médica anterior da unidade, inclusive a denunciando na ouvidoria da saúde por mau atendimento. Ao perguntarmos para o João sobre qual o serviço que ele sente que, efetivamente, o acompanha e o cuida, João desabafa: “para mim é o SAD. Não é o posto”.

Disse já ter perdido, com muito esforço, mais de 70 Kg, desde que começou a receber atenção do SAD, mas que realizar uma cirurgia bariátrica é sua grande esperança para voltar a caminhar. Há quatro anos, não consegue mais ficar em pé e, desde então, tenta articular sua cirurgia bariátrica, solicitando e pressionando serviços, profissionais e gestores de saúde através de telefonemas, ouvidorias, das redes sociais e de denúncias às mídias radiofônicas e televisivas.

Foram tantas tentativas e articulações visando se operar em um hospital municipal de referência para obesidade que João acabou fazendo uma vinculação direta com o cirurgião digestivo, com quem mantém contato por telefone e internet. É uma relação tensa entre médico e paciente, pois é permeada tanto por súplicas de ajuda, quanto por cobranças para realização da cirurgia; e por respostas tanto de esperança, quanto de

desilusão. João, consciente de seus direitos por um tratamento efetivo para a obesidade, assume que já tentou pressionar o médico de várias formas para abreviar a cirurgia:

Ele sabe o paciente que tem. Ele já me conhece há quatro anos. Se é para enlouquecer, eu enlouqueço ligeiro. Ele sabe disso. Se é para dar nó, eu dou nó ligeiro. Eu já *botei* ele na página da internet, dizendo: ‘por que não faz a cirurgia, doutor?’. Ele levou dez mil curtidas. Já entupi a caixa de mensagem dele várias vezes com recados de amigos da internet. Ele sabe que, se é para mostrar a verdade, eu faço... Eu não tenho medo, eu sei o meu direito até onde me assiste.

Sua resistência e enfrentamento frente às barreiras de acesso que lhe são postas, ficam ainda evidenciadas na seguinte fala:

Eu mandei recado para o prefeito através da televisão. Eu peitei mesmo o prefeito: ‘todo mundo diz que o *Para Viver Melhor* é o projeto do senhor. Mas tem quatro anos que eu estou em cima da cama e cadê a saúde melhor?’ Fiz um vídeo aqui dentro de casa e eu mandei ao vivo para ele. E ele viu...

No segundo semestre de 2015, irritado com a demora na realização da cirurgia bariátrica, resolveu acionar os bombeiros e ir pessoalmente conversar com a secretária municipal de saúde. Para ajudar na negociação e na pressão junto a secretária, entrou em contato com a Associação Paraibana dos Bariátricos – que havia conhecido há pouco tempo através de uma reportagem na televisão – e com a imprensa televisiva que o acompanharam na ida a secretaria de saúde. Mas chegando lá, não conseguiu ser recebido pela secretária.

No final de 2015, com o apoio do SAD, João conseguiu finalizar todos os exames e avaliações para finalmente realizar a cirurgia de redução de estômago que tanto batalhava. Porém, o seu cirurgião digestivo fez uma exigência: João não poderia chamar a imprensa antes de sua admissão no hospital e operação; permitindo, se ele quisesse, apenas na saída do hospital.

O registro desta experiência se desenvolveu durante todo o ano de 2015, a partir do envolvimento de três pesquisadores da RAC com os serviços relacionados ao cuidado domiciliar em saúde do município de João Pessoa – PB: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), atenção básica e hospitais de referência. Nestes cenários, ocorreram inúmeras conversas com profissionais, gestores e usuários sobre suas experiências e desafios nesse processo de cuidado.

Todas as vivências foram registradas em diário de campo pelos pesquisadores. Algumas conversas e reuniões mais significativas foram gravadas com o consentimento dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram atendidas todas as exigências éticas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012). O conjunto de narrativas, vivências e afecções produzidas foi processado em reunião com o grupo de pesquisa e com alguns trabalhadores mais envolvidos, tendo como suporte os referenciais teóricos da micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 2002a, 2002b).

Neste acompanhamento do usuário-guia (GOMES; MERHY, 2014) foi interessante notar o deslocamento que o uso da imprensa radiofônica e televisiva, das redes sociais na internet e da ouvidoria dos serviços de saúde têm para o usuário-guia e para trabalhadores/gestores. Enquanto para estes, os usuários que denunciam ou expõem suas situações nestes meios tendem a ser vistos como os que dão trabalho e que buscam quebrar os fluxos normatizados, para aquele, esse recurso é parte das suas estratégias de articulação de redes de cuidado. Verifica-se isto pela fala de um trabalhador da saúde que o acompanha:

É um paciente que ganhou notoriedade porque ele foi pra imprensa e fez outras coisas... E ele conseguiu fazer o que queria e tem todas as atenções para ele [...]. As pessoas estão imbuídas e cobradas, muitas vezes não pela atitude heroica de querer cuidar, mas em grande parte das situações pela atitude de pressão sofrida pela relação tensa que ele tem com os serviços de saúde.

Como vemos no relato acima, as estratégias de articulação do cuidado a partir da pressão e tensão nas unidades e nos profissionais de saúde, apesar de efetivar e agilizar a assistência à saúde, também geram fissuras no cuidado e no vínculo usuário-profissional. A subjetividade, que é tão importante na formação e consolidação de redes vivas de cuidado (MERHY *et al.*, 2014), nestas situações de conflito, age de forma a criar barreiras e preconceitos para um cuidado mais dialogado e atento às necessidades dos usuários, como podemos ver na fala do trabalhador: “*Ele cobra isso tudo e ele não faz a parte dele*”.

Tais questões nos remetem à problematização sobre como interferir nesses modos de produção do cuidado. Como gerar possibilidades de interlocuções entre trabalhadores, gestores e usuários no mundo do trabalho para gerir uma clínica ampliada, que seja ofertada para todos como direito social e não como uma benesse que se oferta a quem “merece” ou a quem “cobra e reclama”?

Referências Bibliográficas

CONSELHO Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – **Resolução 466/12**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

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

_____. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b. p. 71-112.

MERHY, E. E. *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

Caixa preta: (uma aposta de) menos do mesmo no cuidado em saúde – pesquisa interferência

Priscila da Silva Matias
Nereida Lúcia Palko dos Santos
Simone Mendes Carvalho

O presente texto é uma produção na qual sujeitos pesquisadores se misturam e o seu encontro é determinado como um acontecimento intercessor, que parte do desenvolvimento da pesquisa RAC em um Centro Municipal de Saúde (CMS) do Rio de Janeiro, na e com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Relatório Técnico Final da primeira fase da pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde em 2013, traz a dimensão do cuidado produzida na lógica de um processo, como um acontecimento no encontro entre “vários” que aí estão, além de se construir sempre como uma rede viva “rizomática” no campo dos territórios existenciais (MERHY *et al.*, 2013). Assim, tomamos a proposta nacional desta investigação: a avaliação do cuidado em saúde, no ato da sua construção, nas redes de atenção à saúde de recortes loco-regionais do SUS (Sistema Único de Saúde); e desenvolvemos o trabalho à luz do objetivo geral da pesquisa: processar a avaliação do cuidado pelos que estão implicados no ato da sua produção, nas redes loco-regionais.

Inserimo-nos no cotidiano das equipes e dos usuários da rede de atenção à saúde no ato da produção do cuidado e do processo de trabalho, nos afetando e afetando os outros nos encontros ao longo da pesquisa, uma experiência desenvolvida com base no acúmulo e adensamentos de investigação e produção de conhecimento pelo grupo de pesquisadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ. Falamos aqui do caso-traçador do cuidado, um caso que foi como um fio condutor pelo complexo labirinto do cuidado em saúde.

O caso-traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde (CARVALHO, 2009). O método permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário.

Entretanto, a construção do caso-traçador localmente carece da disponibilidade para o encontro entre os pesquisadores locais (na maioria trabalhadores da unidade de saúde) e pesquisadores estrangeiros¹⁷. E foi lá, em ato, na construção de uma história que também é composta por aquilo que não é dito e / ou visto por outras pessoas que atravessam a construção de narrativas, mas que não foram visibilizados (MERHY

¹⁷ Pesquisadores estrangeiros é uma designação que nasceu ao longo da produção da pesquisa, na medida que discutimos nos encontros de processamento do campo empírico e da “produção dos dados” o quanto estávamos “estrangeiros”, externos, em um primeiro momento, ao cotidiano dos trabalhadores e usuários das unidades de saúde. Entretanto, na aproximação, na permanência e conexão com as muitas realidades locais, mergulhando com os trabalhadores em seu cotidiano, como um visitante estrangeiro que permanece atento e aberto aos efeitos locais, aprendemos, incorporamos e nos misturamos ao cotidiano, nos deslocamos e reterritorializamos no processo, em uma pesquisa acontecimento.

et al., 2013), que saímos do tradicional “data show” para a apresentação de resultados de pesquisa na reunião geral da unidade, para a cena, utilizando a “caixa-preta” para colocarmos as coisas que levamos do caso-traçador em nós.

De uma alusão à “Tenda do Conto”¹⁸, construímos a “caixa-preta”, a roupa preta, as palavras-chave e a dinâmica de devolução dos processos ocorridos dentro de uma equipe para toda unidade de saúde. A aproximação e mistura entre os membros da equipe na roda, possibilitou o reconhecimento do outro, a produção do cuidado e sua continuidade dentre muitos outros aspectos que não abordaremos neste momento.

Dos momentos e tessituras desenvolvidos na produção da investigação, destacamos três: apresentação e contratualização; jeitos de construir o coletivo pesquisador na unidade; e como dobrar o caso-traçador para além da contação da clínica do outro. Muitos desafios!...

Diante destes, seguimos com a questão: Como fazer menos do mesmo e trabalharmos os efeitos que produzimos juntos? Em especial porque ainda não podemos dizer que não existem preconceções, mas nos colocamos em movimento de não engessamento por estes, ou por certezas pressupostas.

Neste sentido, passamos por movimentos, e neste ensaio nos deteremos ao que nos possibilitou dar uma certa exposição, materialidade, ao que construímos ao longo de quase um ano de trabalho.

A partir da nossa memória...

Marcamos uma data para a reunião geral, e misturadas com a micro-equipe na qual teve origem o caso-traçador, trabalhamos muitas possibilidades de retornarmos ao coletivo ampliado da unidade as construções, dúvidas, conceituações, cartografias e ampliações “do caso” que ganha múltiplas vidas para o grupo. Elencamos e discutimos: solidariedade; sobrecarga; o meu trabalho e o trabalho do outro; rotatividade de trabalhadores / fragilidades; quando o cuidado está para fora da equipe: rede interna e externa; processos de comunicação; união: o que une e o que afasta; qual a direção do cuidado? Como a equipe trabalha isso?

Após uma intensa produção, elaboramos nossa estratégia de apresentação que nasceu da caixa-arquivo-preta na qual a medicação de uma variação criativa do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) para uma usuária inserida no caso-traçador se dá.

Por que não usar a caixa-preta para colocarmos as coisas que levamos do caso-traçador em nós? A estética da apresentação ganhou na “caixa de contação” a ideia de uma caixa-preta, daquelas que os aviões carregam, e que contém toda as informações principais de voo de uma aeronave, O caso-traçador.

No dia da apresentação saiu da caixa uma multidão-usuária em nós: CD do Roberto Carlos, cigarro, remédio, batom, maquiagem, perfume, adereços de carnaval,

18 A Tenda do Conto é uma prática dialógica que se caracteriza como metodologia participativa, na medida em que contribui para as práticas de cuidado em saúde e para a produção de sentidos, significados e ressignificação dos problemas psicossociais, por meio da experimentação, da desindividuação e da problematização. (Silva et al. 2014).

brincos e colares etc. Era como a própria rede viva, a produção da existência (MERHY *et al.*, 2014) dos sujeitos dos quais se narra o cuidado do caso-traçador, uma caixa-preta cheia de surpresas que foram descobertas ao longo dos encontros usuário-usuário, usuários-pesquisadores, pesquisadores-pesquisadores. Foram inúmeros encontros!

Ainda nos havemos com os efeitos que por ora não caberão nesta narrativa: uma reformulação da articulação Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e Atenção Básica; uma relação de valor do trabalho com a equipe, o espaço de fala e encontro da unidade; os territórios existenciais dos usuários; o caso-traçador que “explode” e vira possibilidade de discussão da direção do cuidado, entre outros.

A micropolítica do processo de trabalho e seus efeitos entram em análise e reverberam pelos corredores, pelas salas, pelos olhares. A aproximação e mistura entre os membros da equipe na roda, possibilitou, além do reconhecimento do outro, a visibilidade de que estas são questões que estão presentes, e que, subjetivamente produzem efeitos nos corpos e nos atos, no sensível e nas relações, impactando direta e intensamente na produção do cuidado e no processo de trabalho de forma pouco articulada entre as seis micro-equipes da unidade (MERHY e FRANCO, 2015); as tensões na continuidade do cuidado entre trabalhadores e usuários; o esforço que exige a construção e manutenção de uma rede de atenção com articulação internamente e externamente à unidade; as fragilidades do processo de cuidar e do trabalho diante da descontinuidade da permanência dos trabalhadores em seus postos; e o desafio de propor outro momento, pois: se conseguimos fazer outra forma de apresentação, que tal construirmos possibilidades para pensarmos em fazer menos do mesmo diante dos outros desafios, cultivar espaços de criatividade e, quem sabe, de educação permanente?

São apostas no processo de trabalho em saúde das, e para, as quais não existe fórmula, ou caminho definido. Pelo contrário, é acontecimento como o ar que nos inspira à vida. É construção cotidiana, que varia e depende de muitos arranjos, da entrada, permanência e / ou saída de profissionais, das relações na comunidade, com os usuários, entre os trabalhadores, com a gestão local, entre outros.

É provisório, no sentido de precisar cuidar do cuidado, não apenas das ações planejadas e cumpridas, ou não, pela equipe. Mas do que pode parecer não estar presente, pois não ganha discursividade no cotidiano, falamos da atribuição de sentido ao cuidado pelos atores envolvidos neste processo. Falamos de retomar, retomar e retomar qual o sentido do cuidado em cena, para que em sua provisoriamente discursiva, este se fortaleça e atualize em processo, singularmente, intensa e profundamente, para que não se desvaneça, como um rosto de areia na orla do mar (FOUCAULT, 2000).

Falamos de nossa experiência neste cenário, considerando que retomar, retomar e retomar não é movimento sem tensão, sem disputa, pelo contrário. Porém, na lógica da pesquisa interferência, está sendo possível, bem devagar e cautelosamente, fazer menos do mesmo, abrir pequenos furos no muro dos limites e das dificuldades, balbuciar as palavras de outros sentidos ao cuidado em saúde. Uma onda que esmaece o rosto da escultura na areia e provoca o espaço de mudança, a construção de outras provisoriiedades.

Referências Bibliográficas

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução Salma Tannus Muchail. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MERHY, E. E *et al.* “Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS (A Produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde – Avalia quem pede, quem faz e quem usa – Pesquisa Interferência)”. **Relatório Técnico Final**. Setembro/outubro de 2013.

MERHY, E. E *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 153-164, out 2014.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. HUCITEC editora. 2015.

OLIVEIRA, J. A. S. **Algumas reflexões sobre a pesquisa interferência**. 2015. (Mimeografado)

SILVA A. V. F., *et al.* **A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica**. Natal: Edunp, 2014.

Ferramentas e arranjos metodológicos: uma experiência no campo da pesquisa

Ana Lúcia Abrahão
Edith Lúcia Mendes Lago
Mary Ann Menezes Freire
Deise Rodrigues

A pesquisa RAC tem por finalidade penetrar nas redes de atenção à saúde a partir de quem pede, quem faz e quem usa a produção do cuidado, no SUS. O objetivo é produzir uma avaliação compartilhada, através dos olhares desses diversos atores.

O processo de ingresso no campo de pesquisa nos convida a explorar o desconhecido, não como o que (des)conhecemos, mas em um movimento de co-produção do conhecido. O que está no domínio do comum e ao mesmo tempo produz estranhamento e deslocamentos no processo de cuidado. E foi com estas e outras questões que ingressamos no campo. Uma das regiões do município do Rio de Janeiro.

A experiência de entrada no território é o que pretendemos explorar, mais precisamente as ferramentas e arranjos que construímos nos encontros que estabelecemos com usuários, profissionais e gestores das redes de cuidado em que participamos, ou seja, a nossa experiência.

Uma primeira reflexão que fizemos ocorreu a partir do debate sobre conceito-ferramenta, como Deleuze e Guattari (1982) apresentam. Algo que se desloca de um conceito fechado, marcadamente operativo e explora as especificidades e tensões que o campo de pesquisa oferece, sendo um lugar de troca de experiências e de criação, conforme colocam Abrahão e Merhy (2014, p. 316):

Entendemos que “todo conceito remete a um problema, problemas sem os quais não teria sentido, e que só podem ser isolados ou compreendidos na medida de sua solução [...]”. Ao trabalharmos as tensões, estamos agindo sobre os conceitos, sobre o campo de experiência que se coloca como um problema do experimentar na existência. Uma ferramenta que age sobre as verdades da vida, uma ferramenta para viver o conceito, como vida.

Ingressamos no campo de pesquisa após discutirmos sobre conceito-ferramenta e abertas à experiência, como um problema de experimentar a existência, as várias existências nos encontros com os profissionais, usuários e gestores estariam, assim, fazendo parte das nossas existências no campo de pesquisa.

Neste texto vamos colocar em análise a nossa capacidade de trabalhar as tensões dos encontros que estabelecemos, a partir do uso dos conceitos-ferramentas que experimentamos no período de produção no campo de investigação. Vamos empregar trechos dos nossos diários para destacar as tensões e os problemas que experimentamos, sem os quais não teria sentido viver o conceito e colocar sob análise os regimes de verdades.

O campo que experimentamos

Santa Cruz é um bairro da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro com alta taxa de densidade populacional e extenso em área, o mais distante da região central da cidade. Seu meio de integração interna e com o centro da cidade é o trem, a linha férrea da Central do Brasil.

O bairro reúne uma população centrada principalmente na classe média e média-baixa, com IDH de 0,742, ficando em 119º lugar entre os bairros do município do Rio de Janeiro. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, Santa Cruz faz parte da Área Programática 5.3 (AP 5.3), juntamente com os bairros de Paciência e Sepetiba.

A região registra uma das mais altas temperaturas da cidade, chegando a dias de 45°C. Fato que constitui um fator extremamente importante quando estamos no campo da saúde e com uma população vulnerável e exposta a riscos relacionados a diferentes fatores. O calor não só esquenta, como derrete superfícies e objetos. Organizar o cuidado para uma população de 368.534 habitantes, segundo o censo de 2010, com 68% deste quantitativo na faixa etária produtiva, com cerca 15,7% de crianças e com uma renda per capita da região em torno de R\$ 511,14, significa construir estratégias que incluam outros setores da sociedade. A articulação da Coordenação da Área Programática da 5.3 (CAP 5.3) com o Conselho Tutelar, o comércio local, a segurança pública e outros setores da região, refrigera e refresca as ações que são desenhadas no campo da saúde, e é um indicador de que os trabalhadores da saúde daquela região reconhecem que estão diante de uma população jovem com problemas decorrentes da iniquidade social e passam a inaugurar modos singulares de construir outras formas de manter a vida pulsando.

Explorar as especificidades e tensões que o campo de pesquisa oferece, sendo um lugar de troca de experiências e de criação consistiu em estarmos sobre a influência da tensão e do calor de Santa Cruz. Entrar em contato com equipes que operam nos serviços, nas casas, nas ruas. Nos encontros passamos a identificar o emprego de tecnologia na construção do cuidado, reconhecemos ações que se aproximam da dinâmica de vida dos usuários e dos problemas de saúde da dinâmica da vida das pessoas que habitam e trabalham naquele território.

Com a produção destes encontros potentes começamos a experimentar este território com o Fórum de Rede, um dispositivo que reúne os técnicos e os gestores dos diversos equipamentos envolvidos com a saúde da área da 5.3, cujo objetivo principal é reconhecer os problemas que obstaculizam a desenvoltura da rede. Deste modo, há representantes de todos os setores envolvidos com a saúde nos seus diversos níveis de atendimento tais como Clínicas da Família, Hospitais da área, Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e outros setores que por vezes são convidados a fim de se estabelecer parceria na construção de vias para a construção das redes.

Muito embora já tivéssemos passado da fase de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro, o “aceite” da pesquisa neste fórum foi fundamental para nós, porque consistia no reconhecimento da equipe e de parceria com os diversos atores envolvidos com a saúde na região.

Início da experiência

A maioria da equipe de pesquisadoras não mora no município onde a pesquisa se realiza. Do total de cinco, apenas duas moram no município do Rio de Janeiro e as restantes moram em municípios circunvizinhos.

Para chegar aos equipamentos da rede de saúde, a maioria de nós faz uso de um meio de transporte comum: o trem. O mesmo liga o centro da cidade do Rio à zona oeste, perfazendo um total de 54 quilômetros, e o seu circuito atravessa cerca de 24 estações (para quem vem de outro município), durando uma hora e meia de viagem. Vem lotado de trabalhadores que vão se encontrando ao longo das estações, sendo um verdadeiro acontecimento em si mesmo:

Como moro em Niterói, no bairro de Maria Paula, acordo as 5:30 da manhã, faço o café, tomo o banho e saio às 6:00 em ponto para pegar o meu primeiro ônibus que vai me levar ao centro de Niterói [...], quando desço desse ônibus, já são quase sete e uso a barca, que também vai lotada, [...] passando à minha terceira condução que me leva rapidamente à Central do Brasil, onde utilizo o trem para o meu destino que é Santa Cruz. Como o trajeto do trem é muito grande, meu olhar vai e volta, pausa em algumas coisas e me surpreendo com as conversas, os odores, as formas e os acontecimentos dentro do trem. A quantidade de camelôs é incrível: vende-se salada de fruta, fone de ouvido, capa de celular, livros de receita, massageadores, pomadas, tabuadas, chaves de fenda etc., além de dropes, balas e biscoitos. Tudo mais em conta mesmo! (NARRATIVA DE E).

O trajeto percorrido pelas pesquisadoras é muito longo e o trem também é famoso por produzir contratempos: muitas vezes ele quebra, atrasa e vem lotado. Aos poucos, esse cenário foi se naturalizando e foi virando rotina na vida das pesquisadoras, refletindo o dia a dia da condução do trabalhador.

Cheguei às 09:10h na CF, suada, sem ar, corri horrores... Pela primeira vez fui de trem. Há muito tempo não andava de trem... Foi uma maratona, confesso, talvez por isso havia tanto tempo que não fazia uso desse meio de transporte. O trem demorou muito para chegar à estação, sentido Santa Cruz. Muito mesmo. Depois de muito esperar, preocupada, embarquei... São poucas estações de Campo Grande a Santa Cruz. Mas, distantes, acabei conseguindo relaxar. Chegando a Santa Cruz, andei o mais rápido que pude o trajeto (que, quando estamos atrasadas, parece interminável...) da estação à unidade. Cheguei e o grupo de gestantes ainda não havia começado. O que me deu um grande alívio. (NARRATIVA DE M).

Aprender a andar de trem, entender suas paradas, perceber as estratégias utilizadas pelos passageiros é um processo muito rico:

Perdi o trem. Cheguei mais cedo, vi o trem, mas me pareceu velho e não sei por que motivo achei que não ia sair e perdi...[...]. Esta viagem estava mais silenciosa,

poucos vendedores. Estou ficando esperta. O trem encostou e eu corri para atravessar o outro para não subir escada e sair pela entrada que sai pela rua. Foi ótimo, atravessar por dentro do trem para sair do outro lado. (NARRATIVA DE A).

Todavia, o trem também produz conhecimento e reconhecimento. E é nesse trajeto que aos poucos vamos nos questionando, reconhecendo o outro em nós, absorvendo a vida do jeito que ela se apresenta. No trem se aprende muito. O trem prepara nossa alma para o cuidado que vai tomando forma em nós.

O trem tem uma forma própria de se movimentar e aos poucos vou sendo acomodada neste mover. Quando entrei pela primeira vez na Central do Brasil, me dei conta de que uso o trem fora do meu país e que as estações de trem, são idênticas. Como fazer turismo na minha própria casa? Explorar o comum naquilo que é novidade para mim?

Os personagens são trágicos no movimento da vida. Cena: Um vendedor vendendo bala com um preço abaixo do normal. Um outro vendedor pergunta: como você vende está bala tão barato? Ah... É que virou um caminhão perto de casa... E neste movimento, a linguagem verbal é associada à postura de corpo e sons, preciso ser alfabetizada, pois reconheço uma riqueza de vida, uma simplicidade de multiplicidades em produzir a vida na tragédia real que ela apresenta e se desdobra em um viver no ato, sem muitos planos do que será o amanhã, pois o amanhã é também o agora (NARRATIVA DE A).

O nosso encontro com a equipe

Cheguei em Santa Cruz acreditando que havia taxi para me levar até a unidade de saúde. Engano meu... Táxi é difícil de encontrar por lá. A organização da vida passa por outros caminhos [...]. Fui a pé, passando por baixo de um túnel/mercado, que encurta caminho. Foi bem rápido, cheguei e aguardei as pessoas chegarem para a reunião [...]. X chegou, achando que eu não havia ido, pois me esperava na sala dela e não na sala de reunião, já estava ligando para saber se havíamos “furado”. [...] A reunião do fórum começou e X fez a minha apresentação, informando que a proposta do encontro era a pesquisa. Surpreendi-me quando X falou, não esperava, achei que era mais uma reunião de fórum, como já havia assistido no Hospital Pedro II, no mês passado. Achei bem importante a gestora fazer este movimento, significa que adotou a proposta da pesquisa de construção de grupo local para trabalhar a RAC. Apresentei a RAC, mas acho que deixei muita lacuna sobre a metodologia da pesquisa [...]. A X pontuou sobre a importância para o serviço ter uma investigação sobre a rede e que já tiveram outros estudos na área, mas que esta é uma pesquisa diferente que incorpora e reforça a presença do pesquisador na rede. (NARRATIVA DE A).

O (des)conhecido, quando estamos no campo, remete às incertezas e às dúvidas que são produzidas no instante, no ato do encontro. O que na narrativa acima nos colo-

cou no campo do acolhimento. Um conceito-ferramenta que se aproximou da dinâmica da vida durante o fórum.

Acolhimento é um conceito-ferramenta muito caro para nós, nesta pesquisa. Pressupõe o diálogo, a relação, o vínculo. Não há como haver cuidado sem encontro. E quando, durante o fórum a atitude de nos receber em um movimento de construção de um alinhamento simétrico entre nós e a equipe, nos sentimos acolhidas em nossas angustias de pesquisadoras e de trabalhadoras do campo da saúde, compreendendo o conceito na sua fase de ferramenta, operando no ato a produção de linhas de sustentação da pesquisa com o grupo de profissionais e gestores.

O acolhimento de nossa equipe pela gestora facilitou muito a nossa “entrada” com os profissionais das unidades de saúde. Aos poucos, fomos nos dando conta de como esse ambiente foi se tornando familiar e de como nós passamos a nos tornar parte dele também, como outra trabalhadora.

Hoje retornei à CFDC. Impressionante como estava sentindo falta de ir à Santa Cruz. Dei-me conta disso no caminho... Sempre vou já me preparando, tentando me despir de mim mesma... Não é fácil, nem sei se consigo de fato fazer isso, mas Santa Cruz me impõe esse exercício.

Deixei meu carro no estacionamento perto da rua da unidade. Como sempre faço. É um estacionamento estranho, com homens estranhos (não lembro se já falei sobre isso). Mas fica cheio, é barato, e meu psicológico aceita melhor. Prefiro deixar o carro ali e ir andando o restante do trajeto do que entrar na rua com o carro. Por quê?! Porque se eu for vítima de um assalto, acho que, pelo carro, pode ser mais violento. Apenas um “achismo” meu. Sempre penso se essa é a melhor opção, e sempre termino com essa conclusão...

Caminho segura, andar por ali me faz sentir o território. (NARRATIVA DE M).

Compartilhar o movimento da 5.3 é reconhecer o que nos é estranho, o que nos assusta naquele território. E nos coloca o desafio de nos produzir de outro modo, nos deslocamentos que o território da existência vai nos apresentando. Território um conceito-ferramenta que tivemos a oportunidade de experimentar.

O sobressalto do estacionamento, o cheiro, gosto e sentimentos fazem parte dos acontecimentos do dia a dia e do processo de aprendizagem do cuidado em um vai-e-vem de contradição da vida que segue pelas ruas e vielas sem pedir qualquer tipo de permissão.

A experiência de compartilhar os movimentos da 5.3 nos coloca a ideia de produção de subjetividade, como uma construção sem fim, que se dá ali no ato, no real da vida. Ou seja: não como algo essencial e imutável, individual; mas como acontecimento coletivo, social.

Nesse sentido o território vivo é um elemento fundamental que usamos para estar nos diversos encontros e maneiras de viver e pensar de cada um. Assim, a pesquisa busca provocar mudanças no território e na nossa experiência este movimento foi tanto possível como é, também e ao mesmo tempo, modificar a subjetividade. Sujeitos e territórios são inseparáveis.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. "Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices". **Interface (Botucatu)**. 2014; 18(49): 313-24.

DELEUZE, G. **A lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1969/1982.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** São Paulo: Ed. 34; 1982.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Editora 34, 1992.

RELATÓRIO Parcial da frente de Pesquisa RAC no Rio de Janeiro, área programática 5.3; 2015. Rio de Janeiro (mimeo)

SANTOS, M. **Metamorfose do Espaço Habitado**. Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo. Razão e Emoção. EDUSP, 2006.

A pesquisa em nós: “andarilhagens” de pesquisadores in-mundo e as afecções do campo

José Guilherme Wady Santos
Ana Lúcia Santos da Silva
Emerson Elias Merhy

Contextualizando

Nossa escrita parte de uma proposta de pensar, de forma compartilhada – com atores da universidade e do SUS –, a micropolítica da produção do cuidado, trazendo a centralidade do usuário e seus modos de viver, e colocando em cena a mulher grávida, no pré-natal, parto e puerpério, em suas redes de conexões para além do instituído na Rede Cegonha (RC). O que trazemos são as afecções do campo vivo, por dentro e por fora da RC e a partir dos encontros que temos vivenciado em conexão com as redes vivas, com a “Rede Parteiras” (RP), nas “andarilhagens” e conversações e, nelas, com o constante exercício de perceber os sinais que vêm dos territórios existenciais, os sinais das matas, dos ramais, dos quintais e dos igarapés, tão presentes no “longe muito longe”¹⁹ da região amazônica.

A entrada do usuário como guia o definiu como sujeito importante no nosso modo de fazer pesquisa, que considera a perspectiva de quem avalia a produção do cuidado é quem pede, quem faz e quem usa (o que nos conferiu uma certa multiplicidade de entradas). Então, olhar as redes instituídas e sentir as possibilidades de chegada às redes vivas, nos fez pensar em quais seriam os atores chave para se chegar a essas pessoas e lugares. A nossa realidade nos fez perceber as parteiras tradicionais, chegando às suas conexões com as mulheres grávidas e o cuidado na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Chegamos a elas com uma caixa de ferramentas conceitual que, hoje, se configura como uma caixa-corpo que transborda os encontros e trazem a vida e os saberes insurgentes para o cenário de produção do cuidado. Aos poucos fomos, nós e elas, nos fazendo pesquisadores in-mundo (ABRAHÃO *et al.*, 2013), a partir das conexões que foram se tecendo e nos trazendo problematização do vivido e a reinvenção de si, de nós, e do mundo.

Isso tem nos possibilitado experimentar não apenas o que desejávamos como parte do processo de pesquisa interferência e como pesquisadores in-mundo, mas também ver a RC com outras lentes do possível e perceber certa cegueira da rede oficial em relação à RP, a ponto de nos perguntarmos sobre a visão etimológica do par “Rede Cegonha” – seria de cegueira em relação a “Rede Parteiras” (RP)?²⁰ Tal conjectura não as impede de existir para além do que se destinam.

19 Termo utilizado por Nicolás Heufmann, Médico e Prof. da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), por ocasião do Seminário RAC Norte (Belém-PA) – 24/07/2015, para fazer referência aos vazios assistenciais característicos da Região Norte.

20 Essa discussão está contemplada em outro texto, intitulado “Ensaio sobre as parteiras”.

Elas seguem, assim como nós, atentas aos pontos de conexão que se abrem à produção do cuidado por dentro e por fora das redes, sejam elas “cegonhas” ou “visionárias”. Assim, vamos deslocando, na medida do possível, a dimensão horizontalizada na produção do conhecimento e do cuidado, em direção a uma dimensão mais transversal, produzindo, inclusive, nossas “in-mundices”, que contaminam um tipo de verdade que se pretende absoluta.

A abertura para o campo

Temos o entendimento de que o trabalho em saúde faz parte de uma micropolítica, propondo processos avaliativos nas Redes de Atenção Temáticas, com foco no modo como o cuidado é produzido. Olhando para a RC, consideramos que a pesquisa no campo da saúde só ocorre efetivamente quando o conjunto dos protagonistas do agir cotidiano no mundo do trabalho se incorpora aos processos avaliativos.

Desse modo, para ir ao encontro do grupo de parteiras, na cidade de Bujaru (PA), rastreamos algumas possíveis linhas que nos levassem a elas, até encontramos um de nossos alunos, do curso de Enfermagem. Ele, que também é vereador naquela cidade, ao ser por nós contatado, se colocou imediatamente à disposição para intermediar o encontro. Em uma breve conversa sobre a pesquisa, nos informou que o grupo se reunia com certa regularidade e que a coordenação ficava sob a responsabilidade de uma Técnica de Enfermagem. Após ter se certificado da data da próxima reunião e comunicado à coordenação sobre nosso interesse de aproximação, fomos informados sobre a data da reunião do grupo. Fomos ao encontro delas.

Chegado o dia, fomos à cidade de Bujaru-PA, localizada a 72 km da capital do estado. Depois de nos deslocarmos pela rodovia BR-316 até a cidade de Santa Isabel do Pará (36 km da capital), entramos na rodovia PA-140, que corta essa cidade e nos leva direto até uma das margens do rio Guamá, depois de percorrermos mais 36 km, onde se atravessa de balsa até finalmente chegarmos àquela cidade. Chegamos às 09h e nos dirigimos à Unidade Básica de Saúde (UBS) “Lauro Monteiro Pereira”, onde nos encontramos com o aluno.

Ao entrarmos na sala onde todas estavam reunidas, fomos recebidos com canções de boas vindas. Estavam em festa de confraternização de fim de ano – foi em dezembro de 2014 –, e todas sorridentes. Em uma mesa ao centro da sala estavam depositados vários presentes que elas mesmas haviam levado para o tradicional amigo invisível, e de outros brindes ofertados pelos comerciantes da cidade. Fomos convidados a participar daquele momento, que também passou a ser, para nós, muito mais especial.

Além da Técnica de Enfermagem, naquele momento coordenadora das reuniões, estavam presentes 18 parteiras das cerca de 32 esperadas para aquele momento festivo. Percebendo o clima de festa que tomava conta do grupo, optamos por falar, de modo bastante geral, quem éramos e o que nos tinha levado até àquele local. Ainda assim, procuramos deixar claro que o fazer daquelas mulheres nos era de grande valor e que estávamos nos propondo a fazer parte de seus cotidianos.

Durante a rodada de apresentação, ficaram entusiasmadas em compartilhar conosco pelo menos parte de suas histórias de vida; compartilhar saberes de mulheres que já “pegaram” muitas crianças naquela localidade e região, inclusive filho(as) de muitas que ali estavam, formando uma espécie de cordão umbilical que as entrelaçava dentro daquela pequena sala e, para além dela, em seus mundos de experiências e luta cotidiana para manterem viva a sua arte de partejar, em uma época na qual os saberes tradicionais vão perdendo cada vez mais campo de intervenção frente a outros saberes especializados, típicos de uma assistência que opera com uma outra lógica que não aquela da tecnologia leve.

Foi assim, por exemplo, que cada uma delas, ao falar seu nome e o local onde habitavam – o quão “longe muito longe” era esse lugar e todas as adversidades que passavam para chegar até ali –, também falavam o número de crianças que já tinham sido “pegas” por elas. Percebemos, então, que muitas delas não residiam naquela cidade, mas no “interior”. E nós pensávamos que já estávamos no interior... haviam muitos interiores naquele interior, naquela rede vida, anterior à RC.

Também ouvimos várias delas relatarem que saem de casa ainda muito cedo durante a madrugada, cerca de 3 ou 4 horas da manhã e se põem a caminhar pelos ramais que ligam suas comunidades até a estrada principal para, finalmente, chegar à PA-140 para pegarem o ônibus que irá lhes levar até à cidade. Uma delas, ainda, aparentando ter em média 70 anos de idade, relatou que sua saída é ainda mais cedo, por volta de 01 hora da manhã, para poder vencer a caminhada de cerca de 06 km por um ramal da comunidade onde reside, chamada Castanheiro, também localizada às margens da PA-140, para finalmente esperar a condução passar, por volta de 4 horas, e somente então partir rumo à reunião, que começa por volta das 09h.

Algumas dizem ter perdido a conta de quantas crianças já “pegaram”. Uma diz que contou 134 até 2008; outra, diz que nunca contou; outra, ainda, que é descendente quilombola, relata que “já peguei tantas que desisti de contar. Agora eu só pego e cuido até o oitavo dia, por que é como se fosse meu filho. Depois disso eu chamo o pai e na frente da mãe digo: ‘tá aqui o teu filho, agora é por tua conta; por conta de vocês. Agora pega essa criança e vai fazer todas as vacinas lá no posto”.

Fomos apresentados também para a Enfermeira que iniciou todo o trabalho na comunidade e tem feito esforço para mantê-lo. Nesse dia ela tinha uma outra agenda e deixou para outra oportunidade um encontro conosco. Seguimos o encontro com a coordenadora e participamos das atividades programadas para aquele dia.

Ao final daquele encontro, um convite também nos foi feito, o de conhecermos suas experiências vividas diretamente em suas respectivas localidades. De certo que com o nosso desejo de adentrarmos, de nos aproximarmos daquele devir multidão que cada uma daquelas mulheres evoca.

Então, o que dizer sobre ir ao encontro de mulheres a quem há alguns meses vínhamos tentando conhecer!? Mulheres a quem chamam de “parteiras tradicionais” e que nos afetam com sua voz e fala, canto, pele e toques, vestimentas; mulheres que nos afetam com seus olhares, suas práticas e produção de cuidado ali onde parecia tão fora dos planos de cuidados ofertados pela rede de saúde daquele município, se deixando afetar por nossas ofertas e nos ofertando outros modos de cuidar que têm produzindo

interferências no território e nas vidas daqueles que com elas se conectam. Mulheres que têm uma energia dentro de si, que nos fazem arrepiar quando falam de suas experiências de vida e da dramaticidade humana envolvida na arte do partejar.

Parecia, então, termos encontrado lugar para esse exercício em nós, para olharmos a RC por dentro e a RP por fora entre as redes que estamos pesquisando e na qual caímos – “Caiu na rede é cuidado!”²¹

Aqui, estamos pensando o fora como experiência. E por que não dizer de experiência de desobediência? Tal qual aquela empreendida por Blanchot, Foucault e Deleuze, a partir das contribuições de Levy (2011), onde a autora nos apresenta o encontro destes e de suas “andarilhagens” por fora das prescrições científicas, da cultura erudita, da história grande, das artes de vanguarda ou de tudo que se constituía como verdade absoluta. Suas pegadas produziam abalos sísmicos no que se apresentava como inabalável, pois eram sujeitos interferência.

A RP aponta também para essa direção, de mulheres interferência. Elas não passam despercebidas mesmo caminhando por fora, porque o “seu” fora tenciona as institucionalidades, tenciona o dentro, tenciona as solenidades da RC, a solenidade das origens. Desse modo, é sobre o como nos produzimos mutuamente em conexão com nossa caixa de ferramentas conceitual que queremos falar e, daí, sobre como nossa caixa-corpo se reinventou nas “andarilhagens”, acompanhados pelas parteiras guias – parteiras pesquisadoras.

Um pouco da caixa de ferramentas e seus transbordamentos pelo campo

Após mudanças na gestão da saúde no município, os encontros das parteiras deixaram de ocorrer na Unidade Básica de Saúde, com a dinâmica e periodicidade anteriores. Tivemos, então, que nos deslocar e descolar daquele arranjo dado inicialmente e, assim, fomos ao encontro de algumas delas em outros territórios existenciais, diferentes daqueles que até então as marcava com a insígnia de “parteiras tradicionais”. Desse modo, tendo-as inicialmente como guias, fomos experienciando a caixa de ferramentas a qual trazíamos a tiracolo. Primeiro, “a metodologia”, forjada que era na abertura ao outro e nas interferências que nós causamos nele e vice versa, nos permitindo afetações mútuas com os acontecimentos que iam se interpondo em nossas conversações. Essa é uma das marcações fundamentais que têm nos acompanhado em campo – pesquisa interferência. Uma tentativa de colocar em funcionamento um ruído que cria visibilidades insuspeitas e possibilidades de expressão e escuta. Nesse movimento interferência, somos como ondas de rádio, fazendo ruído que desloca o discurso do instituído. Como abalos sísmicos de várias intensidades que chegam à aparente estabilidade dos regimes semióticos, das identidades, dos territórios – construímos placas tectônicas –. E se produz como uma “pesquisa menor”; uma “ciência menor”, nos termos de Deleuze e Guattari (2002), ao se referirem à literatura de Kafka, e que não faz outra coisa senão implodir movimentos instituídos e criar outros instituintes.

21 Expressão utilizada por Emerson Merhy, durante o encerramento do II Seminário Nacional da RAC, em São Bernardo do Campo (SP) – 09/04/2016, ao fazer referências à intensa reinvenção de rede de produção de cuidado inventada por trabalhadores no âmbito do SUS.

Portanto, começava ali o importante exercício de desaprender o já sabido em nós, numa constante desinstitucionalização do prescrito e a abertura para as interferências que os encontros podem produzir, em suas transversalidades. Se quisermos falar de “uma metodologia” que dê sustentação ao nosso campo, essa é o encontro. Uma pressuposição de abertura ao outro, num constante exercício de produção de visibilidade e dizibilidades que não se permitem vaziar, dado os “*a priori*” que nos capturam cotidianamente.

Em segundo lugar, a sustentação também residia na noção de pesquisador in-mundo. Ao produzirmos uma ação política nos territórios existenciais do “longe muito longe”, fomos nos deixando contaminar, problematizando, (re)inventando a nós mesmos e o mundo, num constante processo de fabricação de subjetivação. Isso rompe a dicotomia de uma dimensão verticalizada na produção do conhecimento para uma dimensão atravessada por múltiplos planos de afecções.

Como pesquisadores implicados, transitamos pelo campo de nossas implicações, nos produzindo como sujeitos in-mundo e nos interrogamos, a todo instante, a respeito de nossas verdades e nossa caixa de ferramentas conceitual. Elas, que compõem a seu modo uma linha de cuidado, e com as quais encontramos, já se produziam como parteiras, lideranças comunitárias, sindicais, camponesas na agricultura familiar, erveiras que cuidam com as ervas medicinais e, agora, como “parteiras-guias-pesquisadoras”. Era, então, o território do vivido no “longe muito longe” em suas múltiplas dimensões – do geográfico ao existencial na produção do cuidado e nos modos de invenção da vida. Interferência e sujeitos/pesquisadores in-mundo: eis nossas conexões mútuas e todas as possibilidades de variação em nós, e deslocamentos de nós que, com elas, foram se produzindo.

Até aqui narramos parte do que nossa pele captou a partir de nossa caixa de ferramenta conceitual, ou melhor, da nossa, agora, caixa corpo, e dos deslocamentos possibilitados pelo nosso exercício em ato. Mas sabemos que nem só de pele vivem as políticas públicas, ao mesmo tempo que acreditamos que sem o que a pele capta, vibra, não há cuidado ou, de alguma forma, não permite o seu “contágio” – isso tudo porque acreditamos no encontro como a arte de cuidar. Uma espécie de “artisticidade”, esse ato do encontro e do cuidado, ou cuidar ao encontrar – um misto de tecnologia com magia.

Desse modo, nas “andarilhagens” até aqui por nós realizadas pelo campo, ou literalmente, pelos ramais da rodovia PA-140, e atreladas às desaprendizagens e à abertura ao encontro, nos deparamos com um arranjo institucional, uma linha “esticada” de tal modo que tornou-se fixa e rígida, restringindo a possibilidade de vibração nela existente e, daí, de produzir outros arranjos, os mais potentes possíveis e com vistas à construção de planos de cuidado vividos de acordo com a tecitura de redes vivas.

Assim, fomos nos deslocando e nos conectando às redes vivas dos outros territórios que compõem a RAC Norte, junto com os pesquisadores da RAC Amazonas e Acre, fomos inventando in-mundices, já que produzindo uma polissemia de cuidado, numa espécie de “pesquisadores parteiras-guias-interferência”. A primeira dessas in-mundices, foi a experimentação para a qual chamamos de “roda de conversa entre

parteiras”. A segunda, e como consequência da primeira, foi o I Encontro Nacional de Parteiras Tradicionais. Ambas realizadas como parte da agenda dos Congressos Regional Norte (Manaus-AM) e Internacional (Campo Grande-MS) da Rede Unida, em setembro (2015) e março (2016), com a reunião de parteiras tradicionais de alguns estados do Norte, e do Norte e Centro Oeste, respectivamente.

Nós não cabemos mais na roupa que cabíamos; a nossa caixa corpo é o que trazemos. A nossa valise se ampliou. Pesquisadores in-mundo, descobrimos, são xeretas e bisbilhoteiros. Que bom! Como diz Merhy, a desobediência dos insubordinados é o que nos interessa (MOEBUS *et al.*, 2016).

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* “O pesquisador in-mundo e o processo de outras formas de investigação em saúde”. **Lugar Comum (UFRJ)**, v. 39, p. 133-144, 2013.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Kafka**: para uma literatura menor. Edições Minuit: Lisboa. 2002.

LEVY, T. S. **A experiência do fora**: Blanchot, Foucault e Deleuze. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MOEBUS; R. L. N. *et al.* **La desobediencia de las matronas**. Trabalho aprovado no VII CONGRESO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD, a ser realizado em Setembro de 2016, Barcelona-Espanha.

A desobediência das parteiras

Ricardo Luiz Narciso Moebus
José Guilherme Wady Santos
Ana Lúcia Santos da Silva

Estamos em um encontro de parteiras da Região Norte do Brasil, na cidade de Manaus (AM), acontecendo no interior do Encontro Regional Norte da Rede Unida²², em 2015. Entre muitos cantos e encantos, com rodas de danças, rezas e mezinhas, com muita alegria. E com muita força e solidariedade, vão acontecendo as trocas, as conversas entre as parteiras, os projetos, as histórias, os compartilhamentos de dificuldades e as estratégias de superação no seu difícil e sagrado ofício milenar.

Uma delas, da cidade de Bujaru, próxima a Belém do Pará, saca da bolsa sua Bíblia Sagrada, um de seus instrumentos de trabalho, e lê com solenidade:

O rei do Egito disse às parteiras dos hebreus, uma das quais se chamava Shifrá e a outra Puá: Quando ajudardes as mulheres dos hebreus a darem à luz, olhai o sexo da criança. Se for um menino, matai-o. Se for uma menina, deixai-a viver. As parteiras, porém, temiam a Deus. Não fizeram o que o rei do Egito lhes ordenara e deixaram os meninos viver. Então, o rei do Egito as convocou e lhes disse: 'Porque fizestes isso e deixastes viver os meninos? As parteiras responderam ao Faraó: 'As mulheres dos hebreus não são como as egípcias; são cheias de vida; antes de a parteira chegar, já deram à luz!' Deus tornou as parteiras eficazes, e o povo se multiplicou e se tornou bem forte. (BÍBLIA SAGRADA, ÊXODO, 1995, p. 70)

Em algumas edições da Bíblia esse trecho lido naquele encontro recebe o título: "A Desobediência das Parteiras". Talvez esse trecho bíblico possa ser nada menos que uma auto-descoberta arqueológica das parteiras, de sua vocação milenar, ancestral, para um ofício primordial que desafia, desde sempre e através de toda a história da humanidade, seja egípcia, oriental, ocidental, ou atual, todas as formas infinitas de patriarcado. Contrapõe-se à todas as tentativas de submeter, subjugar, impedir a proliferação da vida, a continuidade da linha que alimenta e retro-alimenta a roda de todas as formas e modos de existir.

O desafio das parteiras não diminui; de Faraó à Federal, as formas e modos de perseguição só se multiplicam, e elas persistem em pleno século XXI, em seu movimento, em uma continuidade que procura ser discreta, muitas vezes até subterrânea, quando possível invisível, aos olhos panópticos que vigiam, que regulamentam, que normatizam, que legislam.

Estar com elas é conhecer um ofício incondicional em defesa da vida, uma profissão de fé que reconhece o valor de toda vida acima de qualquer outra coisa. Uma

22 "A REDE UNIDA é o fórum de saúde mais amplo, mestiço e diverso, tanto na expressão das práticas como na produção de conhecimento no campo da saúde no Brasil". FRANCO, Túlio. *In*: REDE UNIDA – Coordenação período 2014 – 2016. A história que a gente conta através do tempo, REDE UNIDA 31 anos de trabalho por uma saúde mais cidadã. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. P. 16.

prática cotidiana de reconhecimento de que toda e qualquer vida vale a pena, com uma dedicação, uma vocação para o cuidado que precisa ensinar e encontrar ressonâncias em todos que trabalham com saúde.

Em plena era das profissões, da profissionalização da vida, da tecnificação das relações humanas, da especialização e subespecialização dos saberes, elas persistem em seu ofício simplesmente complexo, em sua prática acolhedora, caseira, doméstica e ética – uma ética da existência.

Em plena mercantilização da vida e da saúde, da transformação da própria vida em mercadoria, da vida para consumo, da produção das subjetivações e das identidades pela via única do consumo, do império, do equivalente geral dinheiro, elas seguem em seu fazer cotidiano solidário, compartilhado, centrado nas relações de vizinhança e, quando muito, no escambo. Em meio à globalização, ao “globalitarismo”, à homogeneização da vida, à virtualização das relações, elas continuam com seu fazer comunitário, com seu compromisso local, familiar, integrado.

Quando na era do trabalho imaterial, o capitalismo cognitivo assume o mercado do conhecimento e do ensino; quando o saber se torna a nova mercadoria, elas caminham em sua aprendizagem compartilhada, em seus saberes e fazeres distributivos, em sua formação a um só tempo afetiva, perceptiva, cognitiva, intuitiva, espiritual.

Que tipo de desobediência civil é essa, capaz de cativar Thoreau ou Gandhi? Que tipo de resistência fundamental capaz de cativar Foucault? Que tipo de micropolítica incondicional capaz de assombrar Deleuze? Que tipo de produção de comum capaz de seduzir Negri? Que tipo de revolução molecular capaz de alegrar Guattari?

Não tem importância para elas tanta consideração, já aprenderam a suspeitar de qualquer teoria, de qualquer valentia, de qualquer cortesia logocêntrica. Elas seguem sendo a mão primeira que abraça a vida.

Mas como chegamos até aqui, nessa roda de conversas entre parteiras da Região Norte? Roda essa que girou e, por sua vez, nos levou ao primeiro Encontro Nacional de Parteiras Tradicionais da Rede Unida, e na criação da Associação Brasileira de Parteiras Tradicionais, em março de 2016.

Foi em setembro de 2015, alguns de nós pesquisadores do Grupo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde (UFRJ), propusemos uma Roda de Conversas entre parteiras tradicionais da Região Norte (Pará, Amazonas e Acre) do Brasil, na cidade de Manaus (AM), durante a realização do Encontro Regional Norte da Rede Unida. Tratava-se, naquela ocasião, de uma experimentação que inventamos como parte das nossas “andarilhagens” no campo de pesquisa que estava se constituindo com o aporte metodológico da pesquisa “Rede de Avaliação Compartilhada: Avalia quem pede, quem faz e quem usa – RAC”. Isso permitiu a nós pesquisadores das três frentes de pesquisa acima citadas e a todo o pessoal que lá esteve presente, um exercício de alteridade em ato, e que produziu em nós uma certa interferência que continua vibrando e nos acompanhando em nossas peles e corpos in-mundos.

Trata-se de uma pesquisa sobre a repercussão, na produção do cuidado, da implantação da política nacional de “Redes Temáticas” no Brasil, no Sistema Único de Saúde – SUS, como uma estratégia de avançar a qualidade assistencial, e que abrangeu dezenas de municípios em todo o Brasil. Nela, a avaliação da Rede Cegonha (RC),

rede temática como estratégia de melhoria da assistência ao parto, pré e pós-parto, nos levou, dos serviços de saúde, até o encontro com as parteiras tradicionais, que se mantinham, em grande medida, à parte da RC, paralelas mais uma vez; apesar da normativa que instituiu essa rede prever e intencionar abranger suas práticas.

As parteiras tradicionais logo se constituíram em “parteiras-guias-pesquisadoras”, alinhadas ao que nos conduzia enquanto ferramenta conceitual, e conduzindo os demais pesquisadores pelos caminhos de suas práticas de produção de cuidado e vida, não só através da “arte de partejar” propriamente dita, mas de todo um engajamento com a produção de vida em suas comunidades urbanas, rurais, quilombolas, camponesas ou indígenas.

As parteiras, lideranças comunitárias, sindicais, ou em cooperativas de produção agro-familiar, são peças chave em inúmeras estratégias de auto-organização e proteção em suas comunidades. A despeito das “Redes Temáticas”, da “Rede Cegonha”, e tantas outras estratégias governamentais implantadas até então, seguem realizando seu trabalho cuidadoso, cotidiano, solidário, incalculável. Não medem esforços na defesa da vida de qualquer um, com baixo ou nenhum reconhecimento oficial, governamental, quando não desqualificadas ou até perseguidas pelos discursos e práticas profissionais.

Acompanhando as parteiras-guia pesquisadoras é que fomos constatando como suas práticas tradicionais de produção de cuidado em pré-parto, parto e pós-parto representam um enfrentamento direto e cotidiano. Combatem alguns princípios que regem o mercado da saúde, como a mercantilização da vida, a transformação da saúde em mercadoria, a profissionalização das relações humanas, a fragmentação e especialização do conhecimento, a tecnificação das relações de ajuda, a abolição da solidariedade, a desqualificação dos discursos não científicos, a estigmatização dos saberes tradicionais, a criminalização das práticas não oficiais.

Neste sentido, o fazer cotidiano das parteiras tradicionais nos apareceu como um exemplo autêntico do que Michel Foucault denominou de “insurreição dos saberes sujeitos”, em uma verdadeira guerrilha anti-biopolítica:

o que se viu acontecer foi o que se poderia chamar de insurreição dos “saberes sujeitos”. E, por “saber sujeito”, entendo duas coisas. De uma parte, quero designar, em suma, conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais.

[...]

Em segundo lugar, por “saberes sujeitos”, acho que se deve entender outra coisa e, em certo sentido, uma coisa totalmente diferente. Por “saberes sujeitos”, eu entendo igualmente toda uma série de saberes que estavam desqualificados como saberes não conceituais, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, saberes hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos.

[...]

foi pelo reaparecimento desses saberes locais das pessoas, desses saberes desqualificados, que foi feita a crítica.

[...]

No saber desqualificado das pessoas jazia a memória dos combates, aquela, precisamente, que até então tinha sido mantida sob tutela. (FOUCAULT, 2005, p. 11-13)

Estamos agora na casa de uma parteira em Bujaru (em um antigo quilombo), perto de Belém, e que logo seria uma grande amiga. Fomos tão bem recebidos naquele velho navio negreiro encalhado na barra de Belém, quilombola sim, que chegamos até a ficar envergonhados do nosso jeito de ser gente.

Mas antes de chegarmos, à beira do rio aproveitamos para comprar um peixe para assar, um bom dourado, ou pintado, pois chegamos de pouco aviso e perto da hora do almoço.

Ela não tinha fogão em casa; apenas fora... um fogãozinho de barro mal cozido, debaixo da tapera foi onde assou nosso peixe, fez um arrozinho e farinha torrada para acompanhar.

A sobremesa foi uma rodada de histórias, risadas e cantigas, sempre tendo como co-participantes o seu esposo, sua nora, neto e bisneta. O bate-papo foi na sala de sua casa de madeira, e tendo o sol para clarear e ampliar nossa visão do cuidado. Ela, que tem nos guiado nesse universo da arte de partejar, se afirma como parteira tradicional e como pesquisadora: “*Ana, eu sou uma mulher que tô sempre pesquisando...*”

Uma pesquisadora in-mundada de afetos, conhecimentos, resistência, solidariedade, produção de cuidado. Sabedoria!

É nessa mesma sala que ela nos apresenta sua biblioteca. E como uma artífice, vai talhando sua conversa conosco e nos colocando em contato com uma intensa produção de escritos, dentro de uma caixa (de afecções)²³ recheada de produção pulsante. Saca livros e outros ditos e escritos sobre anatomia, plantas e ervas medicinais que ela mesma, em parceria com outras mulheres e homens do seu lugar, produziu para a farmácia que havia na comunidade, e de onde ela diz que aprendera muita coisa sobre como cuidar de gente; de mulher que quer ter um filho com “a parteira”.

Sentimo-nos tão bem recebidos, acolhidos. O que uma parteira mais sabe fazer, é receber bem quem está chegando. É confiar em desconhecido. É abençoar quem bate à porta de seu mundo. Se for de paz, pode entrar. Se for de guerra, vem guerrear. Que nesse mundo não falta o que lutar, e para todo mundo tem lugar. É o lema das parteiras.

Assim é que uma pesquisa que começava pela “Rede Cegonha” acabou deitando-se e embalando-se nas redes das parteiras farinheiras. A farinha que tem sido, além de alimento para o corpo, nosso mantra para nos conectar com o mundo do cuidado, pois a cada encontro com outros coletivos e outras parteiras, a “dança da farinha” está presente e nos faz dançar, cantar e desejar travar, ao lado delas, um combate em prol de seus saberes e suas práticas.

Pesquisa interferência, inter-invenção, inventando conversas com esses “saberes sujeitos” que sabem falar da vida e de seus modos de andar, cantar e dançar a vida.

23 Parte das ideias estão contidas em material (Fotonarrativa) apresentado pelos autores no II Seminário Nacional da Pesquisa RAC, em São Bernardo do Campo (SP) – Abril de 2016.

Para quem não deu à luz, demora enxergar que ser parteira é muito mais que acompanhar o parto, que pegar criança. Ser parteira tradicional é amparar a mãe e todos os outros que com ela chegam com a expectativa de novos tempos.

As parteiras que encontramos no norte do Brasil eram a presença viva das Amazonas, mulheres cavalgando lideranças comunitárias e religiosas, sindicatos e cooperativas rurais, movimento negro, campesino, quilombola, indígena, pela terra e pela vida, tudo misturado numa salada russa de antigas comunas ancestrais.

Referências Bibliográficas

ANÔNIMO. **Bíblia Sagrada. Êxodo**. Capítulo 1, Versículo 15-20. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Eixo 2

Caso Guia – usuário-guia

Narrativas e demais fontes

O que estamos exercitando para
produção do material de estudo/campo

Entranças: entre o corpo apoiador e o corpo pesquisador

Renato Staevie Baduy
Vinicius Santos Sanches
Janainny Magalhães Fernandes

“No espaço de educação permanente do apoio, em São Bernardo do Campo, ao discutirmos uma tese produzida sobre o nosso trabalho, surgiram em mim questionamentos que coloquei na roda para problematização do coletivo e para nos colocarmos em análise. Foi um momento de tensão, visto ter sido a primeira vez que me colocava e opinava nesse espaço, pois, antes disso, estava me apropriando dos agenciamentos e das construções sobre o meu trabalho e meu *não lugar* na “função” apoiador. Quando me senti confiante e com uma certa bagagem de vivências para poder compartilhar, senti uma certa hostilidade por uma parte do coletivo de apoiadores, quando gestos, olhares e até mesmo modos de falar se tornaram analisadores nesse espaço. Ao questionar sobre o *como* nos organizamos e propor novas formas de nos deslocarmos enquanto apoiadores que pertencem, sim, a um lugar, um murmúrio geral se instalou, com rostos se expressando com negatividade e aversões, olhares tortos e cochichos: ‘O que essa pessoa está falando? Não viaja’. Senti certa repressão. E esse momento se perpetuou, quando ‘conselhos’ e expressões de outros colegas vieram até a mim no intuito de alertar sobre o *que* e *como* devo falar nesse espaço que, quando entrei, disseram que seria protegido. ‘Aconselharam-me’ a ouvir, observar e não a falar sem antes ter um grupo que pudesse me apoiar nas minhas proposições. Pois então, não senti proteção. Esses analisadores me afetaram de tal modo que não sinto mais conforto para falar”²⁴.

Como fazer entradas em um local já consolidado e fazer disto bons encontros a fim de produzir diversos coletivos?

A entrada: “É preciso voar fora das asas”.

A gestão de São Bernardo do Campo propõe espaços de encontro com diversos atores e serviços da rede, no intuito de se discutir os processos de trabalho e os planos de cuidado. Esses espaços são configurados na lógica da educação permanente, enquanto estratégia de gestão compartilhada, autoanálise, discussões a respeito do trabalho vivo em ato e a produção do cuidado e das implicações que afetam os diferentes atores (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Contudo, para que se faça efetiva a proposta da educação permanente, é importante que os envolvidos permitam-se colocar em análise. Sendo assim, garantir o espaço não garante que o mesmo seja potente.

Para que se possa contextualizar a cena, é preciso falar a respeito do trabalho do apoiador em saúde, que deve apoiar e articular a rede conforme as necessidades que surgem no cotidiano vivo do trabalho (SUNDFELD, 2016). Constitui-se no fazer a todo momento, em constante processo de construção, sem uma predefinição, pois é mutável e se produz a partir do encontro entre os profissionais, entre usuários, gestores, pessoas... O que se pode dizer de um trabalho no “entre”, de se estar em um “não

24 Narrativa de um apoiador.

lugar”, circulando pela rede (BERTUSSI, 2010). Mas o que é um “não lugar”? Podemos dizer que o não lugar é o lugar da abertura para o acontecimento?

O fazer do apoiador em saúde é imanente ao processo de produção de coletivos, sejam eles porosos ou não. Estar em um coletivo faz deste não-lugar um lugar não estranho, que se constitui nas relações, que está sempre em processo de construção. Essa é a brincadeira do não-lugar.

A entrada de um novo apoiador na rede, ao ir conhecendo equipamentos, equipes, projetos, pessoas e espaços de reunião, marca o corpo-vibrátil, dando visibilidades a esse eterno processo de entrada. É muito comum, por exemplo, ouvir de apoiadores mais antigos que o novo, para quem está entrando, já é velho: “Já se tentou de tudo”. Sentir-se estranho tem a ver com não estar em espaços já constituídos? Ao mesmo tempo em que você não está em comum com aquele coletivo, não está desenvolvendo velhos projetos, está percorrendo um novo processo que carrega potência de inventividade para outras possibilidades. A estranheza tem a potência de possibilitar olhar diferente para os novos espaços percorridos.

Para percorrer estes espaços, uma ferramenta que nos acompanha em imanente processo é a agenda. Nos arranjos que os apoiadores vão desenhando, existem diferentes modos de se fazer apoio, que se atravessam pelas agendas fixas e moleculares, em que cada um percorre aquilo que mais lhe implica ou acomoda. Temos, por exemplo, o espaço do Kanban: uma árvore em nossa agenda.

A ideia de árvore, em contraposição à de rizoma, representa um tipo de construção, hierárquica, que fixa os seus pontos, se estabelece imutável e que, dessa forma, produz diversos frutos (DELEUZE; GUATTARI, 2011). O Kanban se torna, muitas vezes, um fixador de agenda, mas, ao ser um lugar de encontros, produz movimentos que acomodam, incomodam, desacomodam e inquietam, visto os arranjos que ali se produzem e os jeitos de se fazer apoio. Jeitos arborescentes ou jeitos rizomáticos, dependem de quem, quando e como se faz.

Ao entrar em um novo espaço e recolher tais tensões, nos questionamos: como ser fluido e conseguir trazer os novos convites que possam ser aceitos pelas pessoas que fabricam lugares de conforto? Como posso produzir novos arranjos para não receber pedradas? Esses questionamentos deixam evidente que, antes de tudo, garantir o espaço não garante que estes tragam problematizadores reais. Logo, de quais ferramentas temos lançado mão para tal? Como este espaço tem sido cuidado? Tem sido um local de (tomar) cuidado? Os novos atores problematizarem e serem vistos como os que “não sabem” é analisador de um certo jeito de operar e produzir relações.

O corpo-apoiador-pesquisador

Uma parcela de apoiadores também participa da RAC, que se constitui, em São Bernardo, substancialmente por estes trabalhadores e orientadores de educação permanente. Talvez tenha sido este dispositivo, a RAC, um real analisador do fazer apoiador, agenciando encontros potentes para pensar os diversos jeitos de se constituir essa função. Pelo menos para nós foi assim que aconteceu.

O apoio, por ser um dispositivo da gestão, e a RAC ao apontar o olhar para esses dispositivos, nos coloca em um corpo que, além de apoiador, é pesquisador. E quais são as intersecções do corpo apoiador e do corpo pesquisador? Existem intersecções? Talvez, para percebê-las, seja necessário se colocar em autoanálise, de modo que ser pesquisador da RAC é pesquisar a si próprio. Existe, portanto, uma pesquisa interferência, onde o primeiro efeito está em nosso corpo. Nós somos fonte de nós mesmos, uma pesquisa em ato.

A questão de colocar-se em análise traz o assunto a estar em processo novamente, em *entranças*, saindo de um conforto de lugares já enraizados para novos voos e produções de coletivos. Porém, nem sempre é possível deslocar-se a todo momento, principalmente quando se está em processo de entrada. Conversando sobre a árvore da nossa agenda, o Kanban por exemplo, demonstra que também é importante ter uma atividade que localize o cotidiano e proporcione uma certa estabilidade no trabalho, mas que gere novas movimentações, ainda mais em um processo de entrada em que tudo é novo.

A micro equipe do apoio, ao se configurar enquanto coletivo, também foi importante para construir acolhimento para o novo, sendo facilitadores da(s) entrada(s). Um sentido de proteção se estabelece, como ilustra a cena: “não falar sem antes ter um grupo que possa me apoiar nas minhas proposições”, seja isso positivo ou não. Mas, proteção de que(m)? Questão essa que dá visibilidade aos diferentes planos que estão em disputa. Afinal, falar e deixar de falar tem a ver com quem está ouvindo? Ademais, a escuta e companhia desses atores para as aflições de quem entrou serviram para trocar e analisar nossos fazeres, sentires, implicações e afecções.

Do ponto de vista destes que vieram de fora e não participaram do processo inicial da organização da atual rede de saúde de São Bernardo do Campo, as problemáticas que os “velhos” trazem chegam a ser indizíveis em outras realidades por que os “novos” já perpassaram. Ponto este que nos incentiva a um trabalho com implicação a um projeto de governo que valoriza as pluralidades, tais como as apostas da gestão da rede na Educação Permanente, no Orçamento Participativo, nos cursos de Capacitação de Conselheiros em Saúde, na oferta de referências e facilitadores de território e na possibilidade de ser um pesquisador de si.

Como já mencionado, a garantia destes espaços não necessariamente produz implicação e, portanto, eles precisam ser cuidados para que não sejam lugares burocráticos de não pensar, de automatismos, silenciamentos e reproduções. Já que cada acontecimento é inédito, o mundo – e o apoio – estão abertos para novas *entranças*.

Referências Bibliográficas

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde** [Tese]. Doutorado em Clínica Médica – UFRJ. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010. 234 f.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. São Paulo – Editora 34, v. 1. 2011, 127p.

EPS EM MOVIMENTO. **Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado**. Disponível em: < <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/eps-educacao-saude-gestao-e-producao-do-cuidado/>>. 2013.

SUNDFELD, A. C. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo** [Tese]. Doutorado em Saúde Pública – FSP-USP. – São Paulo: USP / Faculdade de Saúde Pública, 2016. 207p.

Alguns traços de uma cartografia na atenção básica à saúde

Carla Vanessa Alves Lopes
Clarissa Terenzi Seixas
Stefanie Kulpa
Josiane Vivian Camargo de Lima
Rossana Staevie Baduy
Helvo Slomp Júnior
Kathleen Tereza da Cruz

Atenção básica e suas diversas conformações

Espera-se que os trabalhadores inseridos nos serviços de atenção básica (AB), desde a sua implantação no Brasil, e mais fortemente a partir da Política Nacional de Atenção Básica/PNAB (BRASIL, 2011a), “dêem conta” da saúde das famílias de um determinado território, em uma produção de cuidado que demandaria baixa densidade de tecnologias duras para alcançar a resolubilidade (ALMEIDA *et al.*, 2011). Ou seja, à AB cabe o papel de responsabilizar-se pelo cuidado das pessoas residentes em sua área de abrangência, o que por vezes implica em resolver muitos problemas de saúde, alguns de alta complexidade, coordenando o cuidado nas redes. Mas como isso tem acontecido? Como os usuários estão sendo cuidados nestes serviços? Discutiremos aqui nossas experiências.

Quando instituído, o Programa Saúde da Família (PSF) seria um exemplo de aposta em uma *reestruturação produtiva na saúde*, ou seja, foi proposto para mudar o processo de trabalho na AB, mas não necessariamente alterou o modo de produzir o cuidado centrado nas tecnologias leve-duras e no fazer médico (MERHY, 2013). Entendemos reestruturação produtiva em saúde como um conjunto de inovações nos processos de trabalho e na estrutura organizacional, no caso capazes de mudar o modo de assistir as pessoas, e cujo aprofundamento pode levar até mesmo a uma *transição tecnológica em saúde*, que é quando as tecnologias em saúde – leves, leve-duras e duras – sofrem uma inversão, conformando um outro modo de produção do cuidado (MERHY & FRANCO, 2006). Tomaremos aqui o PSF e, a seguir, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma grande política pública que enuncia tal aposta cuja efetivação nossa pesquisa encontrou – ou não – em ato.

Parece-nos que o cotidiano peculiar de cada unidade, em certo momento e em cada equipe, acaba por produzir – ou não – a possibilidade de uma reestruturação produtiva em saúde, a depender de vários investimentos que são feitos, nem sempre de ordem governamental.

Em alguns municípios do sul do Brasil, cenários da pesquisa a que se refere este texto, e em cada frente deste campo, os pesquisadores se depararam com diferentes conformações na atenção básica, tanto produtivas como tecnológicas. Isso apareceu mesmo entre diferentes unidades de saúde (US): há aquelas – ou equipes dentro delas – onde o processo de trabalho efetivamente mudou, quando comparado a unidades onde se opera uma AB “convencional”, já sendo possível encontrar maior diversidade

de profissionais e de compartilhamento entre eles, com diferentes práticas de saúde, a exemplo das atividades domiciliares e mesmo de outras conformações para as ações programáticas (reestruturação produtiva); há também aquelas onde se foi ainda mais longe na mudança, incorporando ativamente processos de educação permanente no cotidiano do trabalho, e trazendo a vida do usuário para a pauta no sentido da potencialização do cuidado (transição tecnológica); e há ainda aquelas que nada ou pouco mudaram no seu modo de operar, a despeito de uma orientação governamental ou habilitação ESF.

Um mergulho de aproximadamente dois anos na rede de um município de grande porte do sul do Brasil nos fez refletir sobre a AB e a produção do cuidado em rede. Acompanhar a trajetória de alguns usuários pelas redes de saúde, e pela vida nos seus processos de adoecimento e busca por cuidado, constituiu um dispositivo potente para analisar alguns aspectos da produção do cuidado na AB. As análises que se seguem serão entremeadas por anotações e narrativas do trabalho de campo que, numa trama cerrada, tecem nosso olhar de pesquisadores implicados com as inúmeras vivências, pessoas, histórias que nos atravessaram nesse caminhar.

Alguns encontros com a potência e o sofrimento dos trabalhadores

Em nossas andanças, tivemos a oportunidade de nos encontrar com muitos trabalhadores cuja atuação era potente e comprometida com a produção do cuidado:

Antônio é médico de uma Unidade de Saúde da Família de um dos territórios mais pobres e violentos de uma capital. Caminhando pelo bairro, todos conhecem Antônio, que faz questão de cumprimentar pelo nome a cada um que passa e, inevitavelmente, dá uma paradinha sorridente para perguntar da dor de cabeça que levou um usuário à unidade em outro dia, da mãe de outro que anda com dores, da filha da vizinha que está resfriada, do remédio de outrem que deve estar acabando. Durante o período da pesquisa, compartilhou conosco suas tentativas sucessivas de cuidado à Rosa, uma de nossas usuárias-guias. Durante todo o período em que trabalha nesse território, acompanha Rosa e sua família, “lidando” com uma situação de saúde e violência que acompanha a usuária desde sua adolescência. A nós, apresenta a história de Rosa como uma história que afeta a equipe, pois a mesma “*mostra tudo que eles não conseguiram fazer*”. Porém, nesta mesma história, são muitas as ocasiões em que ele e sua equipe acolheram as demandas de cuidado que a usuária e sua família apresentaram: manejar as inúmeras crises de agressividade de Rosa e as demandas que estas produzem para ela e sua família, cuidar de ferimentos resultados de agressões físicas, apoiá-la em situação de ameaça de morte pelos traficantes da região, cuidar de questões clínicas comuns etc. Passamos a acompanhar os percursos de Rosa no período de dois anos e, junto com Antônio, sua equipe e outros trabalhadores dos demais serviços que Rosa frequentou no período, muitas foram as questões complexas que encontramos no que diz respeito ao cuidado ofertado e, por vezes, ao descuidado. No entanto, mesmo em situações questionáveis para nós, vislumbrou-se o vínculo, desejo e compromisso com a vida desta e dos outros usuários do território (fragmento de diários de campo da pesquisa).

A este exemplo somam-se outros. O gerente de US que, em reunião com sua equipe, consegue deslocar os trabalhadores da visão médico-e procedimento-centrada, problematizando suas práticas de cuidado cotidianas. A enfermeira que, em sua clínica, coloca-se em análise o tempo todo, e “entra junto com a usuária” nos caminhos do seu cuidado. Os agentes comunitários que “caem e levantam” com os usuários, e trazem essas tensões para a equipe... Foram vários os personagens das cenas do cotidiano da pesquisa a nos mostrarem quantas vidas militantes habitam os serviços de saúde, que representam boa parte dos trabalhadores: os atores que produzem o SUS. Segundo Franco (2013), a potência dos trabalhadores em saúde é revelada por meio de sua liberdade no seu espaço social de trabalho: eles (os trabalhadores) são livres em suas relações, no seu modo de agir, no seu jeito singular de manejar os casos e interpretar as situações do trabalho. Jeito mutante que não está nem nunca estará descrito e aprisionado em nenhum manual.

No entanto, nesses mesmos encontros da pesquisa, também o sofrimento dos trabalhadores da AB aparecia nos discursos, e foi ficando evidente a insuficiência de espaços para se debater os problemas e desafios do cotidiano: onde poderiam falar das agressões sofridas, de seus medos e frustrações, dos casos de saúde mental de que não davam conta, da solidão e do isolamento na rede de saúde, das dificuldades nas relações intersetoriais? E, ao serem calados, ao não poder olhar coletivamente para essas questões, o que lhes sobrava? “Sobram” as medidas normativas, protocolares e procedimentos técnicos, como se esses, ainda que indispensáveis, pudessem dar conta da complexidade dos problemas e de tudo o que os atravessa.

Assim, sem um movimento de autoanálise da equipe, os trabalhadores e gestores por vezes acomodam-se no lugar da queixa e/ou da inércia, e a resolução dos impasses e dificuldades acaba se restringindo àquilo que está na superfície, que é imediatamente “visível”, em geral problemas já conhecidos como irreversíveis, imutáveis (*“faltam recursos”, “temos muita demanda”, “não temos pessoal”, “a família é destruída”, “a pobreza é muito grande”*). E a conversa, como dispositivo para invenções coletivas de formas de enfrentamento, não acontece.

Como então produzir o cuidado compartilhado?

Na vivência da pesquisa encontramos uma variedade de espaços instituídos que, potencialmente, poderiam funcionar como espaços de discussão do cuidado, como reuniões das equipes de saúde da família ou de todos os trabalhadores da US, colegiados gestores, entre outros. No entanto, raramente nesses espaços aconteciam discussões desse teor, não se discute os limites do cuidado, a falta de ferramentas para lidar com situações complexas, as tensões entre as concepções técnicas e morais dos trabalhadores e os desejos e formas de lidar com os processos de saúde/doença do próprio usuário, com suas possibilidades (ou não) de seguir determinadas orientações e prescrições etc. Os espaços coletivos pareciam ocupados, majoritariamente, por pautas administrativas e discussões para encaminhamentos clínico-epidemiológicos, segundo protocolos instituídos.

Ricardo, um dos usuários-guias da pesquisa, foi atendido pela psicóloga e pela fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de forma isolada e fragmentada,

sem discussão com o restante da equipe. O NASF atuou apenas como mais uma especialidade que atendeu o usuário, após ter sido “encaminhado” pela equipe de referência. Ou seja, o simples fato de entrar em cena o “apoio matricial” não parece garantir o compartilhamento de saberes e olhares. Seria apenas um problema relativo ao modo de uso dessa tecnologia, que estaria sendo operada muito superficialmente? Ou ela exigiria um acontecimento chamado encontro, e isso estaria distorcendo seu produto?

O modo de operação dessas tecnologias de gestão do cuidado, ótimas invenções do SUS brasileiro, é bastante elucidativo quanto à produção do cuidado. Se existem dificuldades de encontros entre os membros da própria equipe, para elaboração de um projeto terapêutico compartilhado, as dificuldades parecem ser ainda maiores quando se deseja incluir o usuário nessa construção:

Ricardo, usuário acamado que vivia em situação de vulnerabilidade, nas visitas domiciliares repetia *“Preciso ser internado, senão, vou morrer aqui, não consigo andar e não tem quem cuide de mim”*. O NASF reconhecia a necessidade de fisioterapia, mas ele não se encaixava nas ofertas existentes, já que não andava e não tinha quem o levasse ao serviço especializado. Para a equipe da ESF o problema era “social” (e portanto, fora de sua responsabilidade), já que era usuário de drogas – assim como seus familiares – e residia em local “insalubre”. Para o usuário, naquele momento, sua necessidade era ir para algum lugar onde fosse cuidado, já que em sua casa vivia acamado e em abandono, inclusive muitas vezes sem ser sequer alimentado. Para nós pesquisadores, a institucionalização não era necessariamente algo bom (fragmento de diários de campo da pesquisa).

Por interferência dos movimentos da pesquisa, este caso ganhou certa visibilidade e várias foram as iniciativas de discutir um projeto terapêutico compartilhado com os diferentes trabalhadores envolvidos no cuidado ao usuário, incluindo a gestão. Posteriormente, o usuário foi institucionalizado numa espécie de Asilo, onde recebeu fisioterapia oferecida por estagiários, muito esporadicamente, mas voltou a caminhar sozinho. De certa forma ele teve sua demanda atendida, a pesquisa produzindo encontros entre os trabalhadores e escuta ao usuário, mas, ainda assim, a partir da institucionalização. Seria esta a única possibilidade? Não teria sido a equipe capaz de articular-se entre si, com o NASF, com o serviço social etc., e engendrado uma rede de apoio que permitisse que a necessidade do usuário (ser cuidado e voltar a andar) fosse contemplada?

Feuerwerker (2011) refere que, para que a produção do cuidado de fato aconteça e que esteja pautada nas reais necessidades do usuário, é necessária a prática de encontros potentes entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, de modo que “a vida que vem junto com o usuário” seja percebida e levada em consideração pela equipe, possibilitando então outras tecnologias leves e o próprio cuidado. No entanto, quando o usuário extrapola os muros da AB, percorrendo unidades de pronto atendimento (UPA), centros de atenção psicossocial (CAPS), instituições fechadas (lares, asilos etc.) ou outras, as equipes encontram dificuldades para realizar o cuidado e o acompanhamento do mesmo, seja para dar assistência ou ao menos para articular a rede. Isso por-

que a gestão do cuidado parece ainda estar muito distante da agenda de grande parte dos gestores do SUS (FEUERWERKER, 2011), e no município aqui considerado não foi diferente, no momento da pesquisa. Continuando a acompanhar os caminhos de Ricardo pela rede, quando o mesmo já estava institucionalizado em um asilo vinculado à assistência social do município, as incursões em campo continuavam:

Lá, a apoiadora institucional realizou então um encontro para a discussão do cuidado do usuário em questão, pois o mesmo demandava seguimento pela fisioterapia e acompanhamento devido ao uso de álcool e drogas: a posição dos gestores do distrito, bem como da gestora da unidade de saúde de referência, naquele momento, era a de não obrigatoriedade da realização de visitas domiciliares, por não ser vinculada à ESF. Além do mais, o usuário encontrava-se em um asilo, o que colocaria em dúvida a divisão de responsabilidades frente ao mesmo. Referiu ainda dificuldades de apoio para sua equipe nos casos que envolvem a saúde mental, e mencionou também o despreparo da mesma para esse tipo de atendimento (fragmento de diários de campo da pesquisa).

Todo esse entendimento parece ter protelado a oferta de fisioterapia ao usuário em questão. Ou seja, há sentidos que precisam ser melhor explorados junto a esses trabalhadores, no que se refere à AB, sendo ela organizada ou não como ESF, pois esses enunciados parecem cruzar a noção de modelo technoassistencial com a de responsabilização ética, por exemplo. É de se perguntar como essas políticas públicas chegam a esses atores, para serem então operadas ali no mundo do trabalho de um ou de outro modo, com as condições e o apoio que se têm.

No município em questão, a ampliação do acesso entra em cena como uma das principais diretrizes da AB na gestão que então se consolidava, após uma mudança de governo. Com efeito, ressaltamos que nos casos acompanhados no município os usuários não tiveram dificuldades de acesso na AB, ao contrário, sempre foram atendidos pelas equipes. Por outro lado, em alguns serviços que a pesquisa percorreu o contato dos usuários com a AB é bastante centrado no profissional médico ou enfermeiro ou cirurgião-dentista, enquanto atendimentos clínicos, sendo as consultas e visitas domiciliares por vezes focadas na lógica queixa-conduta. E, como vimos nos exemplos acima, mesmo que imprescindível, o acesso aos serviços e aos profissionais de saúde não garante, necessariamente, um cuidado resolutivo, que venha ao encontro das demandas e necessidades do usuário. Os efeitos dessa tensão são ainda mais intrincados quando abrimos o olhar para a atribuição de ordenadora do acesso às redes de atenção à saúde que a AB tem no SUS, somada ao atributo ainda mais ambicioso de coordenação do cuidado ao usuário que anda pela rede de atenção (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Mas, o problema é a atenção básica ou o modo como a operamos?

Passadas mais de duas décadas de sua implantação, a AB precisa ser olhada para além do foco apenas nos protocolos assistenciais e nas diretrizes de sua implantação. Sundfeld (2016, p. 103), em sua tese de doutorado, aponta que a organização da

atenção básica é ainda atravessada por diretrizes normativas que pautam a ESF, com importante influência da lógica das ações programáticas, organizadas muitas vezes de modo descontextualizado e burocrático, e que acabam gerando tentativas de aprisionamento do trabalho vivo, prejudicando a produção do cuidado. Aponta também a necessidade de mais discussões dos protocolos e normatizações junto às equipes da atenção básica, com o objetivo de produzir deslocamentos e permeabilidades entre a produção singular dos trabalhadores e as diretrizes da gestão.

Em algumas atividades do campo da pesquisa percebeu-se que o cuidado não aparecia na agenda cotidiana de alguns dos gestores de diferentes pontos da máquina administrativa da saúde, mesmo obedecendo-se normas e diretrizes, e isso produzia repercussões para o usuário, mas também para as equipes e para a própria gestão. É importante reconhecer que o arcabouço normativo instituído é uma parte importante da organização da atenção básica, mas é preciso ficarmos atentos, caso contrário não chegaremos ao *espaço vivo desta política*, que são os *encontros* com e entre as pessoas que a fazem no dia a dia, ponto a ponto. Somente a partir do que se produz nesses encontros, somando-se aos “instituídos” da prática cotidiana, é que poderemos começar a pensar em como, nessas organizações tão burocratizadas, faremos a gestão do cuidado (CRUZ, 2016, p. 265).

Baduy (2010) relata que as transformações das práticas dependem muito menos de normas gerais e protocolos do que da produção da saúde que se dá no espaço micropolítico do cotidiano do trabalho. Há uma autonomia do trabalhador em saúde que é atravessada por governos diversos, incluindo o governo de si. As determinações externas sobre esse trabalho vivo em ato têm limitado poder de indução, acontecendo no máximo uma reestruturação produtiva superficial, se aquele que é objeto da intervenção estiver em movimento de resistência o que se institui. Aliás, todos os atores governam, devido ao razoável grau de liberdade existente nas práticas do trabalho vivo em ato (MERHY, 2013).

Acreditamos que ao menos o projeto ético-político precisa ser pactuado *a priori*. As equipes de saúde inseridas nas US estão em sofrimento frente a casos complexos que envolvem a operação intensiva de tecnologias leves, caixa de ferramentas que nossa formação brasileira em saúde ainda busca novas formas de proporcionar; e os gestores, também com suas caixas por vezes esvaziadas, têm dificuldade para construir processos de educação permanente que apoiem essas equipes frente aos casos complexos encontrados na AB, os quais exigem para sua resolução uma multiplicidade de saberes e de fazeres (BADUY, 2010). Outros gestores, independentemente do nível hierárquico, preferem apostar em um governo normativo, mesmo, que desconsiderem tudo o que acontece no mundo do trabalho que lá pulsa, direcionando suas ações verticais para as equipes sem nenhuma pactuação. Estes não parecem sofrer junto com suas equipes e usuários, nem dialogam com o que propõe este texto.

Tais questões precisam ser enfrentadas e debatidas, trazendo-se as intensidades e as multiplicidades das vidas presentes no cotidiano das US, e a complexidade presente nos territórios, muito menos como geradoras de dificuldades que devem ser controladas, silenciadas, e muito mais como potências a serem operadas em favor da construção de outros modos de fazer gestão e de praticar saúde no cotidiano,

de modo que o cuidado possa ser efetivamente a principal pauta da atenção básica. Entendemos que ainda precisamos mergulhar mais no mundo do trabalho em saúde e vivenciar em ato esse espaço, para que as mudanças efetivas em nosso modelo de atenção possam efetivamente se concretizar.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. **Atenção primária integral à saúde – indicadores para avaliação**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: MS, 2011a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 25 mai 2016.

BRASIL. Gabinete da Presidência. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, 1. Brasília: SPS, 2000. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em 28 jul 2015.

CRUZ, K. T. da. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros**. Porto Alegre: Ed. Rede UNIDA, 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. “A cadeia do cuidado em saúde”. *In: Educação, saúde e gestão*. Rio de Janeiro e São Paulo: Ed. Hucitec, 2011.

FRANCO, T. B. “O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho”. *In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2013. p.203-11.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. “Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves”. *In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. 1 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2013. p.111-121

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. “Reestruturação produtiva em saúde”. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 225-230. <Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reesprosau.html>>. Acesso em 19 mar 2012.

SUNDFELD, A. C. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento pode deflagrar e fazer falar

Paula Monteiro de Siqueira
Katia Muniz Amirat
Heloisa Elaine dos Santos
Angela Aparecida Capozzolo
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Inquirido sobre a sua raça, respondeu:

- A minha raça sou eu, João Passarinheiro.

Convidado a explicar-se, acrescentou:

- Minha raça sou eu mesmo. A pessoa é uma humanidade individual. Cada homem é uma raça, senhor polícia.

(MIA COUTO, 2013)

“Foi tudo por água abaixo”? Foi a sensação e o desabafo de uma das pesquisadoras no início de uma conversa sobre o acompanhamento do usuário-guia; ao se colocar isso em análise, foram retomados o processo de cuidado e as expectativas da própria pesquisadora. Esse foi o ponto de partida das reflexões para esta escrita, entre nós, também construída a partir dos encontros com as equipes de trabalhadores, com o grupo de pesquisadores e com o usuário. Falaremos sobre o que o cuidado efetivado nos despertou, quais os dilemas e conflitos que esse usuário do serviço de saúde deflagrou e fez falar.

Trata-se de uma pessoa em situação de rua há aproximadamente 40 anos, morador da região central de São Paulo, portador de transtorno mental, acompanhado há mais de 10 anos por uma equipe de Consultório na Rua. Tendo em vista as demandas do cotidiano de trabalho e quantidade de usuários cadastrados, encara-se como um grande desafio para os profissionais conseguir estar juntos para pensar e discutir o cuidado de maneira compartilhada e em rede. Mas o caso do “Rambo”, um dos nomes fictícios do usuário-guia, tem sido produzido desta maneira, pois em alguns momentos mais, outro menos, ele é pauta de discussões acaloradas entre trabalhadores da saúde, de outros setores e os vizinhos – dono do bar, síndica e moradores do prédio.

Conhecido por vários nomes, não se sabe ao certo qual o seu nome verdadeiro, ele se recusa a dizê-lo. Rambo foi assim apelidado, pois certa vez em que alguns cidadãos o atacaram com violência, reagiu fortemente e desde então ficou reconhecido por sua força. Também era chamado de Bin Laden, já que sua barba e cor de pele se assemelhavam à do famoso terrorista muçulmano. Já o nome José Ramos fora dado por uma enfermeira em uma de suas internações. Quando perguntamos por seu nome diz: “Fala você, vocês não são meus donos!?”

A primeira vez que ouvimos sobre Rambo foi num encontro de “Micro-Território da Rede de Saúde” em São Paulo, que reunia profissionais de vários serviços desse

território (NASF, Unidades Básicas, Cecco, CAPS, Consultório de Rua, Especialidades) – da saúde e de outros setores para discutir os casos que demandavam rede. A Equipe de Consultório na Rua vinha sofrendo pressão por parte de alguns moradores do prédio em frente ao local em que Rambo se abrigava, “no seu moco de madeira e lona”, por considerarem que ele corria risco de morte. Ele estaria muito agressivo, gritando durante a madrugada, xingando as pessoas e numa certa noite alguém teria disparado tiros na sua direção. Os moradores entendiam que ele é responsabilidade da Equipe de Saúde e que se, por ventura algo acontecesse a ele, seria por descaso dos profissionais. Rambo tornara-se visível e havia uma pressão social para que ele fosse tirado de lá, não importava como. Esse caso-“problema” tornou-se uma prioridade para a Equipe. Ele pede rede, pois interroga fortemente os modos instituídos de cuidar (mesmo no campo da luta antimanicomial), confirmando as mais recentes reflexões de Lancetti (2015)!

Na última intervenção feita pela equipe do Consultório na Rua, havia-se optado por uma internação involuntária, mas com uma mobilização dos profissionais que apostaram numa aproximação e tentativa de construção de vínculo articulado com a rede de serviços. Nesse sentido, visitavam-no todos os dias, conseguiram acordar saídas com o hospital para que passasse o dia no CAPS e, quando da alta, foi para um centro de acolhida escolhido por ele mesmo. Entretanto, passou lá apenas uma noite e voltou para seu local habitual na rua.

Assim, entendendo que o caso requeria um espaço maior de discussão, uma vez que os trabalhadores compreendiam a necessidade de recapitular com cuidado sua história, foi organizada uma reunião com Trabalhadores do Consultório na Rua, CAPS Adulto, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Interlocação Técnica dos Consultórios na Rua e Interlocação Técnica de Saúde Mental e Unidade Básica de Saúde.

Nessa reunião se discutiram as possibilidades de cuidado diante do diagnóstico médico e dos modos como se comportava, pensou-se também em encaminhamentos, ações estratégicas e articulações possíveis e necessárias para o cuidado integral. Os profissionais que o acompanharam da outra vez trouxeram muitas considerações sobre o caso, pontuando que a saúde muitas vezes aparece como um regulador social e não considera o que as pessoas querem, questionaram-se sobre seu papel e o que a sociedade espera que seja feito em casos como esse. “Será que ele não tem autonomia e uma rede o sustentando? Ele está ali há muito tempo e reconhece aquele lugar como seu”. Diante disso, interná-lo mais uma vez seria um recurso válido? Os profissionais da rede expuseram seus pontos de vista, uns favoráveis e outros nem tanto à internação, portanto não houve consenso sobre o projeto terapêutico possível.

A reunião desses profissionais e todos os arranjos cogitados não eram uma garantia de que o cuidado desejado seria possível, pois isso dependia também de outros pontos da rede, como por exemplo, uma vaga num hospital com ala psiquiátrica na região, o que possibilitaria visitas regulares ao usuário. Mas, sobretudo nessa situação complexa, pairava uma sensação de que as ofertas e respostas eram limitadas e que, dependendo do que fosse feito, poderia se afastar ainda mais o usuário, suscitando muitas perguntas: “quem mais pode ajudar? Os Direitos Humanos? Os

vizinhos de Rambo? A GCM? O Conselho Gestor? A Promotoria? Precisamos chamar outras pessoas!”

Na segunda reunião compareceram profissionais da saúde, representantes dos serviços de proteção social, defensoria pública e os vizinhos de Rambo, tais como o zelador, o síndico e moradores do prédio. A conversa iniciou-se com a equipe contando um pouco do caso, ao que se seguiram as falas dos moradores que diziam estar incomodados/preocupados com a degradação de Rambo, com a sujeira e os ratos que ele atrai por causa do acúmulo de alimentos; contam que ele está muito agressivo e que grita a noite toda, dizem que da última vez que ele fora “resgatado” pelo menos ele teria voltado mais calmo, questionando se não seria possível tirá-lo de lá para um tratamento. Novamente há um debate sobre o que será feito da vida de Rambo.

Mas aonde está Rambo?

Rambo não estava presente, mas seu posicionamento “político muito claro” aparece nas falas de todos os profissionais, chegando-se a questionar o porquê de estarem fazendo aquilo com ele. Nesse sentido interroga-se “até que ponto alguém em franca agudização do quadro psicótico seria capaz de decidir sobre a sua vida e fazer escolhas que não o colocassem em risco? Que direito temos, como trabalhadores de decidirmos pela vida dos outros? Nenhum. Mas afinal, não é isto que estamos fazendo?”

Até onde é possível respeitar a autonomia do sujeito, respeitá-lo sobretudo no desejo de permanecer nas ruas e de não ir para o centro de acolhida, sustentar sua exposição a situações de violência física, social e psíquica, aceitar seu desejo de não tomar medicação e manter-se delirante e desorganizado nos pensamentos e na interação com o mundo. Não seria se desresponsabilizar enquanto equipe que deve prestar cuidados em saúde? Seria isso “respeito” à autonomia dos sujeitos? Dizer que “ele está nesta situação porque é o seu desejo” e não porque não temos ofertas que lhe fizessem sentido?

Afinal, esse cuidado é adequado para quem? A partir de qual olhar, de quais expectativas pensamos este cuidado? Os caminhos terapêuticos a serem percorridos são realmente definidos por toda a equipe, existe consenso entre os membros da equipe sobre a melhor maneira de cuidar? Que relações de poder estão envolvidas nestas decisões? Quais as informações disponíveis para toda a equipe, e quais as disponíveis para apenas parte dela? Como será possível continuar cuidando se eu não concordo com a decisão da equipe? Podemos dizer que existem muitas equipes dentro de uma mesma equipe? Seria este um, se não o maior, dos desafios da multiprofissionalidade?

Rambo questiona: “Por que o seu jeito de viver é melhor do que o meu?” E esse é um elemento importante: Rambo não aceita nenhuma oferta, seja nos momentos em que está na rua mentalmente desorganizado, seja nos momentos após a intervenção da equipe, em que está medicado e com seu quadro mais estabilizado.

Outra vez o desfecho do caso se repetiu, Rambo foi novamente internado. Pudemos, ao visitá-lo um dia após da internação, entender que grande parte de seu comportamento agressivo se relacionava com uma maneira de estar na rua, de se proteger

na rua, já que ao encontrar uma das moradoras antes hostilizada por ele, fora possível estabelecer um longo diálogo, em que ele a reconheceu, admitiu seu comportamento agressivo na rua com ela. Enfim, esta possibilidade de aproximação não fora intermediada por uma medicação.

Ele estava em um ambiente estranho, institucionalizado, talvez se sentindo desprotegido, percebendo e reconhecendo sua impotência naquele lugar, e ainda, sua falta de autonomia para escolher estar ou não ali.

Durante esta última internação, que durou mais de 3 meses, em duas instituições diferentes, recebeu a visita de moradores/vizinhos, trabalhadores do Consultório na Rua e pesquisadora.

Todos os encontros que foram possíveis com o “Rambo” trouxeram incômodos e muitos questionamentos para nós. Fora possível perceber uma maior organização dos conteúdos do seu pensamento, e em meio a delírios e alucinações expressava a sua crítica quanto ao que vivia dentro do Hospital. Sentia-se agredido e violentado dentro do serviço, trancado, sem poder alimentar suas pombas, sem poder circular durante o dia pelas ruas em que havia escolhido viver. Percebemos que algumas respostas que nos dava pretendiam favorecer sua alta hospitalar: “O Sr. quer ir para um centro de acolhida quando sair daqui?” – “Se quiserem que eu vá, eu vou”.

Durante sua permanência no Hospital, a equipe de Consultório na Rua tentou articular uma vaga em centro de acolhida para a sua saída, porém não recebeu nenhum retorno do Centro de Referência da Assistência Social (CREAS) local. Sabíamos que possivelmente ele não permaneceria dentro de um centro de acolhida, mas era angustiante demais para todos entender que após sua saída do Hospital voltaria à mesma calçada e tudo se reiniciaria; tudo iria “para água abaixo”.

Durante este processo de conversas e visitas com o Hospital, CREAS, entre moradores e trabalhadores, vimos no mesmo local onde “Rambo” permanecia a reconstrução de um mocó. Seria um outro morador de rua que estava se “instalando” ali? Não! Era o mesmo “Rambo”, agora com cabelo cortado, sem barbas, limpo, quieto, que recebera 10 reais do serviço social hospitalar com a orientação de procurar o CAPS adulto da região.

Um sentimento de frustração e tristeza tomou conta de todos. Qual o sentido de todos os meses de articulação com o Hospital, para que ao fim nem ao menos a equipe fosse avisada de sua alta? Que orientação era esta, de procurar o CAPS da região? Com quais parceiros os vínculos estavam sendo construídos? Apesar de sabermos que se tratava de um paciente grave, com indicação e perfil para acompanhamento no CAPS, o vínculo construído naquele momento não com essa equipe...e sim com a equipe de Consultório na Rua.

Enfim, o retorno estava dado... e o cuidado e as articulações não poderiam parar! E assim continuaram sendo feitas as reuniões de rede, os atores envolvidos continuaram sendo chamados. As pombas voltaram, o lixo em volta do mocó do Rambo voltou, os palavrões, a violência, as ameaças dos moradores, e com tudo isso, os delírios do Rambo... a sua fragilidade e o seu posicionamento: “Eu não quero tomar medicação, eu não quero ir até o serviço de saúde, eu não quero

frequentar o CAPS, eu não quero comida, eu não quero roupas e documentos. O que eu quero é uma mulher, uma mulher para cuidar de mim? Vocês vão poder me ajudar?”

Depois de muita insistência, as relações entre ele e a equipe foram retomadas. Hoje, é possível realizar visita ao José Ramos, que passou a aceitar este nome, aceitou falar sobre o dia de seu aniversário, sobre sua família, sua infância. No meio destas histórias os delírios místicos religiosos, delírios de conteúdo sexual, violência física e psíquica, vizinhos que jogam ovos e tomates, palavrões e berros nas madrugadas...

O caso do Rambo nos faz pensar sobre o que é cuidado. O que é o cuidado nas Ruas? O cuidado da “loucura” na e das ruas é um grande DESAFIO.

O que se entende por cuidado INTEGRAL traz que demanda para as equipes de Consultório na Rua? Como lidar com as várias demandas sociais, familiares, financeiras, de moradia, construindo um olhar ampliado, porém muitas vezes tendo apenas a medicação a oferecer? Seria este o motivo para olharmos a medicação ou ainda a internação, como ofertas tão importantes para o cuidado? Já que as outras ofertas são inacessíveis? Por que são inacessíveis? Até quando lidaremos com essas limitações?

Até quando aceitaremos o centro de acolhida (albergue) ou a rua, como os únicos espaços de cuidado para as pessoas em situação de rua? Onde estão as políticas públicas definitivas de habitação para pessoas em situação de rua? Como os portadores de transtornos mentais que estão na rua acessam as tão “famosas” e distantes Residências Terapêuticas? O que significa ter perfil para estar nas Residências Terapêuticas?

No fundo, o Rambo não é reconhecido como um interlocutor válido na construção dos projetos terapêuticos. Seu modo de vida não é aceito. Interroga profundamente nossas ofertas. Será possível cuidar dele assim?

Esta narrativa a muitas mãos nos permite questionar e refletir sobre o papel da assistência social no cuidado deste caso. Incomoda e dificulta a discussão da situação, então não são convidados para as reuniões. Qual a visibilidade produzida sobre sua vida de sem teto em sofrimento mental? Alguém com transtorno mental psicótico grave, desorganizado, agressivo, que não aceita tratamento, dentro de um Centro de Acolhida? Ao mesmo tempo alguém que se articula e viabiliza sua sobrevivência há longo tempo na rua. Que arranjos seriam necessários para sua permanência nos locais de cuidado da Rua dentro da Secretaria de Assistência Social? Por que tanta dificuldade para a construção de equipamentos híbridos entre Saúde e Assistência Social? Seria este o caminho? Ou será que este é o caminho para reconstruirmos os antigos manicômios?

Quais as dificuldades de cuidado das pessoas em situação de rua dentro dos CAPS, como cuidar de quem não chega até os serviços, pela gravidade e/ou resistência ao cuidado? Estes tipos usuários não configurariam exatamente as prioridades para o cuidado? Como pensar os CAPS na Rua, em um território com 1 CAPS Adulto para uma população de 620 mil pessoas? Quem teria maior chance/eficácia no cuidado do Rambo? O Consultório na Rua ou o CAPS, aquele que tem o vínculo ou aquele que tem a técnica e as ferramentas?

Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento...

E você, que começou a leitura deste capítulo aguardando resposta para a sua prática de trabalho, se deparou com um tanto de interrogações, questionamentos sem respostas? De quem esperamos as respostas?

Dos encontros, de discussões, no caminhar, nas relações com os outros, na certeza que cometeremos inúmeros erros, mas também acertaremos, e construiremos Políticas Públicas mais justas, equânimes e possíveis para a Rua.

Quem sabe fazer? Quem tenta... quem não se conforma, quem encontra dilemas, quem se desafia no dia a dia do trabalho... quem se desafia a escutar...

Referências Bibliográficas

Couto, Mia. **Cada homem é uma raça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

Lancetti, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 134p, 2015.

Deslocamentos a partir dos múltiplos olhares

Maria da Ajuda Luiz dos Santos
Roseni Rosângela Sena de Oliveira
Mônica Garcia Pontes

Tudo que é reto pode entortar. Pelo fato simultaneamente Sapiens (inteligente) Demens (demente), o ser humano vive uma ambiguidade estrutural. Seu bem nunca é inteiramente bom. Seu mal jamais totalmente mau. Mesclam-se bem e mal, dia-bólico sim-bólico, insensatez sabedoria, cuidado essencial e descuido fatal. Essa situação é, em sua totalidade, insuperável. Devemos carregá-la com realismo. Nem chorar sobre ela, nem rir dela.

Apenas aprender as lições que revela.

(BOFF, 1999, p. 159)

Neste texto apresentaremos algumas inquietações vivenciadas em ato, pelos pesquisadores RAC/MG durante os caminhos percorridos na produção da pesquisa que envolve diversos atores da rede de saúde do município de Belo Horizonte/MG.

Em Belo Horizonte, o processo de implantação da Saúde da Família, trouxe consigo vários avanços. O incremento de RH e a reorganização do processo de trabalho com o PSF mudaram a forma de abordar as pessoas. Houve uma diversificação das ações de promoção da saúde, com a implantação de uma série de atividades nos Centros de Saúde, que buscam uma abordagem integral aos usuários. Pode-se observar ainda a ampliação do acesso, em especial para a população adulta, aos serviços de saúde, com a atenção básica se configurando como porta de entrada, não única, mas principal, para o sistema. A Atenção Básica é reconhecida como: um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção dos agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente em que vivem essas populações. (BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, 2006, p. 07)

Neste cenário, realizamos a nossa trajetória de pesquisadores em transformação permanente para conseguir novas conexões com os gestores, trabalhadores, usuários e as famílias.

A metodologia proposta pela pesquisa RAC, exigiu um posicionamento do pesquisador tradicional, habitante em nós, que se considera mais sabido e questionador do já instituído para tornar-se um sujeito instituinte, buscando a multiplicidade que constitui os diversos cenários vivos da pesquisa.

Nessa dinâmica, pesquisadores e trabalhadores, misturam-se ao mundo dos usuários e, no cotidiano das relações que vão sendo estabelecidas, procuramos entender as possibilidades que fazem sentido para a vida. Nesses encontros singulares, as vidas envolvidas expressam seus enlaces e suas estranhezas. Os espaços próprios do viver e sobreviver no mundo vão sendo reconhecidos e nas trocas estabelecidas entre sujeitos vão sendo produzidas as transformações na relação de poder.

O cenário foi se delineando exigindo uma in-mundização, ou seja, uma inserção conjunta com pesquisador e trabalhadores no mundo dos usuários, entendendo e vivenciando no cotidiano, como se dá o encontro, como possibilidade que faça sentido para a vida. Nesse encontro emergiram as singularidades em nós, tomando a vida no mundo, seus enlaces, suas estranhezas, mas reconhecendo esse espaço como próprio do viver e sobreviver no mundo.

A proposta metodológica da pesquisa direcionou a nós, pesquisadores, gestores e trabalhadores e aos usuários-guias que nos mostraram a narrativa de vários encontros. Estes encontros com seus arranjos levou-nos a questionar os fluxos, protocolos, dados epidemiológicos, concepções e dados clínicos que limitam o cuidado a uma perspectiva de procedimentos, conduzindo-nos a uma reflexão sobre essa visão restrita: criando interferências do entre/fora/dentro, tencionando o cotidiano do mundo do trabalho e nosso mundo de pesquisadores tradicionais.

Essa trajetória permitiu questionar: que trabalhador requer esse lugar de cuidar? O trabalho na assistência exige uma disponibilidade muito acima do papel descrito para essa ou aquela porta, mas para uma produção de cuidado complexa, pautada por um conjunto de potentes fontes que integram a rede de relações dos usuários.

Este caminho de encontros e desencontros tem produzido em nós, pesquisadores, trabalhadores, gestores e usuários, ruídos e deslocamentos que nos remetem a uma reflexão contínua dos modos de enxergar e pré-concebermos conceitos dados anteriormente como certos, sabidos e reconhecidos. O pesquisador/trabalhador revestido com o manto do saber formal, reconhecido e, portanto, condutor das práticas esperadas defrontam-se com o saber do outro, inédito, que vem de fora e de forma inesperada, produzindo deslocamentos e conflitos nas relações de poder.

Esta infinita possibilidade de produzir conhecimento a partir do usuário e seu nomadismo nos convidou a um mergulho nas suas redes assistenciais, de tal modo que esta imersão produziu em nós, pesquisadores, uma diferente aposta e um reposicionamento do nosso papel na compreensão de como se aprende e como se conhece. Para tanto, foi necessário diversificar as fontes e tratá-las em um processo de sucessivas aproximações que não permitem o fazer aprisionado no conhecimento formal. O relato dessa experiência foi sendo construído a partir dos encontros e das suas diversas memórias, produzindo novos conhecimentos que se consolidaram no usuário-guia.

O usuário-guia é uma forte e complexa fonte de informação, mas não esgota em si a necessidade do pesquisador de ir em busca de outras fontes e adentrar o mundo dos acontecimentos em ato, envolvendo trabalhador/usuário, seus familiares e as relações que o usuário constrói para viver a vida.

Olhar para ele, o usuário-guia, como sujeito singular, com sua história, seu jeito de andar a vida, que não se enquadra em nossa “organização de redes”, que responde

a muito do que é preconizado, não basta, pois, ao se instituir, essa rede carrega consigo toda uma bagagem pronta, e que, portanto, vai se confrontar com muito do que é de fato constitutivo dos sujeitos e por isso fora do prescrito, do padrão e dos fluxos, sendo sempre insuficiente.

No cotidiano dos serviços de saúde a produção intensa por modos de aliviar a dor, de construir com o usuário ferramentas com potencialidade de ampliar a vida e projetos terapêuticos, se misturam com propostas de melhor desempenho do serviço, planejamentos e indicadores de saúde, ou seja, diferentes regimes de produção de verdades se apresentam em um mesmo cenário que convoca gestor e trabalhador a compartilhar a vida do usuário, exercendo nessa techedura arranjos que ponham ou não em evidência as multiplicidades da existência. (ABRAHÃO, 2013, p. 315)

Outro olhar importante foi reconhecer como fonte acessível o prontuário, com suas várias facetas. Mesmo quando eletrônico, como no caso da rede em Belo Horizonte, ele se apresenta frágil, com informações inconsistentes e ainda com ausência ou insuficiência em retratar o modo de levar a vida do usuário. Pois as informações quase sempre estão focadas no caso clínico do usuário e sobre o olhar muitas vezes isolado de um profissional, sendo o descrito no prontuário de forma insuficiente e alheio aos acontecimentos cotidianos do usuário e, principalmente, do seu modo de andar a vida.

Nos encontros com os trabalhadores vivenciamos as narrativas de sua memória, construída, a partir da relação viva entre eles e os usuários, mas construída quase sempre de forma isolada e sem discussão pelo conjunto dos atores envolvidos nesse processo.

Entendendo que o coletivo tem mais potência para construção de memórias, sendo essa a intenção dessa pesquisa, a aposta em coletivos que se debruçassem em construir relatos que fizessem sentido para o mundo do trabalho, configurou-se como um dispositivo para a construção de projeto terapêutico singular com a participação do usuário na produção do seu cuidado.

O fazer junto e o misturar-se, nos torna também fabricantes e fabricados ao mesmo tempo, e nesse coletivo vamos nos conectando às outras composições, equipamentos institucionais da saúde, (Centro de Saúde/ CERSAM/ CERSAMI/ CERSAM AD/ Consultório de Rua/ UPA/ Centro de Especialidades), outros setores fora da saúde, outros órgãos de governo, como o judiciário e comunidade, alocados no território reconhecido como determinada área de abrangência ou, muitas vezes, situados em outras localidades, mas que foram adentrados pelos usuários nos seus arranjos de construir o seu modo de viver.

No cenário da pesquisa vamos identificando esses pontos bem como as conexões produzidas a partir do usuário e/ou muitas vezes espaços e equipes acionadas para “dar conta da chamada complexidade do caso”. Vivenciamos assim uma inserção dos pesquisadores junto ao Centro de Referência da Assistência Social, (CRASS), ao Núcleo Intersetorial Regional (NIR), à Academia da Cidade e em alguns casos a

necessidade de interlocução com Instituição de Longa Permanência, (ILP), e com Delegacia de Defesa do Idoso. Importante registrar que foram entradas discutidas e produzidas no coletivo, apesar da ocorrência de tensionamentos e dificuldades que se produziram nessa caminhada entre e dentre os atores envolvidos no processo.

O reconhecimento dos arranjos familiares é outro ponto importante nessa construção compartilhada do que é, do como é, e de como se constitui o que o usuário vive. Olhar um cenário e imaginar a partir dos nossos conceitos; “um caos”, mas ao adentrar, ouvir no entre, foi muitas vezes a “chavinha” para entender quanta vida se vivia, se produzia e se produz cotidianamente naquele lugar, como território existencial. Deparamo-nos com situações de alta complexidade, e que foram produzindo múltiplos olhares.

Esta questão dos múltiplos olhares ficou muito evidenciada em alguns casos acompanhados no cenário da pesquisa. Diversos pontos de vista sobre o mesmo usuário produziram um certo acomodamento do olhar. Ao fazermos o exercício de compreender o trajeto do usuário na construção de sua vida, produziu um deslocamento de quem o observava, produzindo em nós pesquisadores um efeito de novos olhares e transformação das relações de poder, entre pesquisadores /trabalhadores / gestor e usuários.

Neste sentido, a pesquisa produziu movimentos, tensões e disputas no território, que apontam para distintas direções da produção de cuidado e de potência de vida.

Em vários desses acontecimentos é preciso mais do que é preconizado, é preciso rede que interaja, que faça arranjos muitas vezes transgredindo o que é a regra e os seus fluxos, e que se sustente em trabalho vivo em ato, produzindo furos no instituído para a produção de outros pactos. Nos momentos de trabalho de campo, vivenciamos coletivamente como essa interferência do entre/fora/dentro, tenciona o cotidiano do trabalho e nos convida a dançar uma outra música, um outro ritmo de tambor, e daí vamos aprendendo cada vez mais a não saber, mas mantendo a angústia da busca e construindo coletivamente novos saberes a partir de novos olhares.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. “Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde”. *In*: L'ABBATE, S; CARDOSO, L; PEZZATO, LM. **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. p. 315-333.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte**: Recomendações para organização local. Belo Horizonte: 2006, 120 p.

BOFF, L. **Saber Cuidar. Ética do Humano** – Compaixão pela Terra. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

MERHY, E. **As vistas dos Pontos de Vista**, Tensão dos Programas de saúde da Família que pedem medidas. Saúde e micropolítica.blogspot.com/2014.

In-mundo com Anas e Marias: intercessoras na produção de conhecimento

Rafaela Cordeiro Freire

A partir da experiência em um território da Rede Cegonha, proponho uma reflexão sobre a aposta da pesquisa de imundicar-se do outro e com o outro na produção de conhecimento. Como fontes utilizo anotações em diário de campo e ativo minha memória de pesquisador, atualizando os deslocamentos realizados em ato, além de recuperar afecções produzidas nos encontros de pesquisa, inclusive do investigador consigo, indiferenciado do objeto da pesquisa e na produção de um conhecimento:

[que] se processa como ativadora e produtora de intervenção na vida e acontece nesta mistura, neste tingimento do pesquisador com o campo [...] o pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. (ABRAHÃO *et al.*, 2013, p. 134–5).

São muitas Anas e Marias, coincidências entre pesquisadoras-trabalhadoras-usuárias nesta frente. Dentre as possíveis usuárias-guias apontadas nos encontros de pesquisa uma produziu importantes efeitos para a investigação, em particular no compartilhamento da pesquisa entre os pesquisadores locais, apesar de não termos produzido narrativas cuja fonte fosse ela própria. Esses efeitos serão recuperados neste texto.

Um lugar especial de entrada na pesquisa

Abordamos a Rede Cegonha a partir de uma instituição filantrópica que possui dois serviços de saúde, um deles oferece pré-natal para uma grande quantidade de gestantes, há mais de vinte anos, incluindo exames laboratoriais e ultrassonografias, e o outro é um Centro de Parto Normal (CPN), inaugurado no lançamento da Rede Cegonha, em 2011.

O local é um oásis, com rica vegetação, em meio a um bairro da periferia de Salvador, densamente povoado e com urbanização precária. A instituição atende cerca de 1500 crianças e adolescentes nos ciclos infantil e fundamental do ensino regular, em convênio com município e estado. Oferece ainda creche e várias atividades complementares de artes, informática e esportes, por exemplo.

O Centro de Parto Normal está habilitado com cinco leitos de pré-parto, parto e puerpério (PPP) em convênio com a secretaria estadual. Foi o primeiro serviço com estas características no Norte e Nordeste e, em quase cinco anos de existência, continua inovando com sete doulas, dentre as nove existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), serviço implantado no quarto ano do seu funcionamento (CNESNET, 2016).

O CPN possui um sexto leito não habilitado e todos os seus apartamentos possuem sacada com vista para a vegetação local e estão equipados com cavalinho, banco de parto, bola de pilates, escada de ling e berço aquecido. Um dos leitos possui banheira. Até dois acompanhantes são permitidos no trabalho de parto. O protocolo para admissão no CPN estabelece critérios para um perfil de gestantes com baixo risco: entre 37 e 41 semanas e quatro dias de gestação, pelo menos quatro consultas de pré-natal em qualquer serviço, fase ativa de trabalho de parto e sem intercorrências clínicas progressivas ou atuais. O CPN oferece avaliação de perfil, realizada pelas enfermeiras de plantão, contabilizadas como consultas de pré-natal, uma vez que os problemas identificados têm encaminhamentos prontamente realizados, como indicação de antibiótico e solicitação de exames, durante a própria avaliação, como forma de facilitar a inclusão da gestante que deseja parir no CPN.

Apesar da grande demanda atendida no pré-natal da instituição, com cerca de 1200 novas gestantes ao ano, a quantidade de partos realizados no CPN, em seus primeiros três anos, ficou aquém do previsto e pactuado pela Rede Cegonha. A partir do quarto e quinto anos, aumentos consistentes e progressivos foram observados, com quantidades maiores a cada mês, quando comparados aos mesmos meses de anos anteriores (SALVADOR, 2016).

In-mundo com Anas e Marias

Maria, uma potencial usuária-guia, surgiu numa conversa sobre a pesquisa com Ana, que é professora de ioga para gestantes, há quase 20 anos, e coordena as doulas. Pedagoga de formação, desenvolveu um trabalho autodidata no campo do parto ativo durante esse tempo até que, recentemente, teve sua experiência reconhecida por Janet Balaskas.

Durante o ano de 2015, Ana formou um grupo de doulas para o CPN ministrando curso e oferecendo estágio. O grupo é de voluntárias da instituição e a formatura aconteceu na comemoração de quatro anos do serviço, momento em que se comprometeram a atuar junto às gestantes que não vêm acompanhadas por suas próprias doulas.

Desde os primeiros contatos com a pesquisa, Ana se disponibilizou a participar e abrir espaço, interessando-se sobre os critérios para a escolha de usuárias-guias. Expliquei como fazíamos na saúde mental e entre crônicos que cuidamos na atenção primária, buscando aqueles mais difíceis de conduzir, que mobilizam intensamente a equipe. Revelei a ela que a gestação, por ser um evento natural, de curta duração, e não uma doença, tornava esse critério mais difícil de aplicar. Ela retomou uma fala anterior sobre a coleta de dados das gestantes, ressentindo-se da interrupção do registro que fazia inicialmente, que impedia um rápido levantamento de gestantes elegíveis. Resgatei a proposta da pesquisa de reconhecer a produção de conhecimento a partir dos usuários e trabalhadores, que também são pesquisadores, além do fato da metodologia não determinar *a priori* quem são os usuários-guias e nem a quantidade deles, convidando os trabalhadores a construir critérios que mais façam sentido para eles. Por fim, tentando não deixá-la ansiosa, alertei que teríamos tempo para rastrear potenciais usuárias-guias, usando a intuição, confiando na equipe em apontar quem seriam as gestantes, pois não havia uma urgência, naquele momento, em defini-las.

Quando a proposta cola – compartilhando sentidos e produzindo conhecimento in-mundo

Após uma hora de conversa inicial, levamos quase outra hora juntas, pois a parte sobre a escolha das usuárias-guias, disparou em Ana a lembrança de um parto, ocorrido dias antes, que mobilizou o grupo das doulas no *whatsapp* e chamou a atenção da equipe do CPN. Maria era a gestante que teve o parto no CPN, sem nenhum acompanhante, que recebeu atendimento pelas doulas e precisou de ajuda para a alta, pois não tinha enxoval para o bebê²⁵, informação que circulou rapidamente entre as doulas, que se mobilizaram para, no plantão seguinte, dar uma atenção especial a ela. O fato dela estar sozinha e sem enxoval configurou para o grupo uma situação de vulnerabilidade social, uma combinação incomum dentre as gestantes que buscam o CPN. As doulas produziram rede para acolher Maria e conseguiram, com a coordenação do CPN, um enxoval para seu bebê.

Buscamos no livro de partos do CPN e encontramos o registro do parto de Maria, onde constava que ela mesma cortara o cordão e que não tinha acompanhantes, dados que fazem parte do registro, assim como o fato de que ela usou o chuveiro, mas pariu no leito. A história de Maria, segundo Ana soubera através das doulas, era que seus pais viviam no interior e o pai biológico do bebê não acompanhara a gestação. Também buscamos, no sistema da recepção, a identificação de Maria e descobrimos que ela havia feito o pré-natal na instituição. Excelente! Uma gestante acompanhada no Pré-Natal da instituição! Afinal elas existiam.

Voltei no dia seguinte para saber mais sobre o pré-natal e sobre Maria, pensar e conversar sobre formas de abordá-la e tentar compreender o percurso dela até o parto. Queria ver seu prontuário, conversar sobre ela com as enfermeiras do pré-natal. Quem era Maria? Como foi seu pré-natal? Pelo relato de Ana, que soube dela apenas pelo *whatsapp*, ficou marcada a solidão de Maria e sua dificuldade em se organizar para receber seu bebê. Quando falei sobre Maria para uma das enfermeiras do pré-natal, ela solicitou o prontuário imediatamente. Ela me disse que não tinham serviço social, mas que a responsável pela unidade de saúde identificava candidatas a receberem cesta básica, que este era o trabalho assistencial que conhecia. Teria Maria sido encaminhada para receber cesta básica? Como a vulnerabilidade de Maria teria se expressado no pré-natal?

A sanitária-em-mim invade a pesquisadora

Antes de ver o prontuário, estava tomada pela impressão de uma mulher com dificuldades, que talvez tivesse sido acolhida no CPN por ter chegado muito perto de parir e sem condições de se deslocar para outra maternidade²⁶. Não conseguia pensar

25 Situação inusitada segundo Ana, pois a melhoria no perfil socioeconômico das gestantes, que atualmente discutem a escolha e compra de dispositivos como cadeirinhas de carro, por exemplo, é uma característica bem marcada na sua memória em relação aos primeiros anos do seu trabalho.

26 Apesar do protocolo, visando garantir o atendimento de gestantes de baixo risco, a ética da “casa” não autoriza recusar atendimento, mesmo de gestantes fora do perfil, caso cheguem “parindo” ou muito perto disso.

senão em um pré-natal complicado, ou no mínimo insuficiente, em uma gestação rejeitada pelo pai biológico e, talvez, até pela mãe. Afinal, mesmo a experiente Ana, reconhecida como incomum uma gestante com tanta dificuldade material. A situação de carência daquela mulher-representação, que se formou na minha ideia, mobilizava minha vontade-sanitarista de disparar intervenções. Fazer uma visita a Maria e ver com meus próprios olhos como ela estava se virando nestes primeiros dias com o bebê, ou articular que outro profissional a visitasse. “Será que ela vive em área de cobertura de PSF ou PACS?” Numa experiência anterior de sistema municipal, 10 anos antes, era quase trivial solicitar a uma equipe de saúde da família que visitasse uma puérpera em situação de risco. Trabalhando na gestão e como plantonista de um serviço pré-hospitalar de urgência, eu experimentara este tipo de articulação entre redes e estava tomada pelas minhas implicações:

Passei a manhã nesta tensão-dilema entre explorar no serviço possibilidades de visitá-la e eu mesma ligar para ela e propor ir vê-la. Seria invasivo? Qual a ética de levantar um número de telefone como dado de pesquisa e ligar para ela, uma completa estranha, interessada em seu caso de aparente abandono?

Este acontecimento ativou em mim um intenso processo de análise, de problematização das minhas implicações com

questionamentos sobre a própria prática do pesquisador, in-mundo. Análise que se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, pertença, referências, motivações, investimentos libidinais, bem como das relações de saber-poder sempre produzidas nos encontros entre o pesquisador e seus objetos. (ABRAHÃO *et al.*, 2013, p. 134)

Maria do prontuário: um pré-natal quase perfeito

No prontuário, ao contrário do que eu esperava, havia uma gestante assídua no pré-natal e nas diferentes ofertas apresentadas a ela, algumas que demandaram investimento financeiro, como o uso de suplemento vitamínico e a realização de ultrassonografia morfológica. Apesar da primeira consulta de Maria ser considerada tardia, com 20 semanas de gestação, tudo transcorreu de forma exemplar na sequência. Foram oito consultas, sendo sete com enfermeira e uma com médico, além de duas consultas com nutricionista. Maria conseguiu fazer a ultrassonografia morfológica, que não é realizada no serviço, nem na rede municipal, e usou durante toda a gestação um suplemento vitamínico específico para gestantes, que não é fornecido gratuitamente.

Durante a observação de algumas consultas de pré-natal constato como são colonizadas pela verificação dos exames e anotações de parâmetros clínicos no prontuário e cartão da gestante, quase não sobrando tempo/espço para deixar passar a vida da mulher que agora está gestando outra vida. São muitas perguntas a fazer e outras tantas orientações. A clínica quando se coloca como uma intervenção rígida, dirigida por protocolos, ainda que não ignore completamente a singularidade, acaba

por diminuir a possibilidade do outro, que busca o cuidado, usufruir dos benefícios que o profissional, na interação, poderia oferecer. A necessidade de tomar decisões, além daquelas orientadas pelo protocolo, que não podem deixar de ser feitas, acaba levando a intervenções unilaterais e nem sempre tira proveito de opções que poderiam ser construídas. O pré-natal-quase-perfeito de Maria reacende a discussão sobre uma clínica estereotipada e colonizada por tecnologias duras e leve-duras da biomedicina ignorando o indivíduo em sua singularidade e tolhendo o trabalho vivo dos profissionais:

Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida) (MERHY *et al.*, 2010, p. 62).

Também me chamou a atenção a ficha padronizada utilizada no pré-natal, um impresso da secretaria municipal. Não há dados sociais, nada referente a ocupação da gestante, renda, situação conjugal. No prontuário não se visibiliza a vulnerabilidade identificada pela doula e pela equipe do CPN no atendimento ao parto. Seria uma ficha pensada para um contexto onde a gestante faz parte de uma população adscrita a uma equipe de saúde da família ou, no mínimo, uma equipe de Agentes Comunitários? A cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) no município é baixa, sendo menor que 20% da população daquele distrito, segundo dados do cadastro municipal, disponíveis na internet, referente a seis equipes da ESF e cinco equipes apenas com agentes comunitários e cobertura de 17,9% em dezembro de 2015. Que instrumentos poderiam permitir uma abordagem mais abrangente para os 80% restantes da população não adscrita a uma equipe de referência?

Aguardei a enfermeira que acompanhou Maria terminar seus atendimentos para contar sobre o parto realizado no CPN e conversar sobre Maria. Com o prontuário na mão ela não se recordou de Maria, afinal o relato sobre o parto não remete à gestante de um pré-natal quase-perfeito. A enfermeira pede para avisar a Maria para vir mostrar o bebê para ela. É um procedimento que se repetiu em outras situações, com outras gestantes, já que a consulta puerperal não é uma prática do serviço.

Agora, na noite de segunda-feira [enquanto faço anotações no diário de campo] me pego a pensar que o plantão da segunda poderia fazer uma abordagem assim, ligar para ela e saber se ela estava bem, confirmar que viria à consulta... aliás, posso fazer ainda, escrever para [Ana] e sugerir... Escrevo [...] Pergunto a ela o que ela acha sobre alguém da equipe entrar em contato e ela imediatamente aciona as doulas de segunda e terça feira...

Neste ponto, pesquisa e pesquisadores se misturaram no exercício de produção de “um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes

que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida” (ABRAHÃO *et al.*, 2013, p. 134), eu e elas, Anas e Marias, no mundo, produzindo a pesquisa em ato “na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico” (MERHY *apud* ABRAHÃO *et al.*, 2013, p. 136).

O (des)encontro com Maria

Retornei ao CPN para encontrar Maria em sua revisão obstétrica e avaliação do seu bebê com pediatra. A recepção está cheia e tento pedir à secretária para identificar Maria entre as mulheres na sala de espera, mas enquanto atende ao telefone começo a conversar casualmente com duas mulheres e seus bebês, uma delas com um recém-nascido, outra com um bebê de 4-5 meses, são Maria e seu filho que estão acompanhados por K. e sua bebê. K. é filha da vizinha de Maria, ela e sua mãe têm procurado ajudar Maria. Apresento-me, falo sobre a pesquisa, pego contatos, e passo a observar as idas e vindas de Maria e dos profissionais preocupados com a icterícia de seu filho, com sua pouca habilidade na amamentação, a necessidade de colher sangue, a hora de se alimentar para não prejudicar a produção de leite... Maria está acolhida, a pesquisa pode esperar. Confio na tecnologia, a mesma que foi suporte para articular acolhimento para Maria, mas ela vaza, vai ser Rede Viva no interior do estado com sua família, talvez.

vários regimes de verdade agem, nesses vários planos de produção do existir, ali no mundo do cuidado, guiado pelo indivíduo-usuário, com sua Rede Viva instituinte, que vai em certos movimentos se organizando como um certo território específico, identitário, para logo ser vazado, como um furo no muro, a cada encontro que o afeta. (MERHY *et al.*, 2014, p. 161)

Maria produziu interferências em nós, Anas e eu, trabalhadoras-pesquisadoras, nos desacomodando e exigindo deslocamentos dos nossos saberes-representação sobre os usuários e suas vulnerabilidades, sobre nossas intervenções a partir destas vulnerabilidades e também sobre o lugar que as tecnologias duras e leve-duras ocupam no cuidado.

...intercessores se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. (ABRAHÃO *et al.*, 2013, p. 141)

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* “O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. **LUGAR COMUM**, n. 39, p. 133–144, 2013.

CNESNET. Brasília/DF. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2927400006564>

MERHY, E. E. *et al.* “Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. *In*: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. DO C. (Eds.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 60–75.

MERHY, E. E. *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 153–64, 2014.

SALVADOR. **Nascidos Vivos**. Secretaria Municipal de Saúde: Tabnet. 2016. Disponível em: <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/tabcgi.exe?sivita/sinasc/nascido.def>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

A (método-)lógica e a experiência na pesquisa interferência no campo da saúde

Simone Mendes Carvalho
Nereida Lúcia Palko dos Santos
Priscila da Silva Matias

Iniciamos esta escrita, situando brevemente os leitores nas bases e experiências (método-)lógicas²⁷ do processo que vivemos na pesquisa “Rede de Avaliação Compartilhada (RAC).

Na sequência, apresentamos a construção (método-)lógica que guia conceitualmente a experiência e questões que emergem desta na produção dos pesquisadores mergulhados no campo empírico (MERHY e GOMES, 2014). Seguimos com a apresentação preliminar dos resultados, ou de outro jeito, dos efeitos da pesquisa desenvolvida em uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro e o “vindo”, construção em ato, na perspectiva da provisoriedade discursiva (FOUCAULT, 2000) e da inventividade que atravessam o mundo do cuidado em saúde.

Iniciamos a partir do Relatório Técnico Final da primeira fase da pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde em 2013. Deste, trazemos a dimensão do cuidado produzida na lógica de um processo que se produz como um acontecimento no encontro entre “vários” que aí estão, além de se construir sempre como uma rede viva “rizomática” no campo dos territórios existenciais (MERHY *et al.*, 2013), dimensão, alinhada à proposta investigativa da pesquisa, da avaliação do cuidado em saúde, no ato da sua construção, nas redes de atenção à saúde de recortes loco-regionais do SUS (Sistema Único de Saúde); e do objetivo geral: processar a avaliação do cuidado pelos que estão implicados no ato da sua produção, nas redes loco-regionais.

Para tanto, os pesquisadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ que desenvolvem este trabalho, acumulam experiências e produzem adensamento na construção (método-)lógica de desenvolvimento da investigação e produção do conhecimento, da qual destacamos a lógica do caso-traçador do cuidado, um caso que foi como um fio condutor pelo complexo labirinto do cuidado em saúde.

O caso-traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde (CARVALHO, 2009). O método permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário.

27 (Método-)lógica, em suspensão, ideia de transitarmos na pesquisa interferência pelo pensamento, por uma certa arquitetura, caminho do pensamento que orienta rumos, que constrói e expressa saberes produzidos, adquiridos e formulados, mas que, imbricado na dimensão de método, de metodologia, por vezes é captura, é conjunto de procedimentos metódicos na pesquisa (ABBAGNANO, 2007), e neste sentido, de tensão e resistência à produção de verdades, de formulação, analítico na lógica de uma pesquisa interferência. Ritornelo, a desterritorialização do pesquisador In-mundo. (DELEUZE, 1997; ABRAHÃO *et al.*, 2013)

A construção do caso traçador localmente, com a equipe de uma unidade de saúde, carece da disponibilidade para o encontro entre os pesquisadores locais (na maioria trabalhadores da unidade de saúde) e pesquisadores estrangeiros²⁸. Nos encontros e misturas, nos conectamos com as fontes, determinados lugares, documentos, pessoas, entre muitos outros espaços, que nos permitem conhecer e até poder narrar sobre o cotidiano do cuidado. Mergulhamos em uma história, composta por muitas fontes, sejam elas escritas ou orais sobre um determinado acontecimento. Uma história que também é composta por aquilo que não é dito e / ou visto por outras pessoas que atravessam a construção de narrativas, mas que não foram visibilizados, uma produção do que é significativo em nós e isso se produz em certos regimes de signos e de produções do que são “coisas” para nós e do que são as suas verdades. Nesta lógica, a construção de narrativas dos muitos que podem falar sobre o caso-traçador, vemos a construção de muitos ele(s), uma multiplicidade (MERHY et al, 2013).

Assim, o encontro é fundamental para esta importante tarefa de reconhecimento das fontes, e neste sentido, os pesquisadores locais são autores e narradores. Desta maneira, a fonte zero foi a memória dos próprios trabalhadores sendo conectada em ato pelo acontecimento do encontro analisador, que muda o foco do nosso olhar para viabilizar outras percepções (MERHY et al., 2013).

Diante do brevemente exposto acerca da construção da (método-)lógica da pesquisa e de alguns conceitos ferramenta no desenvolvimento desta, trazemos o conjunto de questões a partir das experiências com trabalhadores, gestores, e pesquisadores no campo empírico, ou de outro jeito, no campo da multiplicidade da produção da vida. Trazemos questões que tem nos provocado movimentos ao longo deste mergulho no campo de investigação de uma “*pesquisa interferência*” (OLIVEIRA, 2015), na qual sujeitos pesquisadores se misturam e o seu encontro é determinado como um acontecimento intercessor.

No contexto em foco, a interferência no campo faz com que os pesquisadores produzam outras formas de compreender o objeto da pesquisa, construam outras perguntas, assim como outros problemas de pesquisa; o pesquisador local também produz novas formas de enxergar seu trabalho, como produz suas práticas de cuidado, novas formas de se entender como sujeito trabalhador de saúde.

Neste, para além de percebermos o que a dinâmica provoca, que traz reflexões positivas nos sujeitos-pesquisadores na forma de produzir o cuidado no cotidiano do serviço, temos a questão: qual a lógica?

Lógica, no sentido de compreender os movimentos em jogo, os regimes de verdade, as matrizes que operam, e de que forma trabalhamos micropoliticamente numa lógica de luta (molecular), minoritariamente. Esta lógica que nos coloca permanentemente em morte existencial a ser singular e coletivamente produzida, como linhas de

28 Pesquisadores estrangeiros é uma designação que nasceu ao longo da produção da pesquisa, na medida que discutimos nos encontros de processamento do campo empírico e da “produção dos dados” o quanto estávamos “estrangeiros”, externos, em um primeiro momento, ao cotidiano dos trabalhadores e usuários das unidades de saúde. Entretanto, na aproximação, na permanência e conexão com as muitas realidades locais, mergulhando com os trabalhadores em seu cotidiano, como um visitante estrangeiro que permanece atento e aberto aos efeitos locais, aprendemos, incorporamos e nos misturamos ao cotidiano, nos deslocamos e reterritorializamos no processo, em uma pesquisa acontecimento.

fuga, de estado de pergunta, nos remete a perguntas como: quais os objetos em análise? Quais as existências em cena? Como não julgar, e sim existir? Estamos produzindo *pesquisa-interferência* sob a lógica de inventariar, afetar e intervir nos movimentos aberrantes da vida, da natureza, da sociedade etc. (LAPOUJADE, 2015)?

E neste sentido, ou tomada de posição, produzimos uma investigação de ruptura, de quebra de continuidade e aposta na potência de produção de vida, das vidas que valem a pena, TODAS. Sob a lógica de luta, resistência à verdade única, de regimes construídos histórica e socialmente, pautamos os sentidos do cuidado, da integralidade, do campo da saúde, dos diferentes, das diferenças etc. e disputamos por dentro, micropoliticamente, as perspectivas em cena e as dimensões em disputa.

Assim, esta é a lógica que sustenta a análise da pesquisa, sempre infinita, pois em movimento?

Se a resposta for afirmativa, o que precisamos levar para o encontro que produz nossos resultados? A caixa de ferramentas, nosso corpo (MERHY e FRANCO, 2013)?

A caixa de ferramentas é “n” vezes ampliada, pois os saberes estruturados, e conceitos estão inacabados até o próximo instante, o “*próximo combate*”, o próximo sentir, e por isso o campo, a experiência nos é tão vital, transcende as capturas e nos mantém mortos em reconhecimento das potências da vida (FOUCAULT, 2007; LAPOUJADE, 2015).

Nesse momento, tiramos proveito do adensamento que a (método-)lógica destes estudos nos tem ofertado ao vermos que, ao invés dos seus resultados tradicionalmente como produção acadêmica, há o deslocamento na relação pesquisador e objeto a ser pesquisado, não há como segmentar o processo de investigação, ele próprio é o que constitui o seu objeto. Uma pesquisa que prescindir de condições ideais e controle de variáveis, no entanto se sustenta pela aposta de seus pesquisadores e suas implicações. (MERHY e GOMES, 2014)

Então, se esta for a lógica, a *pesquisa-interferência* reverbera infinitamente, pois é movimento sobre si mesma. Neste sentido, ao circunscrevê-la ao nosso campo, da produção do cuidado em saúde, temos o que poderemos chamar de macroestruturas como a biomedicina, a instituição, o poder sobre os corpos, as categorias de classe etc. e temos a multiplicidade em cada um de nós, encontros pautados sobre alicerces de matrizes, de regimes, de sentidos, de julgamento que são tensionados, discutidos e como efeito do processo, reverberam nas práticas, nas lógicas, nos objetos que produzem um outro, nem certo e nem errado, nem melhor e nem pior, mas um outro campo de investigação sobre o cuidado, no qual a justa medida é pautada pelo outro (trabalhador, usuário, pesquisador,... sujeitos).

Nessa lógica, a pesquisa produz movimentos que nos direcionam para as potências, fragilidades e o que está por vir ou “vindo”, nos espaços de cuidar e de produzir cuidado. As potências se concretizam no caso-traçador que estimula a equipe nos seus arranjos do cotidiano para a produção do cuidado. Entre sucessos e conquistas a equipe de saúde se insere na luta micropolítica dos espaços para o enfrentamento das fragilidades que emergem nas Redes de Atenção em Saúde (RAS), na intersetorialidade no que se refere a atenção social, incluindo uma polissemia de sentidos e produção da noção de redes: a rede de atenção à saúde, a rede de apoio familiar, a rede da uni-

dade e a rede de apoio comunitário como dispositivos para a construção de uma rede micropolítica do cuidado, rede viva (MERHY et al., 2014).

E qual a lógica dessa interferência, desses encontros? O que está por vir ou “vindo”?

A visibilidade do caso traçador para além do regime de verdade da medicação / medicalização, nos remete às vidas em variados sentidos que cruzam para a necessidade de uma atenção singular à família e as questões sociais que envolvem o caso. O fortalecimento de proposições para as múltiplas redes encontra-se em movimento, em arranjos internos na rede da unidade como um desafio permanente, tomando o lugar da produção do cuidado na Atenção Básica, eixo estruturante da RAS.

Este desafio nos mostra a complexidade do cuidado e dos variados e diversos movimentos que são produzidos para além do que está registrado em protocolos, para a incorporação de tecnologias leves e leve-duras (MERHY e FRANCO, 2013) na construção das linhas de fuga e da singularidade do cuidado em saúde, em outra perspectiva, destas para a produção de redes.

Neste momento, o processo de trabalho da equipe para a produção do cuidado aparece em um primeiro plano, nos levando a construções à luz das reflexões e reconhecimentos dos trabalhadores, nos processos que dão potência, fragilidade, desafiam. Na necessidade de sustentação das ações a partir da continuidade e da vinculação dos trabalhadores da saúde com a comunidade, com os usuários e entre si.

Ainda, experimentar o cotidiano na unidade em mais de uma perspectiva se faz desafio na configuração da multiplicidade das narrativas do e sobre o caso-traçador, perspectivas da gestão local, da equipe da unidade, da equipe responsável diretamente pelo cuidado e a circulação, e a capilarização, para discutir o processo de trabalho.

Esta pesquisa produz uma interferência no sentido de (re-)pensar os variados modos de produzir cuidado e como uma unidade de saúde pode não ser uma unidade, mas uma multiplicidade de formas de produzir cuidado. Com foco nos trabalhadores, em destaque os agentes comunitários de saúde, são um capital, são a continuidade para essa força de produção.

O caminho construído, repleto de idas e vindas, encontros, criações e conexões, que emerge nos encontros com as equipes (micro-equipe, macro-equipe e gestão), entre pesquisadores locais e estrangeiros (agora nem tanto), protagonistas que alavancam, de forma molecular o sistema que se inserem, das discussões, entendimentos, esclarecimentos, dúvidas e questionamentos que balizam o caso-traçador e nos permite dar visibilidade à Unidade-multiplicidade.

Foi durante a apresentação do caso-traçador na reunião geral da unidade que se evidenciou a fragmentação / fragilidade da rede formal de atenção à saúde não estruturada, em ato, percebemos que o caso-traçador se faz presente em outras micro-equipes, ora com características próximas, ora com diferenças, produzindo discursividade do cuidado como ação, para além da doença/doente, mas compreendendo movimentos da vida, das redes vivas, para além das estruturas formais, dificuldades e despotencializações formais.

Seguimos mergulhando no campo empírico, misturados e em produção, seguimos a (método-)lógica, em movimento.

Referências Bibliográficas

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ABRAHÃO, A. L. *et al.* "O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde". **Lugar Comum** (UFRJ), v. 1, n. 39. 2013. p. 133-144.
- CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.
- DELEUZE, G. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Entrevista com G. Deleuze. Editoração: Brasil, Ministério da Educação, TV Escola, 2001. Paris: Éditions Montparnasse, 1997, VHS, 459min.
- FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução Salma Tannus Murchail. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 24. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.
- LAPOUJADE, D. **Deleuze, os movimentos aberrantes**. N-1 edições. 1ª Edição. 2015.
- MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. HUCITEC editora. 2015.
- MERHY, E. E. *et al.* "Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS (A Produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde – Avalia quem pede, quem faz e quem usa – Pesquisa Interferência)". **Relatório Técnico Final**. Setembro/ outubro de 2013.
- MERHY, E. E. *et al.* "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 153-164, out 2014.
- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C (Orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- OLIVEIRA, J. A. S. **Algumas reflexões sobre a pesquisa interferência**. 2015. (Mimeografado)

O desafio de constituir narrativas e memórias – as aberturas para as singularidades dos usuários-cidadãos-guia

Daniel Emílio da Silva Almeida
Roseli da Costa Oliveira

Introdução

Este trabalho propôs exercitar outras formas de conhecer as histórias dos usuários, constituindo meios que buscam ir além da constituição de memórias por meio das fontes e registros tradicionais. Na pesquisa RAC, um dos principais desafios com que temos nos defrontado, constitui-se no exercício da busca de “suportes ou mediadores de construções narrativas”²⁹ que nos permitam reconstruir as histórias de vida dos usuários-guias (MERHY *et al.*, 2014), para uma compreensão mais aprofundada sobre o processo de cuidado, buscando visibilizar perspectivas que possam ir além de diagnósticos clínicos, ou ultrapassando o simples rótulo do sujeito enquanto um mero distúrbio psicopatológico, e que não considera os seus vários modos de andar a vida (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Diversos modos de se construir narrativas

Um dos principais pontos da pesquisa RAC consiste na busca da construção mais viva da narrativa existencial dos usuários. Nesse sentido, nos abrimos às mais diversas vias de produção de narratividades e registros nos serviços de saúde.

Nesta direção, buscamos nos abrir a outras sensibilidades, utilizamos múltiplos meios, com o objetivo de extrapolar a concepção da constituição de simples fontes de pesquisa como fontes de informação, nos quais os usuários e familiares, trabalhadores e gestores, são vistos como partícipes de um diálogo assimétrico. Buscamos, assim, romper com a assimetria hierárquica entre o pesquisador, legitimador de todas as vocalizações, por um lado, e a fonte, mero fornecedor de informações, por outro lado. Neste sentido, estes “mediadores” ou “suportes” partiram desde os prontuários, relatos, discussões de equipes, conversas com familiares, até, e principalmente, a narrativa do próprio usuário a respeito de si.

Os usuários tiveram papel de destaque, mostrando-se capazes de juntar os fios da meada que se encontravam fragmentados entre os profissionais e pelos diversos serviços da rede.

Entre esses mediadores, um nos marcou frente à importância que lhe é outorgada nas instituições de saúde: tratamos aqui dos prontuários clínicos. É possível observar-se em diversos lugares que um grande esforço tem sido dispendido por gestores e profissionais de saúde no sentido de melhorar os registros em prontuário, em uma grande aposta de que este sirva como ferramenta de comunicação e

29 Este conceito e sua fundamentação foram elaborados pelo Prof. Ricardo Luiz Narciso Moebus, pesquisador e parceiro da Rede de Avaliação Compartilhada – MG.

produção de equipe. Aprofundamos nossa análise nesta aposta, em paralelo com o processo de produção de cuidado em relação a diversos usuários-guias que foram acompanhados.

O Prontuário como registro para pesquisa e produção do cuidado

Ressaltamos que os prontuários são importantes mediadores para a busca de informações e construção do processo de cuidado dos usuários. Neste sentido, um ponto importante a ser destacado, é a tendência recente de utilização do prontuário ou registro eletrônico nos sistemas de saúde, como meio para que os diversos profissionais que prestam assistência a um único usuário possam acessar as informações sobre o conjunto de ações realizadas. Tal investimento visa que essas informações sirvam de substrato para, junto com as discussões entre equipes, contribuir para a construção de projetos de cuidado mais integrais e longitudinais.

Entretanto, pudemos observar no caminhar da pesquisa, uma semelhança nos serviços de saúde acompanhados: esta foi a recorrente pobreza dos meios clássicos de registros de informações, que são excessivamente centrados em prontuários que pouco dizem, e que se colocam como fonte de informações prioritárias e algumas vezes exclusivas, subsumindo a possibilidade da utilização de alternativas para a construção de narrativas.

Tivemos a experiência de observar que os prontuários em geral são marcados pelos códigos da clínica biologicista, que orienta registrar as anotações seguindo os códigos da clínica tradicional: anamnese, exame físico, exames de apoio diagnóstico e tratamento.

Observamos que muitas vezes os desejos, anseios e singularidades dos usuários se mostraram frequentemente “invisíveis” porque as suas histórias e memórias se perdem num contexto que valoriza muito mais os registros dos quadros clínicos, exames e medicamentos.

O foco em conteúdos pré-estabelecidos, frequentemente de cunho biologicista, e a sua excessiva centralidade como meio para produção e repasse de memórias sobre os usuários, tornou visível aos pesquisadores tanto a dificuldade para que esses registros pudessem ser utilizados com toda a sua potência, quanto às limitações que implicavam para a constituição do processo de cuidado dos usuários.

Alguns exemplos dessa limitação foram observados em usuários-guias acompanhados pela pesquisa em Belo Horizonte, os quais, em seu nomadismo e riqueza de produção existencial, apresentavam uma grande dificuldade de serem suficientemente conhecidos pelos registros clássicos dos serviços de saúde.

Os desafios da continuidade do cuidado em territórios existenciais

Articular a continuidade do cuidado de usuários complexos, pensada a partir, por exemplo, da alta do usuário de uma internação hospitalar, ou da chamada contra-referência da atenção especializada para a atenção básica, ou entre unidades dentro da própria rede básica, é um desafio que vai para além do repasse através de relatórios e leituras de prontuários.

Nos usuários estudados, observamos a grande complexidade e fragilidade na produção de suas existências, as quais envolviam instituições dentro e fora do setor saúde, famílias com dificuldades de se encaixar nas estruturas clássicas demandadas socialmente, ausência de cuidadores, programas sociais com critérios limitantes, necessitando, portanto de profissionais comprometidos para que as histórias dos usuários não se perdessem, e que assim suas vidas pudessem ter a possibilidade de serem reconstruídas.

Paradoxalmente, em todas as suas fragilidades na produção de vida, também observamos a riqueza com as quais estes usuários-guias construíam seus caminhos existenciais. Traçando redes vivas por todos os territórios percorridos, muitas vezes em um nomadismo quanto aos locais de viver e levar a vida. Apresentando também uma multiplicidade de sujeitos em si, sendo diversos personagens de suas próprias vidas: sonhadores, trabalhadores, sujeitos em sofrimento, arrimos familiares, sujeitos com pouca autonomia e protagonistas de suas existências.

Tal complexidade dos usuários-multidões (MERHY *et al.*, 2014) exige que os trabalhadores se disponham a sair dos seus lugares tradicionais de prestar assistência, movimentando-se para outros lugares reais e imaginários: serviços de saúde, domicílios, da delicadeza das Instituições de Longa Permanência e outros arranjos de cuidado, da perspectiva de fragilidade e de potência, a fim de construir possibilidades de vida com a participação do próprio usuário, mesmo que esse se mostre com dificuldades de compreender a realidade que o cerca e participar desta construção.

A partir da pesquisa podemos citar alguns exemplos dessa dificuldade, como no caso de umas das usuárias-guias, que ao mudar para uma instituição de longa permanência (ILP), devido a encontrar-se em estado de saúde muito precário e não possuir cuidador, demonstrou grande dificuldade para que a equipe da sua nova área de abrangência pudesse se apropriar do seu histórico e de sua situação de vida e saúde.

Sua situação era particularmente complicada, pois a Unidade de Saúde à qual passou a ser vinculada não possuía equipe de saúde da família, o que nos levou a refletir sobre algumas situações concretas: uma instituição com vários moradores, pode ser vista como integrante de uma área de abrangência, tal qual as outras residências, podendo a equipe ofertar todo o cardápio proposto para os demais residentes?

Uma outra questão foi: quando esse novo território, que era considerado de baixo risco por indicadores socioeconômicos, não possui a sua Unidade Básica de referência organizada por meio da estratégia saúde da família, mas possui médicos e técnicos de enfermagem dentro da própria instituição, como fica o vínculo e a continuidade do cuidado?

Tivemos a oportunidade de observar que a demanda do processo de cuidado não se subsumia à oferta de uma equipe mínima de profissionais de uma ILP e um histórico de vida progresso presente apenas em um relatório clínico detalhado.

No caso citado os pesquisadores encontraram um hiato entre a Instituição de Longa Permanência e os serviços da rede de saúde da região, assim como uma grande cisão de vínculos e histórico de vida da usuária recém-conhecida na instituição. Desejos por autonomia e espiritualidade como elemento estruturador de sua rotina não eram considerados, em uma instituição na qual passaria boa parte

da sua vida em uma rotina repetitiva e massificada, em um espaço pertencente a uma religião diferente da sua.

Tais situações, nas quais a continuidade da produção do cuidado exige diversos modos tanto de enriquecer os registros e repasse de informações quanto aos usuários, quanto de realizar conexões entre os serviços, ganham ainda mais evidência na situação de usuários que mudam frequentemente de local de moradia, não se enquadrando nas chamadas áreas de abrangência. Em situações como tal, mesmo havendo tentativas de vínculo através de arranjos assistenciais diferenciados, como por exemplo o Consultório na Rua, que apresenta uma maior flexibilidade em relação a outros serviços, a rede de saúde se coloca no desafio de constituir meios pelos quais os usuários sejam cuidados por diversos serviços ao mesmo tempo e com grande intensividade, o que exige ferramentas que sigam além de registros clínicos biologicistas e restritivos.

Os pesquisadores, trabalhadores e a produção de cartografias

Frente à frequente limitação dos registros escritos e de memória de cunho mais formais dos serviços de saúde, os usuários passam recorrentemente pelo desafio de se fazer valer frente ao fenômeno de “prontuarização da vida”, assim como colocado por Tallemberg (2004), que descreve o fenômeno pelo qual os encontros passam por uma homogeneização e dessingularização frente as peculiaridades que os percursos dos sujeitos e sua relação com a saúde apresentam. Neste sentido, o sujeito passa pelo desafio de se fazer valer como algo além do que é visibilizado em um simples prontuário, tensionando as perspectivas que outros tem de si no sentido de um sujeito com singularidades e multiplicidades de produção de vida (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Assim, sendo raramente registrados por meio de relatos vivos e encontros produtivos entre trabalhadores, de algum modo, esses desejos e anseios que são um ponto importante de análise para a produção de deslocamentos no exercício do cuidar, são desconsiderados, tensionando o cuidado no sentido de uma centralidade em tecnologias duras e leve-duras, calcadas fortemente em representações universalizantes, que pouco têm a dizer das respectivas vidas dos sujeitos (MERHY *et al.*, 2009).

Considerações quase finais

O prontuário, sem dúvida, é um instrumento muito importante, porém, é insuficiente na produção e comunicação de informações capazes de possibilitar a construção da continuidade do cuidado. O caminhar dos usuários pela rede de saúde e pela vida é muito complexo e requer múltiplas formas de comunicação e implicação para a produção de novos projetos de vida onde possam ser protagonistas de suas existências.

Coloca-se como um desafio o enriquecimento da construção da memória dos usuários, a partir de suas próprias narrativas e da narrativa de outros atores, como familiares, trabalhadores e gestores, nas quais sejam consideradas perspectivas para além das calcadas em conceitos representação prévios (como a clínica, epidemiologia, ou outros decorrentes de outras tecnologias duras e leve-duras).

Além disso, ressalta-se que os meios de informação formais, como os prontuários, mesmo que exijam uma maior permeabilidade a outras perspectivas de vida dos usuários, como desejos, histórias, potencialidades e fragilidades, não devem ser de qualquer maneira o centro das atenções do processo de cuidado, e tampouco devem se constituir como o único ou o principal mediador de informações sobre o usuário.

O enriquecimento das memórias constituídas nos serviços, assim como uma maior centralidade na constituição de narratividades coletivas, vivas e em ato se mostra como um importante ponto a se considerar, de modo a se constituir modos mais potentes de se produzir cuidado nos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

EPS EM MOVIMENTO. **Uma conversa sobre fontes narrativas**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-conversa-sobre-fontes-narrativas-1/>> . Acesso em: 29/05/2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; SILVA, E.; GOMES, M. P. C.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E. E. ; FEUERWERKER, L. C. M. "Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea". In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. 1ed. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009, v. 1, p. 29-56.

GOMES, M. P. C. & MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176 p. : il. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

TALLEMBERG, C. A. A. **Todos os Nomes; percurso-montagem de um serviço de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Psicologia/ UFF, 2004.

Os encontros em produção

Ana Lúcia Abrahão
Mary Ann Menezes Freire
Edith Lúcia Mendes Lago
Marcia Oliva da Costa
Elisângela de Aquino Lima
Camilla Quintanilha Lage
Deise Rodrigues

Escrever sobre a pesquisa intitulada “Observatório Nacional de Produção de Cuidados em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, também conhecida/denominada como “Rede de Avaliação Compartilhada – RAC”, e, mais especificamente, sobre a Área Programática 5.3 (AP 5.3), é um convite para (re)pensar sobre os vários encontros que foram e estão em produção, quando percorremos as ruas, entramos nas casas, participamos das reuniões das equipes, das conversas e dos fóruns de rede. Encontros com usuários e trabalhadores que são produtores de dúvidas, de alegrias, de dor, de satisfação, de orgulho, enfim, acontecimentos que reafirmam a importância e a relevância do trabalho na Atenção Primária em Saúde, do trabalho vivo, produzido em ato.

Para entender os encontros, é preciso se aprofundar no território. Uma região que registra uma das mais altas temperaturas da cidade, chegando a dias de 45°C, com sensação térmica em torno de 55°C. Algo aparentemente normal, pois estamos nos trópicos, mas que constitui um fator extremamente importante quando estamos no campo da saúde e com uma população vulnerável e exposta a riscos relacionados a diferentes fatores. Organizar o cuidado para uma população de 368.534 habitantes, segundo o censo de 2010, com 68% deste quantitativo na faixa etária produtiva, com 15,7% deste quantitativo de crianças e com uma renda per capita da região em torno de R\$ 511,14, significa construir estratégias que incluam diferentes formas de pensar o cuidado, com diferentes atores. Pensar e discutir essas estratégias refrigera e refresca as ações que são desenhadas no campo da saúde nesse território, e nos permitem enxergar, através dos mais diversos encontros, os modos singulares de construir outras formas de manter a vida pulsando.

Estar nesse cenário é experimentar a influência do movimento de afetar e deixar ser afetado pelas existências, dos estranhamentos provocados com as novidades trazidas com a responsabilidade pelo cuidado. Um processo que aos poucos incorpora outros elementos na paisagem e nos corpos de quem circula pela AP 5.3. São nesses encontros em que identificamos o emprego de tecnologia na construção do cuidado, ações que se aproximam da dinâmica de vida dos usuários e dos problemas de saúde e doença da região.

Percorrer as ruas de Santa Cruz é o exercício permanente das equipes de saúde que cruzam esquinas, entram e saem das casas, conversam, atravessam e são atra-

vessados pela multiplicidade multicolorida do cuidado. O caminhar tece a fina e delicada trama que sustenta a densa camada do processo da Atenção Primária, algo que não tem expressão numérica, mas reflete e constitui a produção de vínculo, que constrói com o usuário outros modos de romper as barreiras e promover acesso ao sistema de saúde.

Nesse contexto, avaliar as redes de atenção à saúde de forma compartilhada implica na produção de encontros, em estabelecer contato direto com o trabalho vivo, com os vários conhecimentos e saberes que se instituem a partir do encontro com o outro. Entendemos que todo e qualquer trabalho em saúde se faz nos encontros, seja com o outro profissional de saúde, seja com o usuário (CERQUEIRA *et al.*, 2014).

Ferramentas de Análise dos Encontros – alguns ensaios

Na construção do estudo mergulhamos nos encontros. Dessa forma, a estratégia utilizada para registrar todo o desenvolvimento da pesquisa foi a narrativa. Esta ferramenta tem uma forma mais livre de registro, puxando o pesquisador para a cena, permitindo o extravasamento do ato experienciado pelo pesquisador, evidenciando suas singularidades, abolindo, neste caso, qualquer possibilidade de neutralidade.

A narrativa é uma prática da linguagem vinculada a um acontecimento articulado à memória, desencadeia efeitos ativos por incluir elementos como o contato, nesse sentido opera como dispositivo favorável a experiência singular. Sua função não é de representar, é de construir um espetáculo ainda que permaneça no enigmático. [...] é possível que os homens reinjetem sem cessar na narrativa o que conheceram, o que viveram; ao menos isto está em uma forma que ela, triunfou da repetição e instituiu o modelo de um vir a ser [...]. (BARTHES, 2001, p. 60)

Percebeu-se, dessa forma, que o modo de produção do cuidado se revela, de forma eficaz, no âmbito da sua micropolítica, se houver um método que seja capaz de verificar o dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde e, ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador – e, destaca-se aqui, o pesquisador - enquanto sujeitos no mundo (FRANCO; MERHY, 2013). E o exercício do encontro, como ferramenta metodológica, nos possibilitou essas imersões e reflexões.

Encontros, Achados, Enfrentamentos, Abaloamentos, Confluências... Experiências e afetações no pesquisar, no viver

Como um modo de tratar os encontros na dimensão de um acontecimento, e com a função da não representação, narramos abaixo uma dessas experiências.

Um encontro entre um profissional de saúde, um pesquisador e um usuário. No território da unidade, no território da vida. É marcante do encontro o que caracteriza a essência do campo da saúde: a promessa de que ali é um lugar de encontros de sujeitos, no qual uma parte está ali como expressão e portadora de necessidades

de saúde e uma outra está ali por ser identificada como porta-voz de um saber-fazer tecnológico, científico, produtor de cuidado em saúde para o outro. Nesta promessa, as imagens que cada um produz nesse momento, estão, ainda neste momento inicial, fixadas na hegemonia de fazer ciência e nas nossas mentes: o trabalhador é quem vai cuidar, o pesquisador analisará tudo através do conjunto de saberes que possui, ambos no controle da situação; e o usuário surge no lugar de objeto da ação dos outros, supondo que terá sua demanda atendida. O movimento de se deslocar desse território de certezas foi processado intensamente nos encontros.

Na narrativa abaixo, através do encontro desses sujeitos, percebe-se que existem linhas de força que são muito particulares e gerais, mas há as muito específicas que garantem, que o encontro no ato traz dentro de si a expressão de que “faz diferença quem está se encontrando”, como e onde esse encontro ocorre. É necessário despir-se de todos os nossos pré-conceitos e saberes para fazer a devida imersão nessa leitura e cenário:

Estava em pleno movimento de conexão de rede, andando pelas ruas de Antares, uma das regiões de abrangência da Unidade. O sol nos acompanhava. Eu e Emília, ACS. Enquanto andávamos íamos conversando sobre a vida naquele território, o trágico sem nenhum subterfúgio.

Em uma esquina, encontramos com uma gestante e Emília falou: “vamos lá falar com ela, preciso conversar e saber algumas coisas”. Pensei: legal! Vou ampliar as possibilidades de encontro com gestantes...

Logo quando nos aproximamos, a figura da mulher me chamou a atenção. Emagrecida, pele com muita irritação, edema de membros inferiores... ou seja, comecei automaticamente a “ler” o que os sinais clínicos me diziam, mas ao mesmo tempo comecei a ouvir o que ela falava e fui me assustando. O tom de voz era as vezes calmo, mas aumentava, havia paradas na conversa, mas seguia em um só ritmo. Emília, ao meu lado, falava para ela: “estou entendendo” e eu não conseguia entender absolutamente nada do que ela dizia. Uma sensação estranha. Muito estranha, ouvia o som, algumas das palavras reconhecia. Afinal era português, não Mandarim. Mas, mesmo assim, apesar do meu esforço não alcançava o que ela dizia, ao passo que Emília, prestando atenção, dizia estar entendendo tudo.

Lá pelo meio da conversa, não aguentei e falei. “As suas pernas estão muito inchadas. Porque não vai hoje lá no posto?”. Ela olhou para mim, falou um monte! E do que consegui entender, pois já estava ali a mais de 15 minutos é que havia uma coisa no tanque e a roupa suja.

Neste dia percebi quanta produção de cuidado existe que não passa pelas coisas que conheço e sei. Não consegui entender o que estava diante de mim. Como se produziu vínculo, cuidado naquele encontro na esquina, sob um sol de mais de 40°? Algo que acontece com muita frequência e que passa, como algo que não faz parte da produção do cuidado.

Um encontro que me deslocou para um lugar do não saber e ao mesmo tempo me deixou marcas, entendi que se entra nos territórios existenciais não pelo verbo, mas, por outras formas. (NARRATIVA DE A)

Trabalho vivo em ato, afetações nos encontros, processos de subjetivações... Potência suficiente para a necessária desterritorialização que provoca as práticas em saúde.

Desterritorializar significa romper com as lógicas instituídas, capitalísticas, biomédicas, procedimento centradas, abrindo-se para novas subjetividades formadas com base na estética da multiplicidade, que interpreta o mundo do trabalho e cuidado na sua forma complexa, com expressão das singularidades. (FRANCO, 2013, p. 15)

Um novo mundo e novas práticas requerem novas singularidades se interpondo nas relações e processos de produção de cuidado, de realidades, de vidas.

A pesquisa como intercessor em nós: possibilidades de deslocamentos e (re)construções

O encontro, enquanto base da filosofia de Spinoza para a teoria da afecção, parte das reflexões de que os corpos têm uma capacidade de se afetarem mutuamente num encontro, gerando afecções, como estados de alegria ou tristeza, com um aumento ou redução da sua energia vital, ou, potência, dependendo dos pontos de vista, para agir no mundo. Dessa forma, não é possível pensar os diversos encontros, com as suas mais diversas características, entre pesquisadores, trabalhadores e usuários, sem ter como pressuposto o trabalho vivo como o centro do processo produtivo do cuidado (FRANCO, 2013).

(Re)Pensar os encontros em produção como base para se discutir o trabalho em saúde, as afetações, as subjetividades, enfim, todo esse debate e reflexões produzem um *corpus* fluido, no qual transitam todas essas questões, que têm como palco o trabalho vivo, e ele dá sustentação ao potente debate dos processos de subjetivações implicados com a saúde e produção do cuidado.

O conceito de implicação (LORAU, 2004), consiste na produção de questionamentos sobre a própria tática do pesquisador, in-mundo. Análise que se amplia no movimento de produção do sujeito, em ato, e de suas afecções, pertença, referências, motivações, bem como das relações saber-poder sempre produzidas nos encontros. Abre-se um espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que prescrevem formas universais de se andar a vida.

A construção do conhecimento, assim, se processa como ativadora e produtora de intervenção no cuidado, na vida. E acontece nessa fusão do pesquisador com o campo.

Referências Bibliográficas

BARTHES, R. **A Aventura Semiológica**. Tradução de Mario Laranjeira. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

CERQUEIRA, P. *et al.* “Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção”. *In*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. M. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014 (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). p. 25-42.

FRANCO, T. B. “Prefácio”. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. “O Reconhecimento de uma Produção Subjetiva do Cuidado”. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151 – 171.

LORAU, R. **Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. “O Cuidado é um Acontecimento e não um Ato”. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172 – 182.

O encontro com a parteira ridente

Ana Lúcia Santos da Silva
José Guilherme Wady Santos
Emerson Elias Merhy

O que se segue neste texto-conversa é um encontro com aquela a quem estamos chamando de “parteira ridente”; de riso solto e práticas de cuidado leves, ainda que em ambiente áspero e precário do ponto de vista estrutural, ou do que formalmente se espera de uma rede de cuidado às mulheres grávidas. Assim, seguindo nosso movimento e o fluxo dos acontecimentos para além do instituído na Rede Cegonha (RC) e, após nos depararmos com o cancelamento da primeira reunião de planejamento anual (2015) com as parteiras de Bujaru-PA, mudamos o nosso movimento de rastreamento, em busca das redes vivas para trazer os pontos de conexão na linha de cuidado.

Nos interessava também as rotas e as fissuras produzidas pelas parteiras, dentro ou fora daquela rede. Nesse plano, nossa aposta foi na potência do encontro, na produção de narrativas, nas múltiplas fontes, e na pesquisa como interferência. O desafio estava posto! Fomos nos abrindo a tudo que nos parecia produtor desse modo de produção de cuidado. Era uma tarde de sábado, por volta das 15h, quando chegamos ao encontro com Dona Judite (“parteira ridente”), que se deu em meio à reunião e votação da nova presidência da associação dos produtores rurais do “Castanheiro”, comunidade por ela habitada, às margens da rodovia PA-140.

Após termos acompanhado todo aquele processo, e ao final dele, ela veio até nós com um largo sorriso e um forte abraço, como quem recebe um amigo de longa data. A acompanhamos até a sua casa e já no percurso foi nos atualizando dos movimentos do grupo e de sua prática enquanto liderança de mulheres naquela localidade. Desde então nos fizemos acompanhar dessa parteira multidão, com sua coragem para os enfrentamentos que se interpõem em sua história de vida.

O que pode o riso de Judite?

O riso é revolucionário

Pretendemos narrar as afecções suscitadas a partir de encontros com uma das parteiras de um grupo de trinta e duas, que se reunia na Unidade Básica de Saúde “Lauro Monteiro Pereira” (Bujaru-PA), município que fica a cerca de 72 km da capital do Estado do Pará (Belém). Ela, que têm sua prática inscrita não apenas no que estamos considerando como um “dentro” e “fora” na organização da rede de atenção à saúde daquele lugar, faz-se inscrever em outras lutas que a vão potencializando enquanto multidão.

Aqui, também trazemos para a cena a Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha (RC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e que trata explicitamente do financiamento do seu componente pré-natal (Artigo 10) e

nele inclui (alínea “b”), também de forma explícita, o fornecimento de kits para “parteiras tradicionais”, como modo de inseri-las na rede de atenção e cuidado à mulher grávida, particularmente naquelas regiões marcadas por um vazio assistencial. No entanto, para além disso, e até mais importante, também partimos da consideração de que a arte de partejar poderia ser uma prática, instituída ou não, com forte inserção na nossa região, que apresenta vazios assistenciais bastante significativos. Assim, a entrada em campo se deu a partir do rastreamento de parteiras na Região Metropolitana de Belém e outras próximas, o que nos levou àquele grupo.

Trata-se de uma pesquisa interferência que se realiza a partir de movimentos cartográficos e dos encontros dele decorridos, olhando para as redes de conexões existenciais que vão se conectando na produção do cuidado e provocando ondas de interferências em nós, no serviço e nos usuários. A aposta foi trazer a experiência e o acontecimento como destaques, no exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de saberes e práticas. Uma aposta que se sustenta no encontro de sujeitos, em exercício de alteridade, e suas implicações para a produção do cuidado.

Essa experiência na RC traz um trabalhador, uma usuária, um gestor e/ou, no nosso caso, uma parteira, como guia do processo avaliativo. Desse modo, estamos trançando o campo a partir de nossas incursões na respectiva cidade, mais precisamente em uma de suas comunidades, lugar onde habita aquela pele que nos afetou e que afetamos, já que pesquisadores in-mundo (ABRAHÃO *et al.*, 2013). Apostamos na possibilidade de a pesquisa ir se fazendo no próprio processo de acontecimentos, modificando e atuando, abrindo espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento implicado na transformação de práticas e saberes (MERHY, 2004). Trata-se de sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido e de desinstitucionalização do prescrito, na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico. Um movimento permanente de atravessamentos nos territórios que se formam, deformam e transformam durante os encontros.

Bujaru, a cidade que nos acolhe

Para chegarmos à cidade de Bujaru, percorremos a Rod. BR-316, cerca de 30 minutos até chegarmos à cidade de Santa Isabel e, de lá, seguimos pela PA-140, por mais cerca de 50min até o porto de Inhangapi, na travessia da balsa e, dentro de 20min mais chegamos à cidade. São caminhos que seguimos e neles nossos olhos vão percorrendo as 17 comunidades existentes às margens da PA, antes de chegarmos ao porto da balsa.

Desconhece-se, precisamente, a origem do atual município de Bujaru, localizado na zona fisiográfica Guajarina, na margem esquerda do Rio Guamá. Sabe-se, porém, que o seu território fôra habitado, inicialmente, por famílias nordestinas que ali chegaram atraídas pela fertilidade das terras, para fins agrícolas. Com o aumento gradativo da população, a localidade avançou e, em 1758, já figurava como distrito de São Domingos do Capim. Entretanto, essa situação perdurou até 1938, quando, por ocasião da extinção de sua categoria, passou a integrar a zona do distrito-sede de

Capim, até desmembrar-se em 1943, para construir em unidade autônoma. O topônimo proveio do Rio Bujaru que corta o município, cujo significado indígena é “boca da cobra”³⁰. Com uma área de 1005 km², tem uma população estimada em cerca de 25.797 habitantes, segundo o último censo do IBGE (2010).

O que se segue a partir daqui são nossos achados e afecções por dentro e por fora da RC. No estado, a RC faz parte do Plano de Ação elaborado e coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA) e pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Pará (COSEMS-PA), para os anos de 2011 a 2014 e que atualmente vem sendo rediscutido em diversas instâncias, sendo o Fórum Perinatal a principal delas.

O percurso se fez sempre em conexão com a “Rede de Parteiros” (RP) que encontramos dentro e fora da Rede Cegonha. A porta de entrada e de acesso às parteiras se deu partir do serviço de Atenção Básica do município, e que na atualidade ainda não foi contemplado com a abrangência pretendida pelo Plano de Ação consultado. No entanto, o fato de termos rastreado um grupo de parteiras naquela cidade, e região, e termos sabido que as mesmas se reuniam na UBS da cidade nos fez acessar tal rede viva para “iniciarmos o campo”.

O encontro com a “parteira ridente”

De 2014 para cá, algumas mudanças na gestão do setor saúde da cidade impossibilitaram o encontro entre elas e, a partir daí, percorremos outros caminhos, rastreando-as em seus territórios vivos. E nessas “andarilhagens”, e em um desses encontros, chegamos até àquela a quem estamos chamando de “parteira ridente”. Depois de termos percorrido um certo “longe muito longe”³¹, em um ramal da PA140, a encontramos junto a um grupo de agricultores, para a eleição da nova diretoria da cooperativa local. E lá estava ela, como uma das integrantes da chapa que foi proclamada eleita para o novo mandato, e que tinha a sua filha como a presidente da mesma. Naquele momento, nós que a víamos apenas como parteira, vazamos para o acontecimento que ali se apresentava e nos deixamos invadir por ele, pelas diversas falas em defesa dos interesses daquela comunidade, que a cada momento se faziam ecoar em uma das salas de aula da escola onde todos estavam reunidos.

Após, a acompanharmos até sua casa e, já no caminho, ela foi nos falando de sua história de luta e de cuidadora. Percorremos um caminho entrecortado de frondosas castanheiras e igarapés cujas águas se apresentavam cobertas de vitórias-régias, como se fossem um tapete a saudar os visitantes. São muitas as afecções do campo em que estamos imersos, e o encontro com a parteira ridente, sem dúvidas, tem reverberado em nós. Ela que, sem “nos preparar” para o encontro, improvisou um instrumento musical, conhecido na região como paneiro, geralmente utilizado nas feiras livres

30 <http://www.bujaru.pa.gov.br/portall/municipio/historia.asp?IdMun=100115030>.

31 Termo utilizado por Nicolás Heufmann, Médico e Prof. da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), por ocasião do Seminário RAC Norte (Belém-PA) – 24/07/2015, para fazer referência aos vazios assistenciais característicos da Região Norte.

para o transporte de legumes e frutas; sendo o açaí uma das mais comuns. De posse deste, agora, “pandeiro”, nos mostrou como cuida das parturientes que se encontram tristes, “pra baixo”, e que a ordem médica talvez as identificassem como portadoras de depressão. Pensamos: é uma parteira ridente, ela parece rir da solenidade da vida, tal como alertava Foucault (1979) a respeito das solenidades da história, da “origem” da história. Ela também é militante, cuidadora, agricultora e defensora da vida alegre, de uma vida gaiata. Nessa multidão Judite, cabe Foucault (1979) e Nietzsche (2012), pois nela, o riso é revolucionário e o conhecimento é gaiato.

Sua alegria carnavalizante nos contagiou e nos reafirmou o quanto a militância e a governança pelo riso, pela alegria, pode ser anti-protocolar. Foucault também já nos alertou que a história é baixa; que a dispersão é o que existe de mais potente nos arquivos. E essa parteira ridente, parece, de fato, que ri das solenidades do parto! O riso parece ser um dos seus “utensílios” de trabalho de parto, seu “kit parteira” particular, que foi transbordado para além do que está prescrito pelo “kit”. Sua alegria é parte integrante de seus protocolos de afeto, parece levar uma vida aquém das pastas dos gabinetes que pensam a saúde. E desse modo risonho de produzir vida, quando é perguntada se recebeu aquela caixa de ferramentas, põe-se a cantar e contar como parteja.

Em seu afã de produzir vida e cuidado, nos sinalizou, em ato (por meio do seu ato), que o encontro é da ordem do acontecimento. Mas isso nós sabíamos!! Não bastar saber! Nisso ela é entendida! Entendida na arte de cuidar e de “acontecimentalizar”.

Ao mesmo tempo que nós estávamos desejando conhecer o seu fazer, talvez estivéssemos idealizando um modo dela dizer de si e de sua prática, pois sujeitos implicados. Em algum momento poderia surgir uma cantoria, pois em nosso primeiro encontro, ainda em dezembro de 2014, ela se apresentou como a “cantora da turma de parteiras”. Assim, ficamos atentos a sua narrativa, interessados naquela que é tida como parteira, para nós, ridente, da comunidade do Castanheiro-PA.

De sorriso largo e de humor contagiante, é atravessada pelas canções e composições que falam da afirmação da mulher em sociedade, suas conquistas e tudo mais. “Quando dei fé” ela já estava em ato, com o pãozinho nas mãos, como se fosse pandeiro, cantando e falando, com o corpo, do corpo. Por um lado, foi muito bom que ela não tenha nos dado tempo para preparar para o fragmento de audiovisual que produzimos de improviso, pois estávamos por demais atentos ao tempo presente, e aquela tarde ensolarada foi um presente!

Queremos ofertar o que nos pegou, as nossas pegadas. Desse dia, desse campo, nos coube fisgar um pouquinho desse acontecimento musical e autoral: *Mulher tu sai da cozinha, vamo junto se organizar / Mulher tu tem valor, não deixa te discriminar / Se o homem chega lá, a mulher também já chegou.*

– *Quando dei fé ela que tava doente, já tava dançando também... É assim que eu faço!* Finaliza ela.

São encontros assim que têm produzido em nós um modo particular de olhar para a rede de atenção instituída como a RC, em suas mais diversas possibilidades de produzir acessos e barreiras, reconhecimento e isolamento. Percebemos que muito

embora as parteiras ocupem um “dentro/fora” na rede de atenção, estas não passam desapercibidas do que é instituído na RC, com a sua política de visibilidade e invisibilidade, e seguem tecendo novas possibilidades de produção do cuidado, se deslocando e produzindo deslocamentos também dentro e fora da rede, engravidando-a.

A lógica do acesso ao cuidado na região, que é caracterizada por um vazio assistencial, mas não existencial, também passa pela possibilidade desses enfrentamentos, inclusive, de valoração do que é ser parteira e como isso vai se produzindo. O “longe muito longe”, na perspectiva da parteira ridente e de sua existência, bem como da existência das mulheres grávidas das quais ela cuida, se reduz cada vez mais para um “longe muito perto”³², cheio de produção de cuidado e de vida.

A organização da RC tem sido pensada, talvez, a certa distância das práticas desenvolvidas por parteiras “ridentes”, e estas, por sua vez, independentemente de serem ou não reconhecidas institucionalmente, vêm tecendo uma potente rede de atenção na produção do cuidado às mulheres, que extrapola o sistema; e que a conexão entre essas redes é algo que urge. O modo de pensar a RC pode, muitas vezes, se constituir em um “perto muito longe”, fundado em práticas fortemente inscritas na perspectiva do ordenamento médico.

Trazemos para a cena, portanto, dentre outras coisas, a discussão sobre saberes válidos como aposta na produção do cuidado em saúde, tendo como foco a produção de vida. Nesse sentido, trata-se de colocar em discussão a validade de outros saberes, que na atualidade têm sido subsumidos na correlação de forças e disputas pelo plano do cuidado às mulheres grávidas e puérperas, em detrimento de um saber estruturado. Saber esse que, acompanhado de uma determinada prática e discursos que se colocam com certa validade, tornam a gravidez como uma questão médica e quase como uma enfermidade, o que faz com que a questão da gravidez ande quase que no mesmo plano do cuidado de um hipertenso, por exemplo – isso quer dizer “gravidez como sinônimo de doença”. Nesse sentido, vem se construindo, do ponto de vista da ciência, e se tornando (no plano do imaginário), o parto como algo da ordem do estranhamento das grávidas (modo de viver a gravidez) a ponto de perderem o controle sobre si próprias, sobre seus corpos, já que agora, de domínio do outro – da ciência médica.

Nos encontros e as afecções neles suscitadas, a parteira ridente, bem como toda a intensidade de modos e de produção de vida, nos têm sido um presente. Presente no sentido de oferta de vida, de uma pesquisa que percorre os territórios vivos e se produz no encontro, e também, presente, cronologicamente falando, por poder viver hoje esse momento e esses encontros, e poder produzir conhecimento militante e ridente na construção permanente do SUS. Junto com ela que, como Nietzsche (2012), nos convoca a reinventar nosso modo de existir e rir dele, de nós mesmos e dos “doutores da finalidade da existência”.

32 Veja que aqui temos uma ampliação do “longe muito longe”, de modo que podemos pensá-lo a partir, e principalmente, da perspectiva existencial e não apenas assistencial. Desse modo, incide sobre esse conceito, outras vistas do ponto, por exemplo, das parteiras tradicionais que, muito embora possam estar assistencialmente “longe muito longe” de uma mulher grávida, ao mesmo tempo podem estar “longe muito perto” existencialmente dela, bem como “perto muito perto” assistencial e existencialmente.

Dentre os vários achados que a pesquisa RAC tem nos possibilitado, das interrogações que temos nos feito, e as constantes reinvenções de nós mesmos enquanto pesquisadores, o encontro com essa parteira foi algo surpreendente no sentido de pensar nas vidas que ela ajuda a vir ao mundo com tamanha leveza – com uma vida em estado de poesia. Operou-se em nós uma espécie de suspensão de nossas interrogações, não no sentido do que nos mobiliza e nos inquieta no universo de suas práticas, mas uma suspensão pela desobediência ao previsível, mesmo na imprevisibilidade do porvir. Foi no encontro que nós nos des(cuidamos) de nós mesmos e do nosso “objeto” de pesquisa para nos conectarmos com o seu objeto musical, seu paneiro, sua existência. Uma suspensão necessária para dar passagem a essa parteira-guia ou, na melhor de nossas reinvenções, à *gaia* parteira – “parteira-guia gaia”.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* “O pesquisador in-mundo e o processo de outras formas de investigação em saúde”. **Lugar Comum (UFRJ)**, v. 39, p. 133-144, 2013.

FOUCAULT, M. “Nietzsche, a genealogia e a história”. *In:* _____. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. São Paulo: Graal; 1979.

MERHY, E. E. “O conhecer militante do sujeito implicado: O desafio em reconhecê-lo como saber válido”. *In:* FRANCO, T. B. *et al.* (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. (Saúde em Debate; 157).

NIETZSCHE, F. W. **A gaia ciência**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

Encontros: experienciando espaços de trocas e compartilhamentos dos saberes e práticas das parteiras tradicionais

Ângela Carla da Rocha Schiffler
Claudia Tallemberg
Sandra Cavalcante Silva
Brena Silva dos Santos
Naila Mirian Las-Casas Feichas
Fabiana Manica Martins

Introdução

A Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), em sua configuração no Amazonas³³, traz as parteiras e seus modos de cuidar, nos sentidos e significados do assistir a mulher e o bebê. Entendemos que o saber milenar e os arranjos atuais das parteiras constituem um dispositivo potente para acionar o lugar amazônico na produção do cuidado na Rede Cegonha.

As parteiras se inserem nas lógicas para humanização do nascimento e parto desde 2000, pelo Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, da Área Técnica de Saúde da Mulher – Ministério da Saúde/MS, em parceria com a ONG Curumim Geração e Parto (RATTNER, 2009). Trata-se de um Programa que já tem um acúmulo de experiências e que faz referência a singularidade do norte e nordeste do Brasil, ofertando uma estratégia a mais para redução da morbimortalidade materna e neonatal com a capacitação de parteiras tradicionais para a qualificação do parto domiciliar.

No contexto das Redes de Atenção à Saúde, a estratégia da Rede Cegonha conta com parteiras para a redução da mortalidade materna e neonatal, tendo em vista sua vinculação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Recursos do MS foram liberados para compra de kits de material, estes também foram disponibilizados para uso no parto domiciliar. Assim, a Atenção Básica tem papel importante para operacionalização desse arranjo.

No Amazonas, o trabalho de reconhecimento das parteiras tradicionais vem se consolidando desde 2008, quando a Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, iniciou uma agenda de sensibilização de gestores e profissionais, em todos os 62 municípios, para dar visibilidade às que se encontram nas sedes e nas zonas rurais. Um investimento que também resultou na implantação de um Banco de Dados, que conta com 1078 parteiras cadastradas (AMAZONAS, 2012). Destas, 480 já receberam capacitação, Kit e, o mais importante, o reconhecimento dos gestores municipais da sua relevância no

33 Pesquisadores da RAC/AM, Universidade-SUS, uma composição: pesquisador apoiador da UFRJ e pesquisadores locais da Universidade – FIOCRUZ/AM, Universidade do Estado do Amazonas/UEA e Universidade Federal do Amazonas/UFAM; e do SUS, da Gestão e da Assistência – Secretaria de Estado de Saúde/SUSAM e Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA Manaus.

cenário do parto no contexto das diversidades da Amazônia. As parteiras tradicionais integram a configuração do Plano de Ação da Rede Cegonha do Amazonas³⁴.

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da humanidade, um saber popular que foi produzindo e construindo saberes sobre o corpo grávido. Assim, problematizar a produção micropolítica do cuidado materno infantil pela perspectiva de parteiras tradicionais e das mulheres que assistem, tomando os encontros como agenciadores de conexões, passou a ser um dos objetivos da RAC/AM. Trata-se de uma investigação pautada na oferta de ser pesquisador in-mundo, tomando pelas mãos um sujeito – um guia, para acionar e compor o processo investigativo – seguindo pelas redes vivas que o conectam na produção da sua existência (GOMES, *et al.*, 2014).

As parteiras como guias e integrantes da RAC AM têm potência para fazer deslocamentos a partir das suas vistas sobre o partejar, que se expressa em toques, cumplicidade/confiança, rezas, ervas medicinais, tempos... Uma investigação que toma a entrada de novos visíveis, para deslocar as tensões dos pontos (MERHY, 2014).

Muitas das ações das parteiras ainda são desconhecidas pelos gestores e profissionais de saúde, sendo, portanto, ignoradas; bem como as redes de cuidado à saúde nos territórios. As parteiras tradicionais, as “*mães de umbigo*”, “*pegadoras de menino*”, dentre outras autodenominações, podem ser quilombolas, ribeirinhas, indígenas, moradoras da cidade, dos assentamentos, das reservas extrativistas. Além de produzirem o cuidado, trazem consigo um conhecimento sobre a saúde da mulher e por isso há uma preocupação e um movimento político pelo seu reconhecimento e pela sua valorização enquanto ativadora e produtora de redes vivas.

O “ser tradicional” traz o sentido político na produção do conhecimento, pois as ações deixam de ser somente um patrimônio material e simbólico para também se configurarem no campo das lutas de resistência e de articulação com outros grupos sociais. O tradicional aqui não é entendido na oposição ao moderno, nem significa uma prática atrasada, muito menos um resíduo, um vestígio, mas representa uma prática presente e atual no cotidiano dos grupos sociais (ALMEIDA, 2008). Nesse sentido, consideramos que a parteira tradicional é um sujeito político e uma identidade social construída nas múltiplas relações e redes.

Neste texto realçamos a produção da Tenda do Conto³⁵ das Parteiras – um encontro, um acontecimento – vivenciado na Vila de Lindoia, município de Itacoatiara, na região do Médio Amazonas.

34 O Plano de Ação da Rede Cegonha do Amazonas é produto do Grupo Condutor, criado pela resolução CIB nº 104/2011, que foi composto por representantes de vários departamentos da SUSAM, bem como do COSEMS e apoiadores do Ministério da Saúde.

35 A Tenda do Conto (FELIX-SILVA *et al.*, 2014) é uma prática integrativa que contribui para produção de sentidos, significados e ressignificações, pela circulação de afetos, saberes e exercício do poder da palavra, pelo conto e suas manifestações. Produzindo diferença nos que se afetam e reconhecimento de outras formas de existência.

Pelos Trilhos e Desvios: Convites e Experiências com Parteiras

Na composição da RAC AM contamos com a parteira D Nazaré, de 56 anos, moradora da Vila de Lindoia, que já realizou mais de trezentos partos (SIC). Os encontros com a referida parteira foram sequenciados pela construção de sentido dada em ato – encontros entre corpos e ideias, afecções, que provocam efeitos – como diz Espinosa (DELEUZE, 2002).

Seguimos pelos “movimentos nômades” de parteiras e contamos com arranjos cartográficos como operadores da produção do conhecimento (MERHY *et al.*, 2014). Como nos oferta Tallemberg (2015), com um certo perspectivismo à composição de mapas e paisagens fomos caminhando por suas montagens, nos valendo de construção de narrativas como recurso metodológico.

A escolha da parteira Nazaré foi motivada por uma das pesquisadoras que a apresentou trazendo da sua visibilidade durante a Capacitação de Parteiras Tradicionais/MS, que ocorreu em Manaus, em 2010, e por ter sido escolhida pelas demais para participar da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Brasília, no mesmo ano.

Chegamos na Vila de Lindoia para conhecer a parteira Nazaré em 29 de abril de 2015. Nesse primeiro encontro já aceitou nosso convite para ser parteira-guia e integrante da RAC e, desde então, passou a nos apresentar a sua história de vida, seus saberes e práticas sobre a arte de partejar. Estávamos juntas em alguns dos espaços e caminhos que a vinculam à produção da vida e do cuidado.

Nazaré é filha de parteira e aprendeu seu ofício aos 12 anos, acompanhando sua mãe. Ao falar dela e do legado que lhe deixou – o de ser parteira – se emocionava e trazia dos livros (já amarelados) algumas das histórias que tinha para contar – sua mãe falecera meses antes do nosso encontro.

Nas idas para Lindoia fomos forjando um interesse comum – o de acionar encontros com parteiras e com as grávidas da comunidade. Em uma das nossas conversas Nazaré também expressou seu desejo de formar uma Associação de Parteiras da Região, para firmar o reconhecimento, incluindo as “*anonimatas, para que não fiquem no esquecimento*”.

Seguimos com e pelo mundo da Nazaré. Assim uma comunidade rural estava sendo apresentada, bem como uma rede de parteiras que se tece de forma colaborativa, preenchendo de vida a produção do cuidado. As parteiras incentivam a realização do pré-natal, acompanham mulheres na comunidade, nos partos domiciliares ou onde eles se fazem necessário (desde a canoa, a UBS, o próprio hospital etc.). Elas se conectam com os profissionais da saúde, da educação, de movimentos sociais – das mulheres do campo e contra a violência contra as mulheres, exercem lideranças comunitárias. O campo estava nos produzindo como pesquisadores, em ato, pelos encontros intercessores e pelas dobras produzidas em nós.

O interesse de ativar coletivos de parteiras se deu desde a primeira visita feita em Lindoia, pelas percepções do que ali se forjava de composição; o mesmo compartilhado pelos campos da RAC Norte – Pará e Acre – contando com o apoio da coordenação nacional da pesquisa.

A primeira experiência se deu com a “Roda de Conversa com e entre Parteiras”, integrando a programação do Encontro da Regional Norte da Rede Unida, realizado na cidade de Manaus, em setembro de 2015. Estávamos em uma sala de aula da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) repleta: cinco parteiras de distintas regiões de Manaus, duas da área ribeirinha da região do médio Amazonas e uma da área indígena do entorno – da etnia Kambeba, da Aldeia Três Unidos; e uma parteira do Pará. Além de: estudantes, profissionais, docentes, pesquisadores e demais interessados. Fomos todos premiados pelas trocas e pelos compartilhamentos dos conhecimentos inscritos nas suas experiências de partear, que fizeram conversa com os saberes e práticas do campo da saúde, naquela relação, a quente, produzida no encontro.

Assim seguimos compondo a nossa agenda da pesquisa: encontros com parteiras-guias e encontros acionando coletivos, para reconhecimento e cooperação do que as parteiras constroem de linhas de possibilidades, conversações, arranjos e redes, em produção de diálogo com a Educação Permanente em Saúde em Movimento (MERHY, 2015).

Fomos gestando com Nazaré um arranjo para um encontro no território, contando com o protagonismo de parteiras em produção de redes vivas. Assim foi surgindo a ideia da Tenda do Conto de Parteiras em Lindoia, tendo Nazaré como articuladora principal. Para sua realização contamos com o envolvimento implicado de duas pesquisadoras da RAC Sul³⁶.

Tenda do Conto de parteiras de Lindoia, realizada na Escola Municipal Ivo Amazonense de Moura, no dia 18 dezembro de 2015

Um encontro preparado para fazer circular seus contos e manifestações, em produção de sentidos, significados e ressignificações. Uma instalação para dar passagem a um movimento vivo, por muitas vezes silenciado, constrangido, na proposta de valorização e fortalecimento das parteiras, de reconhecimento de seus saberes e práticas, vazando pelas suas redes de existências.

Considerando um público médio de setenta pessoas, as dez parteiras presentes foram acolhidas pela Nazaré e seguiram se apresentando das mais variadas formas – soltaram a voz e suas experiências, trazendo a coragem que as fizeram parteiras e as fazem chegar onde precisar: “*Graças a Deus todos os meus filhos de partos estão vivos [...]*”; “*O sentimento da parteira é um sentimento de alegria sem limite porque você vê uma vida*”; “*O primeiro parto que fiz foi gemelar, de uma colega, fui falando – mãezinha agora vou retirar a placenta*”; “*Não aprendi com ninguém [...] foi Deus que me deu esse dom*”; “*Minha mãe era parteira, minha bisavó*”; “*Fiz meu primeiro parto aos 16 anos, em Manaus, perto de um igarapé [...] quando me chamou já estava tendo o bebê [...]*”.

Receberam aplausos. Foram prestigiadas pela direção do hospital do município, pelo jornalista local (que fez várias entrevistas), contou com o apoio da diretora da escola, que também cedeu as instalações; bem como da diretora da Unidade Básica

³⁶ As pesquisadoras Claudia Talleberg e Kathleen da Cruz estiveram na preparação, registro e ativação da Tenda do Conto.

de Saúde e alguns dos seus profissionais (outros não puderam comparecer, mas contribuíram com gêneros alimentício para o almoço do final do dia). Representantes de movimentos sociais fizeram dinâmicas e cantorias. Pesquisadores da RAC, demais profissionais, membros da comunidade e familiares, todos nós estávamos afetados por aquele encontro.

Alguns dos recolhimentos expressaram – “*fiquei feliz, me senti à vontade para falar*”, “*tive oportunidade de ensinar*”, “*não houve palestras, as apresentações foram feitas por nós*”. Convites chegaram para que a parteira Nazaré desse outras entrevistas e articulasse novos encontros com parteiras, agora na sede do município.

Experienciar essas vivências no território se constituiu como um achado do processo da pesquisa. Alguns encontros intercessores entre pesquisa, território e campo de análises: como os encontros das parteiras com as gestantes, estes foram ampliados e intensificados, com a potência de seguir produzindo efeitos – dobras e construção de redes vivas.

Novas perspectivas – para continuarmos na conversa

Tendo em vista o vivido, sentido, afetado, rememoramos o *Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e a Estratégia da Rede Cegonha* do MS levando a reflexão junto a gestores estaduais, municipais e profissionais de saúde sobre a importância do desenvolvimento de estratégias locais que incluam as parteiras tradicionais na rede de cuidados às mulheres e bebês no SUS. Nesse sentido, a inclusão das parteiras tradicionais pressupõe a valorização dos seus saberes, identificação das parteiras e vinculação das mesmas na rede assistencial local.

Consideramos o “Ser Tradicional” das parteiras – uma construção, em sua afirmação fortalecida – como potência para abrir novos espaços de participação, de trocas e compartilhamentos, em defesa de um projeto ético político que faz valer o cuidado, a vida.

As vistas das parteiras trazem novos visíveis, expandem mundo. Em suas multiplicidades, apresentadas nos encontros, trazem as redes que tecem, se lançando em redes. A atenção das parteiras está voltada para que as mulheres se sintam amparadas e com segurança, para que sejam protagonistas no momento do parto e do nascer. Um dos aprendizados que tivemos com a parteira Nazaré é a necessidade de escutar a mulher e de ficar atento aos sinais que envolvem o parto natural, “*pois cada parto é uma caixinha de surpresa*”. Assim, as parteiras e seus modos de cuidar convocam a produção de redes vivas – dentro e fora do instituído – e nos deslocam para novas produções, em relação de alteridade.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. **Conhecimento tradicional e biodiversidade**: normas vigentes e propostas. 1.º vol. Alfredo W. B. de Almeida. Manaus: Programa de Pós-Graduação da Universidade do Amazonas – UEA / Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura da Amazônia / Fundação Ford / Fundação Universidade do Amazonas, 2008.

AMAZONAS. Secretaria Estadual de Saúde/SUSAM. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Atenção Integral a Saúde da Mulher. **Cadastro Estadual de Parteiras Tradicionais**. Manaus: – Manaus, SUSAM, 2012.

DELEUZE, G. **Espinoza**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

FELIZ-SILVA, V. A.; NASCIMENTO, M. V. N.; ALBUQUERQUE, M. M. R.; CUNHA, M. S. G.; GADELHA, M. J. A. (Orgs.). **A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica**. Natal: EDUNP, 2014.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisador IN- MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MERHY, E. E. “Educação Permanente em Movimento – Uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidianos no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso”. **Saúde em Redes**. 1(1): p. 7-14, 2015.

_____. “As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas”. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 14, p. 96-97, 2014.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. “Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.153-164, out. 2014.

RATTNER, D. “Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas”. **Interface**, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009.

TALLEMBERG, C. A. A. **Passagem de uma prática clínico-política menor**: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015.

Agradecimento

À parteira Nazaré, pelo seu saber/fazer implicado e por ter produzido junto o campo da pesquisa.

A rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco-Bahia: o pacto enquanto guia

Raquel Miguel Rodrigues
Emmanuela Mendes Amorim
Nathália Silva Fontana Rosa
Clara Esteves
Marcio Costa de Souza

Trata-se de apresentar um relato sobre a produção da pesquisa compartilhada na Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, primeira Região Interestadual de Saúde do país, que envolve a macrorregião norte da Bahia, com sede em Juazeiro e a macrorregião de Petrolina, em Pernambuco (conhecida como Rede PEBA), compreendendo, na sua conformação inicial, 52 municípios (BAHIA 2015; PERNAMBUCO, 2015; BRASIL, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012, REHEM, 2009).

A rede PEBA compõe o conjunto das redes de atenção à saúde em estudo no estado da Bahia e Pernambuco. Um importante ponto dessa rede que se destaca no seu processo de construção é a regulação “entre” esse território, uma vez que se trata de uma rede de saúde inter-regional, pactuada por entes municipais, estaduais e federal. Destaca-se que essa característica inter-regional da rede PEBA é pioneira no Brasil e traz potência por pretender construir uma rede de serviços de saúde que atenda às necessidades de uma situação de saúde inter-regional (e, nesse caso, interestadual).

A implicação desse grupo de pesquisadores com esse tema nasce da experiência de gestão em saúde do coletivo de pesquisadores de alguns, a partir da percepção de que, dentre os diversos desafios do cotidiano desta prática, a regulação se torna visível e dizível nas experiências, algumas vezes como um incômodo, problema, entrave e outras como resolução, potência e ampliação do acesso. Por isso, assumem o delineamento de marcas cravadas no interior dos processos de subjetivação do pesquisador/gestor/trabalhador que trazemos, enquanto multidão, produzindo ou não redes vivas. Desta forma, este lugar de intercessão do acesso à saúde (rede PEBA), intensamente muito atravessado pela regulação de diferentes pessoas e territórios, aponta para poder ter uma força analisadora da produção do cuidado.

Entendendo também que uma das apostas desta pesquisa nacional é a de que a experiência vem antes da produção do conhecimento, e não o contrário, as nossas entradas nesse campo partiram do pressuposto de que uma das primeiras ações que precisaríamos alavancar seria a de identificar atores que participaram do processo de construção dessa rede e que fizeram ou fazem parte dela. Afinal, parte-se da prerrogativa de que redes vivas (MERHY *et al.*, 2014) são produzidas pelos diferentes atores na vida cotidiana das diferentes pessoas que a produzem.

A construção de um campo de visibilidade discursiva (FOCAULT, 2008) que consiga estabelecer um diálogo com todas as possíveis fontes que vamos nos conectar pressupõe, neste sentido, que todos são fontes. Portanto, esse relato pretende dialogar

com as fontes que conseguimos, até então, rastrear nos territórios das existências que buscamos visibilizar (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

A partir das leituras de artigos, dissertações e teses, além de outras produções disponíveis (como sites, reportagens), foi possível localizar uma primeira pista: a de que a proposta desta foi produto das experiências de pactuação da oferta dos leitos, principalmente de urgência e emergência, entre os municípios de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Como se trata de cidades conurbadas, separadas fisicamente apenas pela ponte Presidente Dutra, já havia uma prática cotidiana instituída de pactuação da oferta desses leitos.

Considerando esse cenário, em 2009, foi implantada a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco-Bahia, que inicialmente considerava a articulação entre Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) (BAHIA, 2015; PERNAMBUCO, 2015; BRASIL, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012), porém foram incluídas outras microrregiões de ambos estados atravessados pela constatação dos vazios assistenciais para leitos de urgência e emergência de toda essa região.

Outra pista identificada nas referências disponíveis foi a participação, durante a implantação da rede, das instituições – Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-BA); Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP-PE); Secretarias Estaduais de Saúde (BA e PE) e Ministério da Saúde no diagnóstico e formulação da rede. A primeira conexão possível de ser feita foi através de uma entrevista com um representante da Direção de Serviços da FESF responsável pela articulação com os trabalhadores do estado da Bahia vinculados à rede PEBA. Esta entrada, então, se deu a partir de março de 2015.

A Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco-Bahia possui um espaço que pretende reunir gestores municipais, estaduais e federal para pactuar fluxos nessa rede, denominado Colegiado Gestor da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco-Bahia. Preconiza-se que esse espaço de pactuação deve ter encontros periódicos para debater questões dessa rede. Contudo há muitos meses não se conseguia reunir esses gestores, o que causava dificuldade na condução dessa rede. Entende-se que esse espaço, enquanto instância colegiada, promove as pactuações entre gestores e orienta o desenho de rede, a partir de demandas de necessidade de saúde dessa região. Os diálogos e acordos desse espaço, por sua vez, potencializam as deliberações em outras instâncias gestoras como Comissão Intergestora Bipartite (CIB): CIB-PE e CIB-BA.

Apesar de identificar uma estrutura funcional instituída por deliberações da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de ambos estados para funcionamento desta rede, a implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos – CRIL aparece como a estrutura estratégica por ser operadora da regulação de leitos, de acordo com as fontes documentais encontradas e pelo relato recolhido na FESF. Nesta mesma entrevista identificamos atores que participaram desse processo e iniciamos os contatos com os que ainda atuam em Juazeiro, já que a CRIL está sediada neste município.

Além destes, realizamos conexão com uma docente da Universidade do Vale São Francisco (UNIVASF), instituição que possui Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e da Família, que nos oportunizou aproximação com a

localidade. Fomos inseridos no IV Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão, em maio de 2015, espaço que nos permitiu a mediação de uma roda narrativa para apresentação da pesquisa e aproximação com trabalhadores da rede. Neste espaço dialogamos com trabalhadores da saúde, da educação, acadêmicos de cursos de graduação e de programas de residência.

Outra entrada neste campo de visibilidade discursiva foi construída com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro, que contava com uma trabalhadora que foi participante ativa do processo de construção dessa rede e continua atuando na CRIL. Desde então, maio de 2015, temos construído encontros mensais, tanto com a equipe da CRIL quanto com a equipe de profissionais residentes e docentes da UNIVASE.

A perspectiva desse arranjo de entradas no campo tem propiciado uma aproximação com o cotidiano dos serviços dos municípios-sede (Petrolina e Juazeiro), assim como com o cotidiano da equipe da CRIL, diretamente envolvida na regulação do acesso dessa região aos leitos de urgência e emergência, majoritariamente ofertados nos municípios citados. Nesse momento, estamos reconstruindo juntos o percurso de construção do pacto que produziu a rede interestadual tomando este como guia da nossa pesquisa na CRIL.

Neste sentido, trazemos para o debate uma reflexão sobre os diversos planos de produção para a pesquisa neste campo que aposta no reconhecimento de que há múltiplos mecanismos que fazem nascer as redes de cuidado em saúde. Portanto, partimos do pressuposto que as redes de atenção à saúde podem ser construídas em diversos níveis de complexidade e por diversos atores sendo, então, necessária a produção de “entradas” nas redes que percorram não somente os serviços regulados instituídos, mas também aqueles que emergem do próprio campo.

Pensar uma pesquisa compartilhada numa macrorregião que enfrenta o desafio de regular os leitos de urgência e emergência de uma população de quase dois milhões de habitantes e considerando que, inicialmente, contávamos com duas pesquisadoras apoiadoras e pertencentes a outros estados, foi tarefa que exigiu transitar sobre, primeiramente, as produções bibliográficas disponíveis e as produções de redes afetivas que os pesquisadores tinham na região, como já citado anteriormente. A articulação com trabalhadores/gestores/residentes/usuários que pudessem compor como pesquisadores locais, por sua vez, foi estratégica para construção dos diferentes olhares sobre essa Rede PEBA.

A partir dessa articulação entre pesquisadores apoiadores e locais foi possível traçar como ação a adoção da reconstrução do percurso histórico da rede como ponto de partida dessa cartografia, uma vez que as produções de dissertações, teses e resumos de trabalhos e outras fontes bibliográficas traziam escasso material de fontes primárias e de narrativas dos atores que fizeram parte desta construção, privilegiando aspectos normativos do processo. Nessa direção, adotamos a (re)construção do pacto enquanto guia para a produção dos caminhos da pesquisa.

Portanto, a nossa entrada pela Central de Regulação Interestadual de Leitos – a CRIL – foi fundamental para conseguirmos “abrir” conversa com atores locais e fazer o convite para a pesquisa. Tal aspecto reforça a construção de uma pesquisa compartilhada que pressupõe que todos são pesquisadores à partir da noção de que todos são prota-

gonistas do agir cotidiano no mundo do trabalho em saúde. Será na e durante a atuação micropolítica dos trabalhadores que a pesquisa compartilhada foi ganhando “corpo” e disparando seus fluxos de produção de cuidado efetivo ou não, produzindo ou não redes de conexão entre trabalhadores, gestores e usuários. Foi e é a partir dessa trama que a imagem da pesquisa compartilhada foi sendo desenhada para nós, como uma grande trama com nós e linhas de conexão ora fortes, ora frágeis, ora rotas, ora rugas ora lisas.

Chegar aos usuários também foi tarefa estratégica porque representava compreender as repercussões dessas pactuações entre gestores com o cotidiano das diferentes pessoas que compõem essa rede PEBA enquanto Rede Viva. Nesse movimento, foram tantos pretensos usuários que faziam a rede falar, mas que se perdiam no caminho que pensamos em abrir outras frentes e outras formas de produzir a pesquisa nesse lugar. Ou seja, mal identificávamos um usuário que viesse participar desse estudo, trazendo sua vivência na rede, e esse já não estava mais nos serviços no momento em que tentávamos localizá-lo para acompanhar o percurso do mesmo nessa rede.

Enquanto o processo de re-construção do histórico dessa rede foi sendo produzido, através de encontros que realizamos durante um ano (maio de 2015 a maio de 2016), adotamos como caminho com a equipe da CRIL percorrer as portas de entrada das referências de U/E reguladas por ela e sentir os desafios que estavam sendo enfrentados. Paralelo a isso, iniciamos também uma busca de documentos, fotos e qualquer outro registro disponível que pudesse nos ajudar a re-constituir as cenas principais deste processo de produção. Nesse sentido, destaca-se que a equipe de trabalhadores da CRIL conta com personagens que fizeram parte desse processo e fomos gravando os depoimentos destes durante esses encontros.

A ansiedade da equipe em produzir efeito no seu cotidiano do que estava sendo discutido era notório. Sempre negociávamos uma parte do encontro recolhimento do processo vivido e outra parte percorríamos a rede com as enfermeiras reguladoras. Após esse ano de encontros conseguimos construir uma linha do tempo com os principais movimentos realizados pelos atores mapeados, apesar de não termos tido fôlego de entrevistar todos eles. A equipe nos guiou nesse emaranhado complexo de dificuldades, estratégias de enfrentamento, crises institucionais, fechamento de serviços, desânimos e ânimos, mudanças de gestores.

Tivemos que enfrentar a nossa própria frustração de não conseguir dar conta de processar tantas demandas, afinal estávamos ali na construção de uma aposta de pesquisa compartilhada. Negociar para dentro e para fora esse caminhar junto foi sendo construído de forma intensa nos encontros. Havia momentos que os trabalhadores falavam aos berros sobre os problemas da rede e precisávamos abrir espaço para o processamento das urgências em acontecimento nessa rede e tentar dar passagem aos caminhos que estávamos registrando ali, em ato. Nosso tempo juntos era sempre intenso e sempre saímos com a sensação que foi insuficiente. Era um sufoco essa negociação, até que os próprios trabalhadores propuseram o caminho.

Ocorre que é importante ponderar que CRIL é dispositivo do colegiado intergestor da Rede PEBA, mas ela não é a Rede PEBA. Essa constatação é presente em diferentes momentos de nossa ida ao campo de estudo. As pesquisadoras chegaram também a participar de dois momentos de reunião dos gestores da Rede PEBA, con-

tudo, no final de 2015 esses encontros não mais ocorreram. Até o momento da escrita desse texto não houve outra reunião de reunião desses gestores.

Apareceram vários usuários internados no principal hospital de referência de traumas para compor o cenário. Nesse lugar, enfrentamos o desafio de percorrer um local ainda em processo de organização institucional. Testemunhamos um cotidiano do trabalho muito tenso e permeado de disputas. Na medida em que avançávamos nas visitas à rede de serviços, encontrávamos parceiros que aceitavam o convite. Foi assim que abrimos a frente junto à gestão regional de PE sediada em Petrolina e junto ao Hospital Universitário referência para traumas nessa macrorregião.

Junto aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, construímos três propostas de trabalhos de conclusão do curso com as residentes que se interessaram com a proposta. Após o debate que realizamos na mesa narrativa durante o Fórum da Luta Antimanicomial, desdobramos esse encontro em uma reunião com todos os residentes (tanto da Saúde da Família quanto da Saúde Mental). Após, este “encontro-convite” com residentes propusemos uma agenda de encontros que priorizaram a leitura de algumas referências sobre os temas que atravessam a pesquisa e que despertaram interesse no grupo. No terceiro encontro, foram apresentados os usuários que mais chamavam a atenção dos residentes, numa perspectiva de produção de um usuário-guia (EPS EM MOVIMENTO, 2014b).

Para além da produção de novas normas, um dos desafios que se coloca na Rede Interestadual passa pela capacidade de se inventar espaços de encontros e pactuações, voltados para facilitar o acesso aos usuários desta macrorregião. Esse processo deve reconhecer a dimensão micropolítica do trabalho em saúde e suas singularidades, construída no cotidiano dos serviços. Logo, parece não bastar reunir pessoas esporadicamente, é preciso contar com uma preparação prévia, com definição de objetivos, estruturação de problemas, eleição de ferramentas e periodicidade dos encontros, pactuados com os níveis gerenciais da organização. A partir do que já citamos e dos achados nos documentos oficiais da conformação da Rede Interestadual, é possível verificar a intensa articulação do MS e SES dos estados da BA e PE nessa aposta. Portanto, fica visível a construção micropolítica da articulação para a conformação da rede, exigindo investimento não somente financeiro, mas técnico e político, com financiamentos específicos para a qualificação do trabalho e das estruturas dos serviços.

As pistas já apresentadas apontam que a construção histórica de apoios técnicos regionais que podem potencializar a associação solidária comprometida dos gestores na construção das regiões não tem sido fortalecida. Tal fato aparece também em outras localidades como no processo de construção da gestão regional do estado de São Paulo (MENDES *et al.*, 2015).

Os modos como as portas de entrada da rede de serviços de saúde se entrelaçam com as redes instituídas, se dá através do estudo das construções discursivas produzidas pelos vários atores envolvidos nas redes de atenção instituídas ou não, na oferta de um certo modelo desenho tecnoassistencial e suas disputas, em curso. Portanto, é nesta direção de ampliação do campo de visibilidades discursivas e no reconhecimento de espaços de produção de redes que estamos em permanente produção da pesquisa compartilhada.

Referências Bibliográficas

BAHIA. FUNDAÇÃO ESTADAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **Regulação de Leitos**. 2015. Disponível em: <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/programas-e-servicos/regulacao-leitos/>> Acesso em: 20 de junho de 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **Uma conversa sobre fontes narrativas**. 2014a. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-conversa-sobre-fontes-narrativas-1/>>. Acesso em: 22 ago 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário guia**. 2014b. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia/at_download/file>. Acesso em: 22 ago 2015.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Central de Regulação de Leitos – Manual Operacional**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_operacional_grh.pdf>. Acesso em: 22 ago 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da saúde, Investimentos e desenvolvimento. Unidade de Gestão do Projeto – UGP. **Subprojeto Regional QualiSUS-Rede**. Tecnologia da Informação: uma proposta de integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco Brasília, 2012. 100p. Disponível em <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-Qualisus-BAePE-web.pdf>). Acesso em 22 de agosto de 2015.

SÓTER, A. P. M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco**. 2009. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

REHEM, T. S. B. “Estudo das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos municípios do Vale do Médio São Francisco: Macrorregião Juazeiro/BA e Petrolina/PE”. **Estudo Técnico**. Instituto Materno-Infantil Fernando Figueira – IMIP, 2009.

BARBOSA, D. S. J.; LIMA, K. S.; DA SILVA, J. A. “Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco–BA/PE: mobilizando o território vivo na busca do SUS regionalizado”. *In: 10º Congresso Internacional da Rede Unida*, 2012.

MERHY, E. E. *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação saúde para o debate**, n. 52, p. 153-164, 2014.

MENDES, Á. *et al.* “O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise”. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lg=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 ago 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200003>.

Nós pesquisadores / trabalhadores in-mundo, in-rac: nosso corpo vibrátil na atenção domiciliar o cuidador-guia no centro das nossas afecções

Paula Bertoluci
Erica Ferrazzoli de Vienne Leite
Natalia Oliveira Rodrigues
Sergio Leal
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Na atual configuração dos serviços de atenção domiciliar (AD) no Brasil, os cuidadores são considerados parte fundamental do processo de cuidar, em articulação com as equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Não são personagens exclusivos dessa modelagem de atenção, pois existem cuidadores previstos também na assistência social como acompanhantes para a execução de atividades de vida diária, por exemplo. No entanto, quando estão vinculados à AD, os cuidadores assumem, além das tarefas gerais, outras específicas do núcleo técnico da saúde.

Na maioria dos casos de AD, os cuidadores são informais (quer dizer, não contratados), geralmente familiares designados para a tarefa, majoritariamente do gênero feminino (SILVA *et al.*, 2010). Mesmo quando tomada como parte de seu processo de vida, a responsabilidade integral pelo cuidado de um familiar modifica de modo dramático a produção de vida dos cuidadores. Tanto mais dramática a modificação quanto maior a dependência do usuário e/ou limitadas as perspectivas de recuperação. Ser cuidador implica muitas vezes em relegar a sua vida em prol do cuidado ao outro, o que impacta radicalmente nas relações familiares, sociais etc. (BERTOLUCI, 2014).

Relatos às vezes desesperados e desesperançados, como o de D. Luiza, uma senhora de 76 anos que vive em condição de grande vulnerabilidade social e cuida da filha acamada, totalmente dependente, são frequentes e muitas vezes mobilizam as equipes para além das possibilidades de apoio e cuidado da AD.

Os cuidadores, fortemente atravessados e marcados por sua história de vida, suas relações prévias com os usuários, suas dores físicas e de alma, sentimentos de perdas (em relação ao ente adoecido e ao projeto de vida interrompido) e ganhos (reconhecimento, por exemplo), são tema constante no cotidiano das equipes. Curiosamente não necessariamente em função de uma conexão empática e solidária das equipes com os cuidadores, mas muitas vezes pelos ruídos provocados pelas disputas de plano terapêutico (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Os cuidadores frequentemente tensionam a relação com as equipes quando não cumprem as orientações dadas pelos mais diversos motivos: discordâncias, impossibilidades etc. (DE CARVALHO *et al.*, 2007). Embora haja também cuidadores que se colocam em uma posição de assujeitamento, de total subordinação e anulação de si mesmo na relação com as equipes – estes são mais apreciados e recebem mais solidariedade. As equipes tomam os cuidadores muito mais como executores do que protagonistas do cuidado e aí as disputas de perspectiva ganham visibilidade.

Seus processos de subjetivação, medos, saberes, desejos e fragilidades em vários âmbitos (cognitivas, físicas e financeiras, entre outras) muitas vezes são colocados em segundo plano, já que a complexidade do cuidado dos usuários no domicílio requer tanto empenho e criatividade das equipes que acaba muitas vezes ocupando as preocupações das equipes de modo quase exclusivo. Ou, por outro lado, a complexidade trazida por suas subjetividades, saberes, medos, desejos e fragilidades às vezes interroga profundamente os modos estabelecidos de cuidar, deslocando as equipes, produzindo incômodos.

O cuidador configura-se como “um outro” neste processo de cuidado da AD, um outro que também precisa ser reconhecido em suas singularidades e em suas necessidades.

Alguns cuidadores sentem-se apoiados e cuidados pelas equipes, outros ressentem-se. Outros ainda, independentemente do cuidado e de seu reconhecimento pela equipe, requisitam o cuidado para si de inúmeras formas.

Além disso, pesa fortemente sobre ele o julgamento moral das equipes.

“É CUIDADO COM AMOR OU SEM AMOR?”

“O PTS NÃO AVANÇA PORQUE O AVÔ QUER FICAR COM O BENEFÍCIO...”

“OLHA SÓ QUANTOS URIPEN FORAM DEVOLVIDOS? MAIS DE 100”!
(nas entrelinhas: não cuidava)

Como é difícil nos deslocarmos do lugar de juízes do outro nesses tensos encontros que marcam o trabalho em saúde.

O não reconhecimento da existência de regimes de verdades (FOUCAULT, 2000) implica em reconhecer como legítima e necessária a disputa de “uma verdade”, “da verdade”. Implica muitas dificuldades na produção de relações entre as equipes e com os usuários e cuidadores. Dificuldades, pois essa disputa de verdades tensiona violentamente as relações, dificulta as composições e autoriza os julgamentos maniqueístas e simplificadores.

Este lugar de portador da verdade abre certas visibilidades e não outras, muitas vezes causando cegueiras e diminuindo as possibilidades de acessar outros territórios existenciais daqueles com quem nos encontramos no dia a dia do cuidado em saúde. Como se produzisse uma blindagem, que reduz o outro a um elenco de rótulos com que o marcamos, apoiados por nossos caderninhos de juízes da vida do outro, cheio de regras, valores e penalidades marcados pelos processos de normalização da sociedade contemporânea (SLOMP *et al.*, 2015).

Estaria aí uma das possíveis explicações para compreendermos porque nossa porosidade se amplia ou se encolhe no encontro com o outro diante de algumas situações? Não é verdade que endurecemos ou derretemos, somos quebra-queixo ou algodão doce, dependendo de diferentes elementos do encontro?

Muitas vezes fazemos recortes estanques das situações, julgamos cenas do presente e desconsideramos histórias do passado. Como no caso da mulher que assumiu o cuidado do ex-marido diante da ordem judicial que obrigava os filhos

a assumirem o cuidado de um pai que cometera abusos e violências contra toda a família no passado. Esse era um caso de cuidado e cuidador que não tinha a aprovação da equipe que o qualificavam como um “caso de cuidado sem amor”? Resumiria-se a isto?

Ressentia-se a ex-esposa:

– “Sabe, alguns profissionais da equipe são muito duros com a gente... Me ameaçaram, queriam me denunciar por que encontraram ele com fezes grudadas, diziam que há mais de um mês, e eu falei como um mês se ele saiu há uma semana do hospital X? Então o hospital também não cuida e não limpa direito? E a gente tinha dado banho nele um dia antes. Eu falei, mandem me prender... eu quero ver quem vocês vão achar para cuidar dele? Eu e a minha filha contávamos para ele que a equipe da AD queria nos prender porque não cuidávamos dele direito (risos)... Tem alguns profissionais que são diferentes na equipe, me tratam com respeito, me ajudam, não ficam criticando e só pensando mal da gente.(...) Eu tenho muita pena dele... tá sofrendo muito para morrer... cuidar dele é bastante desgastante emocionalmente, fisicamente e financeiramente, eu cuido dele porque acho que é minha responsabilidade, não dos meus filhos, a família dele ficou com ele três dias e devolveu para mim. (...)”.

Ou no caso de uma equipe de AD de outro município, com a história de uma filha obrigada a cuidar do pai que a estuprou da infância até a juventude e que quase foi denunciada pela equipe da atenção domiciliar de acordo com o relato da técnica de enfermagem:

“Nossa quando eu e a assistente social sentamos para conversar francamente com a filha dele para questionar o que realmente acontecia que ela não cuidava do pai, quando sentamos para ouvi-la... nossa... ficamos estarecidas com as histórias que ouvimos e o quanto ela tinha sofrido com ele (...) me deu até vontade de vomitar, pois estávamos para denunciá-la. Entrei na casa aquele dia de um jeito e saí de outro, jamais vou esquecer (...) Conseguimos colocar o pai em uma casa de repouso, mas não foi fácil”.

Por outro lado, quando cuidador não contraria nosso caderninho de juízes e cumpre *ipsis litteris* as orientações sobre o cuidado, um outro território de produção relacional é construído. Essa assimetria na forma de lidar da equipe com o cuidador, atravessada pelo marcador moral, precisa ganhar visibilidade nas discussões de equipe, pois abrem-se ou fecham-se possibilidades no cuidado.

Outra questão relevante é a possibilidade de fabricação de arranjos cuidadores (uma combinação de cuidadores) e não a definição de um cuidador titular (e um suplente, eventualmente). A política nacional vigente e as equipes fazem exigências em relação ao cuidador, sem contemplar os impactos em suas vidas, sem flexibilizar possibilidades (BERTOLUCI, 2014).

Há serviços de AD que determinam critérios tão rígidos para a aceitação de um cuidador que terminam por excluir muitos potenciais usuários. Por exemplo, idoso não poderia cuidar de idoso em função de suas limitações físicas – mas já cuida, argumentam as equipes da atenção básica!! Sem haver familiar cuidador, certos usuários chegaram a ficar internados por vários anos, embora estáveis clinicamente. Desse modo certas equipes de AD terminam por produzir muitos conflitos não somente com as famílias, mas com outros serviços da rede que ficam indignados com esse tipo de rigidez excludente (BERTOLUCI, 2014).

É certo que muitas vezes arranjos cuidadores diversos complicam o dia a dia dos trabalhadores, pois exigem mais acordos e negociações. São muitos desejos, modos diferentes de viver e encarar a vida. Os cuidadores, assim como os trabalhadores, também inventam e reinventam o tempo todo, costuram e recriam suas redes vivas ou mesmo paralisam e nesse lugar do cuidado disputam os projetos terapêuticos, assim como o fazem em outros territórios existenciais.

No entanto, apesar de a atual política nacional de AD pontuar a necessidade de um cuidador como exigência para a admissão, já houve outras políticas de atenção domiciliar que explicitamente prescindiam disso. Era o caso das equipes de atenção domiciliar em AIDS (ADT AIDS), que tinham como público preferencial os usuários que viviam com HIV e não aderiam ao tratamento. Eram casos graves clinicamente e destroçados clinicamente falando. Uma das apostas das equipes era a de ganhar esses usuários para a vida, construindo capacidade de manejarem suas próprias limitações em alguns casos. Ou ele aprendia a se cuidar, ou aprendia a se cuidar. Em outros era a própria equipe que se incumbia de tecer uma rede de apoio (FEUERWERKER, 2006). Se era possível naquela cena, por que não pode voltar a ser possível em certas situações limites?

Vale considerar que a produção do cuidador funciona como o acolhimento na construção do projeto terapêutico singular em um CAPS. São os primeiros gestos, as primeiras aproximações e, se com mais ou menos porosidade, interferem fortemente na construção de vínculo, parceria, escuta e cuidado.

Nossos encontros e vivências com as equipes e familiares também deram visibilidade a arranjos cuidadores interessantes, envolvendo mais de um cuidador para se adequar à dinâmica e fragilidade familiar, e ainda assim bastante comprometido com o cuidado do usuário, neste caso uma criança com histórico de internações hospitalares e desnutrição grave. Ou mesmo apostas de equipe que garantiram que uma criança em internação hospitalar pudesse realizar um procedimento – que é de alta complexidade e geralmente realizado apenas em hospital – diariamente em casa sob responsabilidade da equipe de AD, possibilitando que mãe e filha estivessem juntas a sua família e que pudessem construir suas redes vivas e conexões com lugares para além da saúde.

Em ambos os casos, a porosidade da equipe para lidar com diferentes arranjos, desejos e disputas foram marcantes para a produção de cuidado. Algumas vezes a produção do projeto terapêutico envolveu família, usuário, equipe de AD, outros pontos da rede de saúde e da rede intersetorial. Construções instigantes que possibilitaram ricos aprendizados sobre a construção de redes vivas e parcerias. No cotidiano do

cuidado em saúde, reconhecer a potência dos múltiplos atores e produzir conexão com outros que não fazem parte da área da saúde – a escola, por exemplo – faz muita diferença na produção de vida de quem cuida e é cuidado!

Trabalhadores e equipes se implicam de modos diferentes em diferentes cenas, sendo fundamentais os espaços para diálogo e processamento, afinal mesmo em situações muito difíceis que dão margem a juízos de valor, há quem reconheça potência na vida nua e produza vida. Sem processamento, sem reflexão coletiva, isso pode levar a disputas não somente na relação trabalhador-cuidador, mas dentro da própria equipe (FEUERWERKER e MERHY, 2007).

Assim espaços de reflexão e de educação permanente sobre o trabalho e a porosidade para o encontro com este “outro” que ocupa um lugar tão singular na AD vem se mostrando essenciais para problematização e produção do cuidado. Olhar, falar, processar e aprender com o próprio trabalho e com o outro, eis a beleza e tensão do cuidado em saúde.

Da mesma forma esses espaços se fazem necessários para o próprio cuidado da equipe, pois muitos trabalhadores relatam sofrimento e dificuldades para lidar com tantas situações duras da vida envolvendo usuários, cuidadores e familiares e com as limitações dos serviços.

Enquanto trabalhadores-pesquisadores, a experimentação nas várias cenas da atenção domiciliar nos afetaram, agenciaram vários movimentos e provocaram angústias por nos reconhecermos em algumas delas como os próprios cuidadores. In-mundizados para além do plano da pesquisa (ABRAHÃO, 2014).

O tema do cuidador precisa entrar na cena de discussão nacional para além da atenção domiciliar, envolvendo os múltiplos atores e setores que se conectam com essa discussão para que se possa construir uma perspectiva de cuidado com ampliação da potência de vida para todos os envolvidos: equipes, usuários e cuidadores.

Referências Bibliográficas

- ABRAHÃO, A. L. “O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. In: GOMES, M. P. C. e MERHY, E. E. (orgs.). **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção de barreira e acesso em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 133-144.
- BERTOLUCI, P. B. A. **Atenção Domiciliar e a produção do cuidado: apostas e desafios atuais**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Cuidar melhor e evitar a violência**. Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2008.
- DE CARVALHO, L. C. *et al.* “Disputas en torno de los planes de cuidado en la internación domiciliar: una reflexión necesaria”. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 259-69, set-dez, 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção Domiciliar no município de Londrina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. Disponível em www.hucff.ufrj.br/micropolitica. Acessado em 22/6/2016.
- FEUERWERKER e MERHY. “A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas”. **Rev. Panam. de Salud Públ.** Washington, v. 24, n. 3, p. 180-8, set. 2008.
- FOUCAULT, M. “Nietzsche, a genealogia e a história”. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 15-38.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 825. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de abril de 2016, p. 33, seção 1. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Consultado em 22/6/2016.
- SILVA, K.L *et al.* “Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev 2010.
- SLOMP, H., FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. “Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado”. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Jun. 2015, v. 20, n. 6, p. 1795-1803. 9p.

Eixo 3

Disputa cotidiana do cuidado
e construção das redes instituídas
Questões que têm aparecido
no mundo da produção do cuidado
Que redes são essas?

Faz SUS, desmancha SUS no município de São Paulo

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

O município de São Paulo configura uma das experiências mais complexas de construção do SUS no Brasil. É uma megalópole, centro de uma região metropolitana de mais de 20 milhões de habitantes, maior centro econômico-financeiro do país, que convive com profundas desigualdades econômico-sociais e uma profunda descontinuidade político-administrativa, particularmente no que diz respeito à política de saúde, desde 1988 até os dias atuais.

Mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde, fruto de intensa mobilização social (PALMA, 2010) e de iniciativas políticas localizadas (PINTO *et al*, 2009), já contava com uma importante rede de serviços própria do município, que incluía unidades básicas de saúde, hospitais e pronto-socorros, além de uma rede de centros de saúde e hospitais estaduais e alguns ambulatorios de especialidades e hospitais federais (PINTO *et al*, 2009).

Essa seria uma base excelente para a configuração de um sistema municipal de saúde de qualidade, no entanto as mencionadas tensões e a descontinuidade das políticas terminaram por produzir um cenário crítico.

As tensões iniciaram-se já no processo que antecedeu à construção do SUS a partir dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a configuração do SUDS (nesse processo houve já movimentos políticos no sentido da construção de um sistema nacional de saúde com base municipal, que implicaram na transferência de recursos do INAMPS para as secretarias estaduais de saúde para incrementar as ações assistenciais e também na municipalização de equipamentos estaduais de saúde) (PINTO, 2009).

Diferentemente de todos os municípios do estado de São Paulo, não houve a municipalização dos equipamentos estaduais de saúde que havia na capital (centros de saúde de diferentes portes e ambulatorios de especialidade), primeiro por falta de interesse do governo municipal sob comando de Janio Quadros e depois por divergências políticas, fortemente influenciadas por disputas partidárias entre o governo estadual (PSDB) e o municipal (PT), já na gestão de Luiza Erundina.

Na sequência, movimentos de construção e de desorganização do sistema municipal de saúde se alternaram a partir de 1988. Intenso faz SUS e desmancha SUS.

No governo municipal de Luiza Erundina, houve um importante impulso ao desenvolvimento do sistema municipal de saúde, com várias experiências inovadoras (na área de saúde mental e na construção de capacidade de gestão democrática e participativa, por exemplo), a ampliação da rede de serviços e a organização e gestão descentralizada do sistema em regiões e distritos. Um SUS vigoroso e inventivo estava sendo produzido. Na pesquisa, nas conversas com trabalhadores municipais em diferentes espaços, é insistentemente referida a memória saudosa da construção municipal nesse período.

Na sequência, nas gestões Maluf e Pitta, São Paulo foi a única capital brasileira que chegou a ficar fora do SUS em função da implantação do PAS (Plano de Assis-

tência à Saúde), que implicou na terceirização da gestão dos equipamentos de saúde para cooperativas privadas, considerada ilegal na época. Milhares de trabalhadores estatutários da saúde que não aderiram ao PAS foram transferidos para outras secretarias (Verde, Educação etc.) ou para os serviços de vigilância à saúde cuja gestão não foi terceirizada. Em seu lugar foram contratados trabalhadores via CLT diretamente pelas cooperativas. Houve a descaracterização e desmonte de serviços de excelência tanto na rede ambulatorial como na hospitalar (GOUVEIA & PALMA, 1999). A Secretaria Estadual de Saúde nesse período montou no município de São Paulo o projeto Qualis (em parceria com a Fundação Zerbini/ Incor/USP) para resgatar a atenção básica nas regiões mais vulneráveis da cidade, iniciando a implantação da estratégia de saúde da família sob gestão estadual, já que o município de São Paulo estava oficialmente fora do SUS (CAPISTRANO, 1999).

Já no início dos anos 2000, na gestão Marta Suplicy, houve um movimento de reorganização do sistema de saúde dentro da lógica da política nacional de saúde. Foi necessário um importante esforço de reconstrução e reorganização dos serviços, reincorporando os trabalhadores estatutários afastados por longo período, dispensa de boa parte dos que haviam sido contratados pelo PAS. Só nesse momento foi concluída a municipalização dos serviços de atenção básica que ainda estavam sob gestão estadual e, apesar do porte do município, persistiram vários equipamentos assistenciais, principalmente hospitais, sob gestão estadual (ALVES SOBRINHO & CAPUCCI, 2003).

Nesse movimento de reorganização da rede de serviços municipais, os hospitais municipais foram convertidos em autarquias, com autonomia de gestão. Os distritos de saúde foram reorganizados e tinham sob seu governo a rede municipal de unidades básicas e de saúde mental, pronto-socorros, pronto-atendimentos e alguns equipamentos hospitalares de menor porte. A implantação da saúde da família foi feita em paralelo à rede de UBS existente, em parceria com 10 instituições universitárias existentes no município, que ficaram responsáveis pela contratação e educação permanente das equipes. Havia um esforço importante (mas bastante tenso) de articular esses três núcleos de produção e governo do sistema municipal, pretendendo-se assegurar a integralidade da atenção. Iniciativas importantes foram desenvolvidas como a atenção à saúde do idoso, o fortalecimento do acolhimento na atenção básica e a ampliação da saúde mental. Mas a marca da fragmentação das redes ganhou intensidade (ALVES SOBRINHO & CAPUCCI, 2003 e memórias recolhidas no campo de pesquisa a partir de narrativas de gestores municipais).

Nas gestões Serra e Kassab houve novamente um intenso movimento de terceirização/privatização da gestão dos equipamentos de saúde (hospitais, CAPS, unidades básicas que operavam na lógica da saúde da família, unidades de atendimento médico ambulatorial de (AMAs), algumas delas 24 horas), agora, por meio das Organizações Sociais de Saúde. A contratação de pessoal até mesmo para unidades ainda sob gestão da administração direta muitas vezes também foi feita pelas OSS, já que nesse período não foram mais realizados concursos públicos (PINTO *et al*, 2009).

Não somente universidades públicas e privadas, mas vários hospitais privados constituíram organizações sociais e foram se responsabilizando pela gestão de dife-

rentes equipamentos de saúde e até microrregiões inteiras em diferentes pontos da cidade. A relação com as OSS era feita pelo nível central da secretaria de saúde. As regiões de saúde foram convertidas em coordenadorias regionais, os distritos de saúde em supervisões de saúde, ambos com equipes reduzidas de gestão. Estes últimos tinham sob sua gestão os equipamentos que ainda permaneciam na administração direta. Havia algum esforço de articulação das supervisões com as diferentes OSS e instituições parceiras que operavam nos respectivos territórios, mas com muita dificuldade, já que as OSS contavam com bastante autonomia de gestão.

Quando se iniciou a gestão Haddad, a situação da secretaria municipal de saúde era crítica. A máquina e a capacidade de gestão pública haviam sido bastante comprometidas pela fragmentação da rede e da gestão, bem como o esvaziamento (inclusive de cargos) da administração direta. Havia um emaranhado de responsabilidades envolvendo gestão direta, instituições parceiras e diferentes OSS em cada território, múltiplos vínculos trabalhistas dentro das unidades e um vazio de políticas, reconhecido até mesmo por vários dirigentes das OSS atuantes no município (VIA PÚBLICA³⁷, mimeo)

A gestão se iniciou anunciando um plano de revalorização da gestão pública e com alguns projetos políticos, dos quais se destaca positivamente o “De Braços Abertos”, política extremamente inovadora de atenção aos usuários de crack e outras drogas na região central da cidade.

Houve dificuldades para composição das equipes de gestão em função da falta de cargos, baixos salários e recursos limitados destinados à administração direta (a maior parte dos recursos estava comprometida com os contratos de gestão e OSS).

Não houve uma aposta clara no fortalecimento da capacidade de gestão pública, havendo centralização das relações com as OSS no nível do gabinete da SMS. As coordenadorias enfrentaram esses desafios de modo heterogêneo. Um buscando enfrentamentos e fortalecimento da gestão direta. Outras não.

Somente no final do terceiro ano de gestão houve uma reorganização das OSS por territórios, lançada por meio diferentes editais de Chamamento Público Para Seleção De Organização Social Para Gerenciamento e Execução De Ações E Serviços De Saúde Em Unidades De Saúde (PMSP, 2015). Desde o movimento inicial de terceirização para as OSS, a gestão municipal manifestou importantes limites em sua capacidade reguladora na relação com as OSS (VIA PÚBLICA, 2010). Por exemplo, não conseguiu nunca assegurar que fosse praticada isonomia salarial para trabalhadores contratados por diferentes OSS, assim nas trocas resultantes do Chamamento, equipes inteiras foram demitidas.

No último ano e meio da gestão, tem havido esforços para recuperar o tempo perdido, particularmente investindo na ampliação da capacidade de gestão pública. Mas com muitos limites. Em função do longo período de gestão praticamente autônoma dos serviços pelas organizações sociais e dos limites estruturais e políticos enfrentados pela administração direta, atualmente as OSS têm mais capilaridade jun-

37 O Instituto Via Pública era uma organização não governamental que prestou assessoria a diferentes gestões municipais no país. No governo Kassab acompanhou e analisou o processo de contratação das OSS para gestão de diferentes serviços de saúde municipais.

to aos trabalhadores de muitos pontos da rede de atenção. No campo da pesquisa, nas conversas e observações nos serviços de saúde, foi possível perceber que a lógica gerencialista impressa pelas OSS afeta fortemente o trabalho em saúde, com piores impactos na atenção básica do que na saúde mental.

A manutenção da fragmentação da gestão, exercida com lógicas distintas para diferentes tipos de equipamentos (autarquias, gestão direta, diferentes tipos de contratos de parceria) tem tornado muito complexo e tenso o exercício de articulação em rede, embora existam exercícios interessantes.

Não somente internamente a situação do sistema de saúde na cidade de São Paulo é tensa. A relação com os municípios da região metropolitana é historicamente difícil e marcada pela competição e não pela cooperação. Em diferentes momentos, iniciativas federais e estaduais procuraram estabelecer políticas que favorecessem o diálogo setorializado da saúde de São Paulo com a dos municípios vizinhos, sem sucesso.

Em praticamente todos os espaços de trabalho, nas entrevistas e processos de observação, a pesquisa pode constatar que a maior metrópole do país, com a mais alta concentração de equipamentos de saúde públicos e privados, configura uma dolorosa experiência de fazer e desfazer SUS, com graves consequências para a legitimidade e consolidação do SUS na cidade.

Referências Bibliográficas

ALVES SOBRINHO, E. J.; CAPUCCI, P. F. “Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002”. **Estud. av.** vol. 17, no. 48, São Paulo, May/Aug. 2003.

CAPISTRANO FILHO, D. “O programa de saúde da família em São Paulo”. **Estud. av.** vol. 13, no. 35, São Paulo, Jan./Apr. 1999.

GOUVEIA, R. PALMA, J. J. “SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social”. **Estud. av.** vol.13, n. 35, São Paulo, Jan./Apr. 1999.

PALMA, J. **Lutas Sociais e Construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PINTO, N.; TANAKA, O. Y; SPEDO, S. “Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil”. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009.

PMSP. Secretaria de Saúde. “Editais de Chamamento Público”. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/editais>. Acesso em 21/6/2016.

VIA PÚBLICA. “Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Pública e das Organizações de Interesse Público”. **Relatórios de Entrevistas com Dirigentes Médicos**. Material coletado para a pesquisa “Oferta de Médicos no Sistema Público de Saúde no Município de São Paulo, coordenada por Annez Andraus Troyano. Mimeo, 2010.

Dispositivos para a produção de redes – o caso do Fórum de Redes – São Paulo

Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Karina de Barros Calife

A região sudeste do município de São Paulo tem 2.700.000 habitantes, distribuídos equitativamente pelas cinco Supervisões Técnicas de Saúde: Mooca/Aricanduva, Vila Prudente/Sapopemba, Ipiranga, Vila Mariana/Jabaquara e Penha, compreendendo sete Subprefeituras.

A região faz divisa com todas as demais CRS do município e também com os municípios do ABCD e Guarulhos, configurando um território heterogêneo do ponto de vista político, sócio-econômico-cultural, da distribuição de serviços públicos e da realidade sanitária.

A rede de saúde na CRS Sudeste é composta por 202 equipamentos. São 93 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 51 com estratégia de saúde da família apoiadas por 14 NASFs, 2 Hospitais – Dia Hora Certa, 4 Ambulatórios de Especialidades, 3 AMA Especialidades, 7 AMA Ambulatorial, 1 PS, 1 UPA e 6 AMA 24 horas. Possui também 8 Ambulatórios de Especialidades, 20 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 Residenciais Terapêuticos, 5 Centros de Convivência, 4 Unidades de Acolhimento Adulto, 6 Centros de Referência em Reabilitação (CER), 2 NIR (Núcleo Integrado de Reabilitação), 1 NISA (Núcleo Integrado de Saúde Auditiva), 1 Casa de Parto, 7 CEOs, 10 Serviços de Atenção Domiciliar, 2 Unidades de Referência Saúde do Idoso, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 7 Serviços de DST AIDS (1 Centro de Referência, 4 Serv de Atendimento Especializado e 1 Centro de Testagem e Aconselhamento), 1 Centro de Práticas Integrativas. Além desse conjunto de serviços, existem trabalhando na CRS Sudeste sete hospitais estaduais, cinco hospitais municipais, dois hospitais conveniados e um hospital federal. Nenhum dos hospitais municipais, está sob coordenação direta da CRS ou das Supervisões. Boa parte das UBS, CAPS e outros serviços especializados estão sob gestão de diferentes OSS. Há também serviços sob gestão da administração direta. Tamanha fragmentação e multiplicidade de lógicas certamente produz desencontros com alto risco de ineficiência, desassistência ou assistência precária.

Com o objetivo de estabelecer um espaço de conversação, negociação e articulação que favorecessem a produção de uma rede integrada, capaz de atender às necessidades da região, a CRS Sudeste propôs em fevereiro de 2013 a constituição de um Fórum de Redes.

O Fórum de Redes promove encontros quinzenais deliberativos com a presença dos supervisores das 05 Supervisões Técnicas de Saúde da CRS/SE, representantes dos 05 Hospitais Municipais e dos 07 Hospitais Estaduais localizados na área de abrangência da Coordenadoria. Também participam representantes da Autarquia Hospitalar Municipal, da COVISA, das Organizações Sociais que trabalham em parceria com a SMS/SP e da SES/SP, além de profissionais das equipes das STS, da Equipe Técnica da CRS/SE, da SUVIS/SE.

Num primeiro momento o Fórum serviu para que os diferentes serviços se conhecessem e reconhecessem as ofertas potenciais e o momento de cada um. Reconheceram também as necessidades e problemas das diferentes supervisões e construíram objetivos comuns, relacionados à produção da atenção integral na região.

Daí, a partir de problemas e necessidades reconhecidos por todos, a cada encontro é eleito um tema e constituído um grupo de trabalho para caracterizar melhor a tal situação eleita. Na reunião seguinte, a partir das novas informações, discute-se e monta-se uma solução compartilhada para o problema.

O setor de Regulação da CRS/SE cumpre um papel fundamental na produção de análises de dados a partir do Sistema SIGA, apontando para pontos de estrangulamento ou inadequações na oferta de serviços e nos fluxos de encaminhamentos dos usuários. Ou seja, sempre fazem parte dos grupos de trabalho que informam o Fórum sobre os diferentes problemas.

O Fórum já está entrando no quarto ano de funcionamento. São os próprios diretores dos hospitais, serviços e OSS que participam das reuniões, o que é um analisador do reconhecimento coletivo da potência resolutive desse espaço de encontro.

Muitos têm sido os temas trabalhados: filas de cirurgia (colecistectomia, laqueadura, vasectomia, cirurgias ortopédicas, por exemplo), portas de urgência, leitos de obstetrícia, de psiquiatria, de retaguarda, cuidados à dengue e leptospirose, rede de oncologia, DST-AIDS, cuidados à velhice, humanização na atenção hospitalar, necessidade de instituir médicos horizontais em todos os hospitais, lotação de profissional de regulação em todos os hospitais, residência médica em rede, judicialização de procedimentos, entre muitos outros.

Chegaram a constituir um grupo técnico de regulação com a participação de todos os atores, de modo a construir critérios e processos comuns e produzir modos de cooperação e interlocução no dia a dia do trabalho em saúde.

A partir das discussões no Fórum de Redes, vários avanços foram alcançados na perspectiva da integralidade na produção do cuidado. De modo geral, houve redução de pessoas na fila na CRS Sudeste, mas o resultado mais emblemático foi o da redução da fila para colecistectomia, obtido a partir do direcionamento dos necessitados para as vagas existentes antes ociosas (necessitados e vagas identificados e discutidos na reunião do Fórum). Assim, a fila caiu de 03 anos em 2012, para 06 meses em 2013. Outros resultados que podem ser apontados referem-se à redução da fila para laqueadura e vasectomia, demonstrando a potência desse arranjo para organização da atenção à saúde.

De modo competente, democrático e articulador, por meio do Fórum de Redes, a CRS Sudeste consegue cumprir seu papel de fortalecimento da gestão pública, convocando com sucesso os diferentes parceiros envolvidos na prestação de serviços especializados e hospitalares e produzindo bons resultados em conjunto.

Rovere (2001), antes de o tema das redes voltar com força aos debates e políticas para construção do SUS, já trazia algumas reflexões interessantes para a análise desta experiência do Fórum de Redes.

Para ele, a possibilidade de constituir rede com alguma estabilidade depende de haver oportunidade para conhecimento (dos outros) e reconhecimento (de sua capacidade de produzir algo relevante), reconhecimento de que há problemas que

não posso resolver sozinho e que em associação com o(s) outro(s), considerando seus atributos, torna-se possível resolver. Ou seja, a conexão em rede funciona quando é uma relação ganha-ganha. Todos os envolvidos ganham e resolvem situações que não poderiam ser enfrentadas de modo isolado.

O Fórum possibilitou esse conhecimento e reconhecimento, criou oportunidades de identificação, processamento e enfrentamento compartilhado de problemas. Como a CRS Sudeste não governa diretamente nenhum dos serviços envolvidos no Fórum, sua capacidade de convocação e manutenção da mobilização explica-se por sua competência política e técnica na gestão do processo. Espaço democrático em que todos podem se colocar, dirigido com precisão na identificação e problematização das situações a serem enfrentadas, o que favorece a produção de soluções compartilhadas.

Essa é uma aprendizagem interessante para o SUS neste momento. Muitos argumentam sobre a dificuldade de produzir redes efetivas pelo fato de os gestores não terem governabilidade sobre os serviços que não administram. Este Fórum de Redes mostra ser possível construir governabilidade política e tecnicamente.

Claro que o Fórum, reunindo quem reúne, é efetivo para a produção de um certo plano de produção de redes. Ao menos possibilita otimizar a utilização dos recursos existentes e estabelecer fluxos mais próximos da necessidade. Mas também viabilizou empreitadas conjuntas, já que possibilitou a construção de relações de confiança entre os dirigentes dos diferentes serviços, que, então, passaram a considerar possíveis outros tipos de compromisso como residências médicas em rede, por exemplo.

Há outros planos de produção de redes, para assegurar o cuidado compartilhado ou a continuidade do cuidado, que exigem a aproximação/reconhecimento/confiança/cooperação entre os trabalhadores dos diferentes serviços – não basta a aproximação entre as direções, não contempladas pelo Fórum em si.

Os Fóruns de Saúde Mental e de Reabilitação, que existem em praticamente todas as supervisões da CRS Sudeste, configuram-se mais como espaços de troca e espaço político de articulação do que exatamente um dispositivo para produção de rede de atenção. Produzem atores políticos que se organizam para a disputa de projetos que é constitutiva dos espaços da saúde (MERHY, 2015). Talvez isso ocorra porque servem para articular iguais e não diferentes – e ficam sem a diversidade de produção de respostas, elemento essencial para configuração de uma rede de atenção ou uma linha de cuidado. De novo, melhor que existam do que não – porque é melhor que possa haver conversa, troca, dis-tensionamento. Mas, de novo, mostram que é preciso produzir gestão dos espaços coletivos: propósito, convites, caminhos, sustentação de compromissos.

Referências Bibliográficas

MERHY, E. E. “Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação. Ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso”. **Saúde em redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

ROVERE, M. “Redes Nômades: algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional”. **Caderno C E – Caderno de Currículo e Ensino. NUTES, UFRJ**, vol. 2, n. 4, dez 2001.

Invenções metodológicas e a produção do sensível na atenção domiciliar – a cama do conto e a afirmação da potência de vida no leito de morte

Flávia Helena M. de A. Freire
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Tatiana Clarkson Mattos
Amanda Rodrigues dos Santos
Maria Cristina Campos Ribeiro
Marta Lucia Pereira
José Antônio Pereira Fernandes
Michele dos Santos Flores
Priscila Ribeiro Mendonça Sather
Marcília de Lima Dias Souza
Carlos Alberto de Souza
Ássia Maria El Ghazzaqui

Margarida, flor, pessoa, poeta. Na chegada em sua casa, um ar de festividade, a alegria nos olhos dos que ali iam chegando, revelavam o encontro com pessoas queridas, amigos, vizinhos, cuidadores e trabalhadores do Serviço de Atenção Domiciliar. A rusticidade expressava sorrisos soltos, misturado com um certo ar de nervosismo que se revelava pela curiosidade do que estava por vir a acontecer no quarto daquela casa, onde se encontrava Margarida deitada na cama, à espera de todos que ela mesma desejou a presença naquele encontro. Na outra cama vazia, ao lado de Margarida, distribuíram-se os objetos que cada convidado levou, objetos estes que representavam algum fato, ou história vivida com Margarida, que também estava presentificada ali em meio àqueles objetos relacionais, com seus objetos-poesias distribuídos na cama.

Assim, foi montada a tenda do conto, na versão “cama do conto”. O batom e o perfume trazidos pela técnica de enfermagem representavam o cuidado de si, e o cheiro do perfume exalava as boas lembranças no encontro com os outros. O médico abriu o baú, objeto onde guarda as riquezas, as boas lembranças, fazendo menção à preciosidade e amorosidade que foi a relação construída com Margarida durante 6 anos de cuidado com a usuária. O terço levado pela coordenadora do SAD, representou a família e a espiritualidade que pôde vivenciar na relação com a usuária e sua cuidadora. O motorista falou das rosas do jardim da casa de Margarida, que as rosas sempre tiveram brilho, como o brilho dos seus olhos. A enfermeira seguiu contando sobre as rosas do jardim, levando uma planta suculenta que representava gostos em comum entre as duas. Sua amiga e vizinha, e também usuária do SAD, levou uma chaleira que ganhou de presente de Margarida, que guardará para sempre como objeto de lembrança e recordação. Um amigo de anos levou uma foto e falou dos momentos vividos juntos com Margarida. Sua afetuosa cuidadora cantou uma música que as duas gostavam muito, e que expressava uma canção sobre amizade embalada pelo cheiro das flores.

A atmosfera do encontro em torno de Margarida foi se harmonizando, entrelaçada pela interlocução de cada fala seguida pela leitura de uma poesia da usuária. Margarida estava ali, em sua imobilidade física e impossibilidade de produzir som pelas suas cordas vocais, mas falava para todos nós, através de suas poesias. A cada contação de história, através dos objetos levados, uma poesia de Margarida era lida, e parecia conversar com a narrativa da história contada. A cama do conto, em uma sequência não pré-determinada, abriu e fechou com a poesia Vício:

Vício de amar
Vício de você
Vício de lhe querer
nas minhas emoções
nos meus delírios
Vício de tomar nosso café
de ler seu jornal
Vício de participar da sua vida
Ser seu vídeo, sua TV
Vício de ser, viciada em você



Imagem dos objetos na Cama do Conto

Esse acontecimento, experimentado através da pesquisa Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Volta Redonda-RJ, abriu como percurso metodológico de trabalho e pesquisa, vivências em busca de uma produção do sensível no encontro com as equipes, usuários e cuidadores do SAD. Uma aposta na fabricação de sensibilidades no mundo do trabalho com as equipes foi dando contorno e produzindo visibilidades nas formas de trabalho-cuidado com os usuários em seus domicílios. Pensando com Rancière (2005) a “fábrica do sensível” pode ser entendida pela *constituição de um mundo sensível comum, uma habitação comum, pelo entrelaçamento de uma pluralidade de atividades humanas (trabalho)*. Contudo, quando o autor se refere à noção de uma “partilha do sensível”, traz tanto a perspectiva de um comum que é partilhado, quanto à noção de partes que são exclusivas dessa partilha. Quer dizer, *a maneira de como um comum se presta à participação e como uns e outros tomam parte dessa partilha*. No mundo do trabalho

em saúde, visualiza-se um lugar comum centralizado no cuidado com Margarida, em seus diversos olhares dos saberes estruturados e não estruturados da produção do cuidado. Nessa fabricação de sensibilidades às voltas com Margarida, produziram-se afecções nas relações e histórias de vida atravessadas pela usuária, trabalhadores, cuidadores e amigos.

O texto que aqui partilhamos se propõe a uma análise, a partir dessa vivência da produção do sensível voltada para avaliação da produção do cuidado da equipe no SAD, a partir do acompanhamento do caso de Margarida, usuária em fase terminal da doença, que se constituiu como usuária-guia da pesquisa, produzindo visibilidades na relação do cuidado e do processo de trabalho da equipe do SAD.

A escolha de entrada no campo de pesquisa da RAC em Volta Redonda-RJ se desenhou a partir do contato com o gestor municipal, seguido dos encontros coletivos com trabalhadores e posteriormente acompanhamento às visitas ao domicílio na vida dos usuários. Concomitantemente, frente à vinculação dos pesquisadores, se produziu outra porta de entrada, através da relação com a universidade, atentando para a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (RAMMINGER *et al*, 2014).

Entendemos que o objeto de investigação da avaliação da produção do cuidado se produz no encontro entre aquele que demanda cuidado com o trabalhador de saúde, mas também o encontro nos espaços dos próprios trabalhadores nos seus locais de trabalho.

Por meio do dispositivo “Tenda do Conto”, que proporciona espaço de encontro através de narrativas, a partir de objetos simbólicos e materializados em contações de histórias (GADELHA, 2015), a pesquisa foi produzindo interferência no campo da atenção domiciliar, na casa de Margarida, no seu processo de morrer, em busca da boa morte. As interferências na pesquisa se produzem em acontecimentos, não há um *a priori*, o que existe são recolhimentos do campo como efeito não pensado, da ordem da não razão, mas de uma memória afetiva, recolhida como efeito no corpo vibrátil.

Do ponto de vista da invenção metodológica da pesquisa RAC, é possível pensarmos em ondas de interferências, a partir da avaliação do caso usuário-guia, que vaza para outros casos, em conexão com a produção de redes vivas (MERHY *et al*, 2014). A interferência que se dá em acontecimento, na tessitura da pesquisa RAC, tenderá a produzir ondas e redes de interferências nos próprios pesquisadores locais e pesquisadores “estrangeiros”, em um movimento de que o pesquisador produz a pesquisa e a pesquisa produz o pesquisador.

A sensação de impotência frente à terminalidade da doença e conseqüente processo de morte de Margarida mobilizaram afetivamente os trabalhadores nos dias finais de cuidado com a usuária. Nesse envolvimento de partilha do sensível com a boa morte, a equipe do SAD endereça pedidos a pesquisa RAC, de construção de um momento de encontro de despedida na casa da usuária. Ofertamos então, como ferramenta estética de produção de encontro, a tenda do conto. O modo de tecer a RAC tem disparado pedidos das equipes endereçados a pesquisa, fazendo vizinhança com proposta de Supervisão e Educação Permanente em Saúde.

Cuidadores no domicílio, vizinhos e amigos da usuária, por meio da estética da tenda do conto, envolvidos por poesias, produziu uma espécie de despedida em vida

com a proximidade da morte de Margarida. Afecções, poesias, alegrias, compartilhamentos de histórias relacionadas à usuária, apontou para visibilidade na construção de redes vivas no leito de morte. Em meio a uma completa situação de imobilidade e dependência de Margarida, a produção de autonomia e protagonismo da usuária na direcionalidade de seu Projeto Terapêutico Singular, demarcou as estratégias de cuidado da equipe.

A desinstitucionalização das práticas de cuidado no domicílio reposiciona os trabalhadores da atenção domiciliar em um lugar de mais inventividade, de abertura a experimentações de sensibilidade na relação do cuidado com usuários e cuidadores na casa. Rotelli (2001) aponta reflexões acerca da desinstitucionalização como processo de mudança paradigmática no campo epistemológico da psiquiatria, que requer a invenção de novas práticas de cuidado em saúde mental. Na atenção domiciliar o *setting* da casa convoca a equipe na construção e invenção de modos de cuidado compartilhado, de co-responsabilidade e co-gestão com o cuidador/familiar no domicílio. Nesse sentido, podemos compreender o cuidador/familiar como usuário do serviço da atenção domiciliar.

Uma pesquisa de avaliação formulada a partir dos atores envolvidos na produção do cuidado através dos gestores, trabalhadores, usuários e cuidadores no domicílio, leva a caminhos de avaliação singulares, o qual é construído no caminhar da pesquisa. O caso da usuária-guia em fase terminal da doença, a partir da vivência estética da Tenda do Conto, na versão “Cama do Conto”, vem apontando para questionamentos sobre o desejo de terminalidade da vida nos cuidados paliativos, como também apresenta um compartilhamento de narrativas afirmando a potência de vida no leito de morte, como bem nos presenteia Margarida com seu poema:

Sem Querer

Viver por viver
Amar por amar
Querer por querer
Ser por ser
Voar por voar
Viver por viver
À procura de amor
Sem querer,
Viver uma doce alegria de amar
Sem querer,
Sustentar a leveza de uma esperança
De um dia ser o sol para alguém
E sem querer, querendo
Me perder no calor desse amor
Vagar por entre emoções mil
E, enfim,
Sem querer, querer eternamente

Referências Bibliográficas

GADELHA, M. J. A. **Artes de viver: a tenda do conto: recordações, dores e sensibilidade no cuidado em saúde**. Tese de Doutorado apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Natal/RN, 2015.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, OUT 2014.

RAMMINGER, T.; PREU, R. de O.; CASTRO SILVA, J. K. S. C.; COSTA SILVA, G. “A Indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão: um relato de experiência da integração entre a Universidade e a rede de atenção integral à saúde mental em Volta Redonda – RJ”. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 9(1), São João Del-Rei, janeiro/junho 2014.

RANCIÈRE, J. **A partilha do sensível: estética e política**. São Paulo: EIXO experimental org. Ed 34, 1ª edição, 2005.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. NICÁCIO, M. F. (Org.). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

Sim, é possível fazer conexões entre as equipes da atenção básica e domiciliar

Maria Lucia da Silva Lopes
Josiane Vivian Camargo de Lima
Renato Staevie Baduy
Terezinha da Aparecida Campos
Silvana Machiavelli
Francieli Wilhelms Rockenbach
Aline Ferreira Leite Revers
Vanessa Rossetto
Daniela de Ré
Bruna Grimm
Clarissa Terenzi Seixas
Rossana Staevie Baduy

Nos serviços de saúde, a organização do processo de trabalho operando de forma centrada no usuário e de maneira integrada, aparece como um dos grandes desafios contemporâneos a serem enfrentados pelos trabalhadores e gestores implicados na produção do cuidado.

No cotidiano, são diversos os momentos em que temos visto prevalecer a centralidade nas tecnologias duras e leve-duras. As duras relacionadas ao manejo dos equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas e as leve-duras, a intervenção no usuário a partir de saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, em detrimento das leves, “*que são as que permitem a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança*” (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 35).

Nesse cenário, muitas vezes, são os próprios usuários que a partir de suas demandas, enfrentamentos e encontros com os serviços de saúde, vão construindo o acesso ao sistema e produzindo sua própria rede viva.

[...] os usuários são Redes Vivas de si próprias; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e compartilhando cuidados. Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimentos sendo tecidas (MERHY *et al.*, 2014, p. 157).

Sendo assim, o desafio é garantir a continuidade do cuidado nos diversos pontos da rede formal de serviços, com uma oferta integral de tecnologias moduladas de acordo com as demandas e necessidades de cuidados singulares, o que posiciona as tecnologias leves como componentes indispensáveis e orientadores da produção do cuidado nas redes (SEIXAS *et al.*, 2016).

Nos arranjos para a produção do cuidado, é frequente encontrar os serviços operando isoladamente, desvinculados entre si. No município brasileiro no qual os autores estiveram inseridos ao longo da pesquisa RAC, essas relações se repetem entre Atenção Básica (AB) e Atenção Domiciliar (AD).

Os trabalhadores da equipe de AD, de modo muito intenso, vivem os efeitos da vida do outro em seu processo de trabalho. Por outro lado, reconhecem que, por mais esforço que produzam, precisam de outros fluxos, de novos atores que se somem na construção da rede de cuidados e nas respostas às demandas e necessidades dos usuários. E, logo nos primeiros encontros, foi possível perceber que a equipe da AD sofria com o processo de alta pois, para eles, na AB o trabalhador parecia se desresponsabilizar pelo usuário e quando suas necessidades ultrapassavam pouco além do previamente acordado, o “devolviam” à AD. A alta dava visibilidade às inúmeras barreiras vivenciadas pelos usuários e levantava questionamentos para os trabalhadores da AD:

Se precisamos dar alta e a AB é o lugar que deve dar continuidade ao seu cuidado, porque parece não o receber de maneira acolhedora? Não realiza visita semanalmente? Demora a dar respostas aos usuários e suas famílias? Que lugar é este?

Ao mesmo tempo, a alta era realizada por meio de um encaminhamento, via papel, dizendo que o usuário não contemplava mais os critérios da AD e que deveria passar a ser cuidado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste procedimento toda a multiplicidade e as histórias de vida dos usuários, que afetavam os trabalhadores ao estarem cotidianamente nas casas, eram deixados de lado e só a história da doença era encaminhada à AB.

A conexão entre as equipes da AB e da AD seria uma estratégia para compartilhar o cuidado e permitir a integralidade da assistência ao usuário. A produção de um encontro entre trabalhadores da atenção básica e da atenção domiciliar foi planejada a partir desta necessidade, porém, havia uma preocupação: que a discussão ocorresse pautada pela produção do cuidado, evitando culpabilizar os serviços ou desviar o foco para pautas burocrático-administrativas. E, como não havia dispositivos que possibilitassem a articulação entre as redes e dessem respostas a essa demanda, os pesquisadores da RAC contribuíram nessa construção.

Assim, foi necessário um processo de educação permanente prévio com a equipe da AD, na perspectiva de colocar em análise esses sentimentos e temores e preparar o encontro com a AB. Nesse processo, vários pontos apareceram, dentre eles, a dificuldade da equipe da AD em se desvincular do usuário e sua família, acreditando que os outros serviços não dariam conta do cuidado, questionando: “Por que os outros serviços não fazem isso ou aquilo que deveriam fazer?” ou “Por que algumas equipes dão conta e outras não?”

Esses sentimentos foram produzidos a partir de situações vividas em outros encontros frustrados, junto a profissionais da AB, para construção da continuidade do cuidado em que se depararam com falas como: “Eu não passo sonda”, “Eu não realizo tal procedimento” ou “Não tenho condições de fazer visita domiciliar semanal, nem quinzenal”. Ha-

via também certa repetição, os pacientes retornavam com agravamento ou manutenção do quadro clínico após um tempo, e eram readmitidos na Atenção Domiciliar.

Entre idas e vindas, os usuários e seus familiares também viviam um aumento do sofrimento em relação a questões logísticas e era comum que o cuidador, mesmo na impossibilidade de ser substituído no domicílio, precisasse ir diversas vezes à unidade básica de saúde (UBS) para liberação de receitas ou insumos. O Sr. José, por exemplo, também foi questionado várias vezes sobre a possibilidade de levar sua esposa, em estado vegetativo há dez anos, à UBS com a alegação de que “o médico não vai renovar a receita porque ele não está vendo a paciente”.

Tais situações traziam outros questionamentos: quais planos de cuidado estão em disputa? Quais arranjos tecnológicos das práticas em saúde que um serviço é capaz de lançar mão e que outro não? Quais movimentos são produzidos pela gestão no sentido de construir redes?

Diante de tantos tensionamentos, foi então agendada a reunião entre pesquisadores, equipes da AD e AB para conversar sobre o cuidado de um dos usuários-guias. No encontro, as fragilidades da AB e o sofrimento dos trabalhadores foram se desenhando. Parecia não haver culpados ou desinteresse, mas impossibilidades e interdições de diversas ordens, como a implantação incipiente da Estratégia Saúde da Família (ESF), a ausência de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município ou o número reduzido de profissionais frente a demanda, além da dimensão e diversidade do território.

A forma como se dava o contato com a UBS no processo de alta foi colocada em análise: como dito anteriormente, quando o paciente era desligado do serviço de AD, a equipe da UBS recebia apenas um relatório de alta com a descrição clínica e as necessidades de acompanhamento dos usuários. Constatou-se, então, que esse jeito de operar não permitia que a vida do usuário entrasse em cena ou que houvesse um desligamento gradual do cuidador com a equipe da AD. Além disso, não havia comunicação entre as duas equipes após o processo de alta.

Outra fragilidade identificada foi o reconhecimento de que os encontros vivenciados anteriormente haviam sido pontuais, não permitindo a produção de um processo interdisciplinar, multiprofissional e contínuo de cuidado. As inseguranças técnicas na execução de alguns procedimentos considerados mais complexos, também foram pontuados pelos profissionais da AB.

O diálogo, a explicitação das diferenças entre os trabalhadores, foi permitindo maior simetria entre as equipes, ampliando as ofertas e possibilidades terapêuticas. As agentes comunitárias de saúde (ACS) e a assistente social da AB contribuíram de maneira significativa para a compreensão das necessidades e problemas dos usuários, potencializando oportunidades do cuidado acontecer de maneira compartilhada e singular.

Todos precisaram produzir deslocamento! O julgamento que se produzia da AB, só foi possível mudar depois que se conversou e entendemos as limitações do serviço. A conversa inicial foi no sentido de buscar ajuda porque a AD também tem fragilidades. Quantas informações relevantes foram trazidas pelas agentes comunitárias de saúde, dentista e assistente social da AB. (Orquidea – equipe da AD)

Novos encontros se sucederam. E o usuário-guia deu visibilidade e dizibilidade a outras análises tais como:

os recursos financeiros não são determinantes, uma vez que o vínculo entre a AD e AB pode ser construído sem custos adicionais. (Amor Perfeito-AD).

O prescrito pela rede formal não funciona, porque os serviços trabalham de forma independente (Lírio-AB).

Não discutimos o fluxo e sim como vamos cuidar dos usuários. A centralidade precisa mesmo ser no cuidado e não no fluxo – esse usuário precisa do que? O que pode ser produzido para cuidar dele? (Orquidea-AD)

É um processo e não respondemos a tudo em um único momento. Se realmente não trouxermos a necessidade do usuário, voltamos à lógica de facilitar o nosso trabalho e inserir o usuário no fluxo burocrático (Amor Perfeito-AD).

O que se percebeu é que as coisas não podem ser pontuais, elas são processuais. É preciso cuidar para que a centralidade no usuário seja mantida por todos nós. (Girassol-AB).

Esta experiência fez sentido para os trabalhadores e pesquisadores envolvidos, desencadeando outros encontros onde novas questões começaram a dançar nas conversas: por que o usuário não pode ser cuidado por mais de um ponto da rede? Por que reuniões entre as equipes para construção de um projeto terapêutico compartilhado não são incorporadas ao processo de trabalho destas? Por que a equipe da AD não pode ser apoiadora da AB e não um ponto isolado na rede? Por que a AB não pode ser apoiadora da AD trazendo detalhes significativos da vida do usuário e do seu processo de trabalho?

Os recolhimentos dessas vivências na pesquisa evidenciam a necessidade de estratégias e dispositivos de gestão que tenham a intencionalidade de produzir rede. Enquanto forem somente na informalidade, os arranjos continuarão a acontecer, porém de forma pontual e a depender da boa vontade dos trabalhadores em realizá-los.

Outros formatos também poderiam ser dispositivos para a produção de espaços de encontros entre trabalhadores de diferentes pontos da rede, como a programação das altas disparadas por um contato telefônico inicial e com uma antecedência mínima de 30 dias, de tal maneira que a equipe da AD pudesse programar encontros no domicílio com a AB e, desta forma, possibilitar uma transição gradual entre as equipes, família, usuário e seus cuidadores. Também seria importante realizar avaliações sistemáticas do processo de alta. Portanto, é fundamental instituir espaços entre os atores sem burocratizá-los, além de reconhecer e potencializar as invenções cotidianas dos trabalhadores na produção de coletivos e redes de cuidados.

Além desses, outros arranjos foram produzidos como a realização de reuniões mensais para discussão da vida dos usuários e construção de projetos compartilhados de cuidado, a aproximação dos serviços com troca de saberes e debates sempre a partir das necessidades dos usuários, a produção de relação mútua de apoio entre as equipes, possibilitando também, rodas de conversa entre trabalhadores do mesmo núcleo profissional.

Sim, é possível fazer conexões entre as equipes da atenção básica e domiciliar

Esses novos arranjos têm sido construídos entre a AD e a equipe de uma unidade de saúde da família. Timidamente, novos trajetos com maior potência cuidadora têm sido inventados a partir do encontro, de reuniões, de visitas domiciliares compartilhadas, de discussões de casos e de angústias, da busca coletiva de respostas envolvendo ambas as equipes, cuidadores, família e comunidade. Criar possibilidades de encontro e espaços de troca e diálogo, tendo como centralidade as necessidades e demandas dos usuários para a produção do cuidado de forma coletiva e solidária, pode ser o caminho para superar muitos dos desafios que se apresentam para a construção da integralidade do cuidado no SUS.

Referências Bibliográficas

MERHY E. E.; FEUERWERKER L. C. M. “Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea”. In: MANDARINO A. C. S.; GOMBERG E. **Leituras de novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY E. E; *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate (Rio de Janeiro)**, n. 52, p. 153-164, out. 2014

SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E; BADUY, R. S.; SLOMP JUNIOR, H.; “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil”. **Salud Colectiva (online)**, v. 12, n. 1, p. 113-123, mar. 2016.

Os caminhos de Sueli: o que pode uma cidadã usuária-guia?

Clarissa Terenzi Seixas
Helvo Slomp Júnior
Kathleen Tereza da Cruz

Este texto apresenta uma análise sucinta da produção do cuidado na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS de um município do sul do Brasil, que chamaremos de município X, a partir da cartografia da usuária-guia que aqui chamaremos Sueli.

Como essa usuária chegou a nós, e nós a ela

A entrada em campo no município X havia cumprido o ritual que vinha sendo construído a partir das diretrizes nacionais da pesquisa, com alguns arranjos locais: 1. apresentação da pesquisa nas instâncias municipal e distrital de gestão; 2. demonstração de interesse na pesquisa pelo gerente da unidade, e/ou indicação de uma unidade pelo gestor distrital; 3. apresentação da pesquisa para os trabalhadores da unidade em questão, seguida de convite para integrar a equipe de pesquisadores; e 4. encomenda de narrativas de casos que os trabalhadores considerassem potentes para analisar as redes de cuidado e sobre os quais, enfim, quisessem conversar, com base no que haviam compreendido a respeito da pesquisa. No caso de que trataremos neste texto, esse processo se deu entre agosto e novembro de 2014, quando Sueli surge como um “caso complexo” frente ao qual a equipe se via impotente quanto às possibilidades de cuidado.

Em um primeiro momento, a usuária nos foi apresentada como um prontuário ou caso clínico, com base em informações extraídas de seu prontuário eletrônico e dos registros – no papel, no corpo e na memória – daqueles trabalhadores, e que poderíamos resumir assim: Sueli, 47 anos, apresentava queixas recorrentes de dor de cabeça, tonturas e distúrbios visuais. Após inúmeras incursões infrutíferas em diferentes pontos da rede do SUS municipal, seja referenciada ou por conta própria, ela finalmente obtém o diagnóstico de tumor cerebral.

Sueli, uma usuária nômade (mas não seriam todos nômades?)

Cartografar (ROLNIK, 1995) os caminhos percorridos por Sueli em busca de cuidado, nos levou a mergulhar no seu prontuário, percorrer diversos serviços assistenciais em diferentes níveis de atenção (atenção básica, atenção especializada, portas de urgência/emergência, serviços de teleconsultoria/telerregulação específicos para pacientes neurológicos, e nível terciário em hospitais de grande porte) e de diferentes naturezas (públicos, privados lucrativos, privados filantrópicos etc.) e enveredar em conversas com gestores e trabalhadores envolvidos, de um modo ou de outro, no cuidado de Sueli. Com ela mesma tivemos pouco contato: algumas comunicações telefô-

nicas e duas idas à sua casa, acompanhados por profissionais da unidade. Na última visita, e por meio telefônico, a usuária pediu para não mais ser acessada, fosse pela equipe, fosse pela pesquisa, com o que concordamos. Cabe ressaltar que compartilhar aqui o caminho que percorremos, ainda que tenha sido parcial, aquém mesmo de um certo grau de aprofundamento junto ao usuário-guia que esperávamos, deve-se à riqueza da produção obtida, o que confirma para nós a potência do usuário-guia como estratégia metodológica.

Assim, durante os 18 meses que se seguiram ao compartilhamento da primeira narrativa, fomos conhecendo Sueli em incursões mensais ao campo, mais pelos olhos de outros do que por seus próprios olhos, mas ainda assim recolhendo importantes aprendizados da sua produção como usuária-guia, ao mesmo tempo em que íamos nos produzindo como pesquisadores. Mas foi interromper “o campo”, a pedido da usuária, que fez surgir para nós a questão que nos levou a escrever este texto: com o que havíamos produzido até então, em termos de material empírico, seria ela uma usuária-guia?

Evidenciou-se, para nós, seu percurso ora pela rede formal que citamos acima, ora abrindo por conta própria atalhos em serviços privados, com maior ou menor sucesso. Também foi possível traçar como, no seu caminhar em busca de cuidado, Sueli foi produzindo outras redes, estranhas à sua equipe de referência na atenção básica, a exemplo da brecha que encontra ao recorrer a um neurocirurgião privado para ter acesso à cirurgia, novamente em um hospital da rede pública.

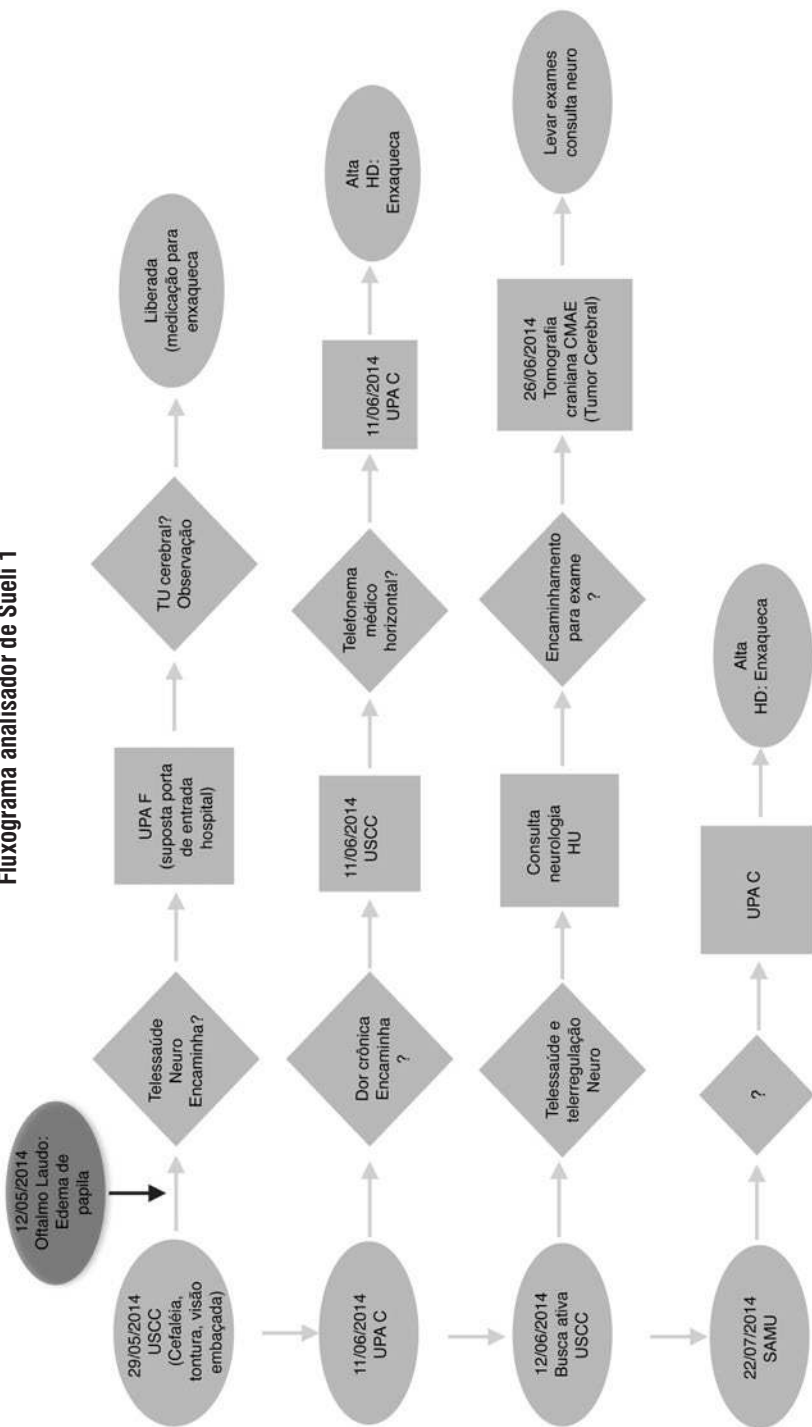
O fluxograma analisador (FRANCO, 2013) de Sueli, construído pelos pesquisadores, permite visualizar a imbricada rede percorrida por Sueli (p. 213 e 214):

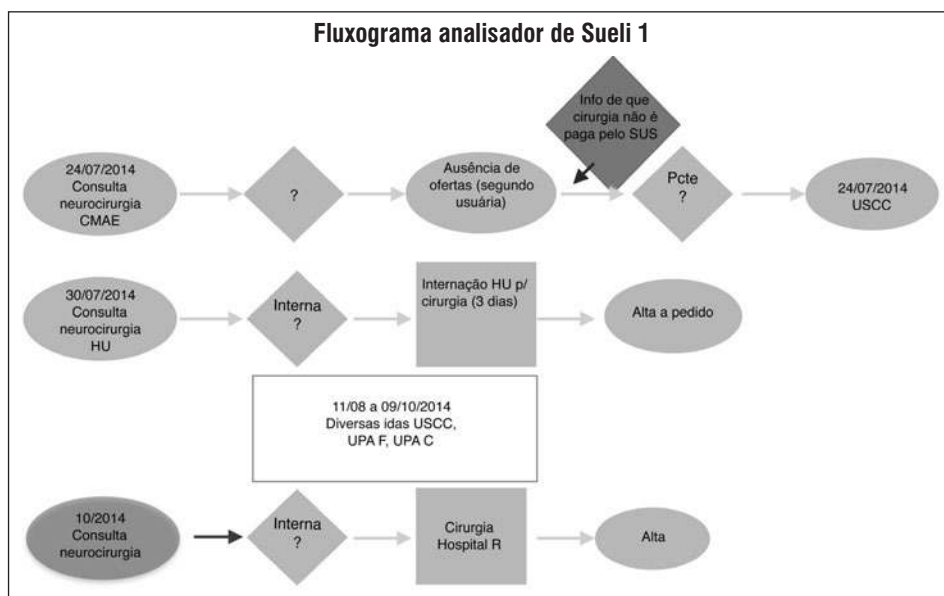
O processamento e a análise desse percurso que se deram em vários encontros de educação permanente entre pesquisadores locais, externos e até mesmo aqueles atuantes em outras regiões do Brasil, possibilitaram problematizar-se certos modos de subjetivação (RABINOW; DREYFUS, 1995) envolvidos, a exemplo da suposta “capacidade” que Sueli tinha (ou não), no auge de sua enfermidade, de tomar decisões por si mesma; ou o motivo pelo qual se negara a se submeter à cirurgia, em um renomado hospital público, optando por, via consulta particular, acessar outro hospital contratualizado pelo SUS em uma cidade vizinha. Questões que, nos parece, redefiniram seu itinerário pela rede, produzindo mesmo novas redes, agora vivas (MERHY *et al.*, 2014), em função não de vazios assistenciais, mas do modo como se operou (ou não), aqui ou ali, um certo conjunto de tecnologias leves (MERHY, 2002).

Ou seja, os modos como Sueli entrou e saiu várias vezes da rede formal colocam em xeque a mesma, apesar de sua boa articulação e da inexistência, na região, de vazios assistenciais. A equipe local admite certa fragilização tanto do vínculo com Sueli, em certos momentos, como da capacidade da atenção básica para a “ordenação do cuidado” nas redes de atenção à saúde, aposta da política de saúde no Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), sobretudo frente a casos de alta complexidade tecnológica/clínica.

Ao percorrermos os vários pontos da rede de atenção, tal como indicados pela usuária-guia, tendemos, em nossas análises, a concordar com essa percepção. Em que

Fluxograma analisador de Sueli 1





pese terem acontecido certas idas e vindas desnecessárias, desde o início apontadas pela equipe local, o que indicaria a existência de algumas dificuldades nos fluxos e definições de papéis (Por exemplo: mesmo a UPA sendo a porta de entrada para a internação hospitalar no município X, isso não garantiu, por diversas vezes, tal reenaminhamento para Sueli, como esperado pela equipe de AB ao encaminhá-la à UPA, gerando frustração), nossas análises destacaram uma certa fragilização, em certos pontos estratégicos do itinerário percorrido, especialmente no plano dos acolhimentos e da construção de vínculos: esse seria, ao nosso ver, o motor principal da busca de uma rede viva pela usuária, que assim o fez, protagonizando-a.

Assim, a pesquisa tomou o nomadismo de Sueli como analisador da rede formal de cuidado ao paciente com câncer, naquele cenário (na sequência, soube-se que se tratava de um meningioma benigno. Ainda assim, estamos considerando que se acionou o cuidado à usuária portadora de suposta neoplasia maligna). Segundo Cerqueira Gomes e Merhy (2014), os usuários são nômades:

...no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que como linhas de fuga, buscam construir outros processos que não os que os serviços de saúde instituem para eles. Poder “dar mão” para eles nos seus caminhares nômades é fundamental para descobrir essa produção de novas redes de conexões (p. 11).

Mas enfim, Sueli chegou a ser mesmo, para esta pesquisa, uma usuária-guia?

Sim e não. Sim, porque a aposta metodológica na produção do usuário-guia como ferramenta cartográfica, para analisar a produção do cuidado, mostrou-se um potente dispositivo para análise da existência ou não de nós críticos nas redes for-

mais de atenção à saúde daquele cenário, assim como da relevância das redes vivas construídas pelos próprios usuários e por trabalhadores de algumas das equipes para dar conta da produção do cuidado. Para Gomes e Merhy (2014), nesse tipo de aposta metodológica são importantes

...o acompanhamento do usuário-guia e como, no seu nomadismo, vão se abrindo novas redes de cuidado que são construídas e inventadas para fora do próprio sistema de saúde, às vezes para vencer as barreiras produzidas no próprio sistema (p. 08).

Ou seja, Sueli acionou sua “função guia” para produzir a pesquisa, possivelmente porque ela, mesmo tendo saído precocemente da mesma, sempre se colocou como autora de seu processo, protagonizando-o. É de se pensar o que mais teríamos produzido em conjunto com ela, na pesquisa, se ela assim o tivesse desejado...

Por outro lado, Sueli não chegou a ser uma usuária-guia em toda a potencialidade que se conseguiu experimentar, na RAC, quando houve um aprofundamento na história de vida, uma problematização mais esmiuçada do emaranhado de relações clínico-políticas que se estabeleceram na imbricação entre as redes formais e as informais, sempre que se viu serem produzidas as redes vivas.

Mesmo assim, as análises que foram aqui possíveis não se limitaram ao itinerário terapêutico. Sueli nos ensinou bem mais do que isso. Interrogou não somente diretrizes e fluxos mas processos de trabalho, não somente o quanto há de privatizado no público, mas o quanto podemos – e devemos – publicizar do privado. Interrogou, enfim, as redes de atenção à saúde que acessou, em seus diversos planos de análise. Sem dúvida, Sueli foi uma usuária-guia para esta pesquisa, e somos gratos a ela.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

FRANCO, T. B. “O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG)”. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2013, p. 301-37.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. “Apresentação”. In: _____ (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Ed. Rede UNIDA, 2014. p. 7-23.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. *et al.* “Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate (Rio de Janeiro)**, n. 52, p. 4-7, out. 2014.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária. 1995.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental – Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo, Ed. Estação Liberdade, 1989.

“Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim

Rossana Staevie Baduy
Stefanie Kulpa
Claudia Tallemberg
Clarissa Terenzi Seixas
Kathleen Tereza da Cruz
Helvo Slomp Júnior
Carla Vanessa Alves Lopes

Contexto

Conforme já exposto neste livro quando da apresentação das apostas metodológicas da pesquisa RAC, nos municípios do sul do Brasil, onde nosso grupo atuou, procuramos utilizar a estratégia do usuário-guia, que na “entrada em campo” consistiam em usuários identificados pelas equipes de saúde (em geral da atenção básica, mas também da urgência/emergência ou da saúde mental) por mobilizarem, de vários modos, os diferentes trabalhadores e serviços envolvidos da rede em torno de seu cuidado, ao mesmo tempo em que eram afetados por essa rede. Partimos de uma narrativa inicial encomendada aos próprios trabalhadores, sobre cada usuário escolhido, e passamos a acompanhar os caminhos desses usuários em busca do atendimento às suas demandas e necessidades de saúde, e o modo como esses iam produzindo suas próprias redes a partir dos diferentes encontros que ocorriam (ou não) nesses caminhos: mais do que simplesmente seguir um itinerário terapêutico, cada usuário (a) também tece sua própria rede viva (MERHY, 2014). Esses usuários foram nossos guias nesses processos, e este texto é o desdobramento de uma narratividade produzida em ato nessas experiências.

Nesse processo percebemos que grande parte das equipes locais de saúde, envolvidas na pesquisa como pesquisadores, muitas vezes elegiam para suas narrativas usuários tidos por elas como “complexos”, por envolverem intrincados contextos sociais, ou por colocarem para as equipes questões de saúde mental consideradas de “difícil manejo”. Referimo-nos a casos nos quais já havia sido feito um grande investimento no sentido de se ofertar ações, tanto no âmbito da saúde, como no da assistência social ou mesmo por via judicial. Ou seja, entendíamos que, segundo as equipes, havia uma inadequação entre problemas dos usuários e as ofertas, o que as deixava “de mãos atadas”.

Neste texto, tomamos a figura do usuário dito “complexo” como um analisador³⁸ das dificuldades, dos nós críticos que ele mesmo produz, seja no processo de trabalho

38 Usamos o recurso do analisador, um empréstimo do campo da Análise Institucional, como sendo tudo aquilo que, ao ser problematizado, gera novas questões e novas problematizações, facilitando o processo de colocarmos a realidade que estamos pesquisando em análise. Ver RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; LEITÃO, Maria Beatriz Sá & BARROS, Regina Duarte Benevides de (Org.). Grupos e instituições em análise. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 2002, 251p.

das equipes envolvidas, seja na organização dos serviços ou na própria constituição das redes de atenção à saúde. Ao trazermos alguns elementos desse sofrimento que, nesse enfrentamento, vivenciamos, sejamos “nós” trabalhadores da saúde, usuários, gestores ou pesquisadores, não temos a pretensão de explicar essas situações vividas, e menos ainda de propor soluções aos problemas encontrados, mas sim de “abrir” um debate sobre tudo isso visando a produção de ferramentas que possam contribuir para tal ordem de enfrentamento.

Os perfis provisórios e o “enquadramento” dos usuários

Quando acompanhamos usuários muitas vezes vimos operar uma perspectiva de análise do problema baseada em padrões normatizados do que deve ser a vida do outro.

Segundo a equipe da ESF, Rosa apresentava, à época em que iniciamos a pesquisa, “uma condição de saúde deteriorada, devido à sua condição de moradora de rua e usuária de drogas”. Era “uma pessoa resistente e reativa, que não aceita e não adere às propostas de terapia sugeridas. Nega-se a fazer contracepção e outras formas de tratamento, principalmente o uso de medicamentos injetáveis quando necessário”.

Neste momento em que conversamos com a equipe, Rosa havia passado por três gestações seguidas. Na primeira gestação teve sífilis e “deu trabalho para a equipe, pois era resistente”, já que não aceitava medicação injetável. No entanto realizou adequadamente o tratamento com medicação oral. Ao ter o seu primeiro filho, a equipe observou que as condições da casa onde a usuária vivia não eram adequadas, “a casa era suja e uma bagunça, coisas espalhadas por todo lugar”; as relações familiares entre os que viviam ali eram “muito complicadas, “a mãe da usuária tinha “múltiplos parceiros” e “se relacionava com o genro”; e os cuidados básicos com a criança não ocorriam, “eles tomavam o leite dela e ela estava fraquinha e doente”. Este quadro fez a equipe buscar o conselho tutelar e solicitar a retirada da criança do convívio familiar por meio de intervenção judicial. Logo após Rosa engravidou outras duas vezes, e as crianças foram retiradas já na maternidade, pois Rosa continuava usando drogas e passava muito tempo na rua com seu companheiro, que morava embaixo de uma ponte. Após a terceira gestação, a equipe a orientou a fazer laqueadura. Inicialmente “convencemos ela de assinar a autorização”. No entanto, “quando estava no hospital (para ter o filho) não queria mais fazer, mas a equipe do hospital acabou conseguindo”. Não ficou esclarecido como a equipe do hospital conseguiu “convencê-la” (excertos de diários de campo da pesquisa).

Nesta cena, e em outras do mesmo campo, ficava cada vez mais claro para nós que a usuária e sua família eram conhecidas pelos trabalhadores a partir da coleta de uma história de sua condição de saúde – sob certa perspectiva clínica – e de sua vida – sob certa perspectiva social – comparando-se com um padrão “estruturado e normal” de existência: composição e relações familiares convencionais, vida organizada em torno do trabalho, moradia fixa como uma prerrogativa, seguimento de padrões de

higiene preestabelecidos, comportamento social condicionado por uma noção compartilhada de moralidade.

Esta avaliação “sobre” o usuário subsidiou as decisões da equipe e os procedimentos técnicos e jurídicos adotados desde então, ações disparadas a partir de uma fotografia construída nos encontros entre o trabalhador de saúde em um determinado momento da vida daquela usuária. Esta fotografia, como uma imagem em duas dimensões, foi capaz de revelar apenas alguns aspectos da sua vida e da sua saúde, mas também produziu uma certa “verdade” sobre ela – seu diagnóstico – como se este incluísse sua vida-multidão, como se ambos coubessem na mesma fotografia e pudessem se resumir a uma imagem imutável. Não estamos aqui sustentando que esse olhar do trabalhador, armado de suas tecnologias leve-duras e de sua missão intervencionista (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015), que se esforça para compreender a situação de saúde e vida do usuário, não seja necessário ou potente para subsidiar as decisões da equipe na produção de projetos terapêuticos. A tensão que apontamos é a que aparece quando há um enrijecimento da nossa visão sobre o outro, quando o trabalhador e a equipe por vezes não conseguem acolher os tantos usuários que existem naquele usuário, nem os movimentos que este produz no seu viver:

Em novo momento de pesquisa com trabalhadores da equipe de Saúde da Família, eles fazem o relato de que agora “faz uns 9 meses que ela largou as drogas”. Está morando com uma prima (o pai alugou a moradia), frequentou o CAPS, está visitando a filha que está abrigada. Está trabalhando, entregando panfletos. Tudo para “mostrar para a juíza” e tentar “pegar a filha de volta”. No entanto, no decorrer da conversa uma preocupação surge em uma trabalhadora: “Mas vocês estão aqui para tentar devolver a filha? Porque ela não pode não, não tem condições de criar uma criança”.

Dos trabalhadores do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) sabemos que a usuária está atrás de berço, roupinhas de bebê, quer voltar a estudar. Vamos até a casa da usuária e a encontramos na porta. Nos apresentamos e, antes de qualquer coisa, Rosa pergunta: “vocês querem ver a minha filha?” Mostra uma foto no celular. “Ela não é linda? Amanhã é o aniversário dela”.

Mas a equipe parece ter dificuldade ao conversar com a vida que vem junto com Rosa: “ela não tem nenhum vínculo com a filha (...) não sabe nem o dia que ela nasceu”. E quando questionados sobre por que a usuária, por decisão pessoal, parou de usar drogas e mudou tanto a sua vida, respondem: “acho que tem medo de apanhar de traficantes locais”. Não se relacionou este movimento com o que a própria usuária expressara ser o desejo que a teria mobilizado: ter a filha de volta. (Excertos de diários de campo da pesquisa)

Muitas vezes, enquanto trabalhadores, ao compreendermos nossa visão construída a partir de um determinado ponto de vista – e em um certo momento da vida do usuário – como a expressão da sua totalidade, constituímos um perfil feito de contornos engessados, que passa a expressar uma pressuposta verdade sobre o outro. Ao não percebermos a incompletude e a provisoriidade deste perfil, circunscrevemos em

certos limites tanto a expressão da potência deste Outro como as propostas terapêuticas que fazemos. O que ocorreria se pudéssemos perceber as imagens, concepções e avaliações que fazemos em meio às nossas ações pretensamente cuidadoras como um *perfil provisório* do Outro, apenas um ponto de partida que, desde sua concepção, admite sua incompletude e inerente movimento de desmanche e remodelação?

O conceito de *perfil provisório* surge do trabalho da artista plástica Pilar Rocha (2007), que produz instalações assentando ataduras de gesso em partes do corpo de um modelo vivo: assim que o gesso seca o modelo sai de dentro dele, permanecendo a escultura desta parte de seu corpo, o que a artista plástica chamou de *perfis provisórios: imagens suspensas e fugidias que, ao não totalizar e individualizar a imagem humana, sugerem abertura para a multiplicidade do sujeito* (ROCHA, 2007).

Foto: Cláudia Graça



Figura 1. Montagem de instalação artística de Pilar Rocha (2016). Foto própria.

Emprestamos esta imagem de gesso (figura 1) produzida por Rocha (2016) para pensar e dar visibilidade ao engessamento que podemos produzir sobre quem é o usuário. Muitas vezes não percebemos que ele, no movimento de construção da sua vida, não “cabe” mais no perfil que construímos a partir de alguns encontros, mas continuamos conversando com a imagem que criamos dele. Também não entendemos esta imagem em seu inacabamento: atuamos, tomamos decisões, como se o “pedaço do usuário” que enxergamos pudesse encerrar toda a complexidade e a multiplicidade de sua vida. Ou seja, muitas vezes somos capturados por este perfil de gesso, somos levados a agir desse ou daquele modo, tomamos decisões sobre a vida do Outro, criamos até barreiras ou interdições, tudo a partir de um perfil provisório aparentemente definitivo que precisará ser flexibilizado, reorientado, talvez até abandonado, se quisermos deixar vir a singularidade para a cena (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; MERHY, 2015, p. 12).

Neste e em vários outros usuários acompanhados pela pesquisa as equipes relatavam informações sobre o que acontecia em suas casas e em suas vidas de modo a

compor um certo diagnóstico de disfunção familiar e social: família desestruturada, uso de álcool e outras drogas, usuário resistente ao tratamento, usuário que vive em ambiente insalubre etc. Pensemos em tal leitura como um perfil provisório: olhar vidas como “disfunção familiar e social” consome muitas vezes o agir e o pensar dos trabalhadores, ora num sentimento de impotência por não conseguir transformar este usuário e sua família em padrões “aceitáveis” de vida e família, ora por não se conseguir tirar os usuários de seu ambiente “desestruturado” e levá-los para um abrigo, asilo ou hospital: “tentamos várias vezes o abrigamento, mas ela não aceitou”.

Como na maioria das vezes não se consegue uma tal “transformação”, isso gera um sentimento de frustração ou de fracasso, por não se conseguir a adesão do outro a um projeto terapêutico elaborado unilateralmente (SEIXAS *et al.*, 2016). Nesse tipo de encontro, o usuário raramente aparece como alguém desejante, que faz escolhas, e muito dificilmente participa da discussão sobre qual seria o problema sob seu ponto de vista, e quais caminhos ele pensa para solucioná-lo (entre os quais acaba sendo cogitada a própria institucionalização). Com frequência o usuário é visto como aquele que não obedece, que é negligente nas suas escolhas e no seu cuidado, como alguém que não aceita ajuda, um “não aderente”, um “resistente”. Agora poderíamos perguntar: o problema é a “não adesão” do usuário, ou a nossa (in) capacidade de nos relacionarmos e atuarmos a partir da *sua* proposta de vida, do que *ele* entende como saúde, das necessidades que *ele* identifica?

Neste anseio de resolver a vida e os problemas de saúde do usuário, muitas vezes fazemos várias tentativas de movimento, buscando por exemplo a relação com outros serviços da saúde e com outras áreas. No entanto, as discussões que são realizadas muitas vezes não avançam para além de pautas burocráticas de um “deve ser” para os usuários, que são baseados em modelos de intervenção tecnicamente consagrados – porém não menos prescritivos – sobre a vida do outro. Por vezes, não discutimos o que se faz, para que se faz e o como se faz o trabalho em saúde em relação àquele usuário ou família, o que nos afasta ainda mais de uma reflexão que inclua o modo como ele constrói o seu viver, que perspectiva ele constrói para si, e onde reside a falência das ações e ofertas para além da não colaboração do usuário que estamos enfrentando. No caso de Rosa, segundo uma trabalhadora do CRAS, nessas ocasiões cada um diz o que acha que o usuário deveria fazer, descreve suas ofertas mas compartilha sua frustração, porque nada deu certo, já que a usuária “não adere”. Ações conjuntas acabam não sendo construídas. Será que porque a usuária não participou da construção do seu próprio projeto terapêutico? Com sua energia consumida nesse desconforto, os sentidos do trabalhador – escuta atenta, corpo sensível, olhar vibrátil e outros que compõem a caixa de ferramentas do cuidado em saúde – ficam prejudicados e focados no perfil provisório.

De outro modo, quando nos abrimos para o vivido com o Outro diferente de mim, no qual a minha potência de agir se mistura com a dele, consigo descobrir outras possibilidades para a produção do cuidado, e acumular reflexão sobre os efeitos do trabalho de cada um, gerando aprendizagens que podem produzir ações de cuidado mais resolutivas, a partir do acolhimento às singularidades dos usuários, que têm histórias de vida tão diferentes das que são concebidas como “adequadas”.

Assim, quando falamos de “usuários complexos”, falamos daqueles que dificilmente se “encaixam” nas ofertas que fazemos, nas regularidades que são produzidas na organização dos protocolos assistenciais, nas linhas de cuidado, nos fluxos assistenciais etc. Falamos daqueles que mobilizam as equipes mas que as deixam de mãos atadas, quando estas não conseguem perceber que, nas dobras e movimentos da vida de cada um, há muitas possibilidades se abrindo, mesmo nas situações muito complexas. O cuidado, a alma dos serviços de saúde, exige a produção de encontros intercessores que permitam o acolhimento da vida que vem junto com o usuário (MERHY, 2004; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Nas dobras e movimentos da vida – a torção dos olhares

Mas de que estamos diante, em situações assim? Que complexidade é essa que nos toma de assalto e produz essa sensação de impotência? Que problemas essas “complexidades” de usuários causam a eles e a nós? Que efeitos esses usuários complexos têm produzido nos “resultados” da pesquisa, e nos pesquisadores? Pensando sobre a última pergunta, a primeira impressão que nos arrebata enquanto (às) pesquisadores (as) é a ideia de que a equipe em questão é frágil! Elaboramos rapidamente um diagnóstico da equipe – o leitor agora e os pesquisadores antes – baseado nessa fotografia, nesse perfil provisório agora da equipe – impresso em nosso olhar a partir dos primeiros movimentos do “usuário-guia”, que grita por outro olhar sobre si. É justamente esse o ponto de conexão entre o julgamento da equipe em relação ao usuário, e o julgamento da pesquisa em relação à equipe: o Outro é sempre o problema!

Experimentemos torcer um pouco o olhar e explorar outro movimento do pensamento, isto é, se nos perguntarmos, olhando da mesma vista do ponto que a equipe: não poderíamos nos interrogar sobre que movimento é esse que é expresso por uma equipe que traz para “um Outro externo” (a pesquisa) a fragilidade que lhe arrebata diante desses usuários complexos? Deslocando-nos desse modo, não seria possível neutralizar esse perfil provisório da equipe, assim como qualquer possibilidade de juízo de valor e, ao colocamos juntos o seu trabalho em análise, percebermos a potência de todos esses efeitos em nós, na construção do cuidado? Do mesmo modo, ao torcer o olhar e ir atrás da vista do ponto da usuária, não poderíamos considerar que resistir ao “enquadramento” proposto pelas ações das equipes da saúde ou da assistência social não seria justamente a expressão de sua potência e desejo de manter o governo de sua própria vida?

Propomos que esta seja a chave para pensar o que o “usuário complexo” pode ser um bom analisador, isto é, nos oferece a possibilidade de uma torção do olhar, em um movimento que denominaríamos “transver”³⁹: o exercício seria abandonarmos esta ideia ou verdade que se constrói no pensamento, uma representação segundo a qual a resistência e a fragilidade são negativas e expressam a impotência de certas vidas, e tentarmos substituí-la por outra vista do ponto, transvendo a fragilidade como

39 Esta expressão foi emprestada do poeta Manoel de Barros, de seu poema *Livro sobre o Nada*, Ed Record, 2002.

expressão de uma equipe que deseja enfrentar suas dificuldades/frustrações diante daquilo que não compreende, não conhece. Nesse sentido, a não adesão de usuários poderia ser justamente a expressão da potência de resistir às propostas de vidas que não lhes fazem sentido, ou que não lhes dizem respeito. Que efeitos esse “transver” teria nas práticas de cuidado? Será que ele abriria novos planos de cuidado?

Diante de um usuário que resiste, podemos operar justamente na conexão com esse ponto, no qual se abre a possibilidade de dar sentido à ideia de ouvir o que o outro deseja para si, e que estratégias de cuidado de si adota em sua vida. Entender por que Rosa faz essa mudança de sua vida, e traz para o centro de suas preocupações a recuperação da “Rosa-mãe”, se faz necessário para pensar sobre como podemos apoiá-la. Quais novas ofertas podemos inventar para que o que realmente nos pareça a sua força cresça como vivência de relações, que também seja feita essa aposta, isto é, se ao invés de pensarmos que ela “não pode ser mãe”, substituímos perguntas como: “o que ela propõe que façamos para ajudá-la a ser mãe? como podemos apoiar o Rosa-mãe que ela deseja ser? Diante de que desafios ela está? Quais redes são possíveis para ele no sentido de construir a sua “maternidade”?

Ainda, diante de uma equipe que se expõe, que fala de sua frustração diante dos casos complexos, como apoiá-la a escapar dessa captura do olhar, recuperando sua capacidade de transver o que está diante de si? Como construir sua capacidade de descobrir tudo aquilo que, em cada usuário, expressa não sua negação de cuidado, mas sua potência e seu desejo de viver? Como fabricar chaves assim para podermos produzir outras conexões, escaparmos do engessamento dos perfis provisórios? Não seria esse o “apoio” que pedem as equipes?

Nesta nossa experiência, percebemos a necessidade de processarmos intensamente as situações vividas no cotidiano do trabalho em saúde, quando do campo da pesquisa, para podermos tirar melhor proveito dos sentimentos de impotência, frustração ou fracasso que os encontros com as vidas de certos usuários despertaram nos trabalhadores de saúde, sempre que havia esforços de produção de cuidado. Tais sentimentos podem produzir muitas coisas em nós, deslocamentos e aproximação com o Outro em encontros intercessores ou, em polo oposto, culpabilização do Outro, e paralisia na construção de novas possibilidades. Esse movimento nos remeteu à reflexão sobre a caixa de ferramentas de nossos trabalhadores e gestores, que ela só será potente se o cuidado for a pauta principal dos seus encontros, sejam eles de educação permanente ou momentos coletivos das diferentes experiências de apoio (institucional, de núcleo, de rede), se essas tecnologias sejam encaradas, enfim, como dispositivos para construção de espaços verdadeiramente coletivos, e como possibilidade para mudanças no modo de fazer saúde nos serviços (SILVEIRA; MOTTA, 2014).

Assim, para fechamento do texto e abertura de novas conversas, assumimos que sem espaços coletivos de conversa para problematizar as afetações que vivemos no cotidiano, muita coisa vai ficando para trás e se cristalizando em impossibilidades, gerando mais insatisfações e imobilidade frente à situações complexas. Simples assim, mas nada simples. Não serve qualquer conversa, pois é preciso dar espaço a muitas coisas, aos incômodos, à criatividade, à invenção etc., para que se possa efetivamente

produzir relações que acolham as diferenças ofertadas pelas vidas dos usuários, suas singularidades e potências. Nesse sentido, entendemos que a educação permanente, tão citada porém tão pouco presente em muitas das redes de atenção à saúde que percorremos, é uma caixa de ferramentas poderosa na produção do cuidado de problemas complexos de usuários que não se enquadram em nossas ofertas, e poderia ser mais operacionalizada.

Referências Bibliográficas

MERHY, E. E. “O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde”. *In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Ver – SUS Brasil: Cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, DGETS, 2004, p. 108-137.

MERHY E. E.; *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate (Rio de Janeiro)**, n. 52, p. 153-164, out 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. “Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea”. *In: MANDARINO A. C. S.; GOMBERG E. (Org.)*. **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2009, p. 29-56.

MERHY, E. E. *et al.* **Rede de avaliação compartilhada (RAC)** / Observatório nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades, à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa. Relatório parcial de pesquisa. 2015.

ROCHA, P. **Perfis provisórios (performance artística)**. Rio de Janeiro: III Fórum de Linguagem; 25 de maio de 2007.

SEIXAS, C.T. *et al.* “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil”. **Salud Colectiva (online)**, v. 12, n. 1, p. 113-123, mar. 2016.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. “Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica”. **Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro)**, v. 20, n. 2, p. 537-546, fev. 2015.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. “Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado”. **Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro)**, v. 20, n. 6, p. 1795-1803, jun. 2016.

SILVEIRA, D.; MOTTA, L. G. “O apoio Institucional transpondo distâncias para o fortalecimento da Atenção Básica”. *In: FAGUNDES, S.* **Atenção Básica em Produção: Tessituras do Apoio na gestão Estadual no SUS**. Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2014. p. 93-102.

RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. (Org.). **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2002, 251 p.

Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência e emergência o cuidado se fragmenta

Juliana Sampaio
Thayane Pereira da Silva Ferreira
Isaac Linhares de Oliveira
Ricardo de Sousa Soares
Luciano Bezerra Gomes
Thatiany Monteiro Coelho
Roberta Barros de Almeida

Com sua proposição de modelo circular, Cecílio (1997) nos aponta a possibilidade de o sujeito acessar a rede de serviços de saúde por qualquer porta além da Atenção Básica à Saúde (ABS). Nesta perspectiva, todos os serviços de saúde devem ser estações produtoras de cuidado, responsáveis por captar o usuário e inseri-lo na rede de atenção. Isto implica em produzir vínculo com o usuário, iniciar seu cuidado e dar seguimento ao mesmo, conduzindo-o (encaminhando adequadamente), quando necessário, para outro(s) serviço(s) da rede. Nesta lógica, o sistema não deve ser necessariamente piramidal e hierárquico, mas circular e rizomático (DELEUZE; GUATTARI, 1995), ou seja, a produção do cuidado deve ser tecida pelas infinitas conexões entre os diversos pontos da rede.

Apostando na produção de cuidado, a partir do estabelecimento do vínculo e da co-responsabilização pelo projeto terapêutico do usuário, seu encaminhamento a outro ponto da rede é bem mais do que informá-lo sobre qual outro serviço ele deve buscar para a resolução do seu problema. Dizer ao usuário que ele deve procurar outro serviço para dar seguimento ao seu cuidado é lançá-lo à peregrinação na rede de serviço em busca de acolhida. Isto, por sua vez, não garante sua inserção na rede, e nem tampouco assegura o seguimento do cuidado, tornando o usuário único responsável pela resolução de seu problema.

Pensar a responsabilização do serviço na continuidade do cuidado dos usuários na Rede de Urgência e Emergência (RUE) parece ainda mais problemático. Isto, porque muitos dos serviços dessa rede não se percebem como porta de entrada do sistema de modo a garantir também um acompanhamento longitudinal, mas apenas como um ponto da rede que tem como responsabilidade quase exclusiva de estabilizar o usuário em sua condição crítica de saúde.

Buscando cartografar os encontros e suas afeções (FRANCO; MERHY, 2013; MERHY, 2002) no cotidiano de um serviço de urgência e emergência e dar visibilidade às várias paisagens, que em constante mutação conformam os infinitos mapas possíveis da RUE em João Pessoa, estamos produzindo encontros em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na zona norte do município. Acompanhando o cotidiano deste serviço, em vivências de cerca de quatro horas por semana, entre os meses de março a junho de 2016, tem sido possível observar as dinâmicas de seu funcionamento e produzir conversas com trabalhadores, gestores e usuários. A partir da vi-

vência na UPA, aos poucos foi sendo conformado um grupo de pesquisadores locais, composto por duas diretoras e uma enfermeira chefe da UPA e três pesquisadores apoiadores, membros da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Esse grupo de pesquisadores passou a se reunir semanalmente para discutir, processar e analisar as tensões vividas no cotidiano do serviço, produzindo novas narrativas para tais vivências. O presente capítulo apresenta algumas das reflexões desencadeadas por essas narrativas que têm servido de analisadores nas discussões dos pesquisadores, produzindo novas dizibilidades para o serviço.

A maior inquietação do grupo de pesquisadores refere-se à grande demanda de usuários no serviço, que chega a atender cerca de 12.000 pessoas por mês. Colocar em análise o perfil desta demanda tem produzido algumas reflexões sobre o lugar da UPA na RUE, sua relação com outros serviços da rede e as implicações disso para a produção do cuidado aos usuários.

O que se destaca nas discussões de processamento das vivências é o perfil da queixa que chega ao serviço. A partir da classificação de risco ali operada, as queixas são classificadas a partir de quatro cores (azul – não urgente; verde – pouco urgente; amarelas – urgente; e vermelha – emergência). A maior parte da demanda atendida (cerca de 85%), é de classificação verde ou azul, ou seja, de problemas de saúde que, segundo as pesquisadoras-gestoras do serviço, poderiam ser atendidos na atenção básica. E o quadro parece ter se agravado em tempos de arbovíroses.

O serviço chega a ficar lotado até à 01:00h da madrugada, mas também está cheio no horário comercial (meio da manhã e da tarde), tendo picos no final da tarde e início da noite. Tal situação não parece novidade na realidade do SUS brasileiro, mas na experimentação de vida neste território, que não é apenas físico, mas também existencial (DELEUZE; GUATTARI, 1995), repleto de produções que perpassam as ações assistenciais e produzem muitos afetos, algumas questões se apresentaram importantes:

Na análise dos pesquisadores, muitos usuários procuram o serviço afirmando não ter conseguido acessar a atenção básica, por vários motivos: seja porque na Unidade de Saúde da Família (USF) não tem médico, ou porque este só atende um número limitado de usuários por dia, ou porque a USF não tem medicamento, ou mesmo porque o usuário foi encaminhado pelo médico da ABS para a UPA. Ou seja, a barreira no acesso não tem se dado apenas por causa do horário restrito das USF, que no município de João Pessoa, com raras exceções, é de 07:00 às 11:00 e 12:00 às 16:00h. Tal horário é, muitas vezes, incompatível para trabalhadores que têm dificuldades, pelas precárias condições de emprego, em faltar o trabalho para cuidar de sua saúde ou de seus parentes. Mas também porque mesmo quando a USF está aberta, sua capacidade de acolher a demanda tem sido muito inferior ao necessário.

Dar visibilidade a esta demanda reprimida da ABS que chega à UPA permitiu ao grupo de pesquisadores analisar como tem se efetivado o papel da UPA: como um serviço de Pronto Atendimento clássico, ou uma gambiarra no sistema para acolher as demandas que não encontram acesso na ABS? O que inicialmente era compreendido como um problema especificamente de usuários que “não sabiam acessar corretamente” a rede de serviços, começa a dar passagem para problemas de estrutu-

ra da própria rede, e em especial de organização da ABS no município. Esta análise produziu um grande incômodo nos pesquisadores-gestores da UPA, que se sentiram impotentes para pautar tal debate no grupo gestor da secretaria de saúde, tendo sido relatadas algumas experiências frustradas nessa direção.

Seguindo nas narrativas do cotidiano da UPA, o grupo de pesquisadores locais recolhem algumas outras cenas que serviram de analisadores da produção de cuidado no serviço. Estas cenas permitiram colocar em análise o manejo das necessidades que se apresentam na UPA. No momento em que se dá a classificação de risco, os usuários com queixas classificadas como verde ou azul são informados que deveriam ter procurado a ABS e que para serem atendidos ali terão que esperar algum (às vezes muito) tempo. Este tempo será determinado pelo número de usuários em espera por atendimento, sendo dada prioridade para os usuários com queixas classificadas como vermelhas, depois as amarelas, seguidas das verdes e por último às azuis. Muitos usuários aguardam, outros, em dias e horários mais tumultuados, desistem de esperar e vão embora sem atendimento. Nessa discussão, surge o reconhecimento de que para muitos profissionais, a desistência do atendimento por parte do usuário é um alívio, pois irá desafogar o serviço.

Além disso, é ponderado pelo grupo de pesquisadores locais que, muitas vezes, a depender da equipe de profissionais que está na classificação de risco, do cansaço do profissional ou mesmo da quantidade de pessoas aguardando atendimento, os usuários podem sair do serviço sem nenhuma orientação de cuidados ou efetivo encaminhamento para outro serviço que atenda sua demanda. Assim, o grupo de pesquisadores locais tem posto em análise a produção do cuidado para além do atendimento imediato na UPA, e neste sentido, a produção de redes que articule diversas estações de cuidado. Assim, foi possível dar visibilidade ao fato de que sendo atendido ou não, o usuário sai da UPA, muitas vezes, sem qualquer seguimento para a ABS ou outro serviço da rede, exceto quando são transferidos para serviços de internação hospitalar. Tal análise do cotidiano do serviço permitiu lançar luz à fragilidade na condução do cuidado, e pôr os pesquisadores locais em movimento na construção de um formulário que possa ao menos formalizar encaminhamentos, possibilitando, como propõem Cecílio e Merhy (2003), que o serviço de pronto atendimento possa captar o usuário na rede, fazendo sua referência para outras estações de cuidado mais adequadas para sua demanda.

Em meio ao processamento sobre a ausência de seguimento do cuidado, com adequado encaminhamento, uma das pesquisadoras-gestoras traz para o debate a própria portaria 1600/11 (BRASIL, 2011) que institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria, no artigo 2, parágrafo V, afirma ser diretriz da RUE a “articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção” (BRASIL, 2011, p. 2). Define ainda que o papel da UPA não é apenas estabilizar o usuário, mas fornecer um diagnóstico inicial e encaminhá-lo adequadamente.

Contudo, esta pesquisadora-gestora identifica, ainda, que a própria portaria discrimina apenas o encaminhamento para unidades hospitalares de maior complexidade, não fazendo referência à necessidade de encaminhamentos ou articulações

da UPA com outros pontos da rede como as unidades de saúde da família, equipe de consultório na rua, serviços da rede de atenção psicossocial, entre outros. Esta identificação parece funcionar como um apaziguador das angústias vividas pelos pesquisadores locais no enfrentamento de tais processamentos, sem contudo, produzir paralização, já que os mesmos se mantêm, acompanhados de tentativas de produzir pequenas mudanças no cotidiano do serviço.

Seguindo no processamento das vivências com foco no manejo das queixas que chegam ao serviço, os pesquisadores locais colocam outra cena como analisador: quando o risco do usuário é classificado como vermelho, além do atendimento ser priorizado, este permanece no serviço até que seja conseguida uma vaga em uma unidade hospitalar, o que tem sido um problema, já que tal transferência pode durar semanas para acontecer. Este fato, na análise de uma pesquisadora-gestora deve-se à fragilidade na retaguarda hospitalar, reflexo da sobrecarga de internações na rede municipal de pessoas de outros municípios do estado, sendo, portanto, um problema de regulação e pactuação de referências regionais, sobre o qual as pesquisadoras-gestoras se veem com baixa governabilidade.

Com tais dificuldades, atualmente, apenas 0,3% da população atendida da UPA têm seu risco classificado como vermelho. Isto ocorre não por ausência de demanda, mas porque os três leitos da UPA da área vermelha estão frequentemente ocupados com usuários que não foram transferidos para uma unidade hospitalar em tempo hábil. Nestas condições, a UPA produz várias estratégias informais de articulação da rede de serviços para conseguir uma vaga, seja telefonando para colegas profissionais e/ou gestores de outros serviços ou colocando o problema para o grupo gestor maior do município. Foi possível dar visibilidade, nesses casos, à produção de cuidado, a partir da invenção cotidiana por parte dos profissionais de saúde de gambiarras (MO-EBUS, 2014) que driblem as diversas barreiras produzidas pela organização e estruturação da RUE em João Pessoa.

Mas, por outro lado, quando os usuários têm o risco classificado como verde ou azul, tais produções parecem ser reduzidas. E tal redução é justificada pela compreensão de que aquele usuário não tem o perfil “adequado” a esse serviço. Além dos usuários classificados como vermelho, são também considerados “adequados” à UPA os usuários que têm o risco classificado como amarelo. Mas mesmo nesses casos, os pesquisadores locais identificam situações de atendimentos que são finalizados sem que sejam produzidos seguimentos para o cuidado das pessoas. Os pesquisadores ao longo dos processamentos das cenas cotidianas, resgatam em suas memórias situações como a de uma adolescente que tomou grande dose de remédios (clara tentativa de suicídio), e que, após atendida, volta para casa, sem nenhum encaminhamento para a rede de atenção psicossocial; ou a de uma senhora com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que, após estabilizada, volta para casa, sem nenhum encaminhamento para acompanhamento da ABS.

Tal fragilidade na continuidade do acompanhamento serve como analisador para o grupo de pesquisadores locais darem visibilidade ao fato de que tais cenas produzem não apenas um cuidado pontual e fragmentado, mas também um usuário recorrente no serviço. Um usuário que “bate e volta” e não é enredado, fica num

movimento que reproduz o cuidado medicamentoso, hospitalar, centrado na queixa-conduta e que tem baixíssima resolutividade. Ao mesmo tempo, foi possível colocar em análise e dar visibilidade ao fato de que o constante retorno do usuário ao serviço, como há casos de usuários que já retornaram mais de 49 vezes, também produz sobrecarga assistencial. A mirada sobre a recorrência desses usuários, como sinalizador de um cuidado pouco resolutivo e que também pressiona o sistema, era invisível nas análises cotidianas feitas pelas pesquisadoras-gestoras. Mas, a partir das interferências desencadeadas na pesquisa, passa a mediar as novas conversas sobre o serviço, produzindo novos movimentos e inquietações nos pesquisadores, que tentam se haver com isso.

Nesse movimento, a produção do cuidado vai sendo tecida no trabalho vivo em ato (MERHY, 2006), dependente de vários fatores que perpassam o encontro entre profissional e usuário. Nestas produções, as pesquisadoras-gestoras se angustiam por se identificarem como uma entidade bipolar e ambígua: meio Unidade de Saúde da Família (USF) sem longitudinalidade com um território adscrito não delimitado e meio um hospital de pequeno porte sem estrutura técnica e assistencial adequada. E tal ambiguidade se produz no caminho de uma trilha de muitas barreiras, mas também de muitas invenções para a produção de cuidado. Assim, as cenas cotidianas da UPA têm servido como importantes analisadores da constituição de redes vivas de cuidado, que se produzem em ato, não estão previstas em protocolos ou rotinas, demandam alto investimento afetivo e dedicação dos profissionais, e que instituem gambiarras visando garantir o cuidado ao usuário (MERHY, 1997).

Referências Bibliográficas

BRASIL. "Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica". **Cadernos da Atenção Básica nº 28**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600**, 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CECILIO, L. C. O. "Modelos tecno-assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao círculo, Uma possibilidade a explorar". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, setembro, 1997.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar". **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

DELEUZE G, GUATTARI F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1a ed. São Paulo: Editora 34; 1995.

FRANCO, T. B ; MERHY, E.E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

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

_____. **A cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec; 2002.

_____. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In*: **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2006. p. 69-78.

_____. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias.** Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. 2009. Disponível em <http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-38.pdf>.

_____. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

MOEBUS, R. L. N. Habeas Corpus Sem Órgãos. In: SIQUEIRA, M.; COCCO, G. (Org.). **Por Uma Política Menor.** 01ed. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 2014, v. 1, p. 183-191

SOBRINHO, C. L. N. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

Cuidar é afetar-se: “BJ” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde

João André S. de Oliveira
Leandro Dominguez Barretto
Lua Sá Dultra

A construção de uma “usuária-guia”: conhecendo um pouco sobre “BJ”

A partir de um encontro dos pesquisadores da “Rede de Avaliação Compartilhada – (RAC): avalia quem pede, quem faz e quem usa”, com as equipes de um Centro de Apoio Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizados no município de Salvador, e das provocações em torno do(a) usuário(a)-guia, surgiu de forma unânime a figura de BJ. Esta produzia, e ainda produz, grande mobilização de afetos em todos; afetos, inclusive, bem contraditórios, que transitavam da frustração e impotência até ao carinho e ternura. Essa é BJ! Tanto as narrativas construídas pela equipe do CAPSad e registrada em prontuário, como as narrativas dos profissionais da USF, traziam uma BJ que quebrava vidraças do serviço, mas que também é querida por todos, bem relacionada no território, que transitava por todos os espaços, que ajudava pessoas na rua, a equipe do CAPSad, em algumas oficinas terapêuticas, como a de acupuntura, na qual era monitora e, também, na recepção de estudantes, residentes ou visitantes do serviço, ao fazer o papel de guia dos mesmos.

BJ tem 41 anos, sexo feminino, solteira, natural de Salvador e residente no Centro Histórico desde a infância. Mora sozinha, num quarto úmido, escuro, com péssimas condições de higiene e com infiltrações, próximo à casa de sua mãe. Frequentemente, passa temporadas em situação de rua, motivo que desencadeia muitos conflitos familiares.

Por vezes, BJ assume identidade masculina e incorpora características reconhecidas socialmente como masculinas como a voz performativamente rouca e grave, vestes largas, e o comportamento caracterizado, por vezes, violento. Foi acolhida no CAPSad em abril de 2012 devido ao uso abusivo de bebidas alcoólicas. O vínculo construído com BJ permitiu à equipe aproximar-se da sua história de vida e da relação construída com o álcool.

O acompanhamento de BJ sempre foi permeado por crises que a afetam e a toda equipe multiprofissional. A rede de atenção traçada por ela se inicia dentro da própria unidade, a partir da convivência e do estabelecimento de vínculo com os profissionais, sempre permeada de muita afetividade.

O difícil exercício de lidar com os afetos na produção do cuidado: BJ aponta para a necessária desaprendizagem nas formas de cuidar.

É frequente que os trabalhadores de saúde sintam-se impotentes diante de alguns usuários; BJ é uma usuária que produz esse sentimento em várias pessoas que participam do seu cuidado. Há uma expectativa na equipe do CAPSad e da USF de ajudá-la a fazer certas mudanças na sua vida, mas que não se concretiza.

Ela faz um movimento de dar alguma satisfação sobre o seu andar a vida e isso, em algum momento, foi construído pelos profissionais de saúde com quem teve contato nas relações de cuidado que foram se construindo no cotidiano dos serviços de saúde. Esse movimento aparece na narrativa de BJ em vários encontros que teve com alguns de nós, tanto no CAPSad, como na USF. Ela constrói um discurso de que está bebendo, que está indo tudo bem, está trabalhando ou, mesmo, que aprendeu a ler, sem nada disso estar acontecendo. Sabemos que ela não é a primeira pessoa, no cuidado dos usuários de álcool e outras drogas, a fazer isso e que não é uma exclusividade no cuidado dos usuários de álcool e outras drogas; há várias outras situações de cuidado que acontecem na atenção básica, por exemplo, nas quais esse movimento se repete. Os usuários com doenças crônicas como hipertensão e diabetes são um exemplo: pessoas construindo narrativas sobre sua adesão aos medicamentos e às orientações de mudança de hábitos de vida que não correspondem com a realidade, principalmente a que os profissionais de saúde constroem em relação aos usuários.

Essa prestação de contas de BJ em relação à equipe e a construção da imagem de que vai bem, de que é segura, de que está melhorando, em abstinência, remete-nos às relações de poder que se estabelecem no cuidado em saúde, entre os usuários e os profissionais, ou, entre os usuários e os serviços. Para o usuário estar bem, ele deve ter alcançado o que os profissionais ou serviços estipulam ou elegem como “bem”.

É claro que uma pessoa como BJ, que afeta todos (as) de forma muito positiva, termina despertando a expectativa sincera dos profissionais que gostam dela e com quem ela tem vínculo de que ela construa outras possibilidades para sua vida, que não fique em situação de rua, que tenha uma fonte de renda mais fixa, que estabeleça uma relação menos danosa com o álcool etc. É preciso refletir se essas expectativas que temos em relação à BJ e a tantos (as) outros (as) pessoas com quem criamos vínculo, esse desejo que a pessoa “melhore” de vida, saia desse contexto, realmente fariam bem para elas.

Se conseguirmos pensar radicalmente a partir da perspectiva do outro, se exercitarmos a alteridade e tentarmos entender as formas que as pessoas constroem sua existência, o que é certo para nós, o que é bom e saudável para nós, pode ser, justamente, o que vai desorganizar o outro de uma forma que nem temos ideia. Assim, pensamos que, numa relação de cuidado, e isso BJ aponta bastante, não é interessante que nos baseemos em representações do que é o bom e saudável. Isso deve ser uma construção realizada com essa pessoa, respeitando seus limites, suas potências, suas condições, suas expectativas; mas também construindo com ela outras potências, possibilidades, outros desejos e caminhos que possam ser continuados e fortalecidos pela pessoa, com suas conexões, inclusive as construídas com os profissionais e serviços de saúde.

Por outro lado, refletimos que esse movimento que BJ faz, de tentar mostrar uma imagem para os profissionais de saúde que não condiz com o que ela está passando, também faz parte de suas estratégias para construir seu próprio cuidado. Dessa forma ela ganha continência, sustenta-se psíquica e afetivamente e consegue seguir a vida. Pessoas como BJ nos fazem pensar que, simplesmente, existem pes-

soas que não dão conta de viver a vida dentro dos conjuntos de referenciais que estão postos na nossa sociedade; elas inventam formas de levar a vida driblando, resistindo e vazando as normas de convivência e os valores morais hegemônicos em nosso meio.

Segundo BJ, “muitas pessoas têm casa e vivem na rua porque querem”. Inclusive ela, possui um quarto ao lado da casa onde moram a mãe e a irmã e, mesmo assim, opta em ficar algumas noites e alguns dias da semana na rua. Mesmo compreendendo o que ela quis dizer e sabendo que há pessoa que escolhem viver na rua, não pensamos nessa escolha, principalmente no caso de BJ, como uma decisão racional: “eu decidi morar na rua porque é melhor para mim e pronto!”; nem como uma escolha dualista: “quero” ou “não quero” dormir na rua. Entendemos como a consequência de um agenciamento de um conjunto de acontecimentos em sua vida, de sua realidade material e social, de escolhas ou não, de caminhos construídos, que produziram essa situação a qual, nesse momento, faz sentido para ela. Às vezes, é uma opção melhor dentro de tantas outras que são deletérias para ela; ou, mesmo, pode até ser considerada como uma boa opção na perspectiva dela, se considerarmos que há outras que podem produzir tantas mortes, simbólicas ou reais.

Somos afetados, e precisamos nos deixar afetar, pelas escolhas dos(as) usuários(as) a partir de nossas perspectivas; não tem como ser diferente. Pensamos, no entanto, que temos o desafio de reconhecer que o que nos leva a afetar-nos por certos aspectos da vida desse sujeito que busca cuidado tem a ver com a relação que construímos através dos encontros que experienciamos, mas, também, é balizado por quem somos nós e pelas formas como fomos nos construindo no decorrer de nossas vidas, nossos valores, nossas perspectivas. Assim, nossas expectativas para o cuidado do outro têm que estar sempre “em suspenso”, por que nunca é uma verdade, *a priori*, para esse outro.

Essa impotência que sentimos diante de BJ aponta para relações de cuidado nas quais nos vemos de forma heróica e, talvez, desproporcional em relação à existência do outro que busca cuidado. Um desejo genuíno de vê o outro bem: “É bem ruim quando BJ está em ‘crise’; consequentemente, é bom quando ela não está. As coisas no seu lugar dando a ligeira impressão de que tudo vai bem” (médica da USF).

A busca pela docilidade do usuário de substâncias psicoativas é a meta terapêutica? O quanto ainda nós perseguiamos esta meta? Não ter crise, ou ter o mínimo de crises é a meta? É tão difícil lidar com a crise de algumas pessoas que o melhor é não entrar em crise. Mas, o simples fato de estar vivo, mais para uns que para outros, já não é produtor de crise?

Ao mesmo tempo, segundo Moebus (2014), a construção do que é a “crise” na saúde mental e as formas de lidar com a mesma, encontra-se numa “encruzilhada de um duplo acesso, acesso ao cuidado em seu processo, acesso ao sujeito em seu excesso”. (MOEBUS, 2014, p. 53). Nesse sentido, esvazia-se a crise das possibilidades de cuidado que a crise apresenta, não sendo possível lidar com ela ambulatorialmente, devendo-se encaminhar a pessoa em crise para um hospital psiquiátrico, pois o tra-

tamento aberto e plural só aconteceria fora dela, a qual seria, justamente, o momento que o usuário mais precisa. No caso do CAPSad em questão, não há o hospital psiquiátrico para se encaminhar, mas há suspensões do serviço, retaliações e expulsões. Outras formas de disciplinarizar e controlar.

Se construirmos relações de cuidados pautadas em expectativas docilizadoras, produzidas por nós, a partir de nossas formas de enxergar o mundo e a vida, de fato, a impotência e a frustração serão sentimentos que nos atravessarão permanentemente, pois os usuários não se deixam aprisionar; eles escapam das estratégias de controle que criamos no nosso cotidiano. Nossas expectativas, por melhor intencionadas que possam parecer para nós mesmos, também podem se constituir como estratégias de controle.

Além disso, numa relação como essa, é mais provável a construção de dependência do que de autonomia. Usuários como BJ são uma rede viva intensa (MERHY *et al.*, 2014), que produzem sua existência e constroem seu cuidado a partir de fortes conexões na rua, fora dos serviços de saúde; ao mesmo tempo, buscam fortemente os serviços e os profissionais para também produzir conexões importantes.

Assim, refletimos sobre a construção do Projeto Terapêutico para BJ e tantos outros. Por que nos sentimos tão frustrados diante do tratamento de alguns deles (as), que continuam na rua, continuam bebendo, continuam brigando entre si ou com a polícia, continuam com as mesmas queixas clínicas de sempre? Merhy (2016), ao nos ofertar a ideia da produção de saúde enquanto Produção de Vida, nos ajuda a refletir sobre o que é saúde e o que o trabalho em saúde produz; de que Produção de Vida não é necessariamente mais tempo em vida do ponto de vista biológico (tempo de vida), mas aquilo que nos faz sentir vivos, com desejo de existência, alegria, satisfação, mesmo em difíceis contextos. Quais as coisas que produzem isso em BJ? Qual o papel dos serviços de saúde e outros atores na produção de vida para/com ela? Será que os planos que fazemos para ela são compatíveis com a produção de mais vida em sua existência? Ela percebe? Nós percebemos? O quanto ela se submete a nossos projetos para nos agradar? Não é mais uma forma de exercício de poder, de imposição pelo amor, pelo afeto? O quanto ela também se utiliza dessa relação para manter-se próxima?

BJ, como tantos outros usuários, ao mesmo tempo em que mobiliza concepções e práticas manicomialis em alguns profissionais, haja vista as medidas disciplinares que são praticadas no CAPSad e em tantos outros serviços em relação aos usuários que perturbam a ordem estabelecida, questionam as regras organizacionais e as lógicas profissionais instituídas, mobiliza em nós sentimentos contraditórios de interdição e de admiração. Por outro lado, aponta para a necessidade de nos reinventarmos o tempo todo como profissionais de saúde; para a necessidade de que devemos “aprender a desaprender para apreender [...]” (MERHY, 2010, p. 23) as várias vidas com as quais nos deparamos e suas múltiplas formas de fabricar sua existência, para podermos reconstruir a nós mesmos e as estratégias que fomos lançando mão no mundo do cuidado: desaprendizagem de nossas formatações e sobrecodificações; produzir-nos como anômalos no mundo do cuidado. (MERHY, 2010)

Considerações finais

O que fazer quando nos deparamos com vidas tão intensas como a de BJ⁴⁰? Um grande desafio é atuarmos menos no polo da servidão e mais no polo da liberdade⁴¹; ou seja, na produção do cuidado, conseguirmos lidar com os processos de subjetivação que produzem capturas em nós quando somos atravessados pelas linhas capitalísticas, da moral ou da ciência e conseguirmos ser criativos, criando desvios e inovações em relação às formas instituídas de cuidar em saúde, conseguindo criar projetos terapêuticos com os usuários que sejam a expressão da liberdade (FRANCO, 2015).

Um difícil exercício de deixar em suspensão, nas relações de cuidado, o manicômio disciplinarizador que existe em nós; assim como trair a constitutividade biopolítica⁴² (FOUCAULT, 2010) das profissões de saúde, colados nas representações que temos sobre a saúde, o sofrimento e o cuidado.

Como produzir o cuidado sem construir relações de tutela, ou dependência em relação ao outro? Como atuar em uma perspectiva ética, política e estética na qual não tomemos o outro como objeto de nossas práticas e de nossas verdades, sobrecodificados que nós somos pela ciência hegemônica e seus regimes de verdade? BJ tem muito a nos ensinar em relação a isso se estivermos porosos e dispostos a compreender os sinais que ela oferta. A quantidade de conexões que ela produz fora dos serviços, na rua, com uma diversidade de sujeitos e lugares, nos faz pensar que somos apenas uma dessas conexões; talvez uma importante conexão em alguns momentos, mas, não necessariamente, a conexão que mais a ajuda a construir seu cuidado em vários outros momentos de sua vida.

Dessa forma, atuar na produção do cuidado na perspectiva de produção de vida dos usuários, ou na potencialização da vida do outro que busca cuidado, talvez seja mais potente na medida em que as relações que nós, profissionais de saúde, estabelecemos com os usuários constituam-se como dispositivos para que isso aconteça. Relações que se constituam como ponto forte de conexão nas redes que esses usuários, redes vivas que são, constroem para si no mundo do cuidado em saúde.

40 Colocamos que BJ tem várias vidas pela multiplicidade com que ela se apresenta para nós.

41 Túlio Franco (2014) discute o processo de subjetivação no processo de trabalho e cuidado, e toma como referência a ideia de subjetividade em Spinoza.

42 Foucault, em O nascimento da Medicina Social, no Livro Microfísica do poder, coloca que a medicina é uma estratégia biopolítica. Aqui, estendemos essa afirmação para todas as profissões da saúde, por entendermos que todas desempenham papel semelhante ao da medicina no controle dos corpos na nossa sociedade.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P. S.; SILVA, E.; VIANNA, L. “O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. *In.*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T. B. “Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade”. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, 2015.

MERHY, E. E. “Desafios de desaprendizagens no trabalho em Saúde: em busca de anômalos”. *In.*: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Caderno de Saúde Mental. Saúde Mental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte, v. 3, p. 23-36, 2010.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, M. P. **Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-21.pdf> . Acesso em: 5 de jun 2016.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 4-7, out 2014.

MOEBUS, R. CRISE – “Um conceito constitutivo para a saúde mental. *In.*: Pesquisadores IN-MUNDO Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental”. *In.*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

Espaços constituintes da gestão de serviços em saúde

Pedro Mendes
Ricardo de Castro e Silva
Vanessa Caravage de Andrade

Introdução

O questionamento inicial que queremos fazer neste artigo é o que coloca a diferença entre gerenciar e gerir uma unidade. Não entendemos que gerenciar e gerir sejam a mesma coisa, quando se tem pela frente uma unidade de saúde com alguém ou um coletivo responsável pela condução da produção dos cuidados no espaço territorial.

Ao tomar a palavra de gerente de unidade, pode-se perguntar se este faz a gestão ou se ele se reduz a responder as demandas administrativas que a unidade exige, tornando-se dessa maneira o “chefe” que ordena e determina aos trabalhadores o que deve ser feito e como deve ser feito o trabalho, numa relação de intensa verticalidade hierárquica que impõe relações de poder, sem questionamentos sobre qualquer coisa que saia desse universo gerencial.

Por outro lado, ao tomarmos a palavra gestão, queremos evidenciar a possibilidade coletiva de fabricação de modos de cuidar, bem como a inventividade crítica dessa construção, convidando todos os atores que fazem a unidade para participar desse processo contínuo de transformação que uma unidade de saúde vive, colocando em linha horizontal as relações e compartilhando as responsabilidades das ações cuidadoras por todos, inclusive, se ainda pudermos nomeá-las desse modo, as gerenciais.

Por isso preferimos adotar gestão para a redação desse artigo, por acreditar que essa perspectiva proporciona modos de cuidar mais participativos e que isso, conforme veremos em seguida, pode fazer do trabalho de gerir algo um tanto mais dinâmico e, porque não dizer, prazeroso de trabalhar.

Porém o que faz avançar nossa discussão, até para justificar por que a introduzir a partir do enquadre gerência ou gestão, aumentando a complexidade na intenção de aprofundá-la, tem como princípios norteadores algumas percepções retiradas do campo da pesquisa sobre rede de avaliação compartilhada realizada no estado de São Paulo.

O primeiro princípio a se destacar é que escrever sobre o olhar de gestor no cuidado à saúde é algo complexo e desafiador, pois a tendência durante a escrita é quereremos encontrar explicações universais que atendam as nossas necessidades de compreensão de algo complexo como a produção do cuidado em saúde.

Numa secretaria de saúde pode-se ter um organograma institucional que tende a definir as atribuições de cada ator, podendo ou não influenciar no seu escopo de atuação numa rede de saúde. Todos os que compõem a rede de cuidados, incluindo os usuários, podem produzir apostas diferentes nos modos de cuidar em saúde, mesmo sendo *a priori* norteados pelas mesmas diretrizes, protocolos e fluxos, por isso mesmo, todo mundo faz gestão (EPS em Movimento, 2014).

As ações produzidas no cotidiano do trabalho em saúde são permeadas por múltiplas vivências prévias dos sujeitos envolvidos, entre elas sua formação profissional, suas experiências, seus investimentos afetivos, suas próprias apostas do que é o cuidado em saúde e de como se produz esse cuidado. Além disso, é necessário considerar como cada ator é agenciado nos encontros com outros, que também trazem consigo outras tantas multiplicidades (FEUERWERKER, 2014).

O segundo princípio que funcionou como norteador de importantes reflexões sobre a formação dos espaços gestores no trabalho em saúde, foi a percepção sobre aquilo que os trabalhadores esperam dos seus gestores e o que estes esperam dos trabalhadores. Bem, antes disso, também tem a pergunta: como é essa história de esperar algo de alguém ou de alguma coisa?

Decidimos expor cenas vividas por gestores-pesquisadores-usuários em seus espaços de campo a fim de avançar na discussão. São as que se seguem.

Cena 1: Podemos ser um papel em branco?⁴³

Na reunião de despedida com a equipe, quando eu estava saindo do cargo de gerente, foi colocada a seguinte frase: “Você, como gerente chegou, como uma lousa limpa, nada escrito, nem uma orientação. A gente (equipe) olhava na lousa e não tinha nada escrito sobre o que era para ser feito e como era para ser feito. Antes de você trabalhávamos assim, estávamos acostumados assim. Com você, isto mudou e foi um grande sofrimento para nós não ter nada escrito na lousa”.

Outra cena⁴⁴:

“No início da construção do trabalho em equipe na UBS em vários momentos surgiu a discussão da vantagem/facilidade da secretaria de saúde de inaugurar uma UBS com trabalhadores sem uma vivência prévia na ESF. O comentário que às vezes aparece é que o funcionário “em branco”, sem experiência ainda no serviço, auxilia na formação de uma nova equipe”

Chama-nos atenção estas duas imagens que têm em comum: entre a imagem de um gerente “lousa em branco” e um funcionário da UBS “em branco”. Este branco na verdade não existe, mas diz de algo vivido pelas equipes e o comum é que todos e todas nunca serão “nada em branco”, pois todos e todas são sujeitos que trazem para seu ambiente de trabalho toda sua história pessoal e profissional. No caso do gerente que nada escreve, permite que essas pessoas possam ir construindo seus caminhos com autonomia, seguindo suas experiências – mesmo que isso seja doloroso. No caso do profissional que chega à unidade e que nunca é um papel em branco, pois cada um traz consigo o seu modo de existir e de produzir saúde e de encontrar-se com os usuários, muito embora exista essa expectativa de adoção incondicional de propostas da gestão.

43 Narrativa de gestor de CAPS.

44 Narrativa de gestor de UBS.

CENA 2⁴⁵: E aqui é papo reto! Comigo é na madeira!

Nesse período da UBS, prestes a completar quatro meses, a comunidade procurou a equipe para uma reunião, de que participaram também outros líderes da comunidade e trabalhadores. Os questionamentos foram intensos sobre a estratégia de saúde da família, o papel do enfermeiro, necessidade de mais médicos e o acolhimento.

Antes de iniciarmos a conversa realizamos uma rodada de apresentação e um dos líderes disse num tom imperativo: – *“Aqui é papo reto!”* E colocaram os questionamentos sobre a UBS, deixando a equipe paralisada, todos em silêncio e acuados. Outra liderança acrescentou que o que estávamos fazendo era desvio de função, porque a enfermeira não poderia fazer consulta.

Eu, como coordenadora da unidade, tive a expectativa que uma das enfermeiras pudesse esclarecer e defender a atuação da enfermagem na equipe saúde da família, porém isso não ocorreu. Um dos líderes, que até então tinha uma parceria com a UBS, estava bastante exaltado, enquanto eu falava e esclarecia nossas estratégias, a impaciência e agitação estavam presentes nos seus gestos, falas e no tom de voz mais alto.

E um outro disse ainda num tom de voz alto:

– *“Comigo é na madeira!”*

Naquele momento todos os membros da equipe ficaram em silêncio, com os olhos arregalados, acuados com aquelas falas e o clima de tensionamento. Aí, enquanto coordenadora, assumi a responsabilidade de falar e de não ficar acuada, pois tinha segurança em relação ao modelo de ESF que estávamos implantando e acreditava que era questão de tempo e de vínculo com a comunidade. Com segurança, intensidade nas falas e nos gestos, assim fui argumentando sobre cada questionamento da proposta da ESF.

Um dos líderes questionou a relação da equipe, pois existiam rumores de que a equipe vivia alguns conflitos.

Nesse momento fiquei surpresa com a iniciativa dos médicos em pedirem a fala e dizerem que não existiam problemas entre a equipe, que isso não era uma dificuldade nossa. Um dos médicos disse: – *“A equipe e a coordenação estão fazendo tudo o que é possível”*.

Na conversa, os líderes pressionaram para a necessidade de contratar mais médicos e, posteriormente, alguns profissionais da equipe também reforçaram esta necessidade. Entretanto, coloquei que o nosso modelo de trabalho é interdisciplinar e que tínhamos que pensar um olhar ampliado de saúde, além das consultas médicas e focar em ações como promoção e prevenção. Reforcei que mesmo colocando médicos em todos os consultórios da UBS, ainda assim não resolveríamos todos os problemas de saúde da comunidade.

No final, um dos trabalhadores expressou o incômodo da equipe quando o usuário procurava a coordenadora da UBS, que acabava intervindo no cuidado ou na orientação realizada previamente pela equipe. Esclareci sobre o meu papel de coordenadora, afirmando que se necessário iria intervir, e a equipe precisava estar aberta também para rever o cuidado produzido.

45 Narrativa de gestor de UBS.

Ao final da reunião, solicitei às lideranças que conversassem com a comunidade, pois existia uma violência verbal dos usuários em relação à equipe quando as suas expectativas não eram contempladas. E uma das líderes reforça a ideia do folder que tinha surgido na primeira reunião com a comunidade. Agendamos na mesma semana a construção do folder.

Após terminar a reunião estava esgotada e incomodada, e a apoiadora sugeriu conversarmos sobre a reunião. Estava bastante afetada com uma sensação de estar sozinha no lugar de coordenadora e sem o apoio da minha equipe. Outro incômodo foram as falas de alguns trabalhadores naquela reunião com a comunidade. Existiam questões que necessitavam de um espaço somente com a equipe para discussão e reflexão. E a equipe sem entender o meu incômodo tentou explicar-se, e então eu disse: – *“Quem não tiver perfil ou não acreditar na ESF, vamos conversar porque não precisa continuar aqui...”*

E alguns trabalhadores ficaram incomodados com essa última fala.

Enfim, precisamos de mais conversas entre nós...

As tensões podem produzir uma potência criadora, capaz de criar algo novo e iluminar o processo de trabalho como abordado no texto “Tensões Constitutivas do Trabalho em Saúde” (EPS em Movimento, 2014c).

Cena 3⁴⁶: A gestão afasta o gerente do cuidado?

Uma imagem que aparece e que potencializa uma aproximação entre a gestão e o cuidado é aquela que coloca o gestor em contato direto com os usuários. Distensionar a fazer convivência com os usuários, sentar com eles, apresentar-se como gestor e se colocar à disposição para atendê-los. Que aproximação mais íntima com o cuidado pode haver que não essa, a de saber dos próprios usuários como eles acham que estão sendo cuidados?

Nos CAPS, as assembleias de usuários, familiares e trabalhadores, previstas para acontecer nas unidades, são um lugar privilegiado para manter o gestor próximo do cuidado. As reuniões de equipe das unidades, de colegiados gestores bem como dos conselhos gestores, de conferências distritais ou municipais de saúde, também se configuram como dispositivos importantes para assegurar a proximidade do gestor com a gestão do cuidado; a agenda do gestor deve ser construída a fim de garantir sua presença nesses lugares.

O gestor perde sua categoria graduada, ele se gradua no cotidiano e na experiência que adquire por seu modo de inventar a gestão do cuidado. Mas se ele quer se lembrar de quem é ou daquilo de que um dia ele foi, ele pode também se dispor a retomar um certo exercício de cuidar. Ele pode participar de algum grupo dentro de sua unidade e pode também ajudar alguém de sua equipe a cuidar de um usuário de maior complexidade, que está sob a referência desse alguém, discutindo algum caminho mais promissor para alguma ação cuidadora.

O que impede o gestor de, por exemplo, fazer uma visita domiciliar com alguém de sua equipe? Nada o impede à princípio, nenhuma agenda é assim tão plena de

46 Narrativas de gestores de CAPS.

compromissos que, de vez em quando, não permita que ele ande pelo território para conhecer as moradias, as famílias, as condições de vida, a via urbana, os perigos, onde há lazer... sempre há brechas e quando não as vê, criam-se os espaços.

A partir das cenas apresentadas, fazemos as seguintes perguntas: O que faz um gerente? Como um gerente faz? Como se faz um gerente? E como ele se faz?

Essas perguntas se apresentaram para nós na experiência que temos ou tivemos enquanto gerentes e naquilo que pudemos nomear de espaços de gestão. Não se apresentam assim, digamos, destacadas umas das outras, mas sim emaranhadas em diversas combinações que surgem no cotidiano do trabalho. O gerente caminha nessa teia de questionamentos e combinações e ora está em um lugar, ora em outro.

Claro parece estar que o gerente denominado de “chefia imediata” dentro dos serviços, é também produzido por diversos planos como o conceito social do “chefe” que decide, fiscaliza, coloca regras, pune. É frequente a sensação que o gestor tem, de que em alguns momentos, ele abandona esse ou aquele lugar para poder dar maior atenção ao que, em determinadas situações, o faz aproximar-se mais, ou do campo político-administrativo, ou do lugar daquele que cuida.

Mas será que ele, a fim de poder fazer cumprir todas as tarefas que lhe são exigidas, precisa necessariamente se afastar desse ou daquele lugar de produção gestora, produzindo um corte imaginário, uma ruptura que separa funções, impedindo-o de entrar e sair desse ou daquele lugar?

De fato, ele se distancia em alguns momentos de um lugar para suprir algumas das demandas que dele são exigidas. Mas o movimento do gestor é uma movência e seu lugar obedece às leis de uma dobra: às vezes se distancia da gestão formal para novamente se reaproximar da gestão micro, às vezes está do outro lado da dobra: se distancia do micro para se fazer presente no formal ou nos âmbitos mais centrais. Entretanto, esses lados nunca se dissociam.

Não se trata dessa maneira, de um afastamento sem retorno de onde sai, trata-se, isso sim, de um certo dinamismo que o põe em movimento, colocando-o para andar nos diversos lugares em que sua presença é considerada imprescindível.

Também nos parece que a produção do gerente é permeada pelas especificidades de cada serviço de saúde e do contexto em que está inserido, como por exemplo a constituição da equipe, o espaço geográfico, sócio cultural e pelos desejos de cuidado em saúde dos próprios usuários.

A produção do cuidado pode provocar, promover deslocamentos em novos espaços possíveis da função, o que a modifica e amplia. Chamamos de função toda categoria profissional, sendo que ela se constitui por espaços possíveis, mobilidades lugares menos tensos, experiências mais desafiadoras. Talvez quando não seja mais possível a produção desses deslocamentos, não permitindo novas experiências, “adoçamos” e “paralisemos”: A mobilidade dentro de cada função é central, e ela pode e é provocada pela produção do cuidado; formas de “escape”, de resistência, de novas maneiras de fazer o mesmo. Com isto o cuidado vai cotidianamente produzindo novos caminhos.

Neste sentido, podemos falar de um espaço de função de gerência; promover mudanças nas relações micro, autorizando provocando, produzindo novos deslocamentos nas diversas funções da equipe. Há um ordenador, que poderíamos apontar

como “estamos todos e todas aqui para a produção do cuidado neste serviço, com estes e estas usuários(as)”. Este eixo central não necessariamente é seguido, mas pode ser uma “referência” para onde olhar no processo dos deslocamentos.

“Estamos aqui trabalhando com meninos e meninas que vivem uma vida que não queremos para nossos filhos e pessoas de nossa família. Trabalhamos com aquilo que nos amedronta”. Esta foi uma colocação feita numa reunião de equipe num outro equipamento em que problematizávamos a partir de uma pergunta: O que estamos fazendo aqui?”

Os momentos coletivos de reunião, quando utilizados para problematizar nosso cotidiano são potentes na produção de deslocamentos das funções. Enfermeira que toca violão, técnica de enfermagem que organiza passeio, técnico de enfermagem que joga bola de noite com os meninos na quadra, cozinheira que senta e ouve os meninos, segurança que traz um doce para uma usuária, profissionais que dançam juntos, psiquiatras que nas ubS acolhem as dúvidas e vão encontrando possibilidades de cuidado na UBS com “adolescentes temidos”.

Há uma potência de deslocamentos, infinitos e o gerente pode (ou não) promover esta potência.

“Quero muito continuar trabalhando aqui, pois gosto dos meninos mas quero estudar e preciso ir para o turno da noite”. O gerente autoriza e “passa por cima” de outros critérios e desta maneira marca, demarca sua forma de ser gerente naquele lugar. O desejo de continuar a formação, continuar aprendendo passa a ser central para mudanças. Na estrutura.

Na verdade, podemos fechar, trazendo algo que já foi dito e muito: caminhante não há caminho, faz-se caminho caminhando.

Referências Bibliográficas

EPS EM MOVIMENTO. “Todo mundo faz Gestão”. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/> Acesso em: 21/12/2016

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Editora da Rede Unida, 2014. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-1>. Consultado em 21/06/2016.

“Mapas Analíticos”. In: Merhy, E. E e Franco, T. B. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

A construção singular do apoio em um território do município de São Bernardo do Campo

Margarete dos Santos Marques
Camila Zanutto Cardillo
Janainny Magalhães Fernandes
Thiago José Savio
Angela Aparecida Capozzolo

A gestão da secretaria de saúde do município de São Bernardo do Campo (SBC), desde 2009, vem desencadeando uma série de movimentos para qualificar o cuidado em rede, que mesclam estratégias para ampliar as possibilidades de encontros entre profissionais, equipes e gestores de diferentes lugares/equipamentos com espaços de educação permanente para análise do trabalho.

Uma dessas estratégias foi a instituição dos apoiadores de rede. Para cada um dos nove territórios de saúde do município⁴⁷ foram contratados quatro ou cinco profissionais de diferentes áreas de formação, para atuarem junto às equipes dos equipamentos desses territórios (UPA, unidades básicas, serviços especializados) na perspectiva de contribuir para ampliar suas conexões, bem como apoiar mudanças nos seus processos de trabalho.

Este texto pretende apresentar algumas questões relacionadas à construção do trabalho dos apoiadores em um dos nove territórios do município de São Bernardo do Campo.

Podemos considerar que esta escrita se inicia em janeiro de 2015, a partir do convite aos apoiadores deste território para produzirem narrativas de situações marcantes do seu cotidiano de trabalho. Ao longo deste tempo ocorreram vários encontros em que as narrativas eram lidas e discutidas coletivamente. A cada encontro novas camadas de questões se agregavam, sendo produzidos pequenos textos escritos que foram reorganizados para apresentar a forma singular como o apoio foi se constituindo nesse território, junto ao cotidiano de trabalho das equipes de saúde.

Os momentos iniciais: estranhamentos, desconfianças e incômodos

“Na nossa primeira visita fomos conhecer uma unidade ‘combo’, assim denominada por incluir num mesmo equipamento o serviço de atenção básica, o de pronto-atendimento e o atendimento para pacientes de saúde mental, mais especificamente, para consulta com o psiquiatra. Quando chegamos ficamos surpresos com a grande quantidade de pessoas aglomeradas em volta das duas en-

⁴⁷ O município foi organizado em nove territórios de saúde, sendo que em cada um deles há pelo menos uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), referência em urgência e emergência Unidades Básicas de Saúde (UBS) referência para a população desse território. Cada um desses territórios tem diferenças em relação ao número de equipamentos, às características de condições de vida e perfil de adoecimento, população entre outros.

tradas da unidade (dentro e fora). Havia uma única recepção para acolher toda a demanda. Esperamos por cerca de meia hora na calçada antes de conseguirmos entrar na unidade e procurar pela coordenadora. Escutamos ‘todo dia é essa fila na entrada’. Ao entrarmos e nos apresentarmos os trabalhadores comentavam: “olhe lá o buraco no teto”, “há vazamento de água naquele banheiro”, “temos que fazer reunião no depósito porque não tem lugar”. A falta de estrutura saltava aos olhos. E nós, fomos percebidos como aqueles que poderiam ajudar a resolver os problemas relacionados à estrutura física”.

Esta cena explicita alguns dos desafios iniciais colocados. O momento da secretaria de saúde em início de gestão era de muitas mudanças: nos processos de trabalho, nos modelos da atenção básica, da rede de urgência e emergência, de saúde mental. Tudo estava se movendo e os apoiadores eram centrais nessas mudanças. Mas por onde começar? Quais seriam as melhores estratégias? Muitos traziam na bagagem alguma experiência em relação ao trabalho no SUS e ao campo da saúde coletiva (alguns a partir da residência multiprofissional, outros de experiências em equipes NASF), mas a proposta no município era bem diferente.

Os apoiadores contavam com uma dupla de facilitadores, pessoas indicadas pelos departamentos da SMS, para os auxiliarem na aproximação com os gerentes e equipes dos serviços, e no planejamento do trabalho. Havia ainda um espaço mensal de educação permanente que reunia todos os apoiadores e facilitadores do município bem como representantes dos vários departamentos da secretaria, e também um encontro mensal de educação permanente do território que envolvia todos os gerentes dos serviços, representantes das redes de saúde mental, especializada, vigilância, hospitalar, urgência e emergência que eram referência para esse território. Esses espaços eram importantes, mas não suficientes para a delicada construção do apoio junto às equipes do território⁴⁸.

A partir das diretrizes de contribuir para a gestão de redes, para armar dispositivos de produção do cuidado individual e coletivo que considerassem a complexidade envolvida no processo saúde e doença, a integralidade e a promoção da autonomia do usuário, o apoio foi sendo tecido. Não sabíamos *a priori*, como seria esse trabalho. As demandas iniciais das equipes estavam mais relacionadas à resolução de problemas de ordem estrutural do que à reorganização de processos de trabalho, como explicita o registro abaixo:

“Os trabalhadores nos enxergavam como aqueles que poderiam resolver os problemas de estrutura física. Logo percebemos que não adiantaria forçar a entrada em outras questões..., não era possível, pois eles não sabiam exatamente qual era o nosso trabalho, nem mesmo nós sabíamos direito. Percebemos que antes de

48 Este território é atravessado por três grandes rodovias (Anchieta, Imigrantes e Rodoanel metropolitano) e também por uma represa e áreas de mananciais, com barreiras geográficas para o acesso da população (cerca de 75000 habitantes) aos serviços de saúde. Atualmente conta com uma unidade de Pronto-Atendimento e três unidades básicas, com 10 equipes de saúde da família, todas reformadas nesse período e com boa estrutura física adequada.

agir era preciso observar, pensar, refletir e aguardar o momento propício para propor intervenções”.

A primeira opção para conhecer como funcionavam os serviços foi a de permanecer numa posição de observadores. No entanto, isto não facilitou a aproximação com as equipes, ao contrário, produziu incômodo. Era perceptível que existiam muitos ruídos, que circulavam muitas desconfianças. Porque mesmo a gestão havia contratado os apoiadores? Aos poucos foi se explicitando o que estava atravessando os trabalhadores: os apoiadores eram vistos como fiscais, espiões, “dedo-duro” da gestão.

Ainda que considerássemos estar fazendo uma aproximação cuidadosa, este início foi profundamente marcado pelas dificuldades dos trabalhadores em aceitar-nos como profissionais de uma mesma rede de saúde que estava sendo amplamente reformulada. Havia estranhamentos dos trabalhadores, mas aos poucos foi possível perceber que os estranhamentos eram mútuos. Os apoiadores também estranhavam os modos instituídos de cuidar, de organizar os processos de trabalho, de fazer gestão nas unidades.

Logo foi possível compreender que havia também uma tensão decorrente do lugar que o apoiador ocupava entre a gestão e as equipes dos serviços: era importante trazer para os espaços de educação permanente e para a gestão da secretaria de saúde o que encontrávamos nos territórios para pensar estratégias de intervenção, mas isto não era um movimento fácil:

“Sentíamos dificuldade em sermos ouvidos quando colocávamos explicitamente o que víamos nos territórios. Nossas observações geravam conflitos e expressões de defesas as quais, muitas vezes, quando chegavam para os gestores, voltavam para os profissionais com tons de cobranças, de que algo não estava sendo feito adequadamente”.

A partir de algumas experiências de retorno na forma de cobranças (que fecharam algumas portas e atrapalharam o delicado relacionamento que se tentava construir com as equipes), foi se produzindo certo “silenciamento”, dos trabalhadores, dos gestores das unidades, mas também dos apoiadores nos espaços coletivos de educação permanente. Neste momento, ficou claro que era preciso construir pertencimento e laços de confiança com as equipes. A aposta para mudar a visão de espiões da “gestão” foi a de estar junto no cotidiano do trabalho.

As (re) invenções desta equipe de apoiadores

A busca foi por nos aproximarmos dos profissionais das unidades de diferentes formas: nos espaços informais, “jogando conversa fora”, compartilhando aspectos da vida do apoiador que eram semelhantes à vida dos demais trabalhadores, entre outros. Uma cena emblemática desta aproximação foi quando um apoiador, educador físico, identificou que um profissional que possuía certa liderança na equipe e resistia profundamente às novas propostas de organização do processo de trabalho, era apaixonado por futebol. A aproximação ocorreu por meio de conversas sobre o campeo-

nato brasileiro, sobre as disputas dos times. Foi a partir dessa conexão que se abriu a possibilidade de conversarem sobre o acolhimento e outros temas de forma mais leve. Em outra equipe, as conversas aconteciam no espaço em que alguns profissionais iam fumar denominado “fumódromo”. Ali, entre um cigarro e outro, se articulavam ações que não conseguiam ser pactuadas em espaços formais.

Além disso, foi importante estar junto dos profissionais no dia a dia: ajudar na recepção quando havia filas, participar das reuniões de equipes, realizar visitas e atendimentos em conjunto, apoiar no núcleo profissional específico, sistematizar informações, auxiliar na preparação de reuniões, no acolhimento de novos profissionais, nos movimentos de reconhecimento do território, entre outros. *“Víamos qual era a demanda de apoio e topávamos fazer várias tarefas junto aos trabalhadores, fazer com, a fim de transformar a ideia de “espião” em “parceiro”. Foi importante fazer junto, se misturar”*.

Para além dos espaços instituídos de Educação Permanente e das reuniões com os facilitadores, foi necessário construir espaços apenas entre os apoiadores, para problematizar as questões e tensões que surgiam no cotidiano:

“Percebemos que o que cada apoiador fazia ou dizia repercutia no trabalho de todos e, portanto, precisaríamos cuidar das nossas relações com as equipes e principalmente com os gerentes. Tínhamos notícias sobre os ruídos das nossas intervenções pela “rádio peão”. Essas notícias mostravam que os trabalhadores refutavam o “autoritarismo” usado por alguns apoiadores para impor o que deveria ser feito ou “a forma correta de fazer”. Percebíamos o grande mal-estar gerado quando uma atitude autoritária ocorria. Todas essas experiências nos faziam pensar”.

A aposta foi de realizar encontros entre a equipe de apoiadores, para conversar, discutir, aprender com as dificuldades: *“dispusemo-nos a construir uma equipe cuidadora de si. Vivenciávamos um árduo trabalho com tensões cotidianas a serem enfrentadas. Assim, ao invés de culpabilizarmos uns aos outros, resolvemos nos acolher mutuamente”*. Aos poucos foi se construindo certo modo de fazer mais coletivo, uma “certa ética”, que buscava não dar vazão “para as fofocas”, não “pôr lenha na fogueira”; mas resolver as tensões com os envolvidos, sem fazer o “leva e traz” tanto dentro da equipe de apoiadores quanto em relação aos trabalhadores e gestores.

A partir das encomendas da gestão foram sendo inventadas diversas estratégias, com a utilização de diferentes linguagens, para trabalhar com as equipes tais como: encenações, técnica do teatro do oprimido, dinâmicas de grupo, rodas de conversa, convite a pessoas da rede intersetorial para trabalhar alguns temas, construção de materiais de apoio, novas formas de analisar as informações, entre outros. A perspectiva era dizer de vários jeitos (explicar, desenhar, encenar) e, acima de tudo respeitar o trabalhador como sujeito que também tem um importante saber sobre o que faz.

Um aprendizado importante foi o de respeitar o tempo das equipes, aguardando as brechas para entrar. A perspectiva não era de convencer, mas de “fazer junto”, experimentar jeitos diferentes de cuidar das pessoas. Também se investiu em ser parceiro

do gestor de cada unidade, compreender suas dificuldades, pactuar ações conjuntas e tentar apoiá-lo nas iniciativas de mudanças.

Outro movimento importante foi perceber que a entrada em bloco de todos os apoiadores nos serviços e nas equipes produzia intimidação, como explicitou esta fala: “nossa, vocês parecem uma tropa de choque!”. Alguns arranjos foram tentados e por fim, a opção foi por vincular um apoiador (ou dupla) a cada equipe de PSF, de maneira que todos estavam em cada unidade básica, mas cada um era referência para determinada equipe, participando, ao menos uma vez na semana, de suas reuniões. Os apoiadores também dividiram as referências dos outros serviços (UPA, serviços saúde mental, especializada). Essa vinculação produziu uma maior aproximação aos profissionais, ampliou as possibilidades de provocar reflexões, problematizar “tabus” em ato, enfim, construir apoios mais singulares. Como todos os apoiadores circulavam nas unidades também podiam compartilhar os processos de cada equipe e de cada serviço.

Mais recentemente com a circulação dos apoiadores também em outros serviços de base municipal, conhecendo seus fluxos e modos de funcionar, ampliaram-se as suas contribuições para a continuidade do cuidado e, cada vez mais, eles têm sido valorizados e reconhecidos pelos profissionais como importantes na articulação de redes de cuidado.

No decorrer desse período, os múltiplos encontros (com os trabalhadores, com os gerentes, com os facilitadores, com as referências), as vivências nos diferentes serviços, os momentos de análise do próprio trabalho, foram produzindo deslocamentos e ampliando a caixa de ferramentas dos apoiadores.

“Ao mesmo tempo em que nos contaminávamos com os saberes instituídos, fomos contaminando os trabalhadores com os saberes instituintes, ou seja, com novas maneiras de fazer e de cuidar das pessoas. Dessa forma, passamos a respeitar os trabalhadores, ao mesmo tempo, que aos poucos, conquistamos o seu respeito e a sua confiança”.

Algumas considerações

O apoiador fica no entre, entre a gestão e os trabalhadores, tem uma liberdade de circulação que outros trabalhadores não possuem, mas precisa da parceria do gestor local para trabalhar com as equipes, provocar deslocamentos para lugares nem sempre confortáveis. Durante esse período, com intensos processos de mudanças a principal aprendizagem é assim expressa pelos apoiadores:

“Durante o nosso percurso, no processo de deslocamento do lugar de apoiador-espião para o lugar de apoiador-parceiro, aprendemos que não se faz apoio e nem gestão em rede atrás de uma mesa, ou seja, para promover deslocamentos e transformações é necessário nos deslocarmos e nos transformarmos ao mesmo tempo, nos colocado no lugar do outro a que desejamos transformar. Somente nestes encontros e desencontros, arranjos e desarrajos e possível transformar os modelos de gestão e os modos de cuidar das pessoas”.

Referências Bibliográficas

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Rio de Janeiro: UFRJ/ Faculdade de Medicina, 2010. 191 p.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, 2010. 234 p.

CAMPOS, G. W. S. **Apoio Paideia**. Disponível em: http://dev-gerdesenv.datasus.gov.br/GERDESENV/apoio_paideia.php.. Consultado em 20/06/2016.

EPS em Movimento. Disponível em <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena>, 2014. Consultado em 20/6/2016.

Tecendo uma rede de cuidados. Onde estão os nós? (Onde os olhares se encontram?)

Érica Fabíola Araújo da Silva
Maria das Graças Alves Pereira
Monalisa Simões Magalhães
Vanessa Rodrigues de Araújo
Valeria Teixeira da Costa Matos

Apresentando a Unidade de Saúde

Em Rio Branco – Acre, atuamos em uma das Unidades de Saúde indicadas para o desenvolvimento da pesquisa sobre as Redes de Atenção Básica, que compõe as 62 Unidades de Saúde da Família existentes no município. A Unidade atende um território composto por sete comunidades e atende aproximadamente 13 mil pessoas, além das pessoas de outros bairros e municípios.

Na região onde se localiza a Unidade, existe também outras Unidades de Saúde da Família, com mais duas equipes. Tem também o Centro que serve como referência de atendimento às equipes para casos que necessitam de encaminhamentos para especialidades, realização de exames ou outras necessidades de serviços de média e alta complexidade.

Essa Unidade é composta por duas equipes de saúde da família, com 02 médicos, 01 odontólogo, 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 01 técnico em saúde bucal, 15 agentes comunitários de saúde, além de contar com apoiadores institucionais. A Unidade é campo de extensão de práticas dos estudantes da universidade pública local e além de outros centros de estudos para os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Internato de Medicina de Família e Comunidade, onde conta também com 04 residentes e 02 internos que contribuem com a equipe a cada 3 meses.

A equipe se organiza de forma que possam atender as demandas da comunidade, e com isso não existe um cronograma de atendimento diário, fato este observado na maioria das Unidades de Saúde. Todas as pessoas que procuram atendimento são atendidas.

Apresentando a usuária-guia

O usuário-guia é o relato da produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde. Sendo necessário compreender o usuário-guia como a narrativa de um encontro. Um encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, incluindo todos os outros encontros que atravessam esta relação: com outros profissionais, com a família, com outros serviços de saúde (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Após a orientação e estudo quanto ao usuário-guia, a equipe identificou Dona Filomena, uma usuária que vai à Unidade toda semana e que de certa forma mobiliza a equipe. A enfermeira disse que “não sabe mais o que fazer com o caso da paciente”.

A usuária é dona Filomena⁴⁹, nascida em 06/08/1940, tem 75 anos, é casada com o senhor Josias, moram em residência própria do Programa Social de Habitação – PSH, um mecanismo criado no ano de 2004 (BONDUKI, 2016). Eles se conheceram em uma instituição de longa permanência para idosos. A equipe da instituição fez uma mobilização em alguns setores para inseri-los no PSH para que os mesmos tivessem sua própria residência. O casal não tem filhos, porém seu Josias tem um sobrinho e este recebe a aposentadoria dos dois.

Registros de atendimento de D. Filomena na UBS

Durante a análise do prontuário da usuária, foi observado que a mesma é acompanhada pela equipe desde 2006, período em que a Unidade se localizava em outro bairro da abrangência e era composta por outra equipe. O que chama atenção nos registros é a procura da paciente ao atendimento sempre referindo uma dor no seio. A equipe atende, solicita exames e prescreve algum medicamento para dor. Alguns relatos informam um comprometimento cognitivo em dona Filomena e que a mesma “não segue as orientações dadas”. Informam que ela tem baixo peso, mora com o marido e alguns animais em condições péssimas de moradia, que o sobrinho é responsável pelo dinheiro e sugerem um acompanhamento pela assistência social.

A frequência da procura à Unidade no início dos registros ocorria de forma anual e com o passar do tempo se tornou mensal ou até mesmo semanal. Nos registros da equipe observa-se uma preocupação com relação ao caso, porém não identificamos uma resolução quanto à queixa da usuária. Muitas vezes percebe-se o andamento do caso, a critério de D. Filomena, se ela realizou ou não o exame solicitado ou se procurou ou não o local encaminhado.

A equipe providenciou um transporte para que ela fosse fazer um exame solicitado, porém no momento em que foram buscá-la em sua residência, ela se recusou a ir. Situação que nos faz indagar sobre a abordagem, como foram oferecidas informações sobre o deslocamento, exame e local de realização? Qual a necessidade e importância da realização do exame para a condução do caso, quem iria acompanhá-la? Como foi o entendimento da abordagem feita?

D. Filomena, aos olhos da Agente Comunitária de Saúde

A ACS Carla acompanha dona Filomena há quatro anos, desde que assumiu a área adstrita da Unidade de Saúde. Quando teve o conhecimento do caso de dona Filomena e de seu marido, ficou comovida com a situação e, rapidamente buscou ajuda da equipe de saúde. Procurou a enfermeira, para encaminhamentos do caso. O primeiro encaminhamento foi o agendamento de consultas e exames – incluindo a mamografia, no centro de especialidades da região. Deveriam ser conduzidos pelo sobrinho do seu Josias, que não compareceu.

Durante as visitas domiciliares, a ACS se depara com gatos e cachorros que comem nas panelas junto com eles, e a casa se encontra em péssimas condições de

49 Todos os nomes são fictícios.

higiene. O marido da dona Filomena também é idoso, tem 89 anos, gosta de falar mais do que ela e tem dificuldade para andar. Dona Filomena se queixa muito de dores nos seios, até a vizinha já tem uma opinião quanto a isso, e acha que tudo isso é coisa da cabeça dela.

O sobrinho mora no mesmo bairro, mas não se faz presente todos os dias. A ACS diz: “não sei como é feita a administração desse dinheiro, porque a casa não condiz com o valor recebido...”. A profissional continua o relato falando da relação dos idosos: “Ouvi falar que eles estão brigados, e que ele andava maltratando ela, dando beliscões...”

D. Filomena, aos olhos do Enfermeiro

O enfermeiro está na equipe há três meses, e sempre a vê nos corredores. Relatou: “Eu nunca fiz consulta de enfermagem com dona Filomena, ela vem para a Unidade de Saúde e fica no corredor somente observando, a gente conversa pouco, ela não é muito de falar”. Segundo ele, dona Filomena sempre procura alguém na farmácia para solicitar medicação, e o profissional da farmácia a encaminha para uma consulta médica para a prescrição de receita e dispensar a medicação, que se repete – paracetamol e dipirona, tendo em vista que a dona Filomena sempre tem queixas de dor.

Dona Filomena, aos nossos olhos: Apoiadoras Institucionais – pesquisadoras

Nossa visita aconteceu no período da manhã por volta de 10h. Encontramos o casal na pequena área na frente da casa. Seu Josias estava sentado em uma cadeira de balanço e dona Filomena estava em pé ao seu lado, e nos recebeu com um belo sorriso. Entramos no quintal e fomos recepcionados também por alguns animais, aproximadamente uns 4 cachorros e uns 5 gatos, que apresentavam feridas pelos corpos, e exalavam mau cheiro.

Cumprimentamos o casal, e seu Josias dirige a fala para a ACS: “Trouxe o médico?” A ACS responde: “Bom dia seu Josias, hoje não, hoje trouxe umas funcionárias lá da Secretaria, elas vieram fazer uma visita, mas assim que der vou falar com o médico pra marcar”. Dona Filomena com um sorriso fala, “Oi Carla entra...”. Dona Filomena usava uma camisola com o lado esquerdo abaixado, deixando o seio à mostra, até o final da visita.

Ao perguntarmos como estavam, eles responderam que bem, somente com as dores de sempre. Seu Josias relatou uma dor nas costas e dona Filomena mostrou a mão e disse que “tava doendo”; falou que “não conseguia lavar a roupa, pois a mão doía”. Perguntamos o que aconteceu e ela disse que havia caído da cama há uns dias e desde então não conseguia fazer as coisas. Quando perguntamos sobre os seios ela disse que “tava doente” e já começava a falar em outro assunto. Durante a conversa percebemos certa “dificuldade” da dona Filomena em entender e responder aos questionamentos.

Em meio à visita os animais entravam e saíam da casa, brigavam e seu Josias os chamava pelo nome e fazia carinho quando algum se aproximava. Além dos animais observamos que a casa tinha aspecto de que há algum tempo não era limpa. O quintal estava bastante sujo com entulhos e caixas d’água destampadas, com água suja.

Perguntamos sobre seus cuidados, quem ajudava na limpeza da casa e fazer a comida e seu Josias respondeu que “ele mesmo fazia sua comida e uma vizinha lavava sua roupa”, novamente dona Filomena falou que “não conseguia lavar sua roupa devido à mão machucada, mas já havia feito seu almoço”. Quando perguntamos se um ajudava o outro ela respondeu que “cada um faz sua comida, só hoje que eu fiz a comida para nós dois”. Disse também que “ia à venda, comprava a comida, o gás e quando tinha dinheiro pagava”. Identificamos que o autocuidado do casal estava prejudicado, pela dificuldade que eles têm em executar as atividades essenciais de vida.

Ao perguntar sobre seus familiares, falaram que “o sobrinho às vezes ia visitar”. E quanto às saídas, “ele só andava no máximo até a frente da casa” e “ela sempre ia no posto e na venda”. A ACS disse que “na última vez que seu Josias tentou sair de casa, tropeçou na pequena escada existente na varanda, e ele não quis tentar sair novamente”. Informou também que há alguns dias passou pela casa com a Técnica de Enfermagem para fazer a vacina da gripe nele.

Antes de finalizarmos a visita dona Filomena entrou na casa e logo depois saiu com uma sacola cheia de banana e laranja e nos ofereceu. No término da conversa, seu Josias novamente pediu a Carla que levasse o médico em sua casa, e nos despedimos falando que assim que fosse possível a ACS iria providenciar a visita domiciliar. Observamos que a visita realizada pela ACS se limitou a uma conversa sobre como estão, como passaram os dias e ouvir suas queixas. Também percebemos que não há uma frequência de visita domiciliar pelos outros membros da equipe.

Dona Filomena, sob o olhar da Assistência Social

O caso de dona Filomena e de seu marido foi acompanhado anteriormente pelo Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) – distante de sua casa cerca de 20 km. Logo depois, em julho de 2015, a promotoria do Ministério Público encaminhou o caso para o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), solicitando o acompanhamento social deste casal. Desde então a Assistência Social vem acompanhando de perto o caso.

Durante visitas da assistência social, identificaram a insalubridade da casa, os problemas no autocuidado e as péssimas condições de vida do casal de idosos. De acordo com a assistente social “o sobrinho se torna negligente por se valer que não possui documento oficial ou tutela, e por isso não pode ser cobrado, sendo que ele é quem recebe o salário dos dois”.

Quando o CRAS teve o conhecimento de que eles eram acompanhados pela unidade de saúde e pelo CREAS, começaram a trabalhar em rede. A promotoria solicitou que eles fossem incluídos no grupo de idosos, o que, de acordo com a assistente social, “foi inviável porque o marido de dona Filomena tem dificuldades de locomoção e o CRAS não disponibiliza de um carro para esse transporte, já ela apresenta certa diminuição da lucidez”. Tudo foi descrito em relatório.

A responsável pelo acompanhamento social relatou que “foi orientado para o sobrinho requerer a curatela dos idosos, uma vez que ele já administra o dinheiro do casal, mas o mesmo ainda não se manifestou”. O casal foi incluído no Programa

de Atendimento Integral à Família, onde foi acionada toda a rede para ofertar um atendimento de forma integral, com uma escuta mais qualificada, dando informações, buscando resgatar autonomia do usuário e vínculos, porém, neste caso, “o falar não era tão eficaz com os idosos pela condição senil deles, então as informações eram direcionadas ao sobrinho”. De acordo com a assistente social a política do CRAS diz que tem que haver um resgate do protagonismo social, a responsabilidade vem primeiro para a família e depois se não houver a ação esperada, o CRAS entra com intervenção.

Com a fala da assistente social, observamos que muitas vezes os órgãos públicos esperam que os usuários/comunidade tenham a iniciativa de buscar mudanças, e sejam os protagonistas de sua realidade. Porém, em muitas situações, esse movimento para ‘mudança da realidade’ não ocorre. Com isso, muitos processos ficam parados, ocasionando morosidades e até mesmo danos na vida das pessoas.

A promotoria solicitou um exame de rigidez mental, e ninguém do CRAS soube identificar que exame era este. Responderam à promotoria que este exame não estava disponibilizado na rede pública.

Diante das medidas adotadas pelo CRAS, uma delas foi encaminhar um ofício para a Secretaria Municipal de Serviços Urbanos para a execução limpeza do quintal dos idosos, e retirada de entulhos. Segundo a assistente responsável pelo caso: “neste ano um estudo de caso foi encaminhado para a Unidade de Saúde, tendo a participação do CREAS e do Núcleo de Apoio Técnico do Ministério Público (NAT)”. Ela ainda completa: “Ouvi dizer que o médico que atende dona Filomena, falou que ela não tem nenhuma doença grave, que a dor no peito não é nada grave, que ela vai constantemente à unidade para querer atenção”.

Ao analisar a situação, o CRAS reconhece que não houve mudanças no contexto desse casal até os dias de hoje. De acordo com informações, a técnica do CREAS identificou uma sobrinha que tinha interesse de ser a cuidadora, e para a Assistência social, talvez a solução seja essa. Com uma nova pessoa com a tutela, pode-se apostar em mudanças no contexto social desse casal, juntamente com o MP mais presente, como fiscalizador do caso.

Por fim, foi relatado que a promotoria solicitou o acionamento do Centro de Zoonoses para eliminar os animais da casa dos idosos, ação que o CRAS não concorda, pois alegam que não sabem o que isso pode ocasionar para os idosos, tendo em vista o grande apego do casal para com os animais.

Contudo, de acordo com a Assistência Social do CRAS “enquanto rede nós estamos trabalhando com a unidade, com as equipes, com a Secretaria Municipal de Serviços Urbanos, e Centro de Zoonoses para buscar a melhoria na qualidade de vida destes idosos”.

Invisibilidade do sujeito: o usuário à margem da rede de cuidados

Cuidar integralmente de uma pessoa, significa se responsabilizar, estabelecer vínculo, acolher o usuário em suas necessidades, ou problemas de saúde. É proporcionar acesso a toda forma de cuidado, seja ele preventivo, curativo ou de reabilitação.

Existe uma longa distância entre se ter várias instituições, cada uma fazendo o que lhe compete, mas não conversando sobre como conduzir as situações de risco, e um trabalho em rede. A pergunta que se faz é: Existe um trabalho multidisciplinar? Será que a rede de cuidados, está oferecendo de fato um atendimento integral?

Referências Bibliográficas

BONDUKI, N. “Política habitacional e inclusão social no Brasil: revisão histórica e novas perspectivas no governo Lula”. **Revista Eletrônica de Arquitetura**. Disponível em: http://www.usjt.br/arq.urb/sumario_01.html . Acesso em: 19 mai. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Dispositivos de Redes**. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/dispositivos-de-redes> . Acesso em: 19.mai. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário guia**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia>> . Acesso em: 18 mai. 2016.

Partejar – instituição e agir – redes conexas

Maria das Graças Alves Pereira
Analdemyra da Costa Moreira
Maria de Nazaré Nogueira Maia
Mária Zenaide de Souza Carvalho
Vera Lurdes Belo da Silva

A decisão de enfrentarmos nesta Pesquisa a rede/não-rede, Instituinte do Partejar, começou na experiência das equipes de Manaus e Belém, que viram para além das redes formais, uma rede cuidadora, ativíssima e ativista, cultural, protegida por tradições de ancestrais, e que, na nossa Amazônia longe... muito longe⁵⁰, não pôde ser desconstituída pela impossibilidade de instalação local de mecanismos formais do partejar. Parteiros tradicionais fazem partos em comunidades rurais, ribeirinhas, indígenas e quilombolas, protegidas pela imensidão amazônica. Da mesma forma, no Acre, encontramos indígenas (*huni-kuin*, na língua *kaxinawá*) não contatados pelos não-indígenas (*karius*), e também muitas comunidades da floresta, que chamamos de “florestanas”, onde práticas tradicionais no parto são mantidas intocadas, valorizadas e fortalecidas pela necessidade da vida!

“Florestana”: é a Pessoa/Comunidade que convive bem com a Floresta (Indígenas, ribeirinhos, seringueiros), com suas múltiplas culturas, linguagens, crenças e valores de convivência. O termo FLORESTANIA foi cunhado no primeiro Governo da Frente Popular do Acre (Jorge Viana, 1999 a 2002), para se referir aos povos que vivem na Floresta, em harmonia, num estado de conservação e sustentabilidade, valorizando o patrimônio material e imaterial. Atualmente, o termo é pouquíssimo utilizado, e o fazemos neste texto, em resgate e respeito da prática do partejar, tão natural e comum entre os povos florestanos.

Vale acrescentar que no Acre vivem 14 etnias de povos indígenas, e os seus partos, quase sempre, são feitos nas próprias aldeias, pelas parteiras locais. Temos municípios isolados por terra, e é preciso navegar por muitas curvas nos rios, para o acesso às sedes dos municípios, e às colocações isoladas. Aviões, só de pequeno porte, graças ao investimento de infraestrutura feito nos últimos 18 anos. São isolados os municípios: Santa Rosa do Purus, Jordão, Porto Walter e Marechal Thaumaturgo, sendo este, o nosso ponto de interesse pela organização das parteiras em uma Associação de Parteiras Tradicionais.

O município de Marechal Thaumaturgo fica a 557 km de Rio Branco, a estrada não chega. O aeroporto não recebe voos comerciais, e o fretamento de avião de Cruzeiro do Sul até lá, custa atualmente R\$ 5.000,00 – em aviões com cinco lugares. Mas a viagem fluvial – pelo Rio Juruá, que nasce nas montanhas do Peru e deságua no Amazonas – um rio que corre “de baixo pra cima” – ou será a representação de nosso planeta que está de cabeça pra baixo?

50 Longe, muito longe: Termo que Nicolás Heufmann, Prof. da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), usou inicialmente durante o Seminário RAC Norte (Belém-PA) – referenciando os vazios assistenciais da Região Norte – 24/07/2015”.

A RE-descoberta das parteiras (não indígenas) do Acre já havia acontecido, por iniciativa da pedagoga Concita Maia, atualmente Secretária de Estado de Políticas para Mulheres, que se tornou nesta pesquisa, uma companheira-pesquisadora e informante-chave. Trouxe a história desenvolvida na sua dissertação de Mestrado (OLIVEIRA, 2003), em que estudou a relação entre a demanda e oferta de trabalho das Parteiras Tradicionais de Marechal Thaumaturgo.

Concita pesquisou, viveu, afetou-se ao ponto de interferir em ato, ao ponto de mobilizar e participar da Criação da Associação de Parteiras Tradicionais da Floresta de Marechal Thaumaturgo. Sua relação com seu objeto de estudo transcendeu a relação de pesquisadora! In-mundizada, como define Abrahão *et al.* (2013) com seu objeto de pesquisa, que seriam as relações de trabalho, a pesquisadora transcendeu seu papel inicial, mergulhando cotidianamente na vida das parteiras, assim como se impregnou delas. Foi assim, com essa implicação demonstrada em afetos, que abriu as portas para o contato com nossas Parteiras-guias, que passaram a constituir uma equipe da RAC voltada para a Rede de Partejamento. As parteiras Tradicionais são reconhecidas pela comunidade acreana, e seu ofício do partejar é oficializado, na LEI n. 2.834, de 30 de dezembro de 2013, que Instituiu a Bolsa-Parteira no estado do Acre), com a interferência e militância de Concita.

Aqui no Norte, no Acre – “Minha Aldeia” (Souto e Maia, 1985), a Floresta ainda ganha do asfalto – em vida, diversidade, cores, odores, sentidos, em uma natural teimosia de renascer a vida; em lugares onde a solidão é a companhia, a simplicidade é o dia-a-dia e as crianças vêm para este mundo longe das tecnologias... duras (MEHRY; FEUERWERKER, 2009, p. 34). Lá-aqui, o cuidar da vida começa pelas mãos calosas, marcadas por tantos e incontáveis que-fazer; firmes, precisas e cuidadosas das Senhoras Parteiras, que trazem em suas valises a força-fraca, de quem vem para o encontro pronta a conhecer e valorizar o outro, como nos lembra Mendonça (2014).

Começo a narrativa, conversando com Concita Maia – Mulher, Militante, que participou desde o princípio da criação da Associação de Parteiras Tradicionais da Floresta de Marechal Thaumaturgo. Sua fala é considerada e confundida no agir-militante com o Movimento de Mulheres, militância na criação do Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia – MAMA, e movimento indígena (ela viveu na Aldeia).

Na conjuntura atual, a política de Estado que reconheceu as Parteiras em seu trabalho/arte/missão – como elas preferem colocar – passa pelo reconhecimento Institucional desse saber aprendido na experiência. De acordo com as Parteiras-pesquisadoras da RACRE – Rede de Avaliação Compartilhada no Acre, para grande parte delas, sua iniciação no Partejar aconteceu de forma inesperada, por necessidade de acudir alguém na hora do parto, e não ter outra pessoa por perto. A isso, explicam como “força do destino”.

Da necessidade de pegar alguém para a vida até a institucionalização, as parteiras precisam ser reconhecidas pela comunidade onde atuam, e cadastradas na Secretaria de Estado de Políticas para as Mulheres – SEPMULHERES e passar por uma capacitação no parto e na utilização do “kit parteira”. A capacitação é realizada por profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE, e o kit-parteira é doado pelo Ministério da Saúde, sob a supervisão da SESACRE. Uma das vantagens da criação da Associação, foi a proposta de abrir relacionamento institucional com

o Estado, elaborar e executar projetos, propor e receber financiamento, como o que tiveram acesso em 2001, através de projeto do MAMA que possibilitou a aquisição de pequenos barcos para seu deslocamento pelos rios, para cuidarem do pré-natal e parto das gestantes florestanas, ou para o seu transporte até a sede do município (facilitando uma eventual transferência para Cruzeiro do Sul, em caso de complicações no parto). Quem vive na floresta sabe valorizar este meio de transporte fluvial, que facilita a vida dos florestanos, aproxima comunidades e, no caso em questão, levava o cuidado e conhecimento para o interior da floresta.

Naquele ano, foram adquiridos por intermédio de um projeto de captação de recursos do MAMA, oito barcos pequenos e motores, para a distribuição entre os núcleos da Associação de Parteiros Tradicionais da Floresta de Marechal Thaumaturgo. Esses barcos ficavam sob a responsabilidade das “Parteiras Finas” (parteiras mais experientes, algumas letradas) dos Núcleos da Associação, assim definidos pela Fundação da Associação: (foram) 1. Núcleo Floresbelas; 2. Núcleo Boa Sorte; 3. Núcleo Floresta do Rio Juruá; 4. Núcleo Nova Vida; 5. Núcleo Heroínas; 6. Núcleo Foz da Floresta e 7. Núcleo Coração de Mãe.

Sete Barcos foram distribuídos entre os Núcleos (territorialização da atividade e responsabilidade de cada parteira-fina), e um ficou com a coordenação da associação. Os Núcleos foram distribuídos nos rios que banham Marechal Thaumaturgo: Amônia, Juruá (principal), Tejo, Bajé e Breu.

Além do MAMA, foram parceiros de primeira hora da Associação, a Prefeitura Municipal de Marechal Thaumaturgo e a Associação de Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá – ASAREAJ, que forneciam combustível para os deslocamentos das parteiras que acompanhavam os pré-natais e partejamentos. No caso de detecção de algum problema na gravidez, ou de risco para a mãe ou para o bebê, esses barcos eram imediatamente utilizados para transportar as mulheres para a sede do município, onde teriam acesso à maternidade ou até o deslocamento para Cruzeiro do Sul, cidade mais desenvolvida da Regional do Juruá.

A Associação também participou ativamente do processo de Instituição da Bolsa-Parteira, que deveria efetuar pagamento mensal às Parteiros dos municípios de difícil acesso (Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Jordão e Santa Rosa do Purus). Para o recebimento do valor estipulado em R\$ 250,00 mensais, as parteiras cadastradas pela Secretaria de Estado/Município de Saúde, deveriam passar por capacitação e atualização continuada, realizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE e receberiam o Kit-parteira. A cada 4 anos o cadastro deveria ser atualizado. Apesar de ter sido aprovada em 2013, a bolsa-parteira ainda não se tornou efetiva. Também as capacitações não têm sido frequentes, o que dificulta o trabalho da Parteiros no interior da Floresta. Algumas deixaram de participar da Associação, pela dificuldade de apoio, após a institucionalização e captura governamental do movimento natural. Nesse movimento, surge uma pergunta: se a rede informal é sustentável, autônoma, solidária e produz vida, vale a pena o reconhecimento formal, se isso implica na captura e regulamentação que a transforma em Rede Formal Instituída?

Uma ação decorrente da Pesquisa RAC (em ato), foi um encontro das parteiras com a Vice-Governadora do Acre, durante a viagem das parteiras para participar do

I Encontro Nacional de Parteiras Tradicionais da Rede Unida, em Cuiabá. No aeroporto de Brasília, a Vice-Governadora atendeu às Parteiras, acolhendo suas demandas quanto à entrega dos kits-parteira, que estavam na SESACRE. No retorno ao Acre, a Vice-Governadora envidou esforços junto à SEPMULHERES e SESACRE, e a Secretaria de Saúde realizou, de 31 de maio a 02 de junho, a “Oficina de troca de saberes entre parteiras tradicionais do Juruá”, com a entrega dos kits.

Enquanto isso, as parteiras seguem trazendo a vida humana ao interior de nossa Floresta, e as Parteiras-Pesquisadoras provocam ações, incitam movimentos, reúnem-se e passam a contar suas histórias, com um brilho extra de protagonismo e empoderamento fantástico. Acreditam que a rede cegonha não pode prescindir da Rede de cuidados que elas fazem.

Ao invés do desgaste, sentido há poucos meses, na fala delas agora transborda a esperança! Mais que isso! A consciência do empoderamento de cada uma e todas juntas! A sua força é a “força-fracá”. Seu grito de visibilidade é recheado de narrativas e sentimentos de uma intensidade imensurável que não pode ser relatada, nem narrada, porque é somente SENTIDA. Seu vigor atravessa rios, charcos, lagos e florestas, onde os sentimentos se confundem. Cada parteira traz em si histórias de uma vida própria bastante carregada de dores, rancores, que são superados de longe pela vida que produzem no partejar.

O orgulho com que relatam as etapas mais difíceis, os momentos em que se valem dos mais inesperados arranjos, para cuidarem das vidas, nos lugares onde vão. Onde a companhia é a solidão, mesmo que cada uma, conforme Merhy (2014), seja uma multidão.

De longe muito longe!

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P.; SILVA, E.; VIANNA, L. “O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. **Lugar Comum** (UFRJ), v. 39, p. 133-144, 2013.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

MENDONÇA, P. E. X. **Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas Trabalho**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.

MERHY, E. E. **Como nascem as redes de cuidado em saúde. O caso Magda que não é um caso. Multiplicidade existencial, rede viva**. Texto para animar a mesa-ativadora do debate sobre Redes Vivas e as pesquisas dos Observatórios - Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ / UFF / USP – 2014.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M. “Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea”. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

OLIVEIRA, M. C. M. **Relação entre Demanda e Oferta de Trabalho da Categoria de Parteiras Tradicionais da Floresta Amazônica, Município de Mal. Thaumaturgo, reserva extrativista do Alto Juruá, Acre-Br**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SOUTO,S; MAIA, A. **Minha Aldeia**. Sinhá Moça trilha sonora [CD]. Rio de Janeiro, 1986.

UBS Maria de Jesus Andrade: tecendo rede de cuidados comuns no território

Eufrasia Santos Cadorin
Lucélia da Cunha Trivelato
Valgerlângela Maria Sousa da Silva
Maria das Graças Alves Pereira

Iniciamos narrando um pouco de uma história da Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus Andrade (UBS Maria de Jesus) que é conhecida popularmente como “Posto do Taquari”. A unidade recebe o nome de PSF Taquari quando inaugurada no ano de 1995 por localizar-se no bairro do mesmo nome. Foi pioneira na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Rio Branco, com outras 05 Unidades, que tinham como referência o Centro de Saúde Dr^a Claudia Vitorino atual Unidade de Referência da Atenção Primária (URAP). O território (do Centro de Saúde e as 06 Unidades de saúde da Família) foi piloto no município de Rio Branco em 1995, quando a Gestão Municipal faz a opção por assumir a atenção básica com a criação de unidades próprias, propondo a reorganização do modelo de atenção à saúde na Atenção Primária. O modelo de saúde ofertado nos centros de saúde que estavam sob gestão estadual, tinha como foco a assistência curativa e o modelo biomédico, reforçando a fragmentação do cuidado. Apesar do processo de municipalização ter iniciado no País com a criação do Sistema Único de Saúde no ano de 1988 que tem como um de seus princípios organizativos a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, no Estado do Acre o processo de descentralização da gestão da atenção básica começou em 2001 (LEAL, CADORIN, ANGEL, *et. al.* 2013, p. 121-122), quando a Secretaria de Estado de Saúde iniciou o repasse das Unidades Básicas de Saúde para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 2001, por meio do Convênio nº 015/2001 – firmado entre as Secretarias Estadual de Saúde e Municipal de Rio Branco, foram descentralizados 07 Centros de Saúde, processo continuado em 2003 com o Convênio nº 06/2003, quando foram descentralizados mais 04 Centros e 18 Unidades de Saúde da Família, dentre estas a do Bairro Taquari, a USF Taquari II. No mesmo ano, foram implantadas novas equipes, com incentivo do Programa de Expansão do Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde e o bairro recebeu mais uma unidade, a USF Taquari III, em decorrência do aumento populacional existente na área (LEAL, CADORIN, ANGEL, *et. al.* 2013, p. 128).

O Bairro Taquari recebeu esse nome em homenagem ao primeiro avião a chegar no Acre, em 1936. A área foi ocupada em 1981 e sua ocupação iniciou devido aos movimentos socioeconômicos da década de 70. Naquela época os governos Federal e Estadual implantaram diversos programas de desenvolvimento econômico que visavam substituir a tradicional atividade extrativa da borracha pela pecuária, diminuindo os financiamentos que eram concedidos aos seringais e criando incentivos para empresários do sul do país, para que montassem fazendas de gado na região (LERNER, 2009). Nesse movimento, chegaram “os paulistas” (como ficaram conhecidos os

migrantes do Sudeste e Sul do País) que implantaram grandes fazendas de criação de gado, iniciando o processo de derrubada das Florestas e, conseqüentemente, o êxodo dos seringueiros, para a capital. Começaram as invasões (as favelas no Acre), em terrenos da periferia por parte dos seringueiros que não tinham mais trabalho. Sem escolarização e sem experiência em outras atividades, os ex-seringueiros, que antes viviam em “colocações” – grandes áreas de floresta, onde extraíam látex, onde faziam a agricultura de subsistência – passaram a ocupar postos de trabalho não-qualificados, vivendo em casas de invasões, apertadas, com família numerosa – na maioria das vezes. Grande parte dos ex-seringueiros, vivenciou a decadência da subsistência, falta de políticas públicas que mitigassem suas condições. Acabaram por ocupar subempregos, aderir ao alcoolismo e outras condições sociais adversas às que conheciam nos seringais (SILVA, 1998. p. 32). A invasão e formação do bairro do Taquari se deram como parte deste mesmo movimento e em 1986 este bairro já era uma das principais áreas de invasão da cidade.

Em fevereiro de 2014, uma nova forma de organização foi proposta no território, agora em uma UBS Porte II, comportando as 03 Equipes de Saúde da Família (eSF) que até então funcionavam em unidades separadas e recebeu o nome de UBS Maria de Jesus Andrade, nome escolhido pela comunidade em homenagem a uma moradora antiga do bairro, do movimento da Igreja Católica que fazia obras sociais utilizando os programas da extinta Legião Brasileira de Assistência (LBA), doação de enxovais para as mulheres grávidas, cursos de corte, costura e bordado, além de festas comemorativas para a comunidade.

Segundo a coordenadora administrativa J. A., responsável pela coordenação das três equipes, o território do Bairro Taquari, reduziu no ano de 2015. Sendo uma área de grande invasão caracteristicamente alagadiça, sofreu com a maior enchente dos últimos 100 anos, que atingiu o município, quando todo o bairro ficou “embaixo d’água” e após essa enchente, algumas famílias foram contempladas com casas em um novo conjunto residencial – Cidade do Povo, entregues no final do ano – distante da zona urbana atual de Rio Branco.

Após a saída das famílias, um novo mapeamento foi realizado pelos ACS’s e atualmente o território é formado por 18 microáreas, a ESF Maria de Jesus I tem em seu território 05 microáreas, com 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Médico, 01 Enfermeiro que é o coordenador assistencial da equipe, 01 Técnico de Enfermagem (TE), 01 Cirurgião Dentista (CD) e 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Na ESF Maria de Jesus II são 07 microáreas com 07 ACS, 01 médico, 01 enfermeiro que também é o coordenador assistencial da equipe e 01 TE. A ESF Maria de Jesus III conta com 06 microáreas, com 06 ACS, 01 médico, 01 enfermeiro que também é o coordenador assistencial da equipe e 01 TE. A equipe de saúde bucal, apesar de vinculada à equipe Maria de Jesus I, atende a população das 03 unidades, priorizando nas ações preventivas para a população das 03 áreas e o atendimento curativo para a ESF Maria de Jesus I.

Os serviços oferecidos na unidade são ações comuns propostas na Política Nacional de Atenção Básica, consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, atividades em grupos por ciclos de vida, educação em saúde, visitas domiciliares e outras,

assumindo formas e jeitos peculiares à demanda do território. Cada equipe, organiza seu processo de trabalho, cotidianamente de acordo com as demandas, porém movidos por um sentimento de solidariedade, compartilhando situações e vivências que afetam os profissionais da UBS, sendo que alguns casos são “famosos” nas 03 equipes.

As consultas médicas são agendadas diariamente no período da tarde com oferta de 36 consultas para os 03 médicos do Programa Mais Médicos que atuam na UBS; sendo 12 consultas agendadas e 02 consultas para as urgências por médico, no período da manhã. A tarde as consultas são destinadas às urgências e retornos. A agenda é organizada por J. A. que faz a “triagem”, conforme a mesma denominou no início da conversa. No decorrer de sua narrativa, percebemos que a seu modo ela faz o acolhimento e a escuta, fazendo os encaminhamentos necessários para cada usuário, porém o que a entristece, segundo ela, é que esse movimento ainda não foi reconhecido por todos os profissionais das equipes como um jeito de acolher e organizar a demanda de forma mais resolutiva, mas sente que isso vai acontecer gradativamente, pois alguns já manifestam para esse modo de fazer, um outro olhar.

Durante os seis primeiros meses, após a reinauguração da unidade, as consultas eram oferecidas por demanda livre, quando a equipe observou que 90% dos atendimentos eram de usuários “fora de área” que chegavam à unidade a 1h da madrugada para conseguir a “ficha”. Ao observar a situação, a equipe tomou a decisão de organizar as consultas a partir do acolhimento, garantindo igualdade de oportunidades aos usuários da área, sem excluir os “fora de área”, que tiveram a demanda reduzida, pela opção destes de ir em busca de unidades que atendem por demanda livre. A população ainda oferece resistência a essa organização, pois de acordo com a coordenadora, várias são as queixas na caixa de sugestões, com críticas ao agendamento, porém a opinião não é unanimidade entre os usuários, pois muitos já demonstraram que o agendamento atende as necessidades.

Durante um dos encontros, o telefone da unidade toca e é solicitado que a equipe localize uma usuária que teve o resultado do seu preventivo de câncer de colo de útero (PCCU) alterado. J. A. relatou que nessas situações, rapidamente é realizada a busca ativa da usuária, com seu agendamento para a unidade de referência e acompanhamento pela enfermeira da equipe. Nesse momento, perguntamos sobre a agenda para o PCCU na unidade, e a mesma informou que a demanda para o exame é livre, durante todo o horário de atendimento da unidade e quando a enfermeira da área de abrangência da usuária não está disponível, a enfermeira de outra equipe realiza o atendimento. Essa rede solidária, foi pensada para que as equipes possam garantir a cobertura de 75% de exames realizados na população alvo, indicador pactuado com a área de saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde.

A UBS tem como referência para as especialidades básicas a URAP Cláudia Victorino, responsável também pela regulação, ou seja, pelos agendamentos para a média e alta complexidade, via central de regulação on-line. Na avaliação da coordenadora o vínculo entre as equipes das duas unidades é frágil e é comum haver usuários que não conseguem atendimento médico na URAP, com clínico geral, “descerem” até a UBS Maria de Jesus, sendo atendidos como “Fora de Área”. A coordenadora relata: “às vezes, nós é que somos referência para a URAP”.

As equipes da UBS contam também, em sua área de abrangência, com o apoio do Núcleo de Saúde da Família (Nasf), implantado no município em 2012, mas que iniciou seu matriciamento em 2015, com referência nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, assistência social, ginecologia e psicologia. A equipe do Nasf e das UBS em parceria com a Área Técnica de Saúde Mental, com o objetivo de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, inicia no território, visitas compartilhadas com médico da ESF, psiquiatra e psicólogo do Nasf para estudo de casos na área. O território do Taquari, característico como um bairro com alto índice de violência, tem um número significativo de usuários com transtornos mentais associados ou não ao uso de álcool e outras drogas. A ideia que envolve a consulta compartilhada, é ofertar à ESF, as ferramentas necessárias para o cuidado dessa população, no território. J. A. relata um caso de uma usuária que teve um filho assassinado e outro preso que saiu de um quadro depressivo após acompanhamento pelo médico da ESF. Segundo a mesma “é frequente o retorno dos usuários que depositam na caixa de sugestões, bilhete agradecendo pelo médico ter um olhar diferenciado. Às vezes, as pessoas vêm à unidade, conversam, choram, se sentem aliviados e vão embora.”

Outro relato da coordenadora que chama atenção, é de uma usuária que durante três semanas, buscou a unidade para atendimento ao seu bebê com febre. Durante umas dessas idas à unidade, uma funcionária em sua fala “insinuou que a mãe não cuidava de seu filho”. A mãe ficou muito triste e começou a chorar, quando a coordenadora a chamou para conversar na sala e a mesma, chorando muito disse que não trabalha, vive com a renda do Programa Bolsa Família, tem 05 filhos e está recém separada. Nesse momento a abraçou, movida pelo sentimento de empatia e afetividade que a envolveu na conversa. Após esse momento, a mãe saiu da unidade, com a criança, se sentindo mais aliviada”. Após o ocorrido, foi realizada uma conversa entre a equipe, para que tais situações não mais acontecessem.

Por ser um bairro com alto índice de violência, segundo fontes da Secretaria de Segurança Pública do Acre, Taquari figura dentre os dois bairros mais violentos da cidade. Junto com o Bairro Calafate, as equipes foram convidadas a participar do Programa Comunidade Segura, desenvolvido pela Secretaria de Segurança do Estado, envolvendo as áreas da educação, saúde, cultura, esporte, lazer, juventude, assistência social e outras entidades governamentais e não governamentais, para Promoção da Cultura da Paz, com ações de caráter preventivo voltadas para a comunidade em situação de risco. O programa envolve principalmente a comunidade na identificação dos problemas e propostas de intervenção envolvendo todas as áreas. As ESF ao conhecerem a proposta, abraçaram a ideia e atuam como protagonistas, liderando o processo com os parceiros.

Ao conhecer a proposta da Rede de Avaliação compartilhada (RAC) onde “avalia quem pede, quem faz e quem usa”, a equipe sentiu nesse movimento a possibilidade de ser apoiada em seu cotidiano nas situações consideradas por estes como “complicadas”. Quando solicitados pela equipe de “pesquisadores” que identificassem um usuário que mobiliza a equipe, os profissionais das 03 equipes foram unânimes em indicar Dona Regina, uma idosa usuária que vive com o esposo também idoso e apresenta hipertensão e diabetes. É usuária antiga da primeira unidade e conhecida

por fazer “confusão” a cada procura ao serviço, exigindo atendimento sempre na hora que chega e reclamando do mau atendimento que a equipe oferece. Além disso, é uma usuária que não consegue manter a taxa de glicose controlada por não seguir as recomendações da equipe de saúde.

No segundo encontro na UBS para escolha do usuário-guia, o qual “será como uma cartografia dos encontros em torno da produção de cuidado” (EPS EM MOVIMENTO, 2014), os profissionais optaram por escolher um usuário por equipe de Saúde da Família, pois segundo estes em cada território é possível encontrar uma situação mobilizadora que os afeta por não oferecer o cuidado desejado e sentem que a pesquisa pode contribuir com a análise das redes tecidas no cotidiano. Na roda de conversa, os profissionais falaram brevemente do incômodo que cada história causa à equipe e os desconfortos que os desafiam para o cuidado sonhado para cada usuário. Na roda os profissionais se perguntaram: o que leva a não adesão ao tratamento “ideal” proposto pela equipe? O que leva o usuário a buscar o serviço semanalmente? Como podemos ajudar a usuária de 25 anos que já tem 05 filhos e o marido não aceita o planejamento familiar? Essas e outras questões foram socializadas na roda, um lugar comum, onde não houve delimitação de território para o cuidado, todos compartilharam angústias, afetos e sentidos que os movem. Foi a partir destes desconfortos, que as redes de cuidados pré-existentes começaram a se colocar em análise passando a perceber novas ressignificações e assim tecer novas redes no território afetivo comum às três equipes de saúde da família.

Referências Bibliográficas

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário guia**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia>>. Acesso em: 18 mai. 2016.

LEAL, O.; CADORIN, E.; ANGEL, D.; *et. al.* “O percurso da saúde pública em Rio Branco: de sede do departamento do Alto Acre à capital do Estado do Acre”. *In*: Pinheiro R, Silveira R, Lofego J, Leal O, Guizard FL (Org.). **Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco – Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2013.

LERNER J. “**A maior atração de uma cidade é seus moradores.**” 2009. Rio Branco-Ac - Regional I. Disponível em: <http://planejurb.blogspot.com.br/2009/04/regional-i-rio-branco-ac.html> [acesso em: 07 mai. 2016].

SILVA, F.C.S. **Uma Escola na Floresta: O lugar da tecnologia educacional na proposta pedagógica do CTA**. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 1998.

Implicações no cuidado mediadas pela postura de que “nem toda a vida vale a pena”: colocando em análise o trabalho em uma UPA

Isaac Linhares de Oliveira
Juliana Sampaio
Thayane Pereira da Silva Ferreira
Ricardo de Sousa Soares
Luciano Bezerra Gomes
Thatiany Monteiro Coelho
Roberta Barros de Almeida

‘A conversa foi bruscamente interrompida pela entrada apressada do médico plantonista na sala. Ele estava bastante preocupado com uma moça de 20 e poucos anos que estava há quase um dia internada na ‘ala amarela’. Ele havia enviado pelo Whatsapp uma radiografia de tórax da moça para sua filha cirurgiã que morava longe e o diagnóstico de ‘pneumotórax espontâneo’ acabava de chegar por mensagem. ‘Corra e ligue urgente para o Trauma! Precisamos transferir a senhorita para uma drenagem de tórax. O pulmão está cheio de ar e o coração dela pode parar a qualquer momento!’. ‘É grave assim?’ (Interpela uma colega). ‘É! Vou voltar agora para enfermaria. Vá lá, me avisar quando o médico do Trauma estiver ao telefone.’ ‘E as transferências das senhorinhas com pneumonia, Doutor? Acabei de conseguir uma vaga no hospital de referência que pode servir pra uma delas.’ ‘Depois a gente vê isso! Ela é mais urgente!’ E saiu da sala bruscamente como entrou. A outra profissional começava a discar o número do Hospital de Trauma e confessou assim que sentiu que o médico estava longe: ‘Isso me revolta, sabe? Essa moça não merece preocupação de ninguém. Ela quer morrer. Sei que ela não tem amor à própria vida porque é usuária de droga. Não sei o porquê do médico se preocupar tanto. As velhinhas da amarela é que mereciam atenção. Elas não usam drogas. Têm amor e lutam pela própria vida. Passei a manhã toda e o começo da tarde tentando vagas pra elas e quando consigo o médico nem dá atenção e fica preocupado com essa drogada!’ (Diário de campo de um pesquisador da RAC)

Estamos acompanhando a produção de cuidado nos serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de um município paraibano. A narrativa acima é fruto de um diário de campo compartilhado por um coletivo de pesquisadores mergulhados numa das duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) existentes na cidade. Localizado num bairro nobre que é rodeado por comunidades pobres, o serviço, quase sempre abarrotado de usuários nas alas verde, amarela e vermelha, possibilitou a visibilidade de diversas tensões, disputas e arranjos próprios dessa rede de atenção à saúde.

Essa visibilidade só foi possível graças a in-mundização dos pesquisadores que acompanharam semanalmente, entre março e julho de 2016, em períodos de quatro horas semanais, os processos de trabalho de diversos setores do serviço como a recep-

ção, a classificação de risco, o serviço social, a sala de observação e a direção técnico-administrativa. Tiveram vivências ricas e potentes que foram sendo escritas no diário de campo e processualmente discutidas e elaboradas em reuniões com duas gestoras e uma enfermeira chefe do serviço, que se tornaram também pesquisadoras envolvidas na fabricação e processamento das análises aqui apresentadas.

Uma das questões que perpassou essas reuniões do coletivo de pesquisadores foi como, às vezes, a forma de cuidado que era produzido pelos trabalhadores do serviço dependia fundamentalmente da avaliação moral que estes faziam do valor da vida do usuário. Problemática que foi visibilizada pela narrativa que abre este texto e que contrastava bastante com a escolha ético-política de outros trabalhadores do mesmo serviço que partiam da premissa de que “todas as vidas valem a pena” (MERHY, 2012).

Neste texto buscamos visibilizar e refletir sobre essas duas diferentes escolhas: a de que “todas as vidas valem a pena” e a de que “algumas vidas valem mais a pena do que outras”. Acreditamos que elas são determinadas pelas distintas experiências de vida e racionalidades dos profissionais de saúde e que elas podem ser percebidas nas posturas e sentimentos como a raiva, o desprezo, a compaixão e a empatia que brotam nos seus encontros com os usuários.

“Todas as vidas valem a pena”, mas umas valem mais a pena que outras...

Para Merhy (2002), ao contrário de outros tipos de trabalho, a saúde é somente produzida em ato. O cuidado só é possível no encontro de, pelo menos, duas pessoas. Não é possível que o trabalhador de saúde o produza sem a presença e a implicação de quem é cuidado. “Cuidar” é sempre cuidar de alguém ou de alguma coisa, não se cuida em abstrato, há sempre direcionalidade, é um verbo transitivo.

Compreender essa direcionalidade é importante para entendermos que cada trabalhador produz diferentes formas de cuidado para distintos usuários, em distintos tipos de encontros. A escolha que ele pode fazer inclusive, nesses encontros, pode ser a de não produzir cuidado, se sua postura ético-política for a de que algumas vidas não valem a pena ou de que algumas vidas valem mais a pena do que outras.

Essa tensão é visível nas disputas e escolhas de projetos de cuidado para a “usuária de drogas” de “vinte e poucos anos” feitas pelo médico plantonista e por sua colega de trabalho. Ele, orientado provavelmente pela racionalidade biomédica e guiado pela visibilidade do corpo biológico da “moça de vinte e poucos” com “pneumotórax hipertensivo” tencionou a urgência na transferência para um serviço de referência, porque o “coração dela [podia] parar a qualquer momento”. A necessidade dela, para ele, passava a frente das “senhorinhas com pneumonia” que tinham um quadro estável. Para ele, a urgência e o risco de morte foi mais relevante naquele momento do que os demais atributos socioculturais da usuária.

Já sua colega de trabalho se orientava por um outro viés regulado pelo valor de que usuários de droga “não têm amor à própria vida”, e que, portanto, a vida que valia mais a pena era a das senhorinhas que enfrentavam o quadro de pneumonia, e tinham o peso de várias décadas vividas. Elas “mereciam atenção” da equipe de saúde, independente do prognóstico, da “urgência” biológica. A vontade de viver, em sua análise, passava na frente de tudo.

Não se trata aqui de julgar as afecções que cada usuário produz nos diferentes profissionais, mas sim seus efeitos na produção do cuidado. É importante colocar, também, que a narrativa não é um fato isolado, nem um momento representativo de todo cuidado produzido na UPA. Ela é apenas um analisador que nos permite visibilizar certas tensões e conflitos importantes para se refletir sobre determinados agires em saúde. Este analisador permitiu dar visibilidade ao fato de que, mesmo numa rede onde há forte presença de tecnologias duras e leve-duras, como a RUE, é possível produzir fugas de “protocolos” e visibilidades outras, para além daquelas validadas pelo saber biomédico moderno.

Nestes movimentos de invenção do trabalho vivo, que muitas vezes transgridem as regras instituídas, foi possível dar visibilidade a outros movimentos de produção de cuidado na UPA que não passavam pela execução do trabalho protocolar. Uma cena, tomada como analisadora, retrata uma usuária de classe média, proprietária de um apartamento próximo à UPA, que é acolhida pela equipe de saúde várias noites por semana para dormir no serviço, pois tem medo da solidão de sua residência. Em outra cena, é possível visibilizar aquela mesma profissional que defendera a transferência das senhorinhas, embora se queixando da sobrecarga de trabalho, fazer algumas ligações telefônicas para um senhor que deseja avisar em sua casa que está bem e comunicar ao dentista de sua neta que eles iriam se atrasar.

Microfascismos no Agir em Saúde

Poderíamos aqui listar várias outras cenas em que podemos dar visibilidade ao movimento de seleção nos modos de cuidado das pessoas, muitas vezes, como expressão de microfascismos (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010). Isso não nos parece novidade, nem mesmo uma especificidade da UPA ou da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Contudo, somos impelidos a apontar tal modo de produzir cuidado, colocando em debate algumas questões: 1) Desconsiderar o valor de uma vida não implica em desconsiderar o valor de todas as vidas, nem a impossibilidade de um trabalhador produzir cuidado, mas sim de produzir cuidado para algumas pessoas; 2) Esta desvalorização de certas vidas tem a ver tanto com as experiências de vida e racionalidades de cada profissional, quanto com as afecções que são atualizadas a cada encontro com os usuários; 3) Assim, não é possível se ater apenas às questões concretas das condições e processos de trabalho, sem considerar os regimes de verdade e os modos de subjetivação dos sujeitos implicados na produção do cuidado.

Isso nos remete, assim, à problematização sobre como lidar com esses modos de produção do cuidado. Nas reuniões de processamento do vivido entre os pesquisadores, pudemos visibilizar essas situações, provocar reflexões e instigar olhares para certas posturas que impactavam no cuidado em saúde produzido na UPA.

Esses espaços reflexivos, antes escassos no dia a dia do serviço, se mostram cada vez mais como uma interferência da pesquisa e como fundamentais para a produção de novos modos de gestar uma clínica mais cidadã, ou seja, que garanta cuidado a todos e saúde como direito social e não como uma benesse que se oferta a quem “merece”.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Volume 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido”. *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. DE (Eds.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21–45.

_____. “O cuidado é um acontecimento e não um ato”. *In*: **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2006. p. 69–78.

_____. “Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades.” **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, June 2012.

MERHY, E. E; FEUERWERKER L. C. M; GOMES, M. P. C. “Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. *In*: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 60-75.

Apagando incêndios – desafios do cotidiano do trabalho em saúde mental: uma panorâmica de nossa vivência compartilhada numa RAPS em São Paulo-SP

Heloisa Elaine dos Santos
Katia Muniz Amirat
Angela Aparecida Capozzolo
Paula Monteiro de Siqueira
Livia Vilela Martins
Ricardo Santoro
Marcia Ramos
Marília Cristina Prado Louvison
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

*“Tem que cativar você para cuidar de você, não é só socar remédio.
Isso aqui é saúde, não é indústria”*

(fala de usuário da RAPS)

Um dos desafios postos às equipes que trabalham em serviços de saúde mental é o cuidado longitudinal em liberdade e com autonomia, consoante com a perspectiva da Luta Antimanicomial, visto que, num passado próximo, essas pessoas eram subtraídas de seus direitos de liberdade e de respeito à sua condição humana de fazer escolhas sobre seus modos de andar a vida, sendo apartadas da sociedade em instituições manicomiais.

A criação e a implantação de serviços substitutivos ao modelo asilar em Saúde Mental, que configuram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são uma aposta na integralidade da atenção às pessoas com transtorno mental e este modo de produção do cuidado só é possível, entre outros elementos, com a articulação dos diferentes equipamentos que compõem essa rede (BRASIL, 2005).

Esta articulação exige o fortalecimento cotidiano de diversificadas ações para ampliar as possibilidades de conexão entre os diferentes serviços, criar espaços de encontros e discussão que incluam trabalhadores, usuários e diferentes atores sociais, conforme o caso.

Esforços neste sentido foram vividos pelos pesquisadores da Rede de Avaliação Compartilhada em conjunto com trabalhadores e usuários da RAPS que foram convidados a serem também pesquisadores, refletindo sobre as práticas e produção de cuidado em Saúde Mental, em um território sob a gestão de uma supervisão de saúde da cidade de São Paulo.

A fala do usuário em destaque no início do texto é analisadora do cotidiano de trabalho em saúde mental, evidenciando a necessidade da criação de vínculos que favoreçam o cuidado e possibilitem a escuta da diversidade de demandas a serem contempladas na construção de projetos singulares de cuidado.

O processo de trabalho em saúde envolve diversas tecnologias, porém, a produção do cuidado evoca prioritariamente as tecnologias leves, aquelas acionadas nos encontros, nos espaços de conversação (AYRES, 2004; MERHY, 2014), traduzidas de maneira muito sensível na fala do usuário por “cativar”. Conquistar e cuidar, respeitando as necessidades de saúde de cada pessoa, aproxima-se mais de uma arte do que da “indústria”, ou seja, não dá para fabricar soluções em massa para questões e necessidades singulares.

A partir de nossa experiência compartilhada, interrogamos se, com o conjunto de ofertas produzidas na RAPS, não estamos endereçando principalmente uma estabilidade clínica ao invés de perseguirmos a produção de mais potência de vida.

Com os medicamentos e as ofertas habituais dos CAPS, alguns usuários atingem um estágio de “estabilidade”, ou seja, estão respondendo bem e experimentam certo grau de autonomia que lhes permite algum nível de inserção social, seja nas atividades ofertadas pela RAPS ou no convívio familiar e social. Entretanto, neste estágio de estabilidade, que não é homogêneo, alguns usuários embora não façam crises, também não têm uma circulação e inserção muito ampla. Podemos citar como exemplo, os usuários que fazem uso adequado da medicação, frequentam oficinas no CAPS e no Centro de Convivência (CECCO), mas não têm autonomia para enfrentar outras atividades que não contem com a mediação dos trabalhadores e dos serviços da RAPS.

A atenção à crise e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) são importantes ferramentas para a produção do cuidado na RAPS e atravessam diversas discussões de casos, seja internamente aos serviços ou em outros espaços da rede. Notadamente, devido à grande demanda e à escassez de recursos, grande parte do investimento diário dos trabalhadores é consumida na atenção à crise de diferentes usuários.

No território em que foi realizada a pesquisa há um CAPS II, um CAPS AD, um CAPS IJ e um CECCO, para um total de 620.000 moradores, o que tem implicações para a produção do cuidado em Saúde Mental, como explicita este trabalhador:

“A gente vive apagando incêndio e os casos mais estabilizados não nos debruçamos...” (Fala de trabalhador).

Esta fala é analisadora de desafios do cotidiano de trabalho em Saúde Mental na perspectiva de se produzir cuidado, favorecendo a ampliação da autonomia dos usuários em regime de co-responsabilização. Esta, aliás, é uma questão que comporta uma dobra e que é atravessada por diferentes forças.

Apesar das dificuldades, discussões de casos trazem frequentemente a questão da autonomia dos usuários e suas famílias como algo desejável e que poderia ser feito por meio da participação ativa dessas pessoas na produção do cuidado em saúde mental, ou seja, participarem da elaboração dos objetivos a serem alcançados por meio do PTS e dos modos como serão produzidos. Mas o que nos incomoda pode ser traduzido assim: avançamos nesse movimento de interrogar possibilidades e limites quando fora das situações de crise?

Ou, por outro lado, quando os usuários e suas famílias não aderem às propostas feitas pelas equipes de saúde mental, muitas vezes essa recusa é entendida como uma forma de exercerem sua autonomia sem colocar em análise se as ofertas contemplam suas demandas e necessidades. Por exemplo, um usuário que não terminou os estudos, porém não quer frequentar uma turma de Educação de Jovens e Adultos, é alguém que exerce sua autonomia de não querer estudar, ou uma pessoa que não teria suas necessidades atendidas por este modelo de ensino-aprendizagem? Outros exemplos de incompatibilidade entre as possibilidades de ofertas e as necessidades dos usuários poderiam ser elencados, envolvendo a oferta de atividades nos serviços, a inserção no mercado de trabalho, relacionamentos interpessoais etc.

Como colocar estas relações em análise, interrogando a cada momento as apostas das equipes, trabalhadores, usuários e suas famílias? Pensamos que seria importante se ter a perspectiva de incluir os projetos de felicidade dos usuários (AYRES, 2004) nessa perspectiva terapêutica e não nos sentimos fazendo isso!

A discussão frequente, reavaliando os PTS, seria suficiente para avançarmos nesse sentido? Pensamos que os espaços de encontro são potentes para colocar a produção do cuidado em análise, devendo para isso, haver a circularidade da palavra em relações horizontalizadas e a desnaturalização de certos conceitos universais que promovem a reedição de velhas práticas manicomialis. Mas estamos nos interrogando efetivamente?

Amarante (1999), discutindo os modelos substitutivos ao modelo asilar, já apontava para a necessidade de se colocar em discussão os novos modos de produzir cuidado em saúde mental sob o risco de poderem vir a produzir novos mecanismos de controle e patologização da vida.

Vivenciamos também outros tipos de desconforto relacionados com a própria produção de redes. Os processos são incipientes, construídos em regime de sobrecarga de trabalho em função da cobertura limitada, como já mencionado. E há imensas dificuldades por exemplo em relação ao trabalho com as unidades básicas de saúde. Aqui em São Paulo, na nossa experiência e em nossos territórios, a loucura ainda não cabe na AB, embora esforços para facilitar esta inserção estejam sendo realizados.

Sabemos ser possível pensar num cuidado compartilhado entre os CAPS e os serviços de Atenção Básica, tanto as Equipes de Saúde da Família como as de Consultório na Rua, inclusive há diversas experiências pelo território nacional. No entanto, o que vivenciamos são dificuldades importantes para acolher, abordar e manejar o cuidado do portador de transtorno mental. Dificuldades mesmo no contato com a loucura.

Iniciativas das equipes do CAPS em promover uma articulação com as equipes de AB foram identificadas, tais como discussão de casos, atendimentos conjuntos e visitas domiciliares, porém é um processo complexo que exige pensar, inventar, avaliar e rever ações. Por outro lado, assumir este cuidado, se implicar com este usuário, construir vínculos que possibilitem o manejo dentro da UBS, responsabilizando-se por isso, pode gerar uma sobrecarga para os trabalhadores que toparam:

“...aqueles que são mais disponíveis para o cuidado de pessoas com problemas de saúde mental em geral se sobrecarregam, pois viram referência para os casos que ninguém quer atender/assumir” (Fala de trabalhador).

Mudar esse tipo de produção exige tempo, articulação e enfrentamentos diversos dentro de uma rede com muitas demandas e número reduzido de serviços para atendê-las, com muitas fragilidades, e poucas ofertas e recursos. Sentimo-nos assim com poucas alternativas para o cuidado em Saúde Mental que não sejam no âmbito do próprio CAPS.

Um outro atravessamento importante vivido durante o período em que acompanhamos a produção da RAPS neste território foi produzido pela mudança da Organização Social que administrava o CAPS II. Essa mudança resultou na troca de quase todos os profissionais da equipe, causando uma ruptura nos processos de trabalho e na articulação de rede, além da quebra dos vínculos com os usuários do CAPS.

Foi um processo doloroso. Ao menos houve espaço para elaboração das perdas sofridas por trabalhadores (os que partiam e os que chegaram) e pelos usuários (que tiveram que viver uma dura transição; alguns se afastando, outros entrando em crise, outros sustentando a nova construção).

Mas também participamos de uma iniciativa de fortalecimento da rede: os “Microterritórios”. São encontros mensais entre CAPS II, CAPS AD, CAPS IJ, CECCO, UBS, equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASE, Consultórios na Rua, Rede de Proteção à Criança e Adolescência, Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS, SEAS, Centros de Acolhida, profissionais da defensoria pública, entre outros. Essas reuniões são espaços em que, a partir dos múltiplos olhares e possibilidades para um caso, se definem processos de cuidados e se constroem PTSs ampliados.

Nesses encontros tem sido possível a troca de saberes e a manifestação das fragilidades e potências dos trabalhadores e das equipes. As reuniões de Microterritório configuram um espaço em que trabalhadores recriam suas práticas, não sem alguns enfrentamentos políticos, ideológicos, não sem algum “mal-estar”. Mas ganham legitimidade justamente por possibilitar visibilidade às disputas de projeto e favorecer a busca de combinados coletivos a favor da produção do cuidado, um cuidado compartilhado no encontro, na horizontalidade, entre pessoas, entre serviços e em rede.

Os casos discutidos nas reuniões de Microterritórios são os identificados como os mais complexos e que demandam articulação de serviços para além da rede de Saúde, pois envolvem questões sociais importantes. Alguns casos são rediscutidos em diversas reuniões, seja para reavaliar ações, ou refazer combinados, outros geram discussões complementares fora do espaço de microterritório.

Há bons frutos, mas é preciso avançar na articulação para o acompanhamento dos casos de menor complexidade ou de urgências, que não podem aguardar pela reunião mensal e nem para entrar na regulação formal.

As andanças pela RAPS deste território foram muito ricas em experiências singulares de cuidado e de arranjos para potencializar os recursos da rede e fortalecer sua articulação. Outra característica muito presente no cotidiano desta RAPS é a participação ativa dos usuários em processos coletivos, na gestão do cuidado e também em espaços de participação popular e controle social.

Podemos dizer que nos deparamos com esforços importantes de profissionais para qualificar o cuidado oferecido aos usuários e também da gestão para superar li-

mites. A RAPS e seus trabalhadores guardam memória do acumulado historicamente e avançam. Mas falta muito. Para potencializar esse trabalho são necessários investimentos significativos na ampliação dos serviços dentro do território, facilitando o acesso, principalmente para os usuários que residem distante dos serviços atualmente existentes. Falta enfrentar toda problemática decorrente das diferentes inserções dos trabalhadores (administração direta ou O.S.S) e também ampliar as possibilidades de análise do próprio trabalho, de construção de outras ofertas, da articulação entre diferentes equipes.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. "Manicômio e loucura no final do século e do milênio". In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999, p. 47-53.

AYRES, J. R. C. M. "Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde". **Revista Interface**. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, nov. 2005.

MERHY, E. E. *et al.* "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

Desencontros entre a vista do ponto dos usuários e as formas de cuidar em saúde: reflexões sobre a produção do cuidado em uma região da cidade de Salvador-BA

João André S. de Oliveira
Leandro Dominguez Barretto
Rafaela Cordeiro Freire
Grace Fátima Souza Rosa
Fátima Lima
Lua Sá Dultra
Iago Sampaio Santos

Aproximações com o campo e com o objeto da pesquisa: a construção dos cidadãos usuários-guias.

Parte do coletivo de pesquisadores da “Rede de Avaliação Compartilhada – RAC: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, na Bahia, tomou como desafio conectar-se com um território no qual existem dois serviços de saúde bem distintos: um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) e uma Unidade de Saúde da Família (USF), em uma região específica da cidade de Salvador-BA. Os serviços acompanham alguns usuários em comum e têm-se articulado a duras penas, processo que se intensificou com a migração de profissionais entre os dois serviços, tanto na assistência, como na docência.

A relação com o CAPS-ad foi a que se fez mais intensa, desde o início, e a relação com a USF foi se dando nessa articulação, a partir da aposta metodológica da pesquisa de tomar os(as) usuários(as) e seus nomadismos como dispositivo para pensar a produção de cuidado na rede de atenção, denominando-os “usuários-guias”. Desde o convite aos trabalhadores para produzir coletivamente na RAC, colocamos para a equipe que a escolha dos usuários-guias seria feita a partir do compartilhamento entre eles da percepção de que alguns usuários são problemáticos, difíceis e mobilizam intensamente as pessoas no seu entorno, por exemplo. Assim, junto com a equipe do CAPS-ad, foram construídos dois usuários-guias. Entendemos que o usuário-guia é uma construção porque o mesmo não está dado aprioristicamente, sendo produzido em ato junto com a equipe, a partir do entendimento coletivo em relação à consigna proposta.

O primeiro, BJ, surgiu de forma unânime, logo no início da pesquisa, em um encontro com toda a equipe. O outro, CF, foi trazido pela equipe mais tardiamente, como um acontecimento, por estar tomando o tempo e os afetos de toda a equipe e de outros serviços da mesma região da cidade. Surgiram de forma e em momentos diferentes, mas por motivos muito semelhantes: ambos mobilizavam sentimentos muito intensos e contraditórios em todos (as) das equipes do CAPS-ad e da USF, e em nós também. Sentimentos de paralisia e frustração, mas, também, de raiva e aversão; passando pelo carinho, respeito e admiração. Ambos têm histórico de agressões e ameaças, de depredações e de desestabilização do serviço; assim com estes usuários,

ambos são queridos e despertam afetos positivos com quem se encontram, dentro e fora dos serviços.

A partir dessa produção, começamos um movimento de entrar em contato com as narrativas produzidas pelos profissionais de saúde sobre os dois usuários-guias. Também passamos a construir nossas próprias narrativas a partir de encontros programados, como as entrevistas, ou inusitados, a partir de atividades docentes nesse território, além da circulação com a equipe do CAPS-ad em atividade da pesquisa. Os encontros não programados aconteceram em consultas na USF, ou nas proximidades dos serviços, em diferentes situações, nas quais foram surgindo narrativas, fluxos de afetos e novas percepções.

Nesse processo, procuramos produzir visibilidade das narrativas dos usuários sobre eles mesmos. Entrando em contato também com acontecimentos que produziam outras narrativas em nós e nos trabalhadores, em um rico processo de implicação e “in-mundicização” (ABRAHÃO; MERHY, *et al.*, 2014), de borramento das fronteiras entre os pesquisadores, cuidadores, gestores ou professores que nos habitam. Processo de intensa inquietação e desterritorialização em relação à demarcação desses lugares que pensávamos ocupar (ROLNIK, 2011).

Nesse capítulo, tentaremos produzir alguma visibilidade para questões-chaves produzidas em nós, e por nós, nesse processo de encontros com os usuários-guias e com os acontecimentos dos serviços, de construção de algumas narrativas e desconstrução de outras, em uma tentativa de “nos melarmos” nas contradições, tensões, fraquezas e fortalezas que são constitutivas do mundo do cuidado em saúde.

Medidas disciplinares na saúde mental: bom para quem?

Um dos aspectos relevantes que nos foi revelado por BJ e CF foi a dificuldade vivenciada pela equipe do CAPS-ad para lidar com os momentos de agitação e agressividade dos mesmos. Presenciamos, com alguma frequência, o uso de medidas disciplinares como forma de dar “consequência” às atitudes dos usuários que desrespeitam as regras de convivência do serviço. Ambos os usuários-guias, de diferentes maneiras, nos apresentam esta discussão sobre a disciplinarização e sua relação com as crises nos serviços de álcool e outras drogas.

BJ entra na pesquisa quando pedimos à equipe do CAPS-ad que nos apresentasse um usuário que mobilizasse o serviço como um todo, considerado o mais desafiador, mais difícil. Bastaram poucos minutos de conversa para a equipe entrar em consenso sobre esta pessoa ser BJ. Um destes desafios é que BJ, apesar de muito querida pela equipe, apresentava com frequência surtos de ameaças e agressividade, em geral contra o patrimônio público do serviço, não contra outras pessoas, como quebrar computadores ou vidros das janelas, frequentemente cortando-se nestas situações. Nas situações em que o comportamento de BJ era considerado muito agressivo, além da contenção inicial e retirada do serviço, a equipe do CAPS-ad aplicava uma “suspensão” por um determinado período, definido pela própria equipe de acordo com a “gravidade” da ação. Durante a suspensão o usuário ficava impedido de entrar no CAPS, mas era garantida a conversa com o Técnico de Referência e outros procedi-

mentos indispensáveis (como administração de medicamentos) no portão externo do serviço. As demais atividades (grupos, alimentação, banho, convivência) estavam suspensas no período.

BJ recebeu inúmeras suspensões. Uma semana, 15 dias, 30 dias... Após cada suspensão, BJ retornava mais tranquila, havia sempre conversas de repactuação de sua conduta no serviço e sobre a importância das regras de convivência para o tratamento, para ela e demais usuários que frequentavam o CAPS. Após algumas semanas, novos episódios de agitação e agressividade e assim, nova suspensão.

Apesar das agitações frequentes, a agressividade de BJ não ameaçava a equipe, mas desorganizava o serviço. Por outro lado, nosso outro usuário-guia, CF, além de desorganizar o serviço, deixava os profissionais com medo, por muitas vezes portar objetos potencialmente usados como armas (cacos de vidros, pedras, paus; até mesmo uma seringa com seu próprio sangue para ameaçar os demais). CF ainda não frequentava o CAPS-ad quando a equipe elegeu BJ como potencial usuário-guia.

Durante os períodos de suspensão do CAPS-ad, BJ frequentemente procurava a USF que funciona a poucos metros daquele. Sua desorganização passava a ser problema da USF, que “se queixava” frequentemente de ter de assumir esta demanda, às vezes sem o apoio esperado. A médica da USF – que também havia trabalhado no CAPS-ad – assumia uma postura de contestação das suspensões como recurso terapêutico e lidava com as agitações de BJ de outra forma. Com um forte vínculo com BJ, nas agitações, ela costumava convidar BJ para fazer passeios pelo território, onde conversavam sobre as mais diversas questões, até BJ acalmar-se e decidir seguir suas atividades cotidianas.

A tensão produzida entre o CAPS-ad e a USF, em virtude das suspensões aplicadas aos usuários – muitos que eram usuários de ambos os serviços – e a entrada de CF neste cenário, levaram a um intenso questionamento a respeito da finalidade de suspensões, posteriormente nomeada pela própria equipe de Medidas Disciplinares. Compreendeu-se que as Medidas Disciplinares eram aplicadas não somente aos casos de agressividade, mas a todo desrespeito às regras do serviço que fosse considerado grave. Por exemplo, uso de substâncias psicoativas no CAPS-ad era passível de suspensão por alguns dias. Outras atitudes menos graves – como jogar a comida no chão e recusar-se a limpar – poderiam sofrer suspensão somente da comida, ou do banho.

Algumas questões eram colocadas: qual a efetividade das Medidas Disciplinares, se usuários como BJ mantêm repetidamente sua conduta, mesmo após inúmeras suspensões? Medidas Disciplinares podem ser consideradas terapêuticas? Qual a real finalidade da Medida Disciplinar?

Em oficinas realizadas pela pesquisa com a equipe do CAPS-ad surgiu uma compreensão de parte significativa da equipe de que não há papel terapêutico na suspensão, sendo uma atitude que envolve uma questão de justiça e de reprodução do nosso sistema pedagógico tradicional, que opera com a premiação às atitudes esperadas e punição para as ações não permitidas. Trata-se de um recurso para exercício de poder do trabalhador sobre o usuário. Em uma conversa com um determinado usuário fomos questionados: “E quando o técnico faz uma coisa errada, também podemos suspender ele?”. A resposta, obviamente, é não. Clara presença da lógica manicomial no CAPS-ad.

No entanto, ao conversar sobre as Medidas Disciplinares com a equipe, também percebemos a grande dificuldade e sofrimento de muitos profissionais para lidar com as situações de agressividade dos usuários. Apesar de reconhecer que não sabiam o que fazer em determinadas situações, acreditavam que era preciso fazer algo: “É preciso dar consequência à atitude do usuário. Ele não pode desrespeitar as regras sempre e ficar por isso mesmo!”, nos relatou um profissional. As Medidas Disciplinares apresentavam-se como um recurso para “dar consequência” a atitudes de usuários que desorganizavam o serviço, também serviam para manter este usuário afastado por um tempo, dando um fôlego a mais para a equipe.

Finalmente, outra questão que esse debate nos colocou foi a forma como o conceito de Crise em Saúde Mental era entendido pelos diversos profissionais. Percebemos que a agressividade e violência de alguns usuários não eram vistas como crises, mas como indisciplina ou manipulação. É o usuário “causando”, não é o usuário sofrendo. O fato de não se tratar de um usuário com diagnóstico de transtorno mental – como a maioria dos usuários do CAPS-ad – reforçava a ideia de que não se trata de uma crise, a não ser que houvesse um claro fator desencadeante ou um envolvimento direto de substância psicoativa. Se não é crise, é indisciplina, logo, está adequadamente aplicada à medida disciplinar.

A vida invisível da rua e o anacronismo das ofertas de cuidado

A partir de todos esses movimentos com os usuários-guias, uma questão se visibilizou para nós: as pessoas em situação de rua se produzem, de forma muito intensa e potente, na rua! A rua pode ser um território de produção de muita vida.

Essa percepção ficou muito nítida quando fizemos uma entrevista com BJ. Ela tem um quarto no qual pode dormir sempre que quiser e, mesmo assim, opta em dormir na rua pelo menos três vezes por semana, como colocado a seguir:

“[...] eu fico no quarto só, e eu não gosto de ficar só! A televisão parou! Não tem nada e eu vou ficar olhando para o teto, sozinha? E cá na rua, não! Tem gente para conversar ... ontem mesmo teve um bocado de festa aí, feijoada com gente pra ‘porra’, tanta lata! Eu catei lata ainda, tá lá pr’eu vender! Aí, um bocado de ‘mulé’, as ‘mulé’ tudo [...]”

Além disso, falou bastante sobre suas amizades na rua, seus parceiros, sobre os “sindicatos”⁵¹ e sobre como todos se ajudam; apesar de haver algumas pessoas que são violentas, querem briga e desestabilizam o equilíbrio das relações e pactos estabelecidos na rua, falou de brincadeiras, apoio e cuidado mútuo entre seus companheiros de sindicato, conforme trecho da entrevista como segue: “o [Sindicato] de lá de baixo tem uma cara que tá me segurando, me ajudando a não beber, que é Zé Bodó”. Por sua vez, BJ agencia a equipe da USF (também fez isso conosco,

51 Grupos de pessoas em situação de rua que se reúne para compartilhar a bebida, se ajudar, e que adotam certos territórios para estes encontros (“Sindicato” da Praça da Sé, por exemplo).

pesquisadores) para construir o cuidado de Zé Bodó, que tem um problema na próstata.

A rua que apareceu na narrativa de BJ ajudou a desconstruir em nós certas ideias pré-concebidas de que a rua é, somente, lugar de violência, insegurança, morte (simbólica). Passamos a enxergar a potência que pode existir na vida na rua, não como um *a priori*, mas como um campo de possibilidades que são exploradas por muitos que nela vivem, inclusive quando pensamos o cuidado em saúde. Refletimos sobre a produção do cuidado de maneira geral e, especialmente, no campo da saúde mental.

Que sinais podemos rastrear nas ruas (ou na vida fora dos serviços de saúde) para melhorar nossa compreensão sobre a forma como os sofrimentos se expressam nos serviços e nos ajudar a construir estratégias de cuidado mais potentes, mais acolhedoras e produtoras de vida? O que podemos aprender a partir das conexões afetivas e subjetivas que os usuários estabelecem com as pessoas, lugares e acontecimentos na rua, como Redes Vivas que são (MERHY *et al.*; 2014)? Não há respostas óbvias para estas perguntas, cuja intenção não é elaborar uma receita ou roteiro de intervenção. A reflexão nos ajuda a problematizar as estratégias de cuidado e os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) construídos no CAPS-ad e na USF, muitas vezes priorizando ofertas “intramuros”, e levando pouco em consideração a multiplicidade e a riqueza da vida das pessoas assim que elas entram no serviço.

Uma reflexão nos envolve quando pensamos nesses usuários-guias e na intensidade das vidas que produzem: qual é o papel que os serviços de saúde têm desempenhado no cuidado desses usuários? A sensação que fica é que é um papel que dialoga muito pouco com a complexidade e com a potência que são eles; assim como produz pouca visibilidade para o sofrimento que expressam ao buscar o serviço.

Outra sensação é que, apesar de sabermos “quem são BJ e CF”, de fato, não os conhecemos, ou, mesmo, deixando de fora vários aspectos das vidas deles na hora de pensar as práticas de cuidado, como se a multiplicidade que estes usuários apresentam, suas muitas potências, não fizessem parte do saber válido para produzir o cuidado, ainda muito centrado nas racionalidades profissionais e em certa ciência hegemônica, nas regras organizacionais do serviço e no exercício de poder em relações bastante desiguais (FOUCAULT, 2014).

Essa permissão que o saber científico e que a organização nos confere, intencionalmente ou não, mistura-se com valores morais e percepções próprias de cada profissional. Nessa relação de poder desigual entre profissional de saúde e usuário, termina que aquele se sente legitimado a apontar para modos de produzir o cuidado que dialoga pouco com a vida do usuário; ou ainda o profissional sente-se autorizado a puni-lo quando julga que o mesmo feriu a ordem estabelecida no serviço, sem nem enxergar quem está ali em busca de cuidado, e sem perceber o sofrimento e as resistências (FOUCAULT, 2014) produzidas pelos usuários, que poderiam ser entendidos como produção de vida, e que se expressam por vezes de forma tão intensa.

Considerações finais

Ao fazermos ofertas de “cuidado” sem exercitar a empatia, concentramos nossas energias em tentar produzir o que seriam certas representações de um cuidado ideal, diminuindo as porosidades que permitam que as perspectivas de que o Outro invada o encontro. Este modo de operar o cuidado contribui pouco para que o serviço de saúde e os profissionais produzam conexões na rede que os usuários constroem para eles mesmos, na busca por cuidado. Ao mesmo tempo, ao não possibilitarmos essas aberturas, nossas ofertas acabam sendo impostas aos usuários, levando a um distanciamento de suas vidas, muitas vezes tão ricas e complexas, assim como a uma dificuldade de compreensão da expressão dos sofrimentos nelas gerados. Como resultado deste processo, temos com frequência produzido um cuidado com baixa capacidade de construir diferenças com o Outro, na produção do cuidado.

Os usuários-guias BJ e CF, em suas formas potentes e múltiplas de se produzirem e se conectarem na rua, são Redes Vivas na busca pelo cuidado e pela potencialização de suas vidas, mesmo quando desestabilizam os serviços, rompendo os pactos e trazendo suas vidas para dentro dos mesmos, ainda que à força. BJ e CF, como usuários-guia, constituíram-se em dispositivos para a abertura, em nós, da vida que precisa ocupar os serviços e as práticas de cuidado.

BJ e CF, como Redes Vivas que são, têm ajudado a interrogar as práticas de cuidado hegemônicas, orientadas pela lógica do exercício de poder das profissões nos serviços e atualizando o problema de pesquisa que, a partir da RAC, nos propusemos a enfrentar: a RAPS formalmente constituída tem sido capaz de dialogar com essas existências de forma a potencializá-las, ou reitera lógicas manicomiais? Estas questões têm nos ocupado e fertilizado os espaços de trocas entres as equipes do CAPS-ad e da USF contribuindo para a reconstrução das práticas de cuidado, no compartilhamento destes espaços.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P. S.; SILVA, E.; VIANNA, L. “O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. In.: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, M. “O Sujeito e o Poder”. In.: MOTTA, M.B. (Org.). **Coleção Ditos e Escritos IX: Genealogia da Ética, Subjetividade e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T. C.; FRANCO, T. B. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 4-7, Out. 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo**. 2. Ed. Porto Alegre: Sulina e UFRGS, 2011.

Encontros e desencontros na construção das redes

Alzira de Oliveira Jorge
Mônica Garcia Pontes
Vinicius Lana Ferreira

Neste caminhar junto dos serviços pelas trilhas dos usuários-guias de Belo Horizonte-MG, ficamos especialmente afetados com o sofrimento dos trabalhadores da atenção básica ao se depararem com usuários considerados “complexos e difíceis”, seja por serem portadores de algum sofrimento mental, usuários de álcool e/ou outras drogas, apresentarem vulnerabilidade social ou familiar importante, ou por serem usuários nômades, errantes, aqueles onde a rua é seu principal refúgio (RAC MG, 2015). Enfim, casos que se configuram na linguagem da saúde como “não aderentes” ao projeto terapêutico proposto, e que escapam o tempo todo aos arranjos instituídos que configuram os processos de trabalho das equipes.

Ao adentrar esse universo, buscando entender o que são esses usuários complexos, começamos a nos questionar o que estaria contido nessa dita complexidade, ou seja, quais seriam os marcadores que poderíamos utilizar para definir o que é um usuário complexo. Será que aprofundando a análise poderíamos afirmar que existe verdadeiramente um usuário que seja simples? Ou será que as nossas dificuldades e, muitas vezes, a nossa falta de ferramentas para atuar sobre algumas questões de nossos usuários não estariam mais relacionadas com o modo como olhamos, enxergamos e rotulamos os problemas e necessidades dos que vêm aos serviços? Esse usuário, enquanto um sujeito único e singular, não teria que ser analisado a partir de suas necessidades de saúde específicas e na interrelação destas com o mundo no qual está inserido, seu contexto familiar, comunitário, existencial e social? Alguns autores já problematizam essas questões mostrando que toda interferência, seja ela complexa ou não, é um processo constituído por diferentes planos e, portanto, dependente das múltiplas entradas e encontros que se estabelecem, e dos diferentes pontos de vista (MERHY, 2014; MERHY; FUERWERKER, 2016).

Identificamos em alguns movimentos vivenciados junto às equipes das unidades de saúde de Belo Horizonte, que esse olhar ampliado para esses usuários e suas redes existenciais, em várias situações, tem faltado aos trabalhadores de saúde. Usuários são reconhecidos nos serviços como mais um “um caso”. A história da pessoa é, muitas vezes, desconsiderada para a produção do cuidado. E, como consequência, temos feito uma rotulagem de alguns tipos ideais utilizando muita prescrição sobre a vida do outro (MERHY *et al.*, 2014) ao invés de atuar compartilhando com eles nossas dificuldades e não-saberes, e buscar o compartilhamento e a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares entre trabalhadores e usuários, propostas tão discutidas e defendidas pela saúde coletiva.

No lugar disso criamos protocolos, normas, fluxos, que muitas vezes dificultam o acesso e burocratizam a entrada e utilização por parte de quem precisa dos serviços de saúde. E ficamos amarrados a estas regras, construídas por nós mesmos,

trabalhadores e gestores, sem flexibilidade para pensar novos caminhos e alternativas para o atendimento de necessidades diferentes do ofertado habitualmente. Entretanto, acompanhando os usuários foi possível perceber que a simples transgressão, por exemplo, de incluir um deles num programa de controle de tabagismo, mesmo que fora do protocolo instituído, significou uma redução de danos ainda maior, especialmente considerando a utilização do crack, o que melhorou muito sua confiança e vínculo com a equipe do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Isso nos forçou à seguinte reflexão: em alguns momentos não seria importante transgredir, para cuidar melhor?

Neste caminho fomos vivenciando como as redes formais temáticas ou não (Ce-gonha, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Atenção Básica etc.), em várias situações, encontram-se capturadas de tal forma que representam, às vezes, cerceamento de ofertas e exclusão de usuários no seu andar pelos serviços. Ou seja, só em uma situação muito específica, pode ser utilizada tal rede, e o protocolo ou fluxo torna-se tão difícil de ser atendido que a inserção nessa rede vira mais exceção que a regra.

Nisso, as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos; uma lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais. O olhar para o Outro é sempre previsível, é possível prever o que vai ser encontrado. Essa previsibilidade produz certa invisibilidade da produção da multiplicidade de vidas. [...] Isto é invisível para a área da saúde, que se encastela nos muros do próprio campo e, muitas vezes, restringe o olhar sobre quem vem para o serviço, fixando-se no mesmo, e não ousando sair do muro/mundo. (MERHY *et al.*, 2014, p. 155-6)

Mas também vimos muitos furos sendo feitos pelos trabalhadores e usuários nesses muros, possibilitando acesso aos serviços e cuidado mais qualificado a essas necessidades. Transformando as redes formais em verdadeiras Redes Vivas (MERHY *et al.*, 2014) construídas em ato por usuários e trabalhadores que utilizam as ofertas existentes para produção de mais cuidado e vida.

Essas redes, formais ou vivamente construídas em ato, são construídas e reconstruídas no cotidiano dos serviços a partir da potência maior de alguns sujeitos e situações específicas e suas capacidades de articulação e integração. E elas estão sempre em tensão, às vezes as formais abrindo espaço para as redes vivas, às vezes os usuários e trabalhadores criando estratégias para flexibilizar e tornar mais vivas essas redes existentes, ou ainda, em outros momentos, redes completamente capturadas pela formalidade e pelo excesso de burocratização. Conforme nos alertam Merhy e Feuerwerker (2016), temos convivido – por este Brasil afora – com mais apostas de controle, por parte das redes existentes, do que investido na produção de saberes e práticas compartilhados.

A partir desses achados da pesquisa fomos refletindo sobre como, na busca de processos mais produtivos de cuidado e vida, é necessário olhar para esses usuários a partir de suas necessidades de saúde e das redes que precisamos acionar para conse-

guir lidar melhor com sua produção de vida, entendendo que, em si, a vida é extremamente complexa, e exige de nós um deslocamento radical tanto no sentido de nos colocarmos no lugar do outro, usuário da saúde, quanto construir novas caixas de ferramentas e arranjos para lidar com essas novas situações (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

E nos encontros com esses usuários, e suas equipes de saúde, fomos descobrindo muita potência. Esses sujeitos, ao escaparem do cardápio ofertado pelos serviços e irem buscando outras conexões, inclusive para fora da saúde, criam infinitas possibilidades e, assim, vão sendo produzidas redes dinâmicas, num contexto de solidariedade, compartilhamentos e também de disputas e desavenças (MERHY *et al.*, 2014). Mesmo os usuários considerados como “complexos”, por serem portadores de sofrimento mental, usuários de drogas ou moradores de rua, conseguem construir relações que os ajudam a formatar redes de apoio para além dos serviços de saúde, o que em muitas situações representa sua única sustentação e forma de se relacionar com o mundo. Mas nos chamou a atenção como isso muitas vezes é desconhecido e pouco explorado pelos profissionais da saúde; ao contrário, em situações onde isso é conhecido e utilizado, uma maior proximidade e confiança são estabelecidas, gerando significativos resultados na construção do projeto de produção de vida e saúde para o usuário.

Ao experimentar trabalhar com o reconhecimento do Outro e entender o usuário como portador e formulador de saberes diversos, os trabalhadores também aprendem e inovam no seu processo de trabalho em saúde, produzindo novos modos de cuidar. Vimos esta situação acontecer com alguns usuários-guias que eram moradores de rua, e também em alguns com sofrimento mental que passavam boa parte do tempo na rua, e que tinham dificuldades para se vincular aos serviços de saúde a eles designados. E, em muitos casos, a rua aparecia com suas ofertas. Os encontros produzidos por esses usuários demonstravam buscas que nem as redes formais, nem as famílias, lhes ofertavam. Expressavam a busca por laços perdidos, amigos, por vezes laços nunca estabelecidos. Nas ruas, os usuários experimentavam diferentes graus de liberdade, da potência de ir e vir, e de produzir relações misturadas muitas vezes à servidão do crack. A rua refletia momentos de produção e de crise.

A volta desses usuários aos serviços de saúde trazia tensões marcadas pelos momentos de vivência na rua. Neste contexto, as equipes que conseguiam se abrir para novos caminhos, considerando a singularidade destes usuários, conseguiam encontros ricos e produtores de vida e de redes. Mesmo que para isso, em alguns casos, tenham tido que transgredir alguma norma/protocolo existente, entendendo que as transgressões cotidianas podem ser a potência dos serviços e da vida, e levar a um alargamento dos limites do cuidado em saúde.

O que nos levou a repensar tanto as ofertas ainda pouco convidativas, para muitos desses nossos guias nos serviços, quanto a questionar se algumas normas não cumprem um papel muito mais burocrático de controlar/dificultar o acesso do usuário, do que de possibilitar o atendimento de suas necessidades. Esse processo de normatização da vida do outro, sem considerar nem escutar suas perspectivas e escolhas, leva a uma rotulação do usuário como sujeito assujeitado, impotente e negligente com sua saúde (FOUCAULT, 2010).

Buscar superar esses *a priori*, e entender as multidões existentes em cada um de nós (HARDT; NEGRI, 2005), usuários, trabalhadores, pesquisadores e/ou gestores, torna-se fundamental para superação do olhar enviesado que temos tido. Uma tal compreensão, mais ampliada, nos permitiria uma abertura para entendermos as necessidades destes que nos chegam, como também nos entenderemos insuficientes para, sozinhos e com nossa pequena caixa de ferramentas, definirmos o melhor caminho para a vida do outro, e então sairmos em busca de outros parceiros e projetos de produção de vida, novos modos de cuidar.

Contudo, além desses encontros, e ao mesmo tempo, esta caminhada junto aos usuários-guias e suas equipes mostrou também impotência, desencontros e impossibilidades que pouco contribuíram para a produção de saúde e de redes verdadeiramente vivas. Identificando para nós o quanto as redes construídas no interior dos serviços são fluidas e provisórias, se construindo e desconstruindo o tempo todo (MERHY *et al.*, 2014). Em nossa experiência, uma moradora de rua de Belo Horizonte e usuária de crack, mesmo com a rede de apoio da saúde e assistência social, chegou ao ponto de perder seu direito à maternidade. Essa usuária, durante sua gestação, expressou o seu desejo de ficar com os filhos gêmeos, mas o Ministério Público, logo após o parto, decidiu pela doação dos bebês. E, em outro caso, um jovem de 18 anos, usuário de drogas e portador de sofrimento mental, que tinha crises agudas de asma quando procurava atendimento em hospital geral da capital, teve seus atendimentos recusados pelo estigma de ser “drogadito” e paciente da saúde mental, tendo sido reemcaminhado, mesmo com quadro clínico grave, para o seu CERSAM.

Esses são alguns exemplos de encontros tristes, no sentido espinosista, que demonstram a ausência ou momentos de desconstrução de redes na saúde, para acolher esses usuários, e como nossos olhares *a priori* sobre o outro ainda produzem repetições nos agires cotidianos da produção em saúde, produzindo faltas de acolhimento, de redes e de cuidado.

Os/As usuários/as produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas equipes de saúde, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas (MERHY *et al.*, 2014, p. 155).

Dessa forma, ficaram visíveis as multiplicidades dos usuários, trabalhadores, gestores e pesquisadores nestes encontros/desencontros (DELEUZE; GUATTARI, 1995). E como, às vezes, com espaço para novas conversas e novos dispositivos, abrem-se e constituem-se possibilidades de encontros produtores de cuidado e de vida, de outras redes de conexões existenciais. Da mesma forma foi possível experimentar como os usuários-guias, em suas trajetórias existenciais, podem convidar os múltiplos em nós (usuário, gestor, trabalhador e outros mais) para os encontros na produção de vida e de cuidado. Também vimos como o trabalhador, quando agenciado, produz Redes Vivas e, ao mesmo tempo, dá conta de conviver e lidar

com suas dificuldades/limites, e com a dureza das redes formais, e aproveitá-las para produzir Redes Vivas. Basta ter porosidade e escuta para a incorporação dos usuários nos momentos de reflexão sobre o cuidado, nas apostas terapêuticas e produção dos coletivos.

Essas reflexões possibilitaram-nos compreender como é necessário olhar para o que, em geral, é invisível no cotidiano do mundo do trabalho, ou seja, considerar as singularidades desses usuários tidos como mais complexos no cuidar, buscando novas ferramentas e retirando as amarras burocráticas que nos prendem, para pensar o diferente e o novo nos modos de cuidar. Implica em trazer para o debate o plano da micropolítica, no qual as existências furam os muros institucionais e produzem vivamente as redes de conexões existenciais, disputando assim novos modos de construir as redes de cuidados (FRANCO, 2006; MERHY *et al.*, 2014).

Mostrou-nos também a necessidade de entender que construir redes vivas ultrapassa em muito os limites do Setor Saúde, perdindo outros processos de parcerias e articulações. E, ainda, a constatação de que a construção de sujeitos mais autônomos passa também por se considerar a produção de vida existente nas tantas redes existenciais que estes usuários constroem em seus modos singulares de andar a vida. E que nós, trabalhadores, gestores e pesquisadores, precisamos enxergar e valorizar no nosso cuidar esse andar a vida dos usuários, para torná-los protagonistas e copartícipes da construção dos seus projetos existenciais.

Essa perspectiva, ao olhar para o usuário e para a diversidade de redes que ele consegue articular, precisa ser exercitada dentro dos serviços de saúde, e em nós, por meio de novos modos dos trabalhadores e dos serviços reinventarem a forma da produção do cuidado, e a si próprios. Trata-se de importantes tecnologias leves a serem incorporadas no processo de produção do cuidado em saúde, que se revelam na delicadeza e na capacidade de se abrir para a necessidade singular do Outro no cotidiano, no sentido de produção de mais vida para ele e para nós.

Vai se configurando assim um conjunto de atos inusitados e produtores de interferência que constroem as Redes Vivas. “Mas aceitar este convite, e sair de territórios pré-concebidos que estabelecem ‘repertórios de cuidado’ marcadamente definidos, cujos rastros remetem ao já-conhecido”, conforme nos alerta Gomes *et al.* (2014), não é tarefa simples, pois as redes, mesmo que construídas formalmente, acontecem vivamente a partir das relações e dos agires ético-políticos.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. “Introdução: Rizoma”. *In*: **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995, p. 10 – 36.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FRANCO, T. B. “As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde”. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GOMES, M. P. C. *et al.* Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. *In*: GOMES, M. P. C. & MERHY, E. E. (Orgs.) **Pesquisadores In-Mundo** – Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 25 – 42.

HARDT, M; NEGRI, A. **MULTIDÃO**: Guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

MERHY, E. E. “As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas”. **Revista Brasileira de Saúde da Família** (Brasília), v. 14, p. 96-97, 2014.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E.E; FUERWERKER, L. M. **Síntese das Reportagens do Seminário Nacional da Pesquisa RAC**. São Bernardo do Campo, abril de 2016.

RAC MINAS GERAIS. **Relatório Analítico**. Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa. Belo Horizonte/MG: abril de 2015.

Negro gato e suas outras formas de existir: a visibilidade da multiplicidade de ser como possibilidade de produção de redes vivas de cuidado

Juliana Sampaio
Thayane Pereira da Silva Ferreira
Adelle Conceição do Nascimento Souza
Rinaldo Alves Batista
Dilma Lucena de Oliveira
Luciano Bezerra Gomes
Suely Mororó Marinho
Sandra Barbosa Ferraz

A partir da vivência disparada pela RAC na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa, foi possível encontrarmos Negro Gato, um homem que, entre muitas outras coisas, fazia uso de álcool. Nosso encontro com ele produziu diversas interferências em nós, pesquisadores “in-mundizados” (ABRAHÃO *et al.*, 2014), e nos modos hegemonicamente cristalizados de produção de cuidado em saúde mental.

Foi possível recolher desta experiência com Negro Gato algumas rotas de fuga do cuidado tradicionalmente centrado na higienização e controle dos corpos (FOUCAULT, 1993), dando passagem para a visibilidade dos profissionais de saúde para a potência de vida de usuários de álcool e outras drogas. Isto possibilitou novas intencionalidades terapêuticas e de cuidado que reconhecessem e potencializassem as conexões de vida do sujeito.

Assim, as interferências que a pesquisa produziu foram marcadamente as possibilidades construídas no encontro entre Negro Gato e os pesquisadores, de colocar em análise o trabalho cotidiano à luz da produção do cuidado, tornando todos os sujeitos nele envolvidos pesquisadores e avaliadores desta produção (ABRAHÃO *et al.*, 2014).

Desenvolveu-se claramente, um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), como possibilidade dos trabalhadores colocarem seu próprio processo de trabalho em análise (CECCIM, 2005), movimento este que foi inerente à perspectiva de pesquisa compartilhada ora assumida. Esta EPS, que se instituiu no acontecimento do cotidiano da nossa equipe (universidade e trabalhadores de saúde), quando da produção de cuidado junto com Negro Gato, permitiu lançar novas vistas do ponto de vista (MERHY, 2014) sobre um usuário de álcool, e sobre as possíveis formas de lhe ofertar cuidado. Isto permitiu, ainda, para os sujeitos com ele envolvidos, novas vistas sobre o trabalho em saúde.

Os encontros com Negro Gato foram disparados por uma demanda recolhida pelo CAPS III de João Pessoa para o cuidado de uma família com vários membros necessitando de atenção em saúde mental. Negro Gato era um dos membros dessa família. As produções aqui em tela foram fruto dos agenciamentos entre um técnico

do CAPS, membros da Equipe de Saúde da Família (EqSF) responsáveis pelo acompanhamento da família de Negro Gato – especificamente a enfermeira e dois agentes comunitários de saúde (ACS) – e duas pesquisadoras apoiadoras, que produziram bons encontros (DELEUZE, 2002) na ampliação das potências de ser de todos os envolvidos.

Esta experiência se desenvolveu durante os meses de fevereiro e agosto de 2015, com encontros semanais, que permearam reuniões do CAPS III, reuniões da EqSF, visitas domiciliares à família, produção de um projeto terapêutico compartilhado entre a matriarca da família e profissionais do CAPS III, CAPS ad, Consultório na Rua e NASE, cenários os quais possibilitaram inúmeras conversas com profissionais e usuários sobre suas experiências nesse processo de cuidado.

Todas as vivências foram registradas em diário de campo pelas pesquisadoras e algumas conversas e reuniões foram gravadas com o consentimento dos sujeitos presentes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo atendidas todas as exigências éticas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012). Todo o conjunto de narrativas, vivências e afecções ora produzidas foi processado em reunião com o grupo de pesquisa e com alguns trabalhadores mais diretamente nele envolvidos, tendo como suporte os referenciais teóricos da micropolítica do trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2013; MERHY, 2002).

Num primeiro momento, o CAPS III atende ao encaminhamento da família, realizando visita domiciliar, identificando três sujeitos com demanda em saúde mental e realiza a administração de medicação de depósito. Negro Gato era uma dessas pessoas. Contudo, apesar da família, inicialmente e sob pressão dos profissionais, acatar esta conduta, deixa clara a recusa tanto do cuidado medicamentoso quanto institucional no CAPS. A partir dessa recusa, um profissional do CAPS passa a se reunir com a EqSF para pensar outras ofertas de cuidado territorializado e, neste momento, é aberta a possibilidade de conhecer efetivamente a família. Foi possível, assim, dar ouvidos para as falas dos familiares e dos ACS que são da comunidade, e que convivem com aquela família desde a infância.

A partir daí, é possível (re) conhecer Negro Gato. Ele tem 40 anos e começou a beber abusivamente por volta dos 25 anos, quando passou a trabalhar na companhia municipal de coleta de lixo, a partir da influência de colegas que bebiam para suportar o mal cheiro do caminhão de lixo. Começou neste emprego com seu irmão, que atualmente está quase se aposentando nessa empresa, mas foi demitido anos depois, por faltar ao trabalho devido à bebida. Naquela época Negro Gato não foi acolhido por nenhuma ação ou política de saúde, assistência social ou seguridade social que reconhecesse a relação entre o consumo de álcool, as precárias condições de trabalho às quais estava submetido, e os agravos à sua saúde.

Atualmente, quando está consumindo álcool, passa a maior parte do tempo no mercado do bairro junto com outros viventes da rua. Tem um grupo de amigos que bebe no bairro, e há relatos de que ele tem uma namorada neste grupo. Quando bebe álcool, preferencialmente cachaça, Negro Gato não gosta de comer nem beber água. Há nesse território uma crença popular de que associar água ao consumo de álcool provoca cirrose hepática. Por isso, após alguns dias de consumo contínuo, fica bas-

tante desidratado e emagrecido. Quando se percebe debilitado, Negro-Gato volta para casa e passa uns dias sem beber, se alimentando e se reidratando.

Ele também suspende a bebida quando consegue algum trabalho (faz bicos, em especial como auxiliar de pedreiro ou limpando terrenos). Também quando há alguma demanda de cuidado de sua família, como quando um irmão faleceu, ou quando seu outro irmão lhe convocou para pintar a casa e para limpar o quintal. Também não bebeu quando a equipe de saúde agendou com ele uma visita, solicitando que ele estivesse sóbrio.

Ao dar visibilidade a esses movimentos de Negro-Gato, os profissionais puderam enxergá-lo para além de alguém que, inicialmente, era apenas mais um de uma família de loucos. Este lugar da loucura, inclusive, a lhe produzir medicalização desnecessária. Ao mirar outras possibilidades de existência de Negro Gato, nós e os profissionais de saúde pudemos conhecer, então, um sujeito que tem vida social e cuidado consigo e com a família, que se constitui como um espaço potencial para a produção do cuidado (BRASIL, 2013).

Foi possível então escutar e acolher sua demanda de cuidado, a partir da qual, mesmo reconhecendo que fazia uso danoso de álcool, não desejava abstinência, nem intervenção medicamentosa que lhe “deixava avoadado”, sem conseguir trabalhar. A escuta de seu projeto de vida (que incluía continuar bebendo), possibilitou a construção de um projeto de cuidado singular e partilhado, onde Negro Gato era protagonista. Tendo sucumbido à proposta da medicalização, abriu-se espaço para a emergência de uma proposta centrada na Redução de Danos (PASSOS, SOUZA, 2011; LANCETTI, 2006). Neste momento, foi possível à equipe reconhecer e demandar apoio para as equipes do Consultório na Rua e do CAPS-ad, para a produção de cuidados mais sintonizados com os desejos de vida de Negro Gato, que passava pela manutenção do uso do álcool e pela vivência na rua.

A interferência da pesquisa se produziu em várias direções. Na equipe, que a partir da recusa de Negro Gato a um determinado modo de cuidado, produz novos olhares sobre este sujeito. Mas também em Negro Gato, que passa a reconhecer, nos trabalhadores de saúde, pessoas que podiam acolher e suportar (dar suporte) suas escolhas de vida. Essa criação de rede de apoio possibilitou o reinvestimento de Negro Gato em sua existência, desejando a produção de um modo de vida que considerava mais saudável e feliz. Assim, nas últimas visitas realizadas pela equipe da pesquisa (pois a equipe de saúde continua com o cuidado), Negro Gato recebeu seus cuidadores animadamente, de banho tomado, há dois meses sem beber e com alguns quilos a mais, afirmando que queria se cuidar.

Portanto, este acompanhamento da produção do cuidado em saúde nos revelou que os sujeitos produzem, a cada dia, infinitas possibilidades e conexões de vida, com, sem, ou mesmo apesar, dos profissionais de saúde. Produzir um cuidado que reconheça e legitime a autonomia do sujeito no seu modo de levar sua vida implica em reconhecê-lo protagonista de sua própria história e da produção de seu cuidado. Este reconhecimento, por sua vez, se torna possível quando o profissional se permite olhar o sujeito pondo a doença entre parênteses, dando visibilidade para os diferentes modos dos sujeitos se porem no mundo e construírem suas redes vivas de cuidado.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* “O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos)”. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. Editora MS. Brasília, 2013.

CECCIM, R. B. “Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde”. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005.

CONSELHO Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-**Resolução 466/12** Acesso em 22 maio de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicad.html>.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo. Ed. Escuta, 2002

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. **A cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec; 2002.

_____. “As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de saúde da família, que pedem medidas”. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. v. 14. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/artigos_rbsf.php.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. “Redução de Danos e Saúde Pública: Construções Alternativas à Política de global “guerra às drogas”. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, abril de 2011.

Há tanta vida lá fora: desafios para a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental a partir de um centro de atenção psicossocial

Thayane Pereira da Silva Ferreira

Juliana Sampaio

Dilma Lucena de Oliveira

Adelle Conceição do Nascimento Souza

Luciano Bezerra Gomes

Nada do que foi será, de novo do jeito que já foi um dia. Tudo passa, tudo sempre passará. A vida vem em ondas como o mar. Num indo e vindo infinito [...] Há tanta vida lá fora, aqui dentro sempre, como uma onda no mar!

(SANTOS; MOTTA, 1983, p. 1)

O trecho desta música nos convida a pensar a vida como um processo intenso de mudanças que vai sendo produzido pelo movimento, assim como as ondas do mar. Fazendo uma analogia a esta ideia, podemos discutir a produção do cuidado em saúde mental como resultante do nomadismo do usuário (SILVA, 2007) que é assistido pelos serviços substitutivos em saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por uma série de serviços com a proposta de funcionamento substitutivo ao modelo manicomial. Entre eles, destacamos, nesse texto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm o papel de coordenar o cuidado em saúde mental, a partir de ações desenvolvidas no território e que atendam às reais necessidades dos sujeitos (BRASIL, 2014). Tal proposição busca justamente superar as práticas asilares desempenhadas nos hospitais psiquiátricos por longos anos, propondo a noção da desinstitucionalização da vida como norteadora das práticas em saúde.

A multidimensionalidade dos sujeitos suscita, portanto, o desenvolvimento de ações de base comunitárias. No entanto, estas ações ainda se configuram como um importante impasse dentro da RAPS que precisa ser superado (BARROS; MÂNGIA, 2007).

Nesta direção, este estudo tem como objetivo problematizar os desafios de se produzir cuidado para além dos muros dos serviços substitutivos em saúde mental, entendendo que a vida acontece fora desses espaços de institucionalização.

Em busca de captar os encontros, afetos e acontecimentos que permeiam a produção do cuidado em saúde mental, utilizamos a cartografia como dispositivo. A proposta cartográfica busca romper com a suposta neutralidade científica, convocando os pesquisadores a se permitirem mergulhar no mundo pesquisado, vivenciando as intensidades e afecções (GOMES; MERHY, 2014; ROLNIK, 1989) que o encontro com o outro produz.

O caminhar cartográfico desenvolveu-se entre os meses de fevereiro a novembro de 2015, período no qual foram realizados 30 encontros com periodicidade sema-

nal com a equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III do município de João Pessoa-PB. A aproximação se deu inicialmente nas reuniões de apoio clínico institucional. No entanto, a partir das afecções que iam sendo produzidas nas reuniões, foi possível se inserir em outras atividades institucionais, vivenciando e compartilhando o cotidiano do serviço. Foi possível assim acompanhar e participar de oficinas, matriciamentos, visitas domiciliares, festas, dentre outras ações desenvolvidas pelas equipes que deram visibilidade aos impasses, potencialidades e desafios da produção do cuidado em saúde mental.

Todo o processamento/análise de dados foi realizado/a com os atores envolvidos no processo de produção de conhecimento, sendo esses, alguns trabalhadores do CAPS, gestores e nós, pesquisadores. Tal análise ia sendo produzida nos encontros semanais com estes, de modo a concretizar a aposta compartilhada da pesquisa, em que todos esses atores conformaram um grupo de pesquisadores locais.

Num movimento de Educação Permanente em Saúde (EPS) com o grupo de pesquisadores locais fomos afetados e também afetamos os modos de produção do cuidado em saúde mental produzidos naquele território. A partir disto, refletimos sobre como alguns modos de se pensar a saúde mental neste serviço, ou até mesmo na atual conjuntura da reforma psiquiátrica no Brasil, ainda apresentam resquícios manicomial, que impedem os usuários de viverem a vida fora dos circuitos da institucionalização.

Muitas dessas afecções (GUATTARI; ROLNIK, 1996) foram produzidas nas reuniões de apoio clínico institucional, onde a equipe discutia o cotidiano da produção do cuidado. A fala de um profissional ao afirmar que: “*No CAPS tem muita gente que trabalha como se estivesse num manicômio*”, nos convoca a problematizar sobre o cuidado que está sendo produzido nos serviços substitutivos em saúde mental que visam a desinstitucionalização do sujeito.

Acompanhando o dia a dia do serviço, vivenciamos algumas cenas que pareceram dar concretude à fala do profissional e que captaram a nossa atenção. Por exemplo, no momento do lanche, um técnico do serviço pega o sanduíche e o suco (reservados em um espaço que separa a cozinha do refeitório) e os entrega na mão de cada usuário. Esse fato se repete até que todos sejam servidos. Noutra ocasião, durante a marcha da luta antimanicomial, os profissionais do CAPS assumiam a responsabilidade de solicitar aos comerciantes o uso de banheiros para os usuários, sem que estes pudessem dar conta dessa busca por banheiros sozinhos.

Estas cenas nos fazem pensar o quanto de uma tutela outorgada, que aprisiona, (MERHY, 2004) ainda envolve a produção do cuidado nessa população, podendo produzir interdição do desejo do outro. Elas nos convocam a problematizar o quanto o cuidado em saúde mental encontra espaços para apoderar o sujeito na sua vida cotidiana.

Emerson Merhy aponta que em todo cuidado há uma dimensão tutelar. Todavia, é preciso ter cuidado com o cuidado, uma vez que a tutela pode, ao mesmo tempo, aprisionar o sujeito ou ajudá-lo para ter maior autonomia no seu caminhar na vida, já que: “o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoietico” (MERHY, 2007, p. 28), assim como nas observações relatadas.

Esses encontros possibilitaram refletir sobre o desejo de se reproduzir o manicômio em outro formato (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006), o que parece estar, muitas vezes, impregnado nas práticas em saúde, numa espécie de manicômio mental (PELBART, 1990), que permeia não só as ações dos trabalhadores da saúde em relação ao usuário, mas também à maneira da sociedade lidar com a loucura.

Amarante (1995), ao discutir a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, destaca a necessidade de se pensar em estratégias de cuidado que possibilitem a criação de outro modo da sociedade ver e lidar com a loucura. É preciso reinventar novas cidades, onde caibam outros modos de levar a vida.

A sustentação desta mudança de paradigma, por sua vez, passa pela incorporação do território, como espaço existencial de relações, trocas e compartilhamentos (GUATTARI; ROLNIK, 1996) nas ações em saúde mental.

Diante desta proposição, de que a produção do cuidado extrapola os limites existenciais historicamente produzidos para a loucura, discutimos sobre a possibilidade do usuário sair do CAPS e de o serviço sair dele. De modo que cada um deles possa ser visto e nomeado como um “José”, que é pai, irmão, filho, amigo, artista, marceneiro, músico e tantos outros, e não apenas um “José-usuário do CAPS”.

O reconhecimento dessas esferas de subjetivação, por sua vez, possibilita a produção de um cuidado que não se sustenta apenas no CAPS, mas também acontece fora dele, nos lugares onde a vida encontra espaços para a sua efetivação. Neste sentido, a produção do cuidado ganha potência a partir da construção de um projeto terapêutico singular que atenda a necessidades frequentemente negligenciadas do usuário, integrando-o no território.

Auxiliar o usuário na (re)organização e estruturação de projetos para a sua vida, potencializando a construção de redes vivas de cuidado, deve ser a aposta das novas práticas de cuidado em saúde mental que entendem a produção de vida se dá pelo fortalecimento de mais redes na sua existência (MERHY *et al.*, 2014).

Talvez nesse movimento de entender o usuário como uma pessoa que traz dentro de si um mundo, rico em experiências, memórias e desejos, e que esse mundo necessita de espaços para se revelar, o cuidado em saúde mental possa abrir-se ao mundo vivo da cidade, produzindo uma atenção para além do sofrimento psíquico, se ocupando da produção de vida das pessoas.

Referências Bibliográficas

- ALVERGA, A. R., DIMENSTEIN, M. “A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura”. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n. 20, p. 299-316, 2006.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1995.
- BRASIL. M. S. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Brasília, 2004.
- BARROS, J. O. MÂNGIA, E. F. “Rede social e atenção às pessoas com transtornos mentais: novo desafio para os serviços de saúde mental”. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 135-142, set./dez. 2007.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. "Apresentação". *In*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

MERHY, E. E. "Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial". *In*: MERHY, E. E., AMARAL, H. (Orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas (SP): Hucitec; 2007. p. 25-37.

_____. *et al.* "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

PELBART, P. P. "Manicômio mental: a outra face da clausura". *In*: Lancetti, A. (Org.). **Saúde e loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 130-8.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SILVA, E. **Circo-teatro**. Benjamin de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil. São Paulo: Altana, 2007.

A reestruturação do cuidado e a produção de ferramentas na saúde mental

Gabriela Lucena de Oliveira Coutinho

Juliana Sampaio

Thayane Pereira da Silva Ferreira

Dilma Lucena de Oliveira

Luciano Bezerra Gomes

Partimos do princípio que a produção da saúde é fruto de um trabalho vivo em ato. Isso significa dizer que a produção do cuidado é permeada pelas tecnologias relacionais, mesmo quando envolve tecnologias leve-duras e duras (MERHY, 2002).

As diretrizes da reforma psiquiátrica pressupõem a fortificação do trabalho vivo em ato, permeado por tecnologias leves, buscando uma perspectiva do cuidado realizado no território, que respeite o protagonismo do usuário. Nesta direção, as estratégias de cuidado devem ser elaboradas considerando a construção de seres autônomos e cidadãos (SAMPAIO *et al.*, 2011). Ainda, nestas ações deve-se considerar o território não apenas como espaço físico e geográfico delimitado, mas sim como um espaço relacional, em constante construção e desconstrução, onde a vida pulsa (LIMA, YASUI, 2014; SANTOS; NUNES, 2011).

Nesta perspectiva, não mais se admite, ou, passa a não fazer mais sentindo isolar o sujeito com sofrimento psíquico, mas, pelo contrário, torna-se imprescindível a construção de um cuidado compartilhado, que o integre na família, na comunidade e nas redes de apoio, respeitando as suas vontades e seus desejos, apoiando um devir, construindo junto com eles e os que o rodeiam o cuidado no território.

Seguindo o referencial da micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 2002), do cuidado territorial e da reforma psiquiátrica, e, a partir dos acontecimentos e encontros vivenciados no decorrer da pesquisa, queremos discutir a necessidade de fomentar o uso de ferramentas para possibilitar a reflexão e mudanças nas práticas dos profissionais de modo a aproximá-las do usuário, sua família e seus territórios existenciais.

Tal proposição surgiu de nossas vivências no campo da pesquisa RAC com o recorte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por conta dos fluxos e afetos gerados entre nós, os trabalhadores e o usuário-guia (MOEBUS 2014). É importante desenvolver um pouco o conceito de usuário-guia, pois este é a principal estratégia da pesquisa, funcionando como uma espécie de “fio condutor” para avaliação e reflexão sobre o cuidado produzido. Durante nossa participação nas reuniões da equipe do CAPS, os trabalhadores nos indicaram o usuário mais difícil de cuidar – como sugerido por Gomes *et al.* (2014) – pois, exatamente ele geraria mais capturas e afetos, fazendo com que refletíssemos a respeito do tipo de cuidado que está sendo gerado, de suas barreiras e acessos.

O nosso usuário-guia chamaremos de Vaqueiro, pela forma saudosa e orgulhosa com que fala da época que transportava e lidava com gado, também pela forma como se expressa em suas pinturas, onde há sempre pássaros e campos, ou ainda o personagem que quase sempre assume nas festas do CAPS.

Ele é usuário do serviço há cinco anos. Há aproximadamente um ano vinha rareando sua ida, até que por três meses havia deixado de ir por completo. A família vinha solicitando apoio constantemente à equipe de referência, desejava interná-lo, dizia já não aguentá-lo mais. Com o aprofundamento destas dificuldades, apostando na inventividade e potência da reflexão para produzir outros cuidados, a equipe buscou construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tal movimento é produzido devido à dificuldade de cuidar do mesmo, posto que ele não queria continuar frequentando o CAPS, e esta era a premissa para o cuidado ofertado pelo serviço.

A ferramenta utilizada para a elaboração do PTS foi construída pela própria equipe. Ela objetiva o compartilhamento da compreensão do problema e a pactuação de objetivos comuns para todos os envolvidos. Podemos tentar classificá-la como uma tecnologia leve-dura, um roteiro que busca orientar os profissionais a buscar informações para além da semiologia específica de cada especialidade, assim como construir possibilidades de cuidado interdisciplinar e intersetorial.

Embora, em várias referências, se coloque como importante a participação do usuário e de sua família na sua elaboração do PTS (BRASIL, 2004), houve dificuldade na equipe em objetivar a participação da família ou outros setores em um primeiro momento. A ferramenta elaborada pela equipe tem como primeiro item a construção da história de vida do usuário. Mas, ao falar dele, os profissionais contaram a sua história associando-a somente ao diagnóstico de etilista, não procurando defini-lo em outros aspectos de sua vida.

Ao ser problematizado na reunião que essa era a história do diagnóstico desta pessoa, e não de sua história de vida, diversos trabalhadores percebem a captura conforme o olhar classificatório da especialização. Neste momento, começaram individualmente a contar histórias que tinham vivido com o usuário, ou que ele lhes tinha dito sem levar em consideração o diagnóstico. Este movimento possibilitou o surgimento de histórias a respeito do quanto ele gosta de desenhar; da sua vida errante; sua relação conflituosa com o tio que o criou, com a mãe e a irmã com quem mora; sua fantasia de vaqueiro e a grande animação nas festas do CAPS. O que demonstra que eles tinham de fato conhecimentos advindos de vivências mais profundas com o mesmo, só não achavam que isso era útil para a construção do cuidado.

Pautados no encontro e suas afecções, foi proposto um modelo de cartografia existencial em conjunto com Vaqueiro, o qual denominamos “cartografando múltiplas no sujeito com sofrimento psíquico”. Nesta cartografia, propusemos que o mesmo desenhasse os locais que frequenta e/ou frequentou desde criança, informando quais são aqueles mais significativos para a sua vida no mapa da cidade. Ainda, ofertamos a possibilidade de que este falasse de si para além dos limites físicos e existenciais da cidade desenhando e traçando o seu próprio território.

A metodologia era simples, desenhamos os limites de João Pessoa em uma cartolina deixando sobrar espaço para além dos limites, assim ele não precisava ater suas histórias à cidade. Pedimos que, a partir de desenhos situados no mapa, ele traçasse as rotas de sua vida através de seus próprios referenciais. Interferimos em alguns momentos, fazendo perguntas referentes aos lugares onde ele encontrava cuidado, onde se sentia interditado e onde se encontrava livre; ele referenciava os lugares no mapa,

desenhando a si mesmo e as pessoas ou colocando símbolos representativos das cenas e histórias que narrava.

Em algumas horas de uma tarde, Vaqueiro nos levou a passeios variados, épocas diferentes de sua vida, pessoas, amizades, amores perdidos, dando limitada ou nenhuma visibilidade para a bebida, que pouco aparece em seu mapa existencial. A partir desta construção cartográfica, conseguimos conhecê-lo para além da história do consumo abusivo do álcool e daquilo que nossos olhares centrados no cuidado biomédico sabiam e relatavam sobre ele. O mais importante de tudo isto foi que esta construção cartográfica possibilitou que o mesmo nos guiasse e não éramos nós “os doutores”; pelo contrário, era ele quem dava as diretrizes, que nos guiava naquilo que precisávamos saber, enquanto ele mesmo se redescobria.

A experiência funcionou como um dispositivo para evidenciar potências antes veladas pelo rótulo da patologia, revelando vivências diversas e tão diferentes que desembocou em outras formas de se relacionar com Vaqueiro, formas estas apresentadas e reconhecidas pelo próprio. Serviu também de espelho para ele encontrar em si outros “eus” que ultrapassam a questão do alcoolismo: o nadador, o vaqueiro, o filho e o sobrinho cuidadoso (embora não reconhecido), o apaixonado, o dançarino, o pedreiro, o sujeito que recusou formar família por se achar incapaz de cuidar.

As problematizações do PTS também nos levaram a sair do CAPS e buscar aproximarmo-nos da família de Vaqueiro e da equipe de Saúde da Família que lhe servia de referência. Durante a convivência com a família do usuário-guia, percebemos que enxergar Vaqueiro apenas a partir do seu diagnóstico, não conseguindo encontrar potências atreladas às suas vivências, não era uma questão só da equipe, mas das pessoas próximas ao usuário, tais quais sua família e vizinhos.

Goffman (1998) já apontava que o peso do diagnóstico gera estigma, marca as relações sociais das pessoas tal qual um corpo é marcado por cicatrizes ou tatuagem, ocupando parte significativa no processo de construção da identidade do usuário para os outros e para o próprio estigmatizado.

No caso de Vaqueiro, ao sermos apresentados por meio dos profissionais do CAPS, se descreveu pelo mesmo viés que sua família e seus cuidadores o definiam: pelo uso abusivo de álcool, ignorando suas outras vivências, potências na produção de vida. Supomos que ele falou exatamente aquilo que achava que queríamos que ele dissesse, posto que é acostumado a ser visto e questionado pelo olhar clínico, que se interessa mais pela doença que pelo sujeito. Ele também queria remédios, falava o tempo inteiro do quanto precisava deles. Suspeitamos que ele sabia muito bem como manusear o diagnóstico a seu favor.

Ao contrário do que quando o que nos mediava era o desenho de sua cartografia, nas histórias que nos apresentou a respeito de sua vida, aparecia de tudo um pouco e quase nada era dito sobre o álcool. Apesar de ainda sermos vistas enquanto “doutoras” e de estarmos dentro do CAPS, relatou-nos o que quis, de fato falou de como vivia/viveu a própria vida, falando de si, desenhando para si e para nós os seus caminhos percorridos.

A cartografia facilitou sair do lugar de descrição a partir do patológico, dificuldade que necessita ser superada, para aproximarmos o discurso à prática segundo as

diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Ela representou uma tecnologia que facilitou as relações e o encontro entre nós e o usuário.

Merhy e Franco (2005) desenvolvem a ideia de reestruturação produtiva no contexto de trabalho vivo em ato em oposição ao trabalho morto. Neste sentido, os autores afirmam que sempre existem mudanças nos processos de trabalhos e no modo de produzir cuidado, mas a reestruturação produtiva pode não conseguir atingir o núcleo tecnológico onde se processa o cuidado.

Durante a construção do PTS, não obstante este ter sido uma ferramenta que buscava ampliar as potencialidades da atuação da equipe, ele ficou limitado devido à ausência do sujeito na construção do seu cuidado, nos moldes da clínica “psi” tradicional. Percebemos uma carência de ferramentas e da eficácia dos mesmos, que possam tentar proteger as equipes de saúde nos processos da construção do cuidado dessas capturas.

Não estamos defendendo que ferramentas são necessariamente capazes de levar a práticas mais humanizadas. Visualizamos que uma mesma ferramenta pode trazer resultados muito diferentes dependendo do referencial e da implicação com a vida do outro de quem o utiliza. Mas verificamos que era consenso o referencial de cuidado pautado na construção de cidadania nos moldes da Reforma Psiquiátrica; apesar disso, é difícil romper com as práticas em que os profissionais foram adestrados na sua formação (PELBART, 1990).

Também é inegável o efeito de segurança que o modelo médico nosológico passa numa sociedade onde o biopoder (FOUCAULT, 1999) perpassa todas as camadas do tecido social e o conjunto de sistemas peritos formam nossos alicerces de (in) segurança para o manuseio da vida (GIDDENS, 1990). A tentação de negar esse outro saber na prática é grande, apesar dele florear os discursos.

Desta forma, a criação de ferramentas-guias, que ajudem a prender o discurso à prática são essenciais nesse primeiro momento de uma reestruturação produtiva, abrindo caminho para uma transição tecnológica. Precisamos desaprender as práticas manicomialis, e construir um outro tipo de cuidado, que é sempre singular, relacional, sendo pautado no sujeito e na sua autonomia.

A cartografia como ferramenta ajudou a desvendar a multidão (NEGRI, 2004; MERHY, 2015) existente no Vaqueiro, levando-o a infinitas possibilidades de se reinventar e de ser reconhecido pelos trabalhadores da saúde nas suas multidimensionalidades. Este reconhecimento, por sua vez, possibilita a construção do cuidado no território que acompanhe o movimento vivo e interrelacional construído pelo próprio sujeito, sem cair na armadilha de estar reproduzindo dispositivos de controle que desconsideram a diferença como modos de existência, produzindo desigualdade. Evitando mecanismos que buscam simplesmente anular a diferença, no lugar de tentar acolhê-la.

Esta vivência possibilitou refletir sobre a importância da abertura dos trabalhadores para o conhecimento das multidimensionalidades do sujeito que dão suporte para a construção do cuidado territorial. A cartografia consegue operacionalizar conceitos fundamentais para a produção do cuidado em saúde como: território, subjetividade, autonomia – verdadeiros dispositivos na construção do cuidado. Um Projeto Terapêutico Singular não deveria ser construído sem a presença do usuário. A cartografia só existe em conjunto com o mesmo.

Portanto, consideramos que estas noções podem ser adotadas pelos profissionais na construção dos PTS da Saúde Mental, elaborando estratégias de cuidado a partir da cartografia do usuário, ou seja, daquilo que o mesmo considera significativo para a sua vida. Esta problematização nos convoca a considerar o usuário como o centro da produção do cuidado. Assim sendo, uma ferramenta que deve ajudar na reestruturação produtiva para chegarmos, de fato, a uma transição tecnológica na produção do cuidado em saúde mental.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora da UNESP, 1990
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. "Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial". **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, set. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300593&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31/05/2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- _____. "Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum". **Saúde e Sociedade** (Online), v. 24, p. 44-54, 2015.
- _____. FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em: 19/05/2016.
- MOEBUS, R. L. N. **Usuário como guia, ou como pode o mar elevar-se à montanha**. 2014. Mimeo.
- NEGRI, A. "Por uma definição ontológica de multidão". **Lugar comum, estudos de mídia, cultura e democracia**. Rio de Janeiro, nº 19 – 20, p. 15 – 26, jan./jun.,2004.
- PELBART, P. P. "Manicômio mental: a outra face da clausura". In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990, p.130-8.
- GOMES, M. P. C.; CALAZANS, R.; FREIRE C. J. T.; MERHY, E. M.; ABRAHÃO, A. L.; SILVA, E.; VIANNA L.; TALLEMBERG, C. "Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Hitórias de R". In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- SAMPAIO, C. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; GARCIA, C. "O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/05/2016.
- SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. "Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil". **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, Sept. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31/05/2016. Epub Sep 23, 2011.

A arte do compartilhar: o matriciamento como potência do cuidado emancipatório

Adelle Conceição do Nascimento Souza

Juliana Sampaio

Thayane Pereira da Silva Ferreira

Dilma Lucena de Oliveira

Luciano Bezerra Gomes

A reforma psiquiátrica brasileira lutou, luta e reafirma cotidianamente a necessidade de cuidar das pessoas com respeito, cidadania e liberdade. É necessário que todos e todas possam existir e serem cuidadas/os não como corpos isolados e contidos em espaços de exclusão como manicômios ou residências terapêuticas, mas que consigam habitar os territórios, traçando conexões de cuidados em suas redes vivas, exercendo e resgatando cidadania muitas vezes negadas.

Essa forma de cuidar exige um território acolhedor, com dispositivos e pessoas conectadas, para garantir as potências das vidas e, também faz um convite às/os trabalhadoras/es ligados a esse território, para que vençam as barreiras de fragmentação das maneiras de agir e fortaleçam a comunicação, a articulação e o encontro com as infinitas formas das pessoas serem no mundo. O encontrar-se, consigo mesmo e com a/o outra/o é contingência fértil de construir em ato redes vivas potentes e fortalecidas (MERHY, 2002).

Produzir vida nos territórios convoca ainda uma rede compartilhada de serviços, equipamentos sociais e pessoas, dentre elas os trabalhadores da saúde, que se conectem e compartilhem projetos de cuidado (MERHY *et al.*, 2014). Para tanto, é preciso haver comunicação e trabalho compartilhado entre esses trabalhadores e, nesta perspectiva, o matriciamento se apresenta como um importante dispositivo de co-responsabilização do cuidado.

Experienciado inicialmente no campo da Saúde Mental (SM), o matriciamento tem sido, atualmente, também explorado pela Atenção Básica (AB), como possibilidade de produzir cuidados em equipe nos territórios.

No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) têm a responsabilidade de produzir redes de cuidados territoriais que possibilitem os sujeitos existirem fora dos espaços institucionais, tomando as ruas e as cidades como também seus territórios existenciais (LANCETTI, 2006; BRASIL, 2005). Por tal responsabilidade, o matriciamento tem sido tão potente e importante para as construções das redes de cuidado em saúde mental.

Nesse breve capítulo, buscamos dar visibilidades para as potências e desafios da efetivação do matriciamento como dispositivo de encontro e produção de cuidado compartilhado entre as/os trabalhadoras/os do CAPS e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais visibilidades foram produzidas na in-mundização (ABRAHÃO *et al.*, 2014) de pesquisadoras/es da Rede de Avaliação Compartilhadas (RAC) na Rede de Atenção Psicossocial de João Pessoa – PB.

Durante os meses de janeiro a agosto de 2015, foi possível vivenciar o cotidiano de dois CAPS do município, um do tipo CAPS III-Transtorno e outro do tipo CAPSad, acompanhando várias de suas atividades, dentre elas, oficinas, reuniões de equipes, visitas domiciliares e reuniões de matriciamento com a ESF. Essa imersão possibilitou que trabalhadoras/es, gestoras/es, usuária/os e familiares se encontrassem, produzindo afecções e sendo afetados/as por e com elas/es, produzindo efeitos que em parte serão tratados aqui.

Matriciamento: produzindo encontros e potencializando cuidados

Tomamos, inicialmente, o matriciamento a partir das proposições de Gastão Wagner de Sousa Campos (1999), as quais foram assumidas pelo Ministério da Saúde como referência teórica para o ordenamento destas atividades. Tal modelo não é o único proposto no Brasil, mas será tomado aqui em análise por ter sido o qual orientou as normatizações ministeriais para o apoio matricial e a partir do qual as equipes de saúde que participaram da pesquisa referem orientar suas práticas.

Este autor parte da crítica ao processo de trabalho em saúde pautado em um modelo reducionista, medicalocêntrico e hierarquizado, baseado na transmissão de responsabilidades pelo sistema de referência, e com foco apenas na doença e na fragmentação do corpo. Sua proposta é desenvolver uma metodologia de gestão do trabalho e do cuidado, numa perspectiva mais colaborativa, com ações articuladas, multiprofissionais e intersetoriais que possibilitem trocas de saberes e compartilhamentos dos casos (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Para sua operacionalização, são diferenciados dois tipos de equipes: as equipes de referência e as de apoio matricial. As primeiras são aquelas responsáveis pela coordenação e condução dos casos, de forma longitudinal, com responsabilidade sanitária e construção de vínculo, em detrimento de um cuidado fragmentado e pontual. Já as equipes de apoio matricial operam como retaguarda especializada, auxiliando de forma compartilhada e dialógica a condução dos casos, ampliando o repertório de cuidado dos/as profissionais da equipe de referência (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CUNHA, CAMPOS, 2011).

A perspectiva é que o matriciamento possa ser operado em duas dimensões. A primeira, assistencial, voltada para ações diretas junto aos/as usuários/as do serviço, a partir da atuação direta nas demandas identificadas nos espaços compartilhados. A segunda, a técnico-pedagógica, são as ações dirigidas às equipes de referência, de apoio educativo, para ampliação de sua capacidade técnica e gestão compartilhada dos casos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

No contexto da RAPS e da responsabilização dos CAPS em produzir redes de cuidado nos territórios, estes têm como uma de suas ações prioritárias a articulação com as equipes da ESF, a qual pode ser realizada a partir do apoio matricial. Contudo, no cotidiano vivenciado foi possível dar visibilidade para um matriciamento com diferentes contornos da proposição teórica de Gastão. Os novos arranjos e dinâmicas assumidos pelos matriciamentos que vivenciamos junto às equipes do CAPS não ocorrem sem vários atravessamentos da condução política da saúde mental no

município, nem das relações entre as equipes dos CAPS e da ESF. Da mesma forma, tais matriciamentos produzem alguns efeitos para a produção do cuidado, que são importantes de serem recolhidos.

Em ambos os CAPS, poucos, e as vezes apenas um profissional, efetivamente tomava o matriciamento como uma atividade prioritária. Este profissional era o responsável pelo desenvolvimento de tal agenda, mesmo que, para isso, precisasse solicitar (muitas vezes, implorar) a participação dos demais profissionais da equipe do CAPS. Poderíamos questionar se o não engajamento dos demais profissionais não nos aponta para uma forma silenciosa das equipes denunciarem certo desconforto com tal proposta matricial, apesar de, nas discussões levantadas sobre o tema com as equipes, este modelo ter sido sempre defendido, e apontado como sua principal dificuldade a falta de compromisso dos profissionais da ESF.

Os encontros de matriciamento seguiam uma pauta mais ou menos fixa. A começar pela escolha das equipes a serem matriciadas. Esta definição não partia de uma demanda das equipes de referência, nem mesmo de um usuário que precisava de um cuidado mais articulado entre as equipes CAPS e ESF. Efetivamente, havia uma meta de realizar o matriciamento em 100% das equipes de AB e, a partir desta, as visitas de matriciamento eram agendadas, seguindo uma cobertura territorial. Ou seja, não havia uma conexão direta entre a necessidade de matriciamento e a emergência de produção de um determinado cuidado compartilhado.

Nas reuniões de matriciamento, as equipes dos CAPS apresentavam as diretrizes da reforma psiquiátrica e os serviços da RAPS no município, detalhando o perfil dos usuários que precisariam ser encaminhados ao CAPS e os que deveriam ser atendidos e acompanhados pela ESF. Em algumas situações, as equipes do CAPS levavam os prontuários de seus usuários que residiam naquele território para possíveis discussões sobre os mesmos junto às equipes de referência.

Ao mesmo tempo que visualizamos tal modo de trabalho, também recolhemos uma tensão na comunicação entre as equipes de CAPS e ESF, produzindo queixas, críticas e ressentimentos entre os profissionais que não se reconheciam como parceiros. As equipes dos CAPS, muitas vezes, identificavam a ESF como incompetente na produção do cuidado em saúde mental e esta última, em diversas ocasiões, reconhecia os profissionais do CAPS como incapazes de articular redes e trabalhos territoriais, em especial em parceria com outras equipes de saúde. Por um lado, tal atitude pode ser vista como uma dificuldade em compreender o funcionamento, com suas limitações e potências, da outra equipe. Por outro, pode ser vista esta tensão como sinalizadora da existência de projetos distintos em disputa sobre o que deveria ser o modo de operar o outro serviço; não que não se compreenda a formulação ideal sobre o trabalho previsto para o outro serviço, mas que se discorda e se produzem estratégias de disputa do governo sobre os mesmos.

Em vários momentos, buscamos produzir algumas interferências, questionando tais situações junto aos profissionais. Nossa tentativa era colocar em análise os modos de trabalho, buscando problematizar a efetivação do compartilhamento do cuidado entre as equipes. Contudo, o olhar do estrangeiro, do diferente, que se coloca em outra posição em relação ao grupo, não produz necessariamente interferências. Somente

quando pudemos estar efetivamente juntos, produzindo de forma compartilhada, foi possível não apenas falar de uma prática, mas exercitá-la, construindo juntos novos modos de articulação de projetos de cuidados compartilhados entre equipes CAPS e ESF nos territórios.

Um convite ao diferente

A partir da produção de usuários/as-guias (ROCHA *et al.*, 2014), que nos guiaram pelos seus modos de levar a vida e produziram redes vivas de cuidado, foi sendo possível construir parcerias na produção do cuidado com esses sujeitos e com suas equipes de referência nos territórios. Neste caminhar, a partir dos usuários-guias dos modos como demandavam ser cuidados, foi possível produzir encontros entre nós pesquisadoras, alguns profissionais dos CAPS e da ESF, no convite de seguirmos juntos guiados pelos usuários.

Essa experiência só foi possível porque tomamos a aposta metodológica da pesquisa: produção de encontros que, por sua vez, produzem diversas interferências. Acreditamos que o in-mundizar-se no campo e vivenciá-lo em ato nos possibilitou produzir e sermos produzidos, afetando e sendo afetados pelos outros (ABRAHÃO, 2014).

Sem nunca termos precisado utilizar o termo matriciamento, fomos coletivamente produzindo reuniões/encontros entre equipes de CAPS e ESF. E a partir desses, outros encontros foram sendo disparados com os usuários, seus familiares e demais profissionais de saúde dos territórios. Nesses encontros, foram sendo propostos percursos terapêuticos, articulando estações de cuidado, pessoas potentes que poderiam ajudar no processo, além da elaboração de inúmeras narrativas que deram visibilidade às várias formas daquelas pessoas (usuários, familiares e trabalhadores) viverem suas vidas e se relacionarem com aquele território. Encontramos e produzimos juntos potências de vida e de cuidado!

Mas nem tudo foi fácil durante esse tempo. Algumas farpas foram trocadas, algumas disputas de projeto de cuidado se fizeram presentes e tiveram que ser explicitadas. Em algumas equipes, essas tensões foram menos evidentes, mas, em outras, foram extremamente marcantes. Nos momentos mais difíceis, vivenciamos disputas quanto à responsabilidade do cuidado. O responsabilizar “o” outro, tomou espaço frente ao responsabilizar-se “com” o outro. Vivenciamos dificuldades de construir e manter o diálogo, que deram passagem à fragilidade na produção de redes vivas de cuidado compartilhados, em especial que envolvessem mais de uma equipe de saúde.

Os exercícios de viver, sentir, olhar e dizer sobre tais experiências, identificando suas potências, dificuldades e efeitos, nos ajudaram a mapear aspectos importantes que podem contribuir na constituição de novos modos de trabalho em rede. Produzir matriciamento está diretamente condicionado à possibilidade de encontro e trabalho compartilhado entre equipes. Isto demanda tempo, investimento e disponibilidade de profissionais para encontrar-se com o outro, negociar projetos de cuidado e modos de trabalho. É um processo intenso que não só questiona as bases de nossas formações, mas de nosso modo de fazer cotidiano.

Um desafio que só faz sentido na aposta pela reorganização do processo de trabalho em saúde que amplie o compartilhamento do cuidado em rede. Neste sentido, o matriciamento pode alinhar redes de conexões vivas e de trabalho pela vida. Colocar a potência dos usuários como centro das produções terapêuticas demanda o cuidado territorial e em rede, o qual pode ser favorecido a partir dos encontros matriciais. A produção de modos de cuidado que favoreçam a liberdade e cidadania das pessoas é uma dívida histórica que temos no campo da saúde mental e deve nortear nossa luta sempre.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* “O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos)”. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G. W. S. “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393- 403, 1999.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev. 2007.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. “Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde”. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dez. 2011.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

_____*et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

NASCIMENTO D.D.G., OLIVEIRA M.A.C. “Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”. **Mundo Saúde** (Impr.) 2010; 34:92-6

ROCHA, M. *et al.* O” usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro”. R. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 105-134.

Saúde mental na atenção básica: aposta nos arranjos e desafios do matriciamento

Marcela Pimenta Muniz
Nereida Lúcia Palko dos Santos
Ana Lúcia Abrahão

A ideia na qual a rede de atenção à saúde existe, e também “não existe”, nos auxilia a pensar o cuidado à luz de componentes de tecnologia leve e leve-dura (MERHY, 2002) para sustentá-la no cotidiano das práticas na produção do cuidado em saúde (saúde mental).

Tais pensamentos integram, ou de outra forma, emergem, ao longo do processamento dos resultados preliminares da pesquisa nacional “Rede de Avaliação Compartilhada (RAC)”, desenvolvida em um Centro Municipal de Saúde (CMS) do Rio de Janeiro, na e com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência para esta. Uma pesquisa interferência (OLIVEIRA, 2015), na qual sujeitos pesquisadores se misturam, e o seu encontro é determinado como um acontecimento intercessor.

Assim, este texto parte do mergulho no cotidiano do cuidado em saúde de uma micro-equipe/equipe da Atenção Básica (AB), partindo-se de narrativas produzidas pela equipe inicialmente a partir de uma usuária (neste texto, nomeada de Dançante, pelo curso da vida permeado pela trilha sonora dos espaços de dança e socialização do forró), cuja trajetória e existência nos conduz à nomeação deste como um caso-traçador, um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde (CARVALHO, 2009), e que permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário, que pode ser tomado como dispositivo de análise de processo de trabalho, de redes, de matrizes discursivas que operam no campo do cuidado, entre outras(os).

No primeiro plano de aproximação com o cotidiano local, as narrativas circularam acerca da Dançante, cuja trajetória no cuidado e na vida é considerada complexa, emblemática na unidade de saúde, na rede de atenção à saúde e na comunidade. A usuária e sua família vivem e constroem trajetórias conforme se movem nas suas vidas e vão acessando o que as políticas de saúde, e outras políticas sociais, estruturam como componentes do sistema, das redes temáticas de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Atenção Básica (que, teoricamente, também compõe a RAPS), Rede de Urgência e Emergência e a Atenção Domiciliar.

Em um certo regime de verdade (FOUCAULT, 2007), a apresentação da usuária seria a de uma esquizofrênica (psicótica), obesa, com uma ferida do tipo fístula no membro inferior, que nesse contexto, esgota as possibilidades do cuidado pelas equipes. Na construção desta história, a moral e o julgamento estão presentes em algo que poderíamos nomear de um caráter pré-existente, considerando as questões que

envolvem aspectos da justiça e da loucura em tensão, e até mesmo oposição a uma mulher casada e mãe de quatro filhos.

Um cenário de “(a-)normalidade” do contexto social que produz questionamento da vida em construção de uma mãe com um filho deficiente, dois filhos com sofrimento psíquico usuários do CAPS, e um filho esmaecido na construção narrativa, pois aparentemente não possui “problemas de saúde”; uma produção dissonante de família na comunidade. Neste contexto, os efeitos para a equipe da AB perpassam ao questionamento e a criação de uma composição da caixa de ferramentas com a inventividade de usos possíveis no encontro, no devir cuidador, pois um caso complexo da saúde mental passa a integrar frequente e intensivamente o cotidiano da equipe da AB.

Nesse contexto, o desenvolvimento de arranjos na produção do cuidado que incorporam tecnologias e saberes pela ESF à luz de situações dos usuários nomeados como da saúde mental, bem como as aproximações, fluxos e nuances de uma articulação deste cuidado com os serviços substitutivos de Saúde Mental marcam um progresso indiscutível da política do Sistema Único de Saúde (SUS), com usuários com demandas a serem acolhidas pelos CAPS, mas também por outros serviços, como pela AB, porta de entrada da rede de atenção à saúde.

Nesta rede, que existe e “não existe”, a ESF incorporou conceitos de Apoio Matricial (AM) e de equipe de referência, que são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, permitindo ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, como a presença de profissional de saúde mental para o trabalho em colaboração com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Entretanto, quando estes arranjos estão à quente, na vida como ela é, nos deparamos com experimentações que trazem questões: quais os sentidos atribuídos a estes conceitos quando incorporados ao cotidiano do cuidado em saúde? A matriz da produção do cuidado pelos trabalhadores da AB e da RAPS tomam, ou são tomados, por quais regimes de verdade? Quais as tensões que (co-)existem, os “não ditos” e os processos de subjetivações que atravessam o processo de trabalho na produção do cuidado, por trabalhadores que produzem em ato, em tensão e disputa, em arranjos e etc. os processos de cuidado sob a ideia de UMA rede, de um cuidado? Quais as direções de cuidado em jogo – nem sempre explicitadas ou pactuadas – entre diferentes pontos de atenção?

No sentido exposto, nos colocamos a pensar o cuidado, Dançante, o caso-traçador neste campo, e os modos de dar potência às equipes da AB com a lógica do matriciamento em saúde mental nas múltiplas dimensões dessas redes de saúde que existem e “não existem”, particularmente no contexto de vinculação e centralidade do cuidado de uma usuária nomeada como um caso de saúde mental à ESF e não no dispositivo do CAPS. Situação cotidiana que coloca em foco o entendimento de rede de atenção à saúde na prática, entre aparelhos distintos, mais que a estrutura física, a articulação de diferentes atores e trabalhadores no cuidado, colocando em cena conceitos (à serem) ferramenta, no sentido do uso na vida, tais como: integralidade, transversalidade, resolutividade, rede, vínculo etc.

Destes, podemos tomar o de rede e fazer inferências sobre a “rede viva” (MERHY *et al.*, 2014), a rede de cuidado produzida por Dançante com vínculo mais na AB e menos no CAPS, por exemplo, e neste processo, experienciando êxitos com a extensão do “DOTS” (tratamento diretamente observado) para os usuários que não estão em tratamento para a tuberculose, ministrando as medicações, que mais que levar e dar remédios, cria espaço de encontro, rotina, vínculo e cotidianidade, organiza os dias da semana, na medida que o trabalhador integra o cotidiano da usuária e sua família, enfim, cuida; e no acompanhamento, observa-se que não tem ocorrido reagudização psicótica (como, por exemplo, um estado de sofrimento psíquico muito intenso, se colocando em risco ou sendo heteroagressiva com as pessoas). Nesta nuance, é natural que se produza uma rede viva de cuidado, que não está circunscrita em um serviço especializado de saúde mental, mas da Dançante que provoca movimentos, ainda tracejados suavemente, de formação de rede de cuidado.

Destacamos o movimento da usuária que provoca “desconfortos” ao criar e marcar a rede viva dentre as ofertas do sistema, pois em uma lógica estruturada de redes, a usuária provoca nas equipes a necessidade de atualizarem suas próprias noções e sentidos do cuidado em saúde mental e da RAPS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013), sob a proposta de ser “CAPS-centrada”, enfrentando a lógica anterior da psiquiatria que era hospitalocêntrica.

É nesta construção cotidiana da rede (viva) de atenção que os encontros nesta pesquisa apontam que não basta a superação dos hospitais psiquiátricos, no sentido da própria ideia de CAPS delimitado ao terreno de uma competência, de se responsabilizar por um conjunto de elementos bem delimitados ser um risco à lógica antimanicomial, e até uma barreira à produção do cuidado que é, e não é, de saúde mental, em fluxo e conectividade, continuidade e co-responsabilização com outros pontos da rede de atenção.

Neste sentido, o cuidado à Dançante na AB está em consonância com a atual lógica da RAPS, uma vez que amplia a rede de saúde, possibilitando garantir, por exemplo, o combate a estigmas e preconceitos, uma vez que a história de longas internações perde espaço na cena cotidiana e no vínculo à ESF, tanto a usuária quanto a equipe produzem uma desmistificação do lugar do louco na saúde e na sociedade.

Mais do que substituir o hospital psiquiátrico pelo CAPS, encampar um processo ético-político a partir do qual os serviços substitutivos não podem se transformar em “pseudomanicômios” onde se restringiriam as formas de tratamento. Daí a importância de trazer para a realidade da ESF a noção de que a RAPS exige uma diversificação das estratégias de cuidado, o que inclui a necessidade da AB também estar presente na produção de cuidado ao portador de sofrimento psíquico.

No entanto, em paralelo ao importante investimento que a equipe da AB realiza na produção de cuidado junto à Dançante, há também dificuldades no que se refere a atender às demandas psicossociais desta e de sua família. Ocorre, frequentemente, o sentimento dos profissionais de solidão e impotência, limite, para lidar com casos envolvendo a complexidade da saúde mental.

A dimensão básica de cuidador que todo trabalhador da saúde deve trazer, não garante respostas à atenção psicossocial. Acolher o portador de transtorno psíquico em suas múltiplas demandas em serviços não especializados em saúde mental mostra-se mesmo um dos maiores desafios para a implementação das diretrizes e para a qualificação da RAPS.

A sobreposição de distintas especialidades nos processos de cuidado é uma dificuldade na gestão entre os diferentes serviços, mas, sobretudo, entre os profissionais da saúde, que têm estado muito a serviço de seu núcleo-duro de formação profissional e nem tanto ao campo de competências da saúde – o qual é composto, principalmente, pelas tecnologias relacionais, tão caras no encontro com o portador de transtorno psíquico.

Diante desta problemática, vê-se no AM uma possibilidade valiosa para a equipe articular a produção da linha de cuidado junto à AB. No matriciamento em saúde mental, espera-se que a ESF compartilhe a construção terapêutica com o profissional de Saúde Mental (seja ele do CAPS ou do NASF), havendo uma corresponsabilização pelas demandas psicossociais, através de discussões conjuntas das demandas, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em interconsulta. O matriciamento exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). As práticas são processuais – e não pontuais em consultas de especialidade – por serem modificadas com as experiências vividas no matriciamento a cada dia.

Reuniões regulares (semanais, por exemplo) para elaboração de projetos terapêuticos e discussão das demandas dos usuários, apoio da saúde mental (por exemplo, quinzenalmente) e o desenvolvimento de atendimentos e discussões conjuntas dos desafios nas conduções cotidianas dos processos de cuidar pode produzir a integração e pertença que facilita a discussão e o planejamento das equipes diante dos “casos difíceis”.

Cuidar de Dançante implica na inventividade de combinações tecnológicas para o enfrentamento de suas demandas individuais, ambientais e coletiva. Mais do que a qualificação estrutural, a produção de vida requer referências epistemológicas que tragam articulações cada vez mais rizomáticas e menos arborescentes (DELEUZE e GUATTARI, 1997).

Se, por um lado, uma leitura rápida desta realidade pode considerar “inadequado” que a equipe de referência no cuidado à usuária esteja na ESF por não ser do campo de especialidade da saúde mental, por outro, considerando-se as propostas da Reforma Psiquiátrica, as diretrizes da RAPS e a responsabilidade social do SUS, vemos que a sustentação do cuidado aos trabalhadores vem fazendo, dia a dia, a potência inventiva das redes de saúde e a reafirmação do lugar do usuário na constituição de seu modo de andar e de sua rede viva.

Pensar o cuidado sem desconstruir a noção de pertencimento de Dançante junto à AB, garantir que a equipe de saúde da família conte com o matriciamento em saúde mental, são apostas para articular as redes de saúde, ampliar a clínica, qualificar a resolutividade do cuidado e dar voz às Reformas Sanitária e Psiquiátrica com a possibilidade da produção de redes vivas.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, 12 de Dezembro de 2013**. Habilita propostas a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componentes Construção e Ampliação; incentivo para construção dos Polos da Academia da Saúde e Aquisição de Equipamento e Material Permanente para estabelecimentos de saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O vínculo e o diálogo necessários**. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. nº 01/2003.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Volume 2. Coleção TRANS. Editora 34, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 24. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

MERHY E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2002.

MERHY, E. E *et al.* "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 153-164, out 2014.

OLIVEIRA, J. A. S. **Algumas reflexões sobre a pesquisa interferência**. 2015. (Mimeografado).

E o louco, é de quem mesmo?

Stefanie Kulpa
Claudia Tallemberg

Na experimentação da pesquisa, vivenciamos o quanto o diagnóstico psiquiátrico, ao produzir a loucura, não só produz o louco: ao definir quem é e como é o louco, também produz lugares para serem ocupados por ele na rede de cuidados. Mas o que acontece com aqueles que escapam das diferentes condições descritas que configuram a loucura, suas diferentes “patologias” e graus de “gravidade”? Por mais que tenhamos o louco descrito e categorizado minuciosamente, e que a loucura seja imputada àqueles que se encaixam nestas categorias, sempre haverá aqueles que escapam a estas descrições. Ou que transitam intensamente entre elas.

Desenvolvemos modos e lugares específicos para cuidar da loucura, no entanto, quando alguém não se encaixa em uma das “formas” ou graduações da loucura, mesmo os espaços substitutivos advindos do Movimento de Reforma Psiquiatria Brasileira, destinados ao cuidado em liberdade, apresentam sérias dificuldades para cuidá-los. Como o sistema e seus trabalhadores apresentam muita dificuldade em atuar fora do que está instituído, estes loucos “inclassificáveis” circulam no sistema de saúde em busca de cuidado.

Na experiência que estamos vivenciando em um dos municípios em que a pesquisa está presente, no acompanhamento dos caminhos percorridos por uma usuária da rede de Saúde Mental (SM), há um certo consenso entre trabalhadores deste município de que os usuários “leves” ficariam com a Atenção Básica (AB), os “moderados” com o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e os “graves” com o hospital psiquiátrico. Mas, o que acontece com aqueles que não se encaixam? E o que, necessariamente, estas categorias apresentam como problematização quando tomamos a produção da vida no cerne do cuidado? O que estas categorias enunciariam? E os usuários sem “cabimento” nestes espaços de cuidado, que não se encaixam nestas categorias, o que tencionam em seu movimento de errância pelas redes? O que apontam, denunciam, de forma ruidosamente silenciosa?

As andanças de Maria

Vejam os casos de uma das usuárias-guias da pesquisa. Uma jovem que circula intensamente na rede há aproximadamente 7 anos, nos serviços de atenção básica, CAPS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospital psiquiátrico. Os diferentes serviços e profissionais não têm consenso sobre ela: para uns, trata-se de uma jovem com leve deficiência mental que apresenta momentos de agressividade, para outros trata-se de um caso de transtorno afetivo bipolar, há também os que entendem que não há elementos para definir um diagnóstico. Para além de um conjunto de sintomas, quais os sinais que esta existência emite, fornecendo pistas, tomando a vida como consigna? Pistas escondidas, invisíveis aos trabalhadores na poeira de seu próprio caminhar.

Esta jovem percorrerá o caminho entre um serviço e outro, inúmeras vezes. O acesso aos serviços é liberado, mas a acessibilidade não, no sentido de “entrar no serviço” sim, mas no de garantia ao cuidado é, na maioria das vezes, bastante limitada, esta usuária não “cabe” nos perfis sobre os quais os serviços se organizam.

A equipe da saúde da família tem um bom vínculo com Maria. Acompanham sua vida e de sua família há muitos anos, desde sua infância, tendo prestado cuidados referentes à sua saúde em geral sempre que demandados. Mas, a equipe acumula uma frustração muito grande no que diz respeito a resolutividade do seu cuidado, tendo em vista que não se sente habilitada à atendê-la nos momentos de crise ou nos períodos em que a usuária não está bem, entendendo então como opção encaminhá-la ao CAPS, SAMU ou hospital psiquiátrico. E nos momentos em que “não está mal” e também não apresenta outras demandas clínicas, “não há o que fazer”, tendo em vista que muitos outros do território têm demandas e devem ser priorizados.

Perguntamos qual o projeto de cuidado e de saúde que a equipe tinha para Maria naquele momento (havia saído de uma internação e, aparentemente, estava estável). A resposta foi que não havia. O que eles percebiam é que quando havia uma queixa – e no caso da Maria a queixa vinha quando ela provocava problemas na comunidade e ou família – a equipe até conseguia se movimentar e produzia alguma resposta para a demanda (na maioria das vezes, encaminhamentos), mesmo que esta não fosse resolutiva. Mas sem a queixa, não se produziam movimentos de cuidado. O enfoque não era na produção de cuidado e de saúde, mas sim na resposta a uma demanda do usuário ou família. (Excertos do diário de campo do pesquisador)

Já o CAPS entende que, como a mesma pode ter algum momento de agressividade, não pode acolhê-la quando não está bem. Quando não está mal, também não pode acolhê-la na maioria de suas ofertas terapêuticas, pois persiste o medo de que a mesma possa, em algum momento, tornar-se agressiva. Ou então, em outros momentos, está “bem” e deve ser atendida pela Atenção Básica.

Neste dia, chegamos à casa de Maria para conversar com ela e sua mãe, e, atendidas pelo pai, ficamos sabendo que Maria “aprontou” na noite anterior, brigando com vizinhos e dizendo que ia se atirar no rio. Havia sido levada à UPA pelo SAMU. Após um primeiro acolhimento, a UPA entendeu que Maria estava estável e a encaminhou ao CAPS. Seguimos ao CAPS, onde encontramos Maria na sala de espera com sua mãe, sentada, quieta, por vezes levantando e tentando falar com alguém, pois queria ir para casa. A profissional de referência do CAPS nos cumprimenta “ainda bem que vocês chegaram, olha quem está ali”. Imediatamente nos diz que não podem ficar com ela lá, não tem condições. Chama a mãe e a usuária e calmamente explica que o CAPS não tem condições de acolhê-la, pois ela “põe em risco os trabalhadores do CAPS e a si mesma”, pois poderia pular o muro e fugir. E por isso ela seria enviada à UPA novamente, para esperar

uma vaga de internação no hospital psiquiátrico. A referência sai da sala e Maria fala que quer ir para casa olhar novela, e que não queria ficar aprontando, que quando tomava o outro remédio (diazepan) ficava bem e não aprontava, não ficava na rua. Prometeu que não ia mais aprontar, que não queria ir para o hospital. O SAMU chega e, após um momento de resistência, onde Maria sai do CAPS e anda pela rua dizendo que vai para casa, a equipe consegue “pegá-la” e o SAMU a leva de volta para a UPA. Depois viemos a saber que elas não quiseram pernoitar lá, foram para casa e no outro dia, após uma noite tranquila, Maria foi voluntariamente para o hospital psiquiátrico. Este percurso todo acontece no período de um dia e meio. (Excertos do diário de campo do pesquisador)

O SAMU e a UPA a acolhem, porém, após atendimento, precisam da retaguarda dos demais serviços: dentro de uma visão respaldada na reforma psiquiátrica, caberia ao CAPS, como serviço substitutivo, acolhê-la. Porém, em m diferentes situações foi encaminhada pela UPA ao CAPS, mas como o CAPS não entende que tem condições de acolher nas crises, já que em um certo momento Maria teria agredido a profissional de referência com gritos e jogando coisas pela sala, são muitas as internações em hospital psiquiátrico. Como na maioria das vezes, conforme a família, a usuária “volta pior” das internações, logo reinicia a peregrinação entre os serviços.

Em conversa com a médica da UPA, esta considerou que Maria não teria transtorno mental. Seria mais um caso de “retardo leve” com pouca estimulação, e por isso um comportamento infantilizado. Não concorda que deva ser internada. “Mas é difícil ir contra a lógica médica hegemônica de que lugar de louco é o hospital”. Também relata que, na UPA, “o que se quer, na maioria das vezes, é liberar o leito e se livrar do usuário de SM... o lugar dele não é lá, para a maioria dos médicos”. Assim a UPA encaminha, na maioria das vezes, para a internação psiquiátrica.

Perguntamos, e o CAPS? Ao que ela nos fala: “no geral, a relação com o CAPS é muito boa, mas em casos assim... veja Maria não tem um transtorno... acho que o CAPS não costuma acolher casos como esse, de retardo mental. Ninguém acolhe... aí vai para o hospital porque precisa ir para algum lugar. Ainda impera aquela lógica: a família precisa de um descanso, então interna” (Excertos do diário de campo do pesquisador)

Então Maria não cabe na AB, não cabe na Urgência, não cabe no CAPS. Ironicamente, no hospital psiquiátrico, que tanto combatemos na perspectiva da reforma psiquiátrica, cabem todos. Como este ocupa o histórico lugar de separar os excluídos e indesejáveis da sociedade, é o que “sobra” para aquele “louco” que não cabe em lugar nenhum. Assim, ao mesmo tempo em que a usuária não consegue ter sua demanda de cuidado atendida, essa dificuldade da rede e dos trabalhadores de acolhê-la provoca a sensação de impotência dos trabalhadores. O agir do trabalhador, na medida em que vê os usuários homogeneamente, através do reconhecimento dos mesmos corpos, afirma a repetição e não a diferença, (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEI-

RA, 2010) colocando em xeque a função dos diferentes espaços pensados para cuidar. Como então seria uma rede pensada para cuidar de todos? Ou então: Como as redes de cuidado têm considerado este “todos”?

Apoiar a rede e os trabalhadores: um desafio para a gestão

Nos encontros que tivemos com trabalhadores, fica explícito o sofrimento das equipes frente a casos complexos – destacando-se aqueles que trazem questões de SM e vulnerabilidade social. Nestas situações, os trabalhadores referem falta de ferramentas para lidar com estes tipos de casos, “eu não dou conta da Maria, aqui não temos como cuidar dela”. Frente a esta fala, perguntamos: “E quem te apoia nestes casos, quando você sente que ‘não dá conta’? (suspiro) ‘Ninguém’”.

Muitas vezes apontam também a dificuldade de contar com o apoio das redes da saúde e intersetorial.

A equipe de saúde da família (ESF):

“Tentamos muitas coisas... mandamos para o ambulatório do hospital, lá deixaram ela esperando um tempão e ela teve uma crise e foi internada. Sabíamos que tínhamos que fazer outras coisas...aí fomos atrás de uma escola... para nenhuma ela tinha perfil: boa demais para a escola especial, também não dava para a escola regular... chegamos a ligar para a Secretaria da Pessoa com Deficiência, mas nunca retornaram”. (Excertos do diário de campo do pesquisador)

“Nós fazemos o que podemos, mas ela precisa de mais do que podemos fazer. Ela vai para o CAPS. Mas lá eles não fazem... veja, quando ela está um pouco melhor dão alta administrativa para ela. Aí ela piora de novo. Perguntamos se a equipe (ESF) já conversou com a equipe do CAPS “Não, eles nunca vieram aqui... – bem, mas nós também nunca fomos lá, poderíamos ter ido”. (Excertos do diário de campo do pesquisador)

No CAPS:

“Se você acha que ela não tem condições de participar das ofertas aqui do CAPS, como ficou aquele contato com aquela oficina de geração de renda? E da natação? É a mesma coisa, ela não tem perfil. Eu não posso garantir para os lugares que ela não vai um dia ter uma crise. E se ela agredir alguém?” (Excertos do diário de campo do pesquisador)

Não estamos aqui sustentando que não exista relação alguma entre os diferentes serviços da rede. A rede viva atravessa a distância entre os trabalhadores dos diferentes serviços e atua produzindo uma ação mais articulada, mas isto ocorre em situações pontuais, agenciadas por um usuário que conta com um vínculo com a equipe ou o trabalhador. Esta articulação entre trabalhadores e serviços também ocorre com mais facilidade quando existem vínculos prévios entre os trabalhadores de serviços diferentes, e não a partir de alguma estratégia de gestão da rede.

“Antes, tinha uma pessoa muito boa lá no CAPS... qual era o nome dela? Aí a gente sempre sabia das coisas... a gente tinha uma relação boa com ela. Mas ela saiu e nunca mais teve nada”. (Excertos do diário de campo do pesquisador)

No entanto, vimos que uma situação como a provocada pela pesquisa, onde os trabalhadores foram convidados a pensar sobre o seu fazer, sobre os usuários que os mobilizavam, produziu um movimento diferente, agenciou um novo olhar e uma aproximação entre os trabalhadores dos diferentes serviços que a usuária utiliza na sua busca por cuidado:

“Vocês nos obrigaram a olhar novamente para Maria, prestar atenção, ver o que podíamos fazer por ela. Conversar com os profissionais do CAPS e com os apoiadores foi muito interessante, não tínhamos feito isso”. (Excertos do diário de campo do pesquisador)

Além da dificuldade de articulação entre serviços da saúde e de outros setores, há também, em alguns casos, uma dificuldade no que diz respeito à articulação entre os trabalhadores de uma mesma equipe, que se expressa por uma visão de que o trabalho em equipe significa partilhar o cuidado (cada trabalhador responsável por aquilo que diz respeito à sua “especialidade” ou núcleo profissional) ao invés de compartilhar o cuidado.

“E você não encontra apoio na sua equipe? Ah! minha equipe é ótima, cada um faz seu trabalho. O nosso médico é ótimo, as outras referências também. Mas quem tem que cuidar da Maria sou eu”. (Excertos do diário de campo do pesquisador)

Estas situações colocam o trabalhador em um lugar de solidão e impotência frente à complexidade dos casos que exigem, tanto diferentes abordagens, quanto uma rede de serviços que possa acolher as diferentes necessidades de cuidado do usuário.

Pensando que um investimento na qualificação do cuidado passa tanto pela ampliação da caixa de ferramentas dos trabalhadores quanto pela produção de rede. Quais as apostas da gestão? Os diferentes arranjos de apoio existentes neste campo da pesquisa parecem ser uma das respostas para esta questão, no entanto, a partir das experimentações da pesquisa, algumas questões emergem com força: O que poderia fazer o apoio, em suas diferentes frentes (saúde mental, de gestão, institucional) no que diz respeito a produção de um cuidado compartilhado entre os trabalhadores de uma mesma equipe ou das equipes de diferentes serviços? E de que forma estes apoios atuariam na ampliação da caixa de ferramentas dos trabalhadores? Quais os espaços de Educação Permanente existentes, que potencialmente poderiam encorajar estes processos tão importantes?

Onde caberá a vida destes usuários e suas existências em produção?

São escassas as ofertas que abarquem a singularidade dos percursos das vidas e dos sentidos em produção, a partir de seus sofrimentos, padecimentos, alegrias e errâncias. Trata-se antes de desinstitucionalizar os territórios fortemente instituídos, ou

mesmo de produzir outros com uma plasticidade normativa. Os processos de compartilhamento e corresponsabilidade do cuidado não teriam como norte borrar, misturar, justamente estas fronteiras? Compreendendo a normatividade como a capacidade de criação que os viventes apresentam de produzir o real, pode-se considerar a vida como processo em constante movimento e modulação. A norma da vida seria exatamente sua capacidade de mudar constantemente a norma (CANGUILHEM, 2002).

Até que ponto, nas redes de atenção, a vida, nesta concepção, ocupa ou caberia na centralidade do cuidado?

Ao contrário, o que temos nos deparado em muitas ocasiões seria a concepção de uma norma segundo a qual são determinados direitos e obrigações impostas aos sujeitos, esquadrinhando suas existências. Como pensar o cuidado com contornos provisórios, transitivos, sendo esboçados e rabiscados em ato, no encontro entre usuário e trabalhador, trabalhador e trabalhador, trabalhador e gestão?

Neste processo de institucionalização dos espaços de cuidado, existem vidas que vazam e extra-vazam em suas formas, sem cabimento, inclassificáveis no seu modo de andar a vida.

Há que se inventar espaços e práticas cuidadoras que acompanhem os usuários em seu caminhar, inventar formas de cuidar onde a rede possa funcionar como um emaranhado vivo, que se rearranja e reinventa de acordo com os movimentos do viver, da saúde e do adoecimento. Talvez as equipes, na organização de seus processos de trabalho têm sido cooptadas e com dificuldades de forjar e se debruçarem sobre bons problemas na construção de seu cotidiano. Ao invés de apresentarem como problema “de quem é o louco”, cujos marcadores consistiriam na desresponsabilização, no desencontro e no “não saber o que fazer”; um bom problema seria “como todos podem, juntos, cuidar de cada um”, cujos marcadores seriam as relações de não saber *a priori*, o encontro, o compartilhamento e a corresponsabilização em defesa e em produção de muitas vidas.

Referências Bibliográficas

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2002.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L. E.; CERQUEIRA, M. P. “Da repetição à diferença; construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”, *In*, FRANCO, T. B. E.; RAMOS, V. C., **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**, São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

Fragmentação do cuidado e nenhuma atenção às inquietações dos usuários. Uma experiência inquietante

Alexandre Cruce
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Compusemos este artigo partindo de uma narrativa de um pesquisador-usuário-guia, que traz para a cena uma experiência de adoecimento/cuidado que envolveu a utilização da urgência-emergência e de serviços ambulatoriais especializados do município de São Paulo.

Cena 1: perambulando pelos serviços de urgência-emergência

“Me vi adoecido a partir do final de 2015, a partir da ocorrência de três episódios convulsivos.

O primeiro deles na casa de minha namorada, após um ataque de riso – involuntário, (ou alguém em mim, rindo?). A convulsão durou de 2 a 3 minutos, e como de praxe, ela pensou que fosse uma hipoglicemia, já que vivo com diabetes tipo I desde a infância. E me serviu um copo de água com muito açúcar. Fiquei lúcido, mas segundo ela, estava agressivo e confuso. Lembro-me um pouco desse momento e estou em parte baseando-me em seus relatos, mas não estava agressivo, queria só me comunicar e mostrar que já estava bem (não estava, é claro). Fui levado a um PS, onde fui atendido, colheram sangue para exames e mediram minha glicemia – 235 mg/dl (razoavelmente alta). O médico que me atendeu desconfiava que não teria sido uma crise convulsiva causada por hipoglicemia. Tomei diazepam e me deram alta quase que imediata. Permaneci confuso, o tempo se dilatou estranhamente e os lugares eram pouco reconhecíveis, muitas vezes.

A segunda crise ocorreu com pródromo de riso ainda mais intenso e balbúcio de algumas palavras e mordida intensa de língua. Quem, em mim, queria produzir um novo espaço/território, agendamentos e maneiras de encarar saúde, doença, cuidado, amor, produção de conhecimento? Com certeza não é meu eu tão central, seguro de suas produções molares. Novas doenças, novos arranhares de territórios, como um gato levado às ruas. Minha namorada chacoalhou-me e minha boca entortou para a esquerda. Voltei a mim, ainda mais confuso. Cláudia resolveu me levar ao pronto-socorro de um grande hospital universitário em um taxi. Senti raiva de mais um abandono, obrigando as pessoas próximas a se virarem comigo. O SAMU não veio, apesar do pedido telefônico.

Já no pronto-socorro do tal hospital universitário, a espera de atendimento, ocorreu uma terceira crise. Sem pródromos (talvez um leve sorriso) e convulsões. Imediatamente fui encaminhado para o Pronto Socorro Neurológico, com a glicemia boa – 119 mg/dl. Atendido, fui sumarizado com o seguinte texto: “**#Exames neurológicos pós ictal** – consciente, orientado e sonolento (nada muito

diferente de como me sinto, ao acordar). **#Exames complementares de tomografia cranial** – sem alterações relevantes. **#Impressão diagnóstica** – epilepsia.” Portador de epilepsia, mesmo já “velhinho” para isso, estranho diagnóstico. Um novo adoecimento crônico? Chamarei de Fiodor o meu eu adoecido risonho, em homenagem a Dostoiévski. **#Condutas:** – Alta com encaminhamento para o AME Neurologia; – Receita Médica com carbamazepina 200 mg de 12/12 h e Fenitoína de 8/8h com programa de desmame em 10 dias; **#Orientação quanto a patologia e sinais de alarme...** que se resumiram tão somente aos medicamentos e seu uso: álcool em nenhuma hipótese sob risco de interferência na medicação e a consequente volta das convulsões.

Dotado de sumário clínico, de formulário de encaminhamento e ainda confuso, nada fiz nos dias seguintes, a não ser tomar a medicação. Mas minha rede fez por mim, e marcaram uma consulta em 09 de janeiro com neurologista de um ambulatório municipal de especialidades. Graças à minha rede de relações aceleramos a Regulação e pulei um hiato de três meses para me consultar. Uma leve culpa surgiu, mas a mandei passear: iria me cuidar e o que houve permitiria que entrasse em uma nova perspectiva, a de usuário-guia no ambulatório de especialidades. Redimensionar meus territórios existenciais, outras mediações e novas relações ajudariam e trariam o novo, para mim e para a pesquisa? Como lidaria com isso? Seria dolorosa a reterritorialização, apesar de aparentar “como nada demais”. “Medo de perder o controle sobre as variáveis do adoecimento e cuidado, medo de ser tratado infantilmente, como Ivan Ilitch, por minha rede de relações (outra citação russa, agora Tolstoi)”.

Um evento inusitado na vida, como um episódio convulsivo, produz muitas inquietações, como as expressas na narrativa. Inquietações, indagações, apreensões que não ganham escuta no atendimento dos serviços de urgência, no entanto. Convulsão – anticonvulsivante. Quadro estabilizado, alta. Perda completa da dimensão cuidadora (MERHY, 1997).

O fato de ser um novo acontecimento na vida do usuário só é reconhecido quando a convulsão ocorre dentro do serviço de saúde na vigência de uma glicemia normal. A palavra do usuário a esse respeito não tem valor. Somente nesse momento, quando constata a novidade, são feitos exames para investigar outras possíveis causas para as convulsões e um encaminhamento para a neurologia. Desconsideração total pelo outro (MERHY *et al.*, 2010).

Cena 2 – No ambulatório de especialidades

“Primeira entrada no ambulatório, como usuário, em 09 de janeiro. A consulta com o neurologista: 15 minutos e anamnese por meio de algumas perguntas e procedimentos clínicos: rápida leitura com os olhos do sumário do hospital de ensino, 2 minutos de marteladas em minhas juntas, braços, pernas e rosto. Sim, eu tinha coordenação index de nariz, calcanhar e joelhos sem alterações, assim como sensibilidade facial. Não podia me queixar. O neurologista fez tudo con-

forme o manual, seu script da anamnese neurológica. Resultado: receita de dois meses de carbamazepina, 400 mg/dia. E retorno em 09 de abril. E talvez a atitude mais previsível de seus atos de consulta – nenhuma comunicação a minha endocrinologista ou a minha clínica geral da UBS, absolutamente nada de contrarreferência. Que era a mesma atitude de minha endocrinologista para com minha clínica geral. E uma aceitação naturalizada do comportamento de ambos por minha clínica geral em minha UBS e uma fuga frente a meus questionamentos: “você não se sente sem apoio diante dessas atitudes dos especialistas para acompanhar seu cuidado comigo? Não, eu me viro.” Será que eu me viro, como usuário?

Gostaria de evitar o clichê do pouco interesse dos médicos especialistas do SUS em seus pacientes, algo já naturalizado, mas não verdadeiro em muitos lugares e redes estabelecidas, mesmo no município de São Paulo. Evidente que é uma construção, reforçada inclusive por mediações existentes até no próprio ambulatório, o que viria descobrir mais tarde em meus contatos com os gestores e trabalhadores. Mas havia sim diferenças. O atendimento do mesmo neurologista a um usuário com Alzheimer, acompanhado da assistente social, seria bem diferente do meu. Apesar de ser uma renovação de receita, notei maior atenção ao paciente. Já havia uma relação de estima entre ambos, velhos conhecidos e as demonstrações de amizade também me pareciam ampliadas pela presença da assistente social. Esta é uma personagem importante do tal ambulatório de especialidades, pois tece várias tramas entre usuários, médicos, unidades da rede, trabalhadores e gestores do AE, do Centro Especializado de Reabilitação (CER – no mesmo prédio) e da supervisão de saúde. Ela é diretamente uma das principais mediadoras desse espaço e exerce até mesmo o cuidado, de várias formas, muitas delas por meio de programas sociais. De qualquer forma, me senti mal atendido pelo neurologista, indiferente diante de minhas perguntas, dúvidas e inseguranças, frente a algo absolutamente novo. Fui somente receitado. Necessário, mas não suficiente, naquele momento. Queria escuta a minhas dúvidas e talvez algumas respostas e mesmo declarações de ignorância, “não sei”, teriam me bastado. Ocorre epilepsia em alguém de minha idade? Carbamazepina tem efeitos colaterais? Haveria alguma relação entre a diabetes, hipoglicemias frequentes e meu estado atual? Ouvi alguns poucos grunhidos, dentre eles “carbamazepina” talvez provoque efeitos colaterais. Descobri, em meu próprio corpo, que a possibilidade era concreta e por um fenômeno bem singelo. Meus pigarros aumentaram. A quantidade de muco na garganta podia aumentar conforme o uso de carbamazepina, segundo minha colega fisioterapeuta e pesquisadora. Pensei que bastava isso na consulta, um breve esclarecimento e isso me tranquilizaria. Minha primeira jornada ao AE havia me afetado, como tudo de resto. O que faria com essas afecções? São matéria prima para uma série de reflexões e uma que me ocorre de imediato é a razão do elevado número de faltas às consultas pelos usuários, seja na Atenção Básica ou na Atenção Especializada. Uma sensação de descuido e não atendimento me atravessava, apesar de submetido a uma anamnese, exame físico e receitado. Saber lidar com esses atravessamentos, sensações e estabelecer relações de usuário-guia-pesquisador e processar meu próprio cuidado, a partir desse novo território, desconhecido?”

Mesmo sendo um usuário experiente, acostumado a disputar seu projeto terapêutico, já que vive com diabetes tipo 1 desde a infância, a nova experiência produziu intensos deslocamentos. Acostumado a governar seu corpo, colocando-o a serviço da produção da vida, de uma boa vida, as indiferenças profissionais e as fragmentações do cuidado já estavam incorporadas ao seu manejo autônomo e fino da convivência com o diabetes (CRUCE, 2014). No entanto, na nova situação, a falta de escuta, de esclarecimentos, de orientações tornou-se completamente inquietante, desmontou o usuário acostumado a se virar sozinho.

Imaginemos, então, a angústia de quem está experimentando algo inquietante, recebe somente um encaminhamento e fica numa fila de espera... Se a consulta sem conversa inquieta, que dirá a espera da consulta... sem orientação, sem explicações, sem cuidado. Aguardar nessas condições certamente pode ser mais deletério do que o problema que levou ao encaminhamento.

Cena 3 – De alta?

“O relato do meu retorno ao neurologista em 09 de abril está marcado por diversas reações. Segundo o neurologista me informara em meu primeiro atendimento, após a medicação, eu faria um eletroencefalograma para avaliação de minhas reações, o que seria importante para definir o que fazer em seguida. Mas, na segunda consulta, curiosamente, não foram essas as medidas tomadas. Fui atendido pontualmente:

– Tudo bem, Alexandre? Você teve alguma reação? Voltou a ter convulsões?

– Não, doutor, não voltei e até recuperei algumas sensações como prévias de hipoglicemia, de aviso ao meu corpo e eu, medindo pelo meu glicosímetro, vi que de fato minha glicemia estava baixa.

– Mas o importante é que você não teve convulsões. Então, creio que você está desperdiçando carbamazepina. Hora de parar de tomar. Vamos programar seu desmame. Vou dar-lhe duas receitas de carbamazepina. Com seu estoque atual de remédios mais essas receitas, seu novo estoque chegará até agosto/setembro. Quando você estiver a um mês de acabar seu estoque, você fará o seguinte: duas semanas tomando a dosagem normal, uma semana tomando 1 comprimido/dia e na última metade de um comprimido.

– Mas não vamos fazer o eletroencefalograma? E não vamos nos ver mais? E se eu tiver mais uma convulsão? Você não vai escrever nada a minha clínica e a minha endócrino?

– Não, não é necessário o exame e não nos veremos mais, não haverá retorno... mas caso você volte a ter convulsões, retorne. Não precisa escrever às suas médicas. E se sobrar carbamazepina, traga de volta a farmácia, por favor. Bom dia Alexandre, boa sorte!

Despediu-se com simpatia e um sorriso em seus lábios e minha cabeça, em seu funcionamento pleno, parecia agitar-se. Vários pensamentos e afecções me percorriam, de um feliz contentamento por “ter sido curado” (!) e não precisar mais tomar carbamazepina em futuro próximo até a vontade aguda de socá-lo, pela

falta de cuidado e pelo desprezo a um princípio chamado “integralidade”. Estaria por minha conta e risco a partir de setembro, sem o medicamento. Nada poderia acontecer a partir de então. Mas será que em algum momento, em seus pensamentos, houve alguma reflexão sobre riscos e a possibilidade de dividir seus receios com os demais médicos que participam de meu cuidado?”

Para o neurologista, feitos todos os exames e aguardada a evolução, situação resolvida. Mesmo sem ser capaz de explicar a convulsão. Muitas vezes a ciência médica não é mesmo capaz de explicar causas, mas isso não altera a conduta. Situação comum, caso banal – para o neurologista. Por isso, conversa nenhuma. Mas a medicina não se reivindica produtora e sabedora de todas as explicações? Como conviver com esse não saber?

A pesquisa permitiu ao pesquisador-usuário verificar que em outras cenas, o mesmo neurologista atuava de outro modo. Diferentes agenciamentos, diferentes produções (MERHY *et al.*, op. cit).

Mas como é possível um profissional atuar levando em conta somente as suas afecções? Ignorando completamente os efeitos que o incidente de saúde e as condutas produzem sobre o usuário?

Segundo o protocolo clínico, a conduta pode estar correta. Mas que efeitos produz? Cuidado certamente não. Uma convulsão é uma experiência intensa e profundamente desconcertante. Mas para o neurologista tão corriqueira, que, depois de investigada, não merece sequer ser comunicada aos demais colegas envolvidos no cuidado a este usuário. Certamente essa parte não está no protocolo.

Mas é um significativo retrato da lógica imperante na atenção especializada (ROCHA, 2014). Vínculo, acolhimento, escuta, continuidade do cuidado: necessidades fundamentais dos usuários, de há muito reconhecidas e desde sempre ignoradas nesse âmbito do cuidado.

Referências Bibliográficas

CRUCE, A. **Diabetes: práticas e sentidos do cuidado e autocuidado em fluxo no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

MERHY, E. E. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. In MERHY e ONOCKO (Org). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; Gomes, M. P. C. “Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. In: Franco, T. B; Ramos, V. C. (Org.). **Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, v. , p. 60-75.

ROCHA, D. C. **Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política**. Dissertação de Mestrado. Mestrado profissional em gestão. Unicamp, 2014.

Os territórios que compõem a Rede Cegonha do estado do Pará

José Guilherme Wady Santos
Ana Lúcia Santos da Silva
Shirley Aviz de Miranda

Contextualizando

Em 2011, por meio da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em âmbito nacional, a Rede Cegonha (RC). Trata-se de uma estratégia do MS que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

O estado do Pará aderiu à RC por meio da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) Nº 133/2011, de 26 de agosto de 2011, instituindo o grupo condutor estadual e, ainda em 2011, iniciaram-se os primeiros diálogos e trocas para elaboração do plano de ação da RC na Região de Saúde Metropolitana (RM) I, composta pelos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara. Sua finalização se deu com a homologação da resolução CIB Nº 67, de 02 de abril de 2012.

Em outra resolução (CIB nº 66, de 02 de abril de 2012), todas as regiões de saúde do estado foram aprovadas como prioritárias para a implantação da referida rede, sendo no entanto elaborados e aprovados somente 03 planos de ação no estado (Metropolitana I, Metropolitana III e Xingú) no ano de 2012, e somente no ano de 2015 os outros 09 planos de ação das outras regiões de saúde foram finalizados, incluindo aqui a cidade de Bujaru (Metropolitana II), onde está o nosso principal campo de pesquisa, com as conexões com as parteiras tradicionais. Trata-se de uma região com vazios assistenciais importantes, que não apresenta ações e serviços de saúde que atendam a todas as necessidades da população, em seus vários níveis de complexidade.

Ainda em 2011, foi instituído o Fórum Perinatal da RC, que conta com participação do grupo condutor estadual, gestores, trabalhadores, representantes do Conselho Estadual de Secretários de Saúde (COSEMS), maternidades e representantes dos municípios. Destacamos que o fórum permanece ativo até os dias atuais, apesar de grandes dificuldades no avanço das propostas e deliberações.

Por meio da pesquisa intitulada “Rede de Avaliação Compartilhada: Avalia quem pede, quem usa e quem faz” (RAC), que avalia não apenas a repercussão, na produção do cuidado, da implantação de “Redes Temáticas” no Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), mas também as demais redes que se conectam a elas, fomos rastreando os territórios, agendas, sujeitos que constroem as redes vivas. Assim, a partir deste aporte e de nossas aproximações, fizemos diversos movimentos, rastreando possíveis entradas na rede formal e informal, atentos aos pontos de conexão e

distanciamentos entre estas. Na ideia de partir de nossas “lentes do possível” (SANTOS, 2013), conseguirmos dar visibilidade a uma rede viva que nos conduzisse para além de suas estruturas instituídas de implantação e implementação de serviços, a percursos além do itinerário terapêutico, e que nos possibilitasse outras formas de inserção na rede.

Nessa perspectiva, e em um movimento de abertura às redes, fomos dando passagens ao que nos conduzia ao campo do cuidado, ora pelas mãos das parteiras tradicionais, ora pela política de atenção às mulheres, via RC. Vale salientar que as práticas de cuidado das parteiras tradicionais cada vez mais têm desaparecido das áreas urbanas mais próximas de nós, mantendo-se viva ainda em municípios de pequeno porte e em áreas mais afastadas ou de difícil acesso, caracterizadas como vazios assistenciais que, para nós, e considerando a RP, têm sido consideradas como “longe muito longe”⁵². Tal aspecto não deixa de ser uma característica desse modo de produção de cuidado que, historicamente, esteve às margens do que se produz como “o saber legítimo”.

Buscamos, ainda, frequentar as reuniões mensais do fórum perinatal, que ocorrem de maneira itinerante nos municípios que compõe RM I, na tentativa de ampliarmos nosso conhecimento sobre a organização da RC, das ações implantadas e implementadas, os desafios e processos de discussões significativos, sempre tendo como eixo norteador os planos de ação, e ao mesmo tempo, criando e fortalecendo possíveis conexões.

Um pouco da RC no estado do Pará e do como ela se pretende cuidadora

No estado do Pará, a atenção obstétrica e neonatal está atrelada à várias iniciativas, destaque para o Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal, lançado no Brasil em 2009, e que estimulou o desenvolvimento de uma proposta de desenho de rede no estado, com vistas a contribuir na redução da Mortalidade Materna (MM) e Mortalidade Infantil (MI) na região. Receberam atenção inicial aqueles municípios considerados prioritários e, após aprovação das propostas, foram disponibilizados equipamentos para instalação de leitos de UTI neonatal, que possibilitassem a descentralização da rede neonatal do estado, ainda muito voltada para a região metropolitana.

Com o surgimento da RC, em 2011 no Brasil, iniciou-se então o desenho da rede também no estado do Pará, sendo paralelamente elaborado o Plano Emergencial do Estado do Pará (Portaria Nº 3.061 de 22 de dezembro de 2011). Teve como objetivo imediato qualificar a rede obstétrica e neonatal (BRASIL, 2011b), e foi considerada a etapa inicial de implantação da RC, no estado. Nesse plano foram contempladas somente as ações voltadas para a neonatologia, ficando para serem implementadas as ações da obstetrícia a partir da elaboração dos planos de ação das regiões de saúde, considerado as particularidades de cada região.

52 Termo utilizado por Nicolás Heufmann, Médico e Prof. da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), por ocasião do Seminário RAC Norte (Belém-PA) – 24/07/2015, para fazer referência aos vazios assistenciais característicos da Região Norte.

Sob a ótica da RC, a atenção obstétrica no Estado do Pará busca o fortalecimento da atenção ao Pré-natal de risco habitual e alto risco nas regiões, assim como o fortalecimento e ampliação do Pré-natal de alto risco.

A atenção ao Pré-natal de risco habitual é realizada na Atenção Básica (AB) e enfrenta muitos desafios, já que em diversas situações não se consegue garantir o número mínimo de consultas de pré-natal, tampouco o número de exames preconizados pela RC, e ainda há grande demora nos resultados desses exames, que em diversas situações se justifica pela inexistência ou fragilidade da Rede Laboratorial existente nos municípios. Soma-se a isso o fato de o Pré-natal de alto risco ainda estar concentrado na Região Metropolitana I, sendo realizado somente em três serviços (Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMP, Unidade Referência Especializada Materno-infantil e Casa da Mulher). Importante mencionar que a maior demanda de atendimento se concentra na FSCMP, instituição 100% SUS e que possui número expressivo de leitos de UTI e UCI neonatal, assim como leitos obstétricos.

Assim, ao mesmo tempo que a RC mostra uma amplitude significativa no estado e vem se consolidando como rede temática de atenção à saúde, ainda necessita de muitos avanços frente aos objetivos a que se propõe, particularmente a partir das portarias que a regulam, quanto ao Plano emergencial para o estado e o próprio Pacto para a redução da MM e MI, citado acima.

Quando trazemos para a cena a nossa entrada em campo, a partir das parteiras tradicionais, e considerando a Portaria N° 1.459 – que prevê a participação delas na composição da rede de atenção e cuidado à mulher grávida, particularmente naquelas regiões marcadas por vazios assistenciais –, vimos que houve a realização de treinamento e a distribuição de kits parteiras nas regiões do Estado, mas não percebemos movimentos de continuidade entre a RC e a “Rede Parteiras” por elas constituída, de certa maneira, na informalidade, pelo menos na realidade onde estamos imersos⁵³.

Nesse caminhar por dentro e por fora da RC, percebemos que as ações realizadas por meio da portaria, foram não só insuficientes, como ocorreram de forma isolada e descontínua, tendo em vista que a RP tem muito o que contribuir para potencializar as ações da RC, assim como ser reconhecida também como rede de cuidado, e não só como uma rede que carece de “treinamento”, “equipamento” e “qualificação”, chegando à beira de uma captura saber-poder.

Essa desconexão, em alguns casos, desautoriza e deslegitima certos saberes e práticas; empobrece e, em alguns casos, até embrutece a produção do cuidado às mulheres que delas dependem, quando, acreditamos, o valor da vida e das formas de viver e de nascer, teria que estar acima dessas disputas de planos de cuidado, ou pelo menos, problematizado. Essas tensões, em certa medida, se manifestam como sofrimento não só das mulheres que deles dependem, mas também dos cuidadores que estão implicados com a produção da vida, seja no campo, seja na cidade, seja no centro ou às margens, seja por dentro ou por fora da RC.

53 Ver outras produções, neste mesmo livro, sobre nossas experiências com as parteiras tradicionais de Bujaru (PA).

As lentes do possível e a RC a partir do fórum perinatal

O Fórum Perinatal da RC foi instituído desde 2011, a partir da construção e estruturação da rede. Atua como macropolítica da RC, sendo uma instância de discussão e deliberação de questões que envolvem o interesse da rede de cuidado aqui tratada. Ao longo do tempo tem passado por várias transformações, sendo uma das mais significativas o fato de as reuniões mensais terem passado, em 2014, a serem realizadas de forma itinerante, percorrendo os municípios que compõem a RM I, e como forma de tentar garantir maior participação não só do grupo condutor, COSEMS e maternidades, mas principalmente de buscar maior envolvimento da comunidade, profissionais e gestores dos municípios que compõem àquela Região.

Apesar das ações do fórum contribuírem para a troca de experiências, organização e fortalecimento da RC na região, bem como para as pactuações para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos municípios, percebemos, por meio das lentes do possível e a partir de nossa inserção nas reuniões, certa fragilidade nos processos resolutivos, pois em diversas situações alguns gestores macro não se faziam presentes, prorrogando decisões urgentes. Além disso, os municípios de menor porte que compõem a RM I mostram dificuldades significativas no fortalecimento da AB, com foco no pré-natal, e relatam entraves na ampliação da realização de testes rápidos de sífilis e HIV. Justificam não possuir rede laboratorial disponível para realização de teste de sorologia ou ultrassonografias obstétricas, o que acaba ocasionando demora ou não realização dos exames como preconizado pela RC, o que é agravado pelo fato de a realização de pré-natal de alto risco concentrar-se em Belém, o que proporciona dificuldade de deslocamento da gestante, aumento de gastos e até baixa adesão ao pré-natal de alto risco.

Dentre as questões importantes que devemos problematizar, destaca-se nossa impressão sobre a estruturação da RC ainda restrita à Região de Saúde Metropolitana I. Isso não implica no fato de a RC não estar presente nas várias regiões de saúde ou nos vários espaços de produção da saúde do estado, como no município de Bujaru, por exemplo, e apenas para citarmos uma realidade que conhecemos bem e não tão longe da RM I. Mas que as ações e serviços, e o próprio modo de olhar para esta rede temática mostram-se efetivamente mais estruturados em uma região que já é relativamente bem assistida, se comparada com às demais. Isso reflete no fato de a própria organização da rede perinatal estar mais concentrada nessa região, e na própria evidência de que os serviços de alta complexidade, maior densidade populacional e oferta de leitos também estarem lá situados. No entanto, compreendemos que exatamente pelas evidências relatadas acima, é emergente o fortalecimento da RC nas demais regiões de saúde, principalmente naquelas que apresentam vazios assistenciais significativos, o que tem impactado na morbimortalidade materna e infantil no estado.

Nossos olhares também se voltaram para as constantes falas no fórum sobre o elevado número de casos confirmados de sífilis em gestantes e infecção do trato Urinário, o que acarretou elevado número de casos de sífilis congênita no ano de 2015. Tal fato nos reporta novamente à qualidade do pré-natal na AB, já que o teste rápido de sífilis, e mesmo o tratamento, deveriam ser acessados em todas as Unidades

Básicas de Saúde e nas Unidades Saúde da Família (USF). Também considerando as ocorrências de sífilis, podemos pensar no impacto que isso traz na elevação da taxa de permanência de Recém Nascidos (RN) nos leitos de Unidades Neonatais (UTI e UCI neonatal), aumento dos insumos, bem como alguns aspectos sócio familiares, todos importantes indicadores para se avaliar a RC no estado.

Ainda com relação à interface entre RC e AB, é necessário destacarmos a necessidade de fortalecimento da AB como importante porta de entrada do SUS e como elemento fundamental na estruturação das Redes de Atenção em Saúde (RAS) (BRASIL, 2010), com destaque aqui para a RC. Portanto, compreendemos que para o fortalecimento e real efetivação da RC no Estado do Pará é premente a estruturação da AB, na busca pela garantia de uma linha de cuidado que garanta a atenção obstétrica e neonatal de qualidade, e que permita a captação precoce da gestante, acompanhamento do PN e do recém nascido, bem como que os exames e tratamento preconizados sejam realizados em tempo hábil e com a qualidade necessária. Assim, cabe aos gestores municipais e dos vários entes federados, a efetivação e o fortalecimento da AB, caso contrário não vemos como é possível concretizar a RC nas diversas regiões de saúde do Estado do Pará. Para além disso, e como estratégia de consolidação de RC nos territórios assistenciais e existenciais por nós considerados, faz-se importante olhar para a RP que, mesmo que na clandestinidade, cria seus próprios movimentos que vão tangenciando a rede instituída, engravidando-a de cuidado e de vida.

Referências Bibliográficas

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b.

SANTOS, J. G. W. **O cotidiano de profissionais de saúde e suas interfaces com a gestão dos processos de trabalho, em um hospital universitário da Região Metropolitana de Belém-PA.** 2013. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará. 223.

Ensaio sobre as parteiras

Ana Lúcia Santos da Silva
José Guilherme Wady Santos
Emerson Elias Merhy

Entrada

Como ponto de partida para mergulharmos na rede de cuidados às mulheres grávidas, puérperas e crianças, a partir do que nos possibilitou tal mergulho (RAC), nos deixamos contaminar pelas histórias daquelas que tecem uma rede (Rede Parteiras – RP), produzindo-a em ato e que vai provocando interferências na Rede Cegonha (RC), em um pequeno município e sua região vizinha, localizado às margens do rio Guamá-PA (a cerca de 74 km de Belém).

Em um exercício constante de pesquisadores in-mundo (ABRAHÃO, 2013), fomos xeretando e bisbilhotando (HECKERT, 2012) o campo que também íamos construindo em ato, em nossas “andarilhagens”, e apresentamos, aqui, as linhas de força existentes na produção do cuidado àquelas mulheres, a partir da arte de partejar com suas conexões com a rede instituída e sua aposta radical na vida. Estando à margem da rede instituída, imersas numa espécie de cegueira forjada, talvez, pelos que têm uma mágoa pela existência, as parteiras tradicionais seguem produzindo cuidado nessa mesma margem, com seus saberes de certo modo insurgentes, pois para elas a gravidez, o parto e o puerpério se constituem no plano da alegria, do riso e de saúde, e não no plano da tristeza e doença. Isso não as faz mais humanas; as faz demasiadamente humanas, pois seguem livres em suas práticas e saberes clandestinos.

Trazemos também os desdobramentos desses saberes e os campos de disputas com outros saberes, as tensões existentes, bem como o efeito de potência por elas produzido, por trás de suas máscaras de parteiras tradicionais, pois se transmutam e, por isso, expressam seus devires camaleão – como potência de mudar (FUGANTI, 2012). Nesse sentido, para pensarmos os regimes de verdade produzidos, como eles operam e os possíveis efeitos na produção do cuidado na RC naquele município, entramos e saímos nesse território, nos perdemos e tecemos outros, agora com elas, acionadas como redes vivas. E como Nietzsche (1998) nos alertou sobre aquilo que não nos mata nos deixa mais fortes, corremos o risco da ruína nos caminhos e labirintos (“andarilhagens”) pelos quais nos aventuramos, para produzir o transbordamento e reinventar a caixa de ferramentas conceitual como uma caixa corpo – devir ativo.

A cegueira

– Quantos cegos serão precisos para fazer uma cegueira?

José de Sousa Saramago, 2009

Em sua obra “Ensaio sobre a cegueira”, Saramago (2009) nos faz perceber, metaforicamente, que a representação que nos persegue quando fazemos uso da linguagem para referir a uma dada realidade carrega consigo noções de verdade e poder, e nos

cega de tal modo que passamos a tê-la como a única perspectiva possível, que disputa e se faz sobrepor a outras tantas “verdades”. Estamos no mundo, portanto, onde existem pontos de vista em disputa. Se, junto com Merhy (2014) consideramos, por outro lado, a imagem da “vista do ponto de vista”, temos, então, que a realidade se produz, se fabrica no aqui e agora, muitas vezes e apesar de nós mesmos. Como nos ensina Eduardo Galeano, trata-se de manter um olho no microscópio e outro no telescópio.

A cegueira pode ser encarada, assim, como um conjunto de “falsas” representações que, embora surjam na própria vivência, nas relações sociais cotidianas, podem se autonomizar e passar a dominar o vivido, bloqueando a apreensão da realidade e a práxis, impedindo a busca de tantas outras perspectivas. Tais representações dissimulam a realidade, uma vez que alguns cegos “...*não o são apenas dos olhos, também o são do entendimento*” (SARAMAGO, 2009, p. 213), e assim, difundem uma tal representação como ocorre quando um “...*olho que está cego transmite a cegueira ao olho que vê...*” (p. 111). É a representação impedindo a realidade de falar sobre si própria. Uma espécie de decalque que, por vezes, impermeabiliza os poros, os corpos sensíveis.

Seguindo nosso movimento e o fluxo dos acontecimentos, como modo de vaziar os instituídos, e considerando que a primeira reunião anual (de planejamento) do grupo de parteiras tradicionais não ocorreu por conta da mudança da gestão da saúde municipal, conversamos com a coordenadora do grupo para nos apropriarmos um pouco mais da dinâmica dos encontros do grupo e reiteramos o nosso interesse no trabalho realizado naquela unidade e no movimento daquelas mulheres que atualmente ocupavam um “certo lugar” no sistema de saúde daquele município e, quiçá, do Estado.

Esse acontecimento mudou o nosso movimento de rastreamento, pois se a aposta era olhar a rede viva e trazer os pontos de conexões na linha de cuidado, os itinerários terapêuticos, os planos de cuidados instituídos, bem como “o dar susto no instituído” (MERHY, 2014), nos interessava também quais as rotas e as fissuras e como elas vinham sendo produzidas nessa rede de cuidado e em que tipo de conexão com as parteiras.

Estamos falando de territórios cujo vazio existencial se faz bastante presente, e sabemos que os usuários não “obedecem” aos mecanismos regulatórios como ordenadores do cuidado quando está em jogo a sua produção existencial. Nesse plano, portanto, a aposta é na potência do encontro, na produção de narrativas, nas múltiplas fontes, e na pesquisa como interferência. Como nos abrir a isto!? Como pôr em movimento, e à prova, a capacidade de nos emaranharmos e afetarmo-nos para além daquele espaço, produzindo linhas de fuga e vazando as subjetivações que já estavam operando em nós? O desafio estava posto!

E como havíamos topado o convite que nos foi feito pelas parteiras por ocasião do nosso primeiro contato com aquele coletivo, partimos ao encontro de Dona Clara e Dona Judite, estas aqui consideradas como “parteiras-guias-pesquisadoras”, nos territórios por elas habitados. E então, outro desafio se interpôs: ir ao encontro a partir de uma perspectiva aberta para compreender a produção do cuidado, da sua repetição às suas diferenças (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Seguindo alguns intercessores, nos colocamos no exercício de pesquisar com, ao invés de pesquisar sobre. E como o que nos interessava era o acontecimento, passamos a tatear e exercitar nosso devir cartógrafo naquela cidade que, aos olhos descuidados de alguns, por que cegos ou míopes, nada mais têm do que os mesmos horários e movimentos diários marcados que são, sempre, pelos ônibus que chegam e que partem de volta para os ramais da rodovia PA-140, ou da balsa que, cotidiana e pacientemente, atravessa o rio Guamá; ou ainda, pelo abrir e fechar das portas do comércio local, inclusive para o almoço. Uma naturalidade que incomoda, a ponto de suspeitarmos e pensar, junto com Manoel de Barros, que tudo aquilo é falso, pois não foi inventado por nós.

Passamos, então, a pinçar alguns fragmentos naquele território e a olhar o que não se olhava ou se deixou de olhar, mas que merecia ser olhado; as pequenas coisas da gente anônima que alguns intelectuais costumam desprezar e, no nosso caso, os “doutores da finalidade da existência” habituam não dar passagem, por que não sabem que o mundo não é feito de átomos, mas de histórias. Afinal, não é o homem constituído na história, como nos alerta Nietzsche (2012)!?

Dona Clara: o que pode uma parteira cheia de histórias!?

O segredo da verdade é o seguinte: não existem fatos, só existem histórias

João Ubaldo Ribeiro, 1984

Fomos recebidos por “Dona Clara”, que já estava a nossa espera na sala de sua casa, onde se deu toda a nossa longa conversa, que só era interrompida por algum objeto que ela tinha que ir buscar para nos atualizar sobre sua longa história de vida (78 anos de idade), que quase se confunde com sua arte de partejar (53 anos de pura intensidade e produção de vida). Ora era um certificado, ora era um utensílio de trabalho, ora eram cópias e mais cópias de Declaração de Nascidos Vivos (DNV’s). Estas últimas, ela nos apresentou com uma certa altivez, como quem soubesse muito bem da relação saber-poder presente no campo de disputa na qual está inserida. Isso nos chamou bastante atenção! Assim como parecia saber o valor do arquivo e da história oral. Estávamos diante de um parteira institucionalizada? Ou colamos um decalque em Dona Clara? Ou as duas coisas? Ou nada disso?

O encontro foi, o tempo todo, mediado por essas questões, uma espécie de co-interferência. O que provocávamos em D. Clara e o que ela nos provocava, ou mesmo convocava? Ora grudávamos, ora desgrudávamos o decalque nela; e ela em nós. Esse processo foi bem interessante e desafiador, pois estávamos diante de uma parteira tradicional, mas logo fomos percebendo a multidão nela existente. E, enquanto pesquisadores, também estávamos diante do nosso próprio devir multidão.

Foram quase duas horas de conversa e apresentação de documentos que diziam de sua prática, como os “casos” de mulheres grávidas e seus arranjos familiares; da “perseguição” que foi “esse negócio de ser parteira” e que a acompanhou desde os 15 anos de idade, até que ela se deixasse “invadir” pelo devir parteira – tornou-se diferente de si e potência de existir. Falou das várias crianças que “pegou”, desde o momento em que teve sua primeira “experiência” com um dos partos de sua própria mãe, quando teve que socorrê-la quando, as parteiras mais experientes que a acompanhavam não souberam o

que fazer diante da intercorrência que se apresentou, quando ela fez um chá para a mãe que a ajudou a dar à luz à sua irmã. Fala desse acontecimento como um marcador de que seria uma grande parteira. Sua narrativa é grandiloquente, cheia de desafios e até mesmo “mistérios”, como ela mesma definiu algumas situações vivenciadas:

- “– Aqui eu já vi de tudo, até criança com duas cabeças.
- Criança igual sapo.
- Uma vez eu peguei uma todinha uma aranha.
- Nas minhas mãos nunca morreu uma criança. Pode ter nascido morta já. Às vezes é a mãe que mata.”

Em sua pequena casa, onde vive com o companheiro, filhos e noras, e netos, diz que já acolheu até 05 mulheres em trabalho de parto de uma só vez, e que algumas vezes acompanha as parturientes até o hospital, isso quando a equipe médica a solicita, pois em alguns casos é impedida de participar do parto da mulher que acompanhou durante toda a gestação, mas que “ao puxar” a barriga, percebeu que não dá para fazer o procedimento. “Quando dá, dá, mas se eu disser vai pro hospital, ela não volta!”

Em sua linguagem e experiência como parteira, expõe um pouco de um campo em disputa entre o saber médico e o seu saber, e deixa evidente seu descontentamento com certas práticas, identificando nominalmente quem a valoriza e quem a questiona ou duvida de seu saber, e nos relata o ocorrido em uma situação na qual seu saber foi colocado em xeque: “o meu diploma não foi comprado, sabia!?” E, em outra ocasião, segue dizendo:

“Fiz três partos recentes, um deles tá fazendo uns 43 dias e quando fui levar as declarações lá na Secretaria de Saúde, ficaram admirados que eu ainda faço parto, e me perguntaram se eu não tenho medo de uma dessas crianças ou a mãe morrer nas minhas mãos, por que os recursos que eu tenho... são poucos recursos. Eu disse foi na cara, por que vocês me conhecem que quando tenho que falar, eu falo mesmo do a quem doer: ‘escuta aqui, se eu faço parto, é graças a Deus que as pessoas têm confiança em mim e faço por que tenho o dom divino... não posso abandonar e nunca vou abandonar. Vocês é que têm que aceitar a gente, por que se não fosse nós muitas crianças já *tinha* morrido, muitas mães já *tinha* morrido também. Agora, se vocês não querem me pagar, por que dinheiro eu sei que tem *pra* isso, fiquem vocês sabendo que eu faço isso por missão, que vocês nunca vão entender’. Falei isso olhando bem *pra* eles todos... acho até que ficaram com medo de mim (risos de todos!!!) e sai de porta a fora...”

Diante de tamanha altivez e de desobediência para produzir cuidado, ficamos nos perguntando, com as lentes de Saramago:

- “– Por que foi que cegamos,
- Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão,
- Queres que te diga o que penso,
- Diz,
- Penso que não cegamos, penso que estamos cegos. Cegos que veem, Cegos que, vendo, não veem.” (SARAMAGO, 2009. p. 310)

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* “O pesquisador in-mundo e o processo de outras formas de investigação em saúde”. **Lugar Comum (UFRJ)**, v. 39, p. 133-144, 2013.

BARROS, M. **Memórias inventadas**. São Paulo: Planeta, 2010.

FUGANTI, L. “Devir”. *In*: FONSECA, T. M. G. *et al.* (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

HECKERT, A. L. C. “Xeretar”. *In*: FONSECA, T.M.G. *et al.* (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. GOMES, M. P. C. “Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. *In*: FRANCO, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. SP: Hucitec, 2010. p. 60-75.

_____. “As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas”. **Revista Brasileira de Saúde da Família (Brasília)**, v. 14, p. 96-97, 2014.

NIETZSCHE, F. **Assim falou Zaratustra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

_____. **A gaia ciência**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

RIBEIRO, J. U. **Viva o povo brasileiro**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SARAMAGO, J. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.

A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o ‘longe muito longe’ transformado pelas Redes Vivas

Nicolás Esteban Castro Heufemann

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Júlio Cesar Schweickardt

Iniciando a conversa

O tema do ‘longe muito longe’ foi inspirado na ideia do “louco muito louco” da pesquisa sobre saúde mental no município de Campinas, como sendo um caso complexo que demandava muitas redes de cuidado e que trazia muitos problemas para a equipe de saúde (GOMES; MERHY, 2014). Diante disso, um dos pesquisadores do grupo da RAC Amazonas propôs que na Amazônia temos o fenômeno do ‘longe muito longe’, ou seja, temos territórios que complexificam o acesso da população aos serviços de saúde. A partir daí a expressão ‘longe muito longe’ se tornou objeto de reflexão e uma categoria que nos levou a refletir sobre o cuidado em territórios específicos.

O longe pode ser considerado pelo aspecto geográfico, como uma comunidade ribeirinha na calha do rio Madeira no município de Borba. O longe, nesse caso, é um lugar de difícil acesso aos serviços de saúde dessa população ribeirinha, que é mediado pelo contexto geográfico, mas não determinado por ele, pois há uma oferta através do Agente Comunitário de Saúde e pela Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), nas suas viagens periódicas.

A situação descrita adiante, a K e as redes vivas que se apresentam, nos mostram que o longe muito longe não é uma barreira para o cuidado, sendo relativizado pelas redes que produzem o cuidado. O “longe muito longe”, nesse caso, foi transformado pelo cuidado em algo que construiu e mostrou Redes Vivas (MERHY *et al.*, 2014). Desse modo, o lugar é longe, mas as condições do cuidado tornaram o lugar algo próximo. O “longe muito longe” pode ser traduzido para o contexto do cuidado, pois um usuário pode estar na cidade com uma grande oferta de serviços, mas o serviço pode estar “longe muito longe” do cuidado. Assim, entendemos que o “longe muito longe”, que inicialmente se inspirou pela questão de difícil acesso dos territórios da Amazônia, nos conduziu para a reflexão sobre a condição da produção do cuidado em saúde.

O caminho para chegar até à comunidade ribeirinha iniciou com o convite dos pesquisadores para o gestor municipal e para a equipe da UBSF do município de Borba. Os pesquisadores já têm uma relação de cooperação e compartilhamento com a gestão local em função de diferentes atividades de ensino e pesquisa. A equipe local discutiu os casos e situações que poderiam gerar uma boa reflexão sobre a rede cegonha e as redes vivas. Assim, foi escolhida uma usuária gestante diagnosticada com hanseníase, acompanhada pela UBSF. Além disso, a usuária era fumante, teve sangramento vaginal e vivia em condições sociais de extrema pobreza. Para entendermos e aprofundarmos as redes vivas da usuária-guia, que chamamos de caso K, identifica-

mos as fontes necessárias com a ajuda da equipe da UBSF, e conduzimos a pesquisa *in loco*, no que chamamos de Longe Muito Longe.

Usuária-guia no contexto amazônico

A usuária-guia K representa a situação de muitos ribeirinhos que procuram atenção em saúde em contextos específicos da Amazônia. A partir desse, entende-se as percepções e relações de vida da ribeirinha, o diálogo com a equipe de saúde fluvial, já específica por natureza e, sobretudo, o lugar e a produção do encontro bem como os caminhos do cuidado prestado pela equipe para promover vida nas margens do Rio Madeira. Assim, faz-se necessário entender o caso de saúde e de vida de K e o contexto do território existencial que norteou as percepções da produção do cuidado no ‘longe muito longe’.

A comunidade ribeirinha pode ser definida como uma comunidade localizada à margem de um rio, mas também porque a vida social e cultural é mediada e influenciada pelo rio e pelo regime das águas, como a seca e a cheia. A vida ribeirinha e da várzea tem características muito associadas com as águas (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016). A calha do rio Madeira passa por diferentes municípios que organizam os serviços e as políticas de acordo com a distribuição da população que ocupa esse território. O município de Borba, através da política de Atenção Básica, foi a primeira localidade a implantar uma UBSF, em 2013. Apesar de já realizar a atenção às comunidades ribeirinhas através de barcos da saúde, a UBSF permitiu dar um salto de qualidade do cuidado e ampliar o acesso.⁵⁴

A UBSF tem uma equipe multidisciplinar que faz viagens de 20 dias, em média, para 42 comunidades ribeirinhas do rio Madeira. As viagens acontecem em períodos de 40 dias, sendo que há uma relativa continuidade das ações de saúde nas comunidades. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) fazem a conexão e articulação entre a UBSF e a comunidade, agendando e dando encaminhamento aos processos do cuidado. A UBSF é um serviço de saúde móvel, que se desloca utilizando as águas, por isso há uma variação do tempo da viagem que depende do tempo da cheia e da seca, podendo ser de 15 dias até 22 dias⁵⁵. Foi nesse contexto de território e de serviço de saúde que o caso K produziu os encontros, e nos apresentou uma rede muito viva.

Com fins de situar melhor o lugar de K nesse território da Amazônia, faz-se necessária uma breve apresentação do contexto onde vive. K é uma mulher de 23 anos, casada, fumante, que durante a gravidez de sua primeira filha teve o diagnóstico de hanseníase. Mora na comunidade às margens do Rio Madeira a duas horas subindo o rio de barco, com motor de 100 hp de potência. Nessa comunidade, moram também famílias que sobrevivem da agricultura da mandioca, do extrativismo e da pesca. A presença do Estado é representada pela oferta dos serviços de saúde por meio da

54 Sobre a UBSF ver o texto de Lima *et al.* (2016), citado ao final deste capítulo.

55 Os rios na Amazônia iniciam a cheia nos meses de novembro e dezembro, sendo que o pico da cheia se dá no mês de julho, iniciando a vazante; o pico da seca se dá no mês de novembro. Há variações nesse calendário a depender das regiões dos rios, cada um deles dividido em Alto, Médio e Baixo. A cheia se inicia no Alto ou na cabeceira dos rios e vai produzindo repercussões, sucessivamente, no Médio e Baixo.

UBSF, também denominada *igaraçu* (“canoa grande”). Esta equipe da Estratégia Saúde da Família faz a vigilância da saúde dos ribeirinhos e passa nesta comunidade de 40 em 40 dias, sendo 8 visitas ao ano, de forma sistemática, independente do regime de cheias e secas do rio. Foi neste “longe muito longe” que ocorreu o encontro entre a equipe itinerante de saúde e as necessidades de saúde de K, que produziu o cuidado (LIMA *et al.*, 2016).

O cuidado é inicialmente produzido em diálogo entre a usuária-guia e profissionais de saúde a partir da atenção pré-natal no município de Borba: foi no acompanhamento pré-natal de mulheres da comunidade que K foi cadastrada pela equipe. Segundo os prontuários, K iniciou o pré-natal tardiamente, com 22 semanas, sendo que durante a primeira consulta foi avaliado que a mesma possuía altura uterina abaixo do adequado pela data da última menstruação, e baixo peso na avaliação nutricional, o que foi associado pela equipe ao hábito tabagista e às condições de vida de K. Foram solicitados todos os exames de rotina do pré-natal e prescritos sulfato ferroso e ácido fólico. Ainda na primeira consulta foi realizada a coleta do exame citopatológico do colo do útero.

Nas consultas iniciais, foram identificadas as manchas na pele, confirmando hanseníase. Foi feito plano de tratamento da doença. Foram realizadas consultas odontológicas e orientações gerais sobre as implicações do uso do cigarro durante a gestação. O ACS identificou a interrupção do uso da medicação no tratamento da hanseníase. Segundo a equipe, o motivo da interrupção da medicação se deve ao preconceito sofrido por K na comunidade. Diante dessa situação, K decidiu mudar para casa de parentes em Manaus, tentando fugir do estigma produzido pela doença. Depois de um mês, o esposo foi buscá-la na capital, pois o medo do contágio também estava presente nos parentes. Durante esse período, não tomou a medicação e não conseguiu acesso aos serviços de referência, retomando o tratamento supervisionado em Borba. K saiu de um lugar considerado “longe muito longe”, comunidade ribeirinha, para um lugar perto dos serviços especializados, de acordo com a necessidade de saúde. Entretanto, Manaus, que poderia ser um lugar próximo, representou a fuga do preconceito e, ao mesmo tempo, longe do cuidado. Assim, o “longe muito longe”, representado pelo lugar distante, significou um perto muito perto na perspectiva do cuidado.

No último mês da gravidez K foi encaminhada para o hospital municipal de Borba para acompanhamento com a médica especialista, dando à luz mediante parto normal. Mãe e filha retornam para a comunidade, onde seguiu com o tratamento da hanseníase sob o acompanhamento do ACS, que se desloca em poucos minutos de rebeta (motor de 5 hp) até a casa de K.

As redes em torno da usuária-guia K produziram potência para novos encontros e relações. Houve o envolvimento pessoal da equipe de saúde da UBSF, que se sensibilizou com a situação de exclusão social e de necessidades de sua família. O caso produz então muita rede de cuidados, pois a enfermeira, a técnica de enfermagem e o ACS se envolveram diretamente para incluí-la no cadastro de famílias beneficiadas do Programa Bolsa-Família, no cadastro do esposo como pescador acessando benefícios associados para o período do defeso, além do apoio da Secretaria de Assistência

Social para o recebimento de alimentação e vestuário para a mãe e para o bebê. Relatos de um cuidado diferenciado também incluiu gasolina para o deslocamento da comunidade ribeirinha para a cidade, e a oferta de comida para a família, pela equipe de saúde, nos momentos mais críticos. O caso torna-se o cuidado em Rede Viva, e o longe muito longe se apresentou perto muito perto, diante às necessidades de saúde e da vida de K. Observamos que o nascimento da criança evidenciou a produção da vida pelos caminhos do cuidado, em que a equipe de saúde ultrapassou os protocolos de assistência preconizados pela Rede Cegonha.

Para continuar na conversa

K nos ensina como o cuidado pode se fazer como Rede Viva, que transforma as práticas da saúde em contextos singulares como o da Amazônia. Observamos que o cuidado se deu no sentido amplo e integral, pois envolveu a rede formada pela equipe de saúde, e outras redes formadas por outras secretarias, pela família e pela comunidade. O cuidado foi produzido a partir das diferentes redes que responderam à condição concreta da vida de K, em que estavam em jogo as vidas da mãe e da criança. Ao mesmo tempo estavam presentes a sustentabilidade da família e a condição de morador de uma comunidade, portanto de uma vida social e cultural. O cuidado, no sentido amplo, se esparramou para a vida na sua integralidade, e não se resumiu à atenção proporcionada pela rede cegonha. A comunidade e as equipes de saúde e social promoveram encontros que se desdobraram para outras dimensões da vida, explicando que os territórios são existenciais de fato, e que as Redes Vivas se referem às pessoas e aos seus modos de produzir as suas existências nas dimensões material e simbólica.

Referências Bibliográficas

GOMES, M. P. C.; MERHY, E (Orgs). **Pesquisadores In-Mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

LIMA, R. T. S.; SIMÕES, A. L.; HEUFMANN, N.; ALVES, V. P. "Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial". In: CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; CAMPOS, J. D. P.; CULAU, F. S.; WOTTRICH, L. A. F.; KESSLER, L. L. **Intensidade na atenção básica**: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde).v. 2. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M.; ALVES, V. P. "Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante". In: CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; CAMPOS, J. D. P.; CULAU, F. S.; WOTTRICH, L. A. F.; KESSLER, L. L. **In-formes da atenção básica**: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde). v. 1. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

Redes Vivas na gravidez e no parto: a micropolítica que opera a produção do cuidado

Ângela Carla da Rocha Schiffler
Naila Mirian Las-Casas Feichas
Sandra Cavalcante Silva
Luena Mateus de Xerez
Brena Silva dos Santos
Katherine M. M. Benevides

Introdução

O Estado do Amazonas é o cenário em que estamos inseridos no processo investigativo da Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), Universidade-SUS para trazer novas perspectivas sobre a produção do cuidado na gravidez, parto e nascimento. A singularidade do território nos faz refletir sobre os modos como as redes de atenção se traduzem em tantas outras redes quando olhadas da perspectiva dos usuários. Assim, buscamos ofertar outras formas de compreender e avaliar a Rede Cegonha, que se configura uma estratégia político-assistencial para mudança do modelo de atenção ofertado a mulheres e crianças com até 2 anos de idade.

Neste texto apresentamos um dos recortes da investigação com o objetivo de acompanhar a produção micropolítica do cuidado na Rede Cegonha de Manaus/AM, tendo uma usuária como guia. Seguimos pelas suas redes vivas de conexões existenciais, construídas por seu movimento e tecidas nos encontros. Para essa usuária-guia foram considerados: seu itinerário terapêutico pelas estações na linha de cuidado e por onde andou na produção da sua existência, nas suas formas e estratégias de cuidar de si (MERHY *et al.*, 2014).

O dispositivo “usuária-guia” expande a proposição de “caso traçador do cuidado”, trazendo a memória produzida dentro e fora das redes formais de atenção. Uma aposta que convoca uma produção compartilhada e uma investida como pesquisadores, seguindo pelo mundo da usuária – Pesquisadores in-Mundo (GOMES *et al.*, 2014).

A aproximação da RAC com a Rede Cegonha no Amazonas começou pelos convites e pela discussão da pesquisa de âmbito nacional para construção de uma investigação local, contando com pesquisadores da RAC/AM⁵⁶. Seguimos gestando a pesquisa em nós, produzindo-nos, colocando-nos em construção de sentidos e significados, abrindo e vivenciando o processo investigativo. Ressaltamos que nosso coletivo de pesquisa contou com a participação ativa do pesquisador trabalhador da assistência e do pesquisador trabalhador da gestão, que operaram nas articulações de agendas, convites e deslocamentos. Assim, fomos tecendo nossas redes, encontros e produções.

56 Pesquisadores da RAC/AM, Universidade-SUS, uma composição: pesquisador apoiador da UFRJ e pesquisadores locais da Universidade – FIOCRUZ/AM, Universidade do Estado do Amazonas/UEA, Universidade Federal do Amazonas/UFAM; e do SUS, da Gestão e da Assistência – Secretaria de Estado de Saúde/SUSAM e Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA Manaus.

Nos encontros com a Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), entrada e composição para nossa RAC, seguimos com a proposta de pensar sobre as grávidas e as puérperas assistidas pela mesma. Partimos de um caso apresentado pela médica/pesquisadora – que passou a despertar nosso interesse: uma usuária vinculada à ESF desde o pré-natal, com todas as consultas realizadas, e que surpreendia pelo que demandou de atenção e cuidado no momento de acessar a maternidade.

Experienciando arranjos: nosso modo de fabricar a pesquisa

A usuária Manu (nome fictício que a singulariza) tem 19 anos, nasceu em Tabatinga/AM e é moradora de Manaus desde os 2 anos de idade, tendo sido criada pela avó materna. É casada há um ano com Ed, com quem namorou por cinco. Desejava muito ter um filho e procurou ser cuidada desde o pré-natal, frequentando com seu esposo a maioria das consultas. Convidamos Manu para integrar a RAC e participar de seus encontros logo após o nascimento do seu filho JB, no dia em que iniciou com ele no grupo de bebê. Seguimos com Manu como usuária-guia em construção do nosso processo investigativo.

Além das fontes documentais sobre a Rede Temática de Atenção – Rede Cego-nha, de âmbito nacional e seu desenho no Amazonas, a institucionalidade materno infantil em Manaus e revisão bibliográfica, também fizemos um mapeamento das fontes de Manu: seus prontuários – da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da Maternidade –, profissionais de referência, familiares, vizinhos e referência religiosa.

A cartografia pelos “movimentos nômades de uma usuária-guia” foi tomada como um arranjo para operar a produção do conhecimento (MERHY *et al.*, 2014), para trazer um certo perspectivismo à composição de mapas e paisagens para seguirmos por suas montagens (TALLEMBERG, 2015). Assim, seguimos com Manu e pelas “fontes” de Manu, contando com a construção de narrativas como recurso metodológico, deixando vazar os vários pontos de vista e as vistas do ponto – como as da usuária, considerando que “[...] a entrada de outras vistas desloca as tensões dos pontos” (MERHY, 2014, p. 97). Seguimos fabricando a nossa pesquisa pelos encontros e pelos processamentos, com o que passou a convocar de ferramentas, de aberturas e diálogos sobre processos/projetos do agir em saúde, redes, fluxos/conexões sobre a produção da vida e do cuidado.

Para efeito desse texto, apresentamos alguns “analisadores”⁵⁷ no sentido ofertado por Lourau (2004), como revelador de elementos pouco visíveis e que “faz a instituição falar” – “Seriam acontecimentos no sentido de provocar rupturas, agregar fluxos, em uma possibilidade de produção de análise” (GOMES *et al.*, 2014, p. 94).

As usuárias fazem seus caminhos pelos lugares em que se sentem acolhidas

A usuária Manu, quando suspeitou estar grávida, e com presença de sangramento, procurou por atendimento em uma UBS contando com o incentivo da sua

57 Analisador, como vetores contexto, que desnaturaliza e faz uma politização dos indicadores (TALLEMBERG, 2015). A referida autora e também pesquisadora da RAC participou da concepção e discussão da temática que deu origem a este capítulo.

cunhada, com quem também mora. Foi ela que lhe deu apoio para iniciar, o quanto antes, seu pré-natal. O atendimento na referida UBS não foi resolutivo em sua captação para o programa de pré-natal, que envolve atendimentos e vinculação, esta iniciada com a realização do teste de gravidez.

Manu saiu da UBS com a orientação para realizar uma ultrassonografia transvaginal: *“Eu fui na enfermeira do posto mesmo que escutou e disse que tinha escutado tipo um coraçãozinho, mas que podia ser gases [...] Comecei a sangrar de novo”*. Assim Manu seguiu em busca das maternidades para realização da ultrassonografia, nesta altura já com um teste de farmácia em mãos, cujo resultado dera positivo. Um primeiro impedimento: *“A maternidade [A] não quis me examinar, porque eu não tinha como comprovar que estava grávida, e teste de farmácia eles dizem que não é confiável”*. Relatou-nos também que a maternidade B realizou seu exame de gravidez, mas a encaminhou para a maternidade A, que poderia realizar sua ultrassonografia. Finalmente teve a comprovação do seu estado gestacional, mas os sangramentos persistiam. Sua cunhada, então, a acompanhou a uma consulta com a Equipe ESF, cuja prática de cuidado é vivenciada e reconhecida há anos pela família de ED, desde sua avó.

Seguimos pelas mãos da puérpera Manu por um ano. Ela nos apresentava seu nomadismo pela rede e protagonismo na produção do cuidado (LANCETTI, 2006). *“Ultrassom pelo SUS eu só fiz uma, que era até no Nova Esperança, que eu nem sabia onde era [...] Fiz bem umas sete ultrassom”*. Trata-se dos territórios em que transitam os usuários e que muitas vezes são imperceptíveis para as equipes de saúde, pelas múltiplas conexões que estes constroem pela vida. Assim, descobrimos juntos que um dos marcadores da sua caminhada, durante todo o seu pré-natal, foi a busca incessante pelos exames de ultrassonografia. Ansiedades e dúvidas persistiam pelos encaminhamentos não atendidos. O exame a tranquilizava quanto ao bem-estar de seu filho. O pastor da sua igreja e sua esposa tiveram papel importante com relação ao suporte para realização dos exames – dinheiro, transporte –, além disso, ofereciam acolhimento e escuta.

O início da gravidez de Manu já foi gerador de muitas ansiedades, o que implicava ter de conduzir seu caminhar para que seu cuidado fosse garantido. Em conversas com sua mãe, esta preocupação era reforçada, afinal era real o risco de perder seu filho caso não fizesse alguma coisa. Ser protagonista, abrir o seu próprio caminho: isto seguiu guiando Manu em todo o seu período gestacional.

Uma busca incessante para acessar uma maternidade foi sendo desenhada por Manu perto da data provável do parto. Manu ia conduzindo-nos pelos dois últimos dias que o antecederia, quando acionou cinco das oito maternidades de Manaus – indo de ônibus, geralmente acompanhada por sua mãe, o que dava visibilidade a uma peregrinação pela rede, motivada por sua insegurança, pelo *“medo de perder a hora”*, de seu *“filho morrer”*.

Esse medo rondava algumas das grávidas, em especial as que se deparavam com perdas em seu próprio período gestacional. A vizinha de Manu, uma de suas referências de apoio e cuidado, perdera seu bebê há muitos anos; outra, recentemente, teve a mesma experiência próximo ao parto. A própria equipe expôs, em roda de conversa, o quanto essas situações abalavam todas as gestantes. Isto ficava expresso

nas conversas entre elas e nas consultas, demonstrando que seus medos e inseguranças estavam bem presentes.

Podemos destacar um encontro que se deu em uma roda de conversa com os trabalhadores da ESF. Colocamo-nos no lugar de usuária, compartilhando o que trazíamos de experiências de vida, de gravidez e parto. Um acontecimento, uma dobra, pela produção do encontro das diferenças, pela conexão de mundos, produzindo deslocamentos (TALLEMBERG, 2015). Multiplicidades trazendo das nossas existências e de tantas outras. Assim as conversas sobre peregrinação e ansiedades vazavam, marcando elementos para pensar a rede de atenção.

Iluminamos aqui uma discussão que precisa ser ampliada – sobre o acesso que não se traduz, necessariamente, na produção do cuidado, uma vez que é na micropolítica do encontro que este opera, naquilo que aciona na clínica e para além da clínica. Trata-se da produção do cuidado na perspectiva de produção de “linha de fuga micropolítica do encontro trabalhador-usuário”, que viabiliza possibilidades quanto aos corpos serem afetados (MOEBUS, 2014, p. 139).

Ainda nesse caminho, certos atendimentos poderiam ser evitados, como bem destaca Manu: “*Às vezes, eu saía de lá [da maternidade] com vontade de chorar pelo constrangimento*”. Produzir-nos desconforto pelas nossas experiências como usuárias, como na questão das peregrinações, dos toques (vaginais) e de seus múltiplos constrangimentos, trouxe dispositivos importantes para a análise da produção micropolítica do cuidado. O estranhamento do que já está de certo modo naturalizado possibilita fazer deslocamentos e nos colocar em novas reflexões e apostas quanto ao que podemos fazer para que a vida da mulher, em exposição do seu corpo sensível, seja incluída.

Ampliar o olhar e a escuta possibilitando um encontro com abertura para que a complexidade da vida do usuário, seus sofrimentos e angústias, tenham passagem; para que da repetição – do agir em saúde – possa ser produzida a diferença nos modos de cuidar. Tudo isto implica perceber o usuário ocupando outro lugar, qual seja: agente ativo na produção da sua vida e no encontro com os trabalhadores de saúde (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010).

As Redes Vivas de usuárias e de profissionais como operadoras do cuidado

Segundo a usuária-guia Manu, a atenção e o acolhimento fariam toda a diferença para um parto mais tranquilo: “*Às vezes eu tinha medo de ficar internada, porque o mesmo médico que consulta não é o que faz os partos, né? [...] Na maternidade C não, eu senti mais segurança. Porque é tudo organizadinho*”. Em relação à sua médica de referência na ESF, M faz uma comparação importante: “*Se todas as médicas da maternidade fossem iguais à doutora, seria ótimo, porque ela é compreensiva, ela pergunta tudo direitinho, e ela explica [...] a gente se sente protegida por aquela pessoa, segura*”.

Quando refletimos junto com Manu sobre seus atendimentos, a discussão a respeito de acolhimento e parto avança por outros caminhos, e convoca posturas por meio das quais são percebidas as inscrições no corpo da mulher sobre os seus modos

de andar a vida. Produz mudanças entre o que constrange e fragiliza para o que produz segurança, singulariza e amplia a existência. Isto recheia de vida qualquer protocolo e as ações de saúde.

O pesquisador que se in-mundiza, como no caso da pesquisadora e sua médica de referência, ao se permitir seguir pelo mundo da usuária, segue fazendo deslocamentos e toma a “*produção do cuidado como transgressor*”⁵⁸. Seus aprendizados e modos de cuidar se refletem nas possibilidades que se abrem pelo encontro, “*é possível fazer ‘furos no muro’, a entrada pela janela que garante a vida e a assistência necessária a cada usuário*”, trilhar novos caminhos “*quando a porta que deveria estar aberta se fecha. E repasso esta informação aprendida com Manu a outras gestantes*”. E acrescenta: “*Outra sugestão de Manu que temos tentado viabilizar são os grupos de gestantes que fazíamos, mas acabaram deixando de acontecer*” (Médica de referência ESF).

A ampliação dos espaços para encontros intercessores – trabalhador-trabalhador, trabalhador-usuário, usuário-equipe – possibilita outros modos de vínculo e traz certos planos de produção de existência. Pelas afecções que provocam, os encontros mostram-se um potente dispositivo para ativar redes produtoras de cuidado, que se expandem e que pedem redes formais de atenção. Os arranjos instituídos e seus processos instituintes convocam a garantia de espaços de discussão que sejam invadidos pelas multiplicidades das existências, pelos aprendizados do mundo do trabalho e do mundo da vida.

Abrindo considerações

O reconhecimento por parte do profissional de que do mundo do usuário pouco sabemos e a abertura e interesse para que as redes vivas venham compor o agir em saúde têm potência para trazer a singularidade do sujeito à produção micropolítica do cuidado.

Pelos arranjos da pesquisa seguimos pelo mundo da vida e do cuidado de uma usuária-guia, trazendo as suas redes existenciais, que tenciona o cuidado e o acolhimento em saúde. E nos encontros e processamentos – pesquisa/campo de análise – entraram em cena outras tantas vidas.

Aqui vem se firmando um convite para experienciar novos repertórios de cuidado, que vazam da lógica das profissões e dos procedimentos centrados, e que abrem para a potência dos encontros produtores de redes vivas – do trabalhador e do usuário. Assim, seguimos pelos aprendizados em que nos lançamos pela Rede Cego-nha, em construção de uma aposta ético-política que não se esgota com a pesquisa – convoca, amplia.

58 “O cuidado como transgressor”, referência feita a uma ideia força ofertada pelo Prof^o Dr Emerson Elias Merhy, coordenador nacional da pesquisa e professor da UFRJ, durante o Seminário Nacional da RAC realizado em São Bernardo do Campo/ SP, de 6 a 8 de abril de 2016.

Referências Bibliográficas

- GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org). **Pesquisador IN- MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MERHY, E. E. "As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas". **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v. 14, p. 96-97, 2014.
- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. "Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.; GOMES, M. P. C. "Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado". In: FRANCO, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.
- MOEBUS, R. N. **O trágico na produção do cuidado. Uma estética da saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- TALLEMBERG, C. A. A. **Passagem de uma prática clínico-política menor**: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015.

Agradecimentos

À usuária-guia M e à equipe da ESF pelos encontros intercessores.

O SUS-vivo do cotidiano das pessoas: as tensões entre o público e o privado na produção do cuidado em saúde na Bahia

Nathália Silva Fontana Rosa
Marcio Costa de Souza
Clara Oliveira Esteves
Raquel Miguel Rodrigues

A pesquisa nos convida a um caminhar cartográfico pelas redes de saúde, pela vida de trabalhadores e usuários, buscando uma perspectiva mais ampla do itinerário que os usuários fazem nas redes de atenção à saúde e também fora dela a partir dos nossos usuários-guias, com seus modos de existência e também na perspectiva da implicação dos trabalhadores neste caminhar. Ao transitar pela rede de câncer do Estado da Bahia, experimentamos diversas entradas, redes e serviços entre os chamados “oficiais” e aqueles não-oficiais, associações filantrópicas que também funcionam como fortes produtores da rede no estado, importantes pontos de atenção que contribuem com o cuidado em saúde, bem como trabalhadores que transitam a todo o momento entre a rede pública e rede privada. Observamos, neste percurso, o papel protagonizante de uma dimensão privada na regulação dos serviços da rede de câncer, o que nos levou a refletir sobre os efeitos que essa relação entre o público e o privado produziria no cotidiano da vida das pessoas, tomando como dispositivo analítico as redes tecidas pelos usuários/trabalhadores/gestores/voluntários para produzir acesso aos serviços de saúde.

Esta questão da relação do público e do privado na trajetória das pessoas aparece como um analisador que foi visibilizado a partir da construção metodológica da pesquisa, entendendo como analisador alguns pontos-chave na análise de um material (MERHY *et al.*, 2014) que nos permite ver coisas que não estão visíveis em um primeiro momento, fazendo falar um grupo de coisas, como uma instituição de saúde, por exemplo, e dizer coisas que não são conversadas, mesmo estando ali, ainda que ocultas, mas em acontecimento (LOURAU, 1996).

Dessa maneira, lançamos um olhar sobre a rede de atenção ao câncer no estado da Bahia, considerando que uma avaliação das políticas públicas, sem entender qual o efeito que essas relações produzem na trajetória existencial das pessoas nas suas formas de vida, corre o risco de se tornar precária e superficial.

Embora fosse desejo dos muitos militantes do movimento que o SUS se constituísse totalmente como público, o que foi possível de ser conquistado, além do crescimento da própria rede pública, foi a regulação estatal do setor privado pautada por novos princípios e diretrizes. Dessa forma, os setores privados aparecem como complementares, uma vez que existem certos tipos de procedimentos que o SUS não tem capacidade de ofertar; e também como suplementares, uma vez que há um setor privado com “uma clientela específica consumidora do produto ‘plano de saúde’, apesar de continuarem sendo também clientela-cidadão do SUS” (MERHY, 2012, p. 274).

Desde então, a política de saúde brasileira segue em movimentos de disputa e tensão constitutivas: de um lado práticas de produção do cuidado nas quais se expressam a valorização da vida de qualquer um, e de outro, práticas que se submetem ao projeto neoliberal e culminam em lógicas privatizantes de atenção à saúde.

Essas disputas e tensões influenciam diretamente distintas lógicas de produção do cuidado operada pelos trabalhadores em saúde no seu cotidiano, que a todo o momento decidem sobre o que fazer e como fazer (MERHY, 2002). No caso da rede de câncer, os múltiplos agenciamentos que incidem sobre trabalhadores e usuários vão produzindo, não somente, mas de maneira importante, linhas de produção subjetiva a partir de lógicas capitalísticas, que operam no processo de trabalho como linhas de organização dos interesses corporativos profissionais (FRANCO, 2015).

As relações micropolíticas instituem e são instituídas cotidianamente por essa lógica do privado na saúde: na figura do trabalhador de saúde do público que encaminha o usuário para o setor privado, nas ofertas de serviços privados a partir dos vazios assistenciais existentes até na gestão privada de estabelecimentos públicos, a administração indireta, a organização de fluxos e referências a partir da oferta de tecnologia duras (na maioria de alto custo e privadas), além das outras inúmeras intercessões possíveis, como a própria vontade do usuário em querer ser atendido fora do público.

E assim, surgiram questionamentos, como: a partir desses mecanismos da lógica privatizante que se apropria do público, quais os arranjos que estão sendo inventados e reinventados para que as pessoas consigam conduzir as produções cotidianas de cuidado? O que o SUS tem construído de plataforma possível para que cada um, como rede viva que é, consiga desenhar mecanismos de convocar cuidados para si e para o outro?

No rastro de K: Um mergulho nos caminhos do público e do privado no SUS

Trazemos para a conversa uma das nossas usuárias-guias da pesquisa, que com sua história nos levou a lançar olhares para a rede de câncer. K é uma mulher de 34 anos, de uma cidade do interior baiano⁵⁹, que teve câncer de mama. Entramos em contato com esse caso em uma associação de ajuda às pessoas com câncer⁶⁰ na cidade de Feira de Santana, e aprofundamos a partir de distintas narrativas: dos trabalhadores da associação, dos médicos que tiveram contato com ela e, principalmente, da própria K.

Para seu tratamento, K construiu uma rede de cuidado em Feira de Santana, contrariando as regras da regionalização do Estado da Bahia, que a levaria para a capital, Salvador, segundo estabelecido pelos pactos regionais. Após a mastectomia, e antes de começar o tratamento quimioterápico, é revelado a todos que K está grávida, o que demanda da equipe uma atenção especial e a construção de outras redes para seu cuidado.

59 Localizado a aproximadamente 280 km de Salvador e 160 km de Feira de Santana.

60 Uma associação civil e filantrópica de assistência social, sem fins lucrativos ou econômicos, que faz diversos tipos de atendimentos às pessoas com câncer: moradia, alimentação, doação de materiais (próteses, por exemplo), além de auxiliar a pessoas com os diferentes trâmites da rede. Esta associação existe há 13 anos, e se mantém através de doações.

K começa seu trajeto buscando a cidade de Feira de Santana para “fugir” do encaminhamento para a capital. Ela já tinha uma relação anterior com médicos da cidade, quando acessava os serviços do município via plano de saúde, em especial ao tratar de um cisto na mama alguns anos antes. Neste momento, já sem o benefício privado, busca este mesmo espaço de cuidado que tem em sua memória, e procura o mesmo médico que fez o tratamento anterior. Entretanto, essa relação já começa no plano do privado.

K enfrenta muitas intercorrências e erros desde a primeira consulta com o médico para detectar seu problema até inúmeras tentativas fracassadas de fazer uma cirurgia, já com suspeitas de câncer de mama, mas ainda sem uma comprovação. Segundo seu relato, passaram quase um ano neste percurso inicial, sem qualquer intervenção definitiva para o câncer que se desenvolvia. Neste tempo, continuava resistindo à entrada pela rede pública via Itaberaba, para não correr o risco de ser encaminhada para a capital, onde tinha uma ideia de “lugar dos horrores”, como conta.

Passados esses meses, K consegue uma mudança de médico em Feira de Santana, com o qual estabelece seu tratamento até o final. A partir desse ator é que alcança uma série de andanças e encaminhamentos entre os serviços público e privado, sempre furando os processos burocráticos construídos pelo pacto regional e estabelecendo uma combinação entre essas duas dimensões: ora pagava por serviços como exames e ultrassonografias, ora conseguia gratuitamente pelos serviços da rede pública, como cirurgias, tratamento de quimioterapia e radioterapia, bem como a assistência ao parto, também realizada em Feira de Santana.

Vale ressaltar que nesse itinerário público-privado são os médicos quem coordenam o itinerário do cuidado, eles mesmos com atuação em ambas as dimensões (consultórios particulares, clínicas privadas e serviços públicos). Assim, K entra em serviços públicos da rede pública de câncer, como a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Feira de Santana, via médico, mas nunca é reconhecida pelo SUS. Isso significa que ela não entra no itinerário da rede, nos protocolos de atenção do câncer, não entra no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), ente tantas outras entradas ditas oficiais. Ela, por exemplo, não segue um itinerário formal de cuidado, não se beneficia da lei dos 60 dias, que conta a partir da confirmação do diagnóstico e da inclusão dessas informações no prontuário médico, entre outras questões que continuaram a surgir no seu caminho. Tampouco entra em outras redes formais de cuidado que se cruzam na sua história, como a Atenção Básica, a Rede de Urgência e Emergência e a Rede Cegonha.

Dessa maneira, K a todo o momento faz um trajeto próprio entre as redes públicas e privadas, e é possível observar que sua busca por um cuidado entendido inicialmente como acolhedor para si (não querer a regulação para Salvador, e sim Feira de Santana), pode ter sido o principal responsável por todo o atraso no início de seu tratamento, o que poderia ter sido decisivo em casos como o dela. Também, vimos que esse caminhar fez com que ela não estivesse em nenhum momento dentro da lógica hierarquizada e formal das redes de atenção à saúde, seja a do câncer ou da rede cegonha.

Em diversos momentos, observamos entradas nestas redes pelos serviços públicos, mas sua construção sempre nos furos, isto é, no plano informal dos encaminha-

mentos médicos, faz com que nenhuma delas a reconheça como uma usuária formal. Essa construção desenhou para a usuária uma rede seguindo a lógica do privado, que opera por contato direto sem rede institucional formalizada, travestida de uma lógica centrada no melhor cuidado.

A emergência de um SUS-vivo: entre o público e o privado

A rede tecida entre usuária e trabalhadores da saúde envolvidos neste relato, enquanto rede-viva, é construída pela dinâmica privada de cuidado e não pelos usuários ou pelo serviço público, produzindo uma rede rizomática, ou seja, viva e múltipla, como critérios constitutivos de sua existência, ela se produz no caminhar das existências das pessoas, sejam usuários ou trabalhadores (DELEUZE; GUATTARI, 2000), e que pode ser fortemente capturada por lógicas mercadológicas. Neste sentido, quando pensamos na rede viva, não se trata somente daquela produzida pelo usuário, mas todos os movimentos construídos sejam eles fora dos protocolos, fora das regras, fora da regulação.

As inúmeras indicações dos médicos, estabelecendo a rede entre o SUS e o privado, revelam estes atores como grandes produtores de fluxos por certos serviços de seus interesses e domínios, em uma relação assimétrica de poder e de verdade. Não se observa um projeto terapêutico cuidador, mas um projeto terapêutico que é regido para alimentar esta própria dinâmica privatista sobre a rede.

Essa rede produzida pelo capital privado é operada por lógicas de mercado de alta capilaridade. E a trajetória de K, com a demora de quase um ano para início do seu tratamento, por exemplo, revela que o discurso de que o SUS é demorado, propagado tanto por médicos, quanto pela própria usuária, é falso. Revela ainda que os médicos criam os tempos de cuidado, na medida em que controlam seus fluxos.

Essa narrativa também nos faz questionar sobre questões como a integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde e a responsabilidade do cuidado nestes espaços. Estamos de acordo que a questão da integralidade é um conceito e uma prática em produção (MERHY, 2005), portanto dizendo respeito a um ato democrático, responsável e ético com o outro, estando presente também na preocupação profissional em não expandir o consumo de bens e serviços (GOMES; PINHEIRO, 2005). As redes de atenção, em sua concepção, trazem a ideia de que os novos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscariam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Entretanto, o que vemos é que K produziu redes de conexões nesse processo de cuidado, nas quais não conseguiu ser reconhecida dentro das redes formais de atenção. As diversas narrativas e experiências que temos tido contato a partir da pesquisa revelam que a produção das redes vivas vazam a todo o momento a produção formal das redes de atenção, e que dar visibilidade a essas construções é fundamental para o debate das redes no cuidado à saúde.

Esses ruídos visibilizam algumas das tensões na produção do SUS como um espaço de disputas e interesses, um SUS-vivo, que se posiciona também no entre das

relações público-privadas. Este campo tensiona inclusive a percepção de muitos usuários sobre o que é ofertado pelo sistema público, a partir de um campo simbólico que se utiliza para formar a ideia de que determinado lugar ou serviço poderá ou não resolver o seu problema. O imaginário simbólico construído pelo usuário-consumidor, que vê a saúde como um bem privado e, portanto de consumo, é privilegiado em detrimento da produção do imaginário simbólico do usuário-cidadão, da saúde como direito social. Há, portanto, uma sutileza nas mais variadas produções do cotidiano da vida das pessoas que se apresentam capturadas pela lógica privatista, sem uma visualização clara desta situação, ficando obscura, e que aparecem nas narrativas advindas do mundo do trabalho nas redes de atenção à saúde do Estado da Bahia.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs-capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FRANCO, T. B. "Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade". **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. supl. 1, p. 102-114, 2015.

GOMES, M. C. P.; PINHEIRO, R. "Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos". **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

MERHY, E. E. "Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades". **Saúde soc. [online]**, vol. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

_____. "Engravidando palavras: o caso da integralidade". In: Pinheiro R.; Mattos R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2005.

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

MERHY, E. E. *et al.* "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". **Divulgação saúde para o debate**, n. 52, p. 153-164, 2014.

Para além da regionalização: ensaio cartográfico de regiões-vivas de saúde na Bahia

Marcio Costa de Souza
Nathália Silva Fontana Rosa
Raquel Miguel Rodrigues
Clara Oliveira Esteves

Este texto se propõe a apresentar questões levantadas sobre o processo de regionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) instituídas no estado da Bahia. Desta forma, busca-se compreender a produção do cuidado nas diferentes RAS, entendendo os serviços, municípios, gestores, voluntários, trabalhadores e, principalmente, os usuários, através de seus agenciamentos como produtores do que temos chamado de “redes vivas”.

As redes vivas extrapolam a produção do cuidado dentro do ordenamento das redes formais de atenção à saúde, contemplando as redes produzidas por usuários e trabalhadores em acontecimento, onde cabem encontros, afetos, interferências que desenham múltiplas possibilidades de olhar para este processo, que se produz no caminhar das existências das pessoas (MERHY *et al.*, 2014).

Para entendermos como as mesmas vêm produzindo o cuidado, é importante entender o motivo da criação das redes de atenção à saúde, que são concebidas como arranjos organizativos que contemplam tanto as ações como os serviços de saúde, para que a integralidade do cuidado seja produzida no cotidiano do SUS, independente das densidades tecnológicas (BRASIL, 2010). Vale ressaltar que esses arranjos devem assumir a responsabilidade de reduzir as lacunas assistenciais existentes, como a melhor distribuição do financiamento público atual, a inadequação dos modelos tecnoassistenciais, e a fragilidade na gestão do trabalho (BRASIL, 2014).

As necessidades que fizeram serem criadas as redes temáticas estudadas nesta pesquisa, aparecem fortemente quando nos envolvemos com o campo da pesquisa, e dão visibilidade aos vazios assistenciais e à produção do que chamaremos aqui de “regiões vivas”: regiões que se conectam para além da regionalização estabelecida nas pactuações da área da saúde, e que se ressignificam a todo o momento para que o cuidado seja produzido nas e pelas pessoas que dele necessitam.

Os encontros, as produções no cotidiano da pesquisa e dos pontos de atenção

As reflexões trazidas neste material são fruto das entradas realizadas principalmente em três municípios da Bahia: dois destes solicitados pelo Ministério da Saúde (Salvador e Juazeiro) e o outro pela ordem do acontecimento (Feira de Santana), ou seja, que emergiu a partir dos encontros e da percepção de vazios assistenciais no Estado. Trata-se de uma cidade de entroncamento rodoviário, estrategicamente localizada, e que permite conexões com os mais diversos locais da Bahia, levando os

usuários a passar quase que necessariamente por este município para aceder à capital, Salvador, e muitas vezes permanecerem ali para realizarem o cuidado.

As fontes identificadas em cada local são variadas, utilizando diversos instrumentos para coleta de dados: fontes documentais, caso-traçador e narrativas. Partindo de formulações que têm o encontro como aposta metodológica, cada pesquisador foi construindo, desde 2014, as “entradas” nesses três municípios baianos a partir de conexões já existentes ou constituídas com sujeitos que, direta ou indiretamente, fazem parte da assistência local à saúde. Foram construídas agendas formais e/ou informais na gestão de serviços, ou da própria Secretaria Municipal de Saúde, para apresentação e autorização da pesquisa em pontos de atenção estabelecidos pela rede, assim como locais que contribuem para a produção das RAS, mas que não são consideradas dentro do ordenamento da rede formal, como o caso de associações para pessoas com doenças crônicas e seus trabalhadores (psicólogos, assistentes sociais etc.).

Cada “entrada” no campo adotou uma dinâmica própria, acessando desde rodas de conversa com trabalhadores da saúde, visitas domiciliares e a territórios de abrangência de serviços de saúde, observação, participação do cotidiano dos serviços com os trabalhadores, participação de eventos promovidos pela rede de saúde ou beneficente local, oficinas com trabalhadores, entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários, e até conversas informais nas ruas das cidades.

Regiões vivas e a produção do cuidado: a tessitura para além da regionalização

Tomando os diversos enunciados produzidos nos encontros para construção das redes de cuidado à saúde na Bahia, foi possível identificar fluxos de acesso e barreira aos serviços estabelecidos pelas atuais regiões de saúde. Uma das questões que se destaca é que tais arranjos são produzidos com forte influência de interesses privados (sejam de ordem econômica ou política) que, ao invés de facilitar o acesso, podem causar o efeito contrário. A dimensão micropolítica da fabricação de redes e regiões é, muitas vezes, secundarizada nas definições dos pactos inter e intrafederativos. A manutenção de visões deturpadas da municipalização dos serviços pode produzir um enfraquecimento na conformação das redes de cuidado, e não sua capilaridade, como previsto (COHN, 2008).

A constituição das regiões de saúde, em geral, foi construída prioritariamente no plano normativo, sem considerar o cotidiano e a realidade local dos municípios (VIANA, 2015). Desta forma, o que se pode observar no cotidiano dos serviços é uma produção de ofertas de serviços e ações de saúde deslocadas das redes de cuidados informais construídas pelos usuários, trabalhadores e outros.

No entanto, na potência dos encontros com trabalhadores, gestores e usuários, a partir de um caminhar cartográfico pelas redes, foi possível observar a produção de uma Região Viva, reconhecendo que distintos atores produzem uma regionalização para além das regiões formais. Observamos a existência de uma série de chaves e cadeados no percurso dos usuários, e entre a chave e a fechadura, entretanto, os usuários percorrem caminhos que têm, em si, uma quantidade de atravessamentos/conexões.

Pode-se observar um vazio assistencial importante em algumas das regiões de saúde do Estado, principalmente no que se refere a serviços de oncologia, de reabilitação e de leitos de alta complexidade, que inviabilizam a produção do cuidado em sua região de saúde, fazendo com que muitos usuários sejam encaminhados para municípios maiores do Estado, como Feira de Santana, Salvador, Ilhéus e Vitória da Conquista, ou até mesmo para Petrolina-PE. É importante ressaltar que Salvador ainda é a referência para todo o Estado, que se transforma em grande aglutinador das ofertas e que por isso conformam-se gargalos nos serviços de referência. Ao mesmo tempo, observamos pactuações locais que ultrapassam as fronteiras do estado da Bahia, e que, apesar das inúmeras dificuldades, vêm tentando construir uma articulação das ofertas dos leitos de urgência e emergência.

Pode-se então perceber que o cuidado não é pensado com centralidade do usuário, e sim na perspectiva administrativa e regional, sem que possamos nos dar conta do que está sendo produzido na cotidianeidade do itinerário de cada pessoa em suas singularidades, em sua produção de existência e em conexão com trabalhadores e serviços, e que barreiras e dificuldades estão sendo geradas para os atendimentos (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010).

No entanto, observamos que novas produções de rede e de cuidado são forjadas e construídas a partir da necessidade dos usuários e, com isso, novas formas de pensar as regiões, potentes e vivas, são informalmente estabelecidas. Essas realidades, tomadas em suas singularidades, vão tensionar ainda o debate sobre a cogestão, que considera apenas os espaços formais como produtores do itinerário de cuidado na rede de atenção, tornando invisível e não reconhecendo as Redes Vivas de conexões que são produzidas pelo usuário (MERHY *et al.*, 2014). Inclusive, é dizível pelos atores implicados com os debates das pactuações regionais o progressivo esvaziamento destes espaços formais. Observamos ainda, por parte dos trabalhadores, uma produção intensa de conexões para dentro e para fora das redes formais de pactuação nas quais estão inseridos, sendo eles também parte da produção da rede existencial dos usuários, em uma dobra constante entre o instituído e o instituinte, representando uma vivacidade que possibilita a potencialização das regiões vivas.

No estado da Bahia, se observa que a proposta recente de revisão da regionalização da saúde é um processo pautado na base associativa territorial, contemplando somente espaços formalmente instituídos de gestão, cabendo aos usuários e outros atores um lugar de recebedores dessa ação (BAHIA, 2014). O Plano Diretor de Regionalização (PDR) divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões que se aglutinam em 09 Macrorregiões de Saúde. Nestes espaços se darão todas as negociações do Planejamento Regional Integrado (PRI), que estabelece assim os investimentos.

Ao mesmo tempo, observamos pactuações locais que ultrapassam as fronteiras dos Estados da Bahia e Pernambuco e que, apesar das inúmeras dificuldades, vêm tentando construir uma articulação das ofertas dos leitos de urgência e emergência, por exemplo, a partir da constatação dos vazios assistenciais nesta rede de toda a Região do Vale Médio São Francisco. É possível notar que municípios limítrofes intra ou entre-Estados, e não contemplados pelas regiões instituídas, conduzem seus processos de pactuação de maneiras distintas e, conseqüentemente, com efeitos distintos.

Essas trajetórias colocam para o tema da regionalização a necessidade de ampliar o debate no sentido de considerar a multiplicidade de territórios existenciais que são construídos pelo usuário em busca de uma rede de acolhimento para si. São redes-vivas em acontecimento e que dão outras visibilidades para as fronteiras micro-políticas que são conformadas no cotidiano das redes, superando uma única prática de cuidado restrita ao plano associativo territorial.

Assistimos frequentemente um jogo de disputas regionais pautada em compromissos omissos à defesa da vida, o que reverbera a incipiente regionalização dos serviços, como é visível e dizível em diversos locais por onde estamos percorrendo na pesquisa. Há necessidade da introdução de um debate pautado em um compromisso ético comum, cuja centralidade no usuário enquanto produtor de redes existenciais, e a educação permanente como espaço privilegiado de reflexão dos trabalhadores, ocupem o lugar das reuniões normativas e qualifique, no trabalho vivo em ato, o debate da regionalização. Para além da assinatura de contratos, os municípios precisam criar redes de apoio mútuo a partir da autoanálise da sua própria organização e, para tal, precisamos partir desse reconhecimento da nossa insuficiência para estruturar problemas, da nossa necessidade de qualificar o trabalho, de formar coletivos, antes de pensar em soluções.

Esses encontros cotidianos que se dão no plano da existência dos usuários e dos trabalhadores, e que permitem que a multiplicidade de modos de fazer seja tomada como foco principal na produção do cuidado em saúde, demandam novos enfoques para entender o processo de Regionalização. Observamos a manutenção de um centro de poder em determinadas esferas, invisibilizando a diversidade de esferas de interlocução de outros atores que estão negociando processos cooperativos presentes na prática cotidiana, onde pactuam a produção de outras redes, outros sentidos, em especial a partir do próprio usuário e suas redes de conexão, que inventam a todo o momento uma região viva.

Referências Bibliográficas

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.* Tipologia das regiões de saúde: Condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Lei Nº 13.204 de 11 Dezembro de 2014.** Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Salvador: SESAB, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279,** de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COHN, A. "Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado". **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 23-24, 2008.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores In Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

MERHY, Emerson Elias *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Número 52, 2014, p. 153-164.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; GOMES, M. P. C. “Da repetição à diferença. Construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. *In*: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Demanda espontânea e fabricação de redes vivas: uma produção possível?

Maria Paula Cerqueira Gomes
Leila Vianna
Mônica Rocha
Maria Amelia Costa
Paula de Souza Carneiro

Já há algum tempo o tema da demanda espontânea está presente entre os debates sobre os diferentes modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde. É um debate que atravessa diferentes tipos de serviços e linhas de cuidado nas redes de atenção.

Muitas são as produções que se ocupam em problematizar as tensões que operam nesse espaço-tempo, mas que de forma frequente ofertam saídas organizacionais, fluxos, protocolos que acabam por não se sustentar ao longo do tempo (CAMARGO, 2005; LUZ, 2006; MERHY *et al.*, 2007; BRASIL, 2011, 2012). A demanda espontânea passa a ser operada de forma instrumental, burocrática produzindo muito mais barreiras do que acesso à rede de cuidados. Por que um tema tão antigo, tão debatido e estudado insiste em continuar pedindo passagem? Que tensões se repetem nesse “não lugar”, nessa imprevisibilidade da demanda espontânea que não se encaixa nos fluxos previstos, e que não se pode calar? Uma pista importante que a pesquisa vem nos revelando é não perder de vista os movimentos dos usuários na busca de cuidado, movimentos esses dos quais, na maioria das vezes, o fluxo e o protocolo sozinhos não conseguem dar conta.

É nessa direção que continuamos a acolher esse tema, uma vez que o localizamos entre os diferentes analisadores revelados em um dos campos da pesquisa “Rede de Avaliação Compartilhada (RAC)”, em uma das áreas de planejamento em saúde do município do Rio de Janeiro.

Como estamos em uma pesquisa na qual quem pauta também os temas de interesse são os trabalhadores em suas redes, não é possível deixar para trás o pedido de olhar os movimentos da demanda espontânea no CMS Rodolpho Rocco na área AP 3.2 do Rio de Janeiro⁶¹: procuramos olhar os movimentos e tudo o mais que esse espaço faz revelar, sobre diferentes arranjos de cuidado que estão em jogo nessa unidade.

61 Localizado à lateral da Policlínica Rodolpho Rocco, antigo PAM de Del Castilho, integra a Área Programática de Saúde 3.2 (AP3.2). Seu território engloba parte dos bairros de Del Castilho, Inhaúma e Higienópolis, abrangendo seis regiões, subdivididas em microáreas, com ruas, vielas, travessias atendidas por suas equipes: Amaro Hamati, Itaoca, Lago Verde, Periantã, Santa Luzia, Timbó, Turimã. Esta funciona nos moldes da ESF, com equipes formadas por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde e agentes comunitários de saúde, atuando na orientação e no atendimento à prevenção e promoção da saúde, contando com 21 mil pessoas cadastradas. Além da Academia Carioca de Saúde (professor de Educação Física) e o NASF (equipe multidisciplinar). Disponível em <http://smsdc-cmsrodolphorocco.blogspot.com.br/2014/01/cap-3.html>. Acessado em 26/05/2016.

Ao olhar com mais atenção esse *espaço* percebe-se de fato *um não lugar*. A demanda espontânea não se limita a acontecer em um espaço previamente definido, como por exemplo, as salas de triagem, sua apreensão é em movimento, em fluxos determinados pelo usuário e seu pedido de cuidado. Nessa direção, trata-se de *um não lugar* que diz muito dos vários outros lugares, espaços e processos de trabalho das equipes de saúde e daqueles que demandam um cuidado: lugar no sentido de “a quente e em ato”.

No decorrer dos encontros com as equipes e com a gerência da unidade foi possível perceber que esse espaço é atravessado por um paradoxo, ou seja, uma tensão, muitas vezes polarizada entre diferentes arranjos tecnológicos de cuidado: entre linhas de cuidado centradas nas pessoas e cuidado centrados nos procedimentos; entre uma gestão burocrática e protocolar e/ou uma gestão atenta, porosa, que se abre a escutar as diferentes formas de manifestação do sofrimento.

Aos poucos, nesses encontros, o que se mostrou como um manejo interessante foi justamente a possibilidade de tomar essa tensão de forma diferente. Ao invés de propor a resolução dessa tensão, uma vez manifesta em uma situação de demanda espontânea, a reconhecemos e a incluímos como um operador do cuidado. Um efeito imediato desse manejo foi o de abrir espaço para a produção de redes vivas e de saídas criativas, potentes, capazes de sustentar um cuidado para os casos complexos, aqueles que desorganizam as equipes e as colocam muitas vezes em sofrimento, queixosas e despotencializadas.

Contudo isso não é tarefa fácil. Como acolher o imprevisível, as demandas que desorganizam, incluindo-as como força motriz do trabalho, e não como algo que deve ser dissolvido? Como incluir o imprevisível na condição de tecnologia de cuidado, como um conceito ferramenta potente que deve fazer parte das estratégias de cuidado? Como cartografar o que está em jogo nesses espaços de cuidado? O que há de específico, o que fala daquela unidade, de seus processos de trabalho? O que há de comum que podemos aprender e transmitir com os imprevisíveis e imponderáveis da produção do cuidado? Que dimensões das tecnologias de cuidado de si e do Outro devem ser incluídas e trabalhadas? (MERHY; ONOCKO, 2006).

Essas questões começam a ter visibilidade, e com isso ganhar corpo na agenda das reuniões com a equipe, na medida em que os espaços e encontros onde a demanda espontânea se faz presente são ocupados de forma compartilhada. Aos poucos os encontros na unidade começam a dar passagem, visibilidade e dizibilidade às situações que se repetem e antes eram tomadas como mais uma repetição, como a demandas de cuidado que eram recolhidas nos corredores, entre outras. Perceber esses acontecimentos, produzir uma interrupção no automatismo do pedido, do fluxo, produzir uma pausa no já visto e estranhá-lo, sustentando que não se sabe por que ainda acontece, mas se quer entender o porquê acontece, permite a todos se dar conta de outras dimensões que estão presentes nesses acontecimentos chamados demandas espontâneas, mas que não estavam manifestas. A demanda espontânea fala de consultas não programadas, e sair das metas dos protocolos faz aparecer o que está fora do controle e da zona de conforto. São muitas as afetações e intensidades – a serem trabalhadas *nas e pelas* equipes – que dizem de seus processos de trabalho *muito além do caso* que está lá para ser atendido.

Neste texto, trataremos para a conversa duas dessas dimensões. Vamos chamá-las de dimensões discursivas da demanda espontânea; a direta e a indireta. Tais dimensões têm sua inspiração nos trabalhos de Deleuze e Guattari, mais especificamente, nos conceitos de agenciamento, discurso indireto e linguagem. Isto porque esses conceitos nos ajudam a dar visibilidade às dimensões objetivas, simbólicas, afetivas, subjetivas, sociais, entre outras tantas, presentes no pedido de cuidado que a demanda espontânea traz (DELEUZE *et al.*, 1995). A primeira diz do sujeito que demanda o cuidado, de suas necessidades, de seus múltiplos pedidos encarnados no que se nomeia, no primeiro momento, como queixa principal; e a segunda, diz de outros acontecimentos externos ao pedido, ou seja, sobre a forma como os serviços de uma determinada rede se organizam para atender aquele sujeito. Essa última pode ser um analisador para aquele atendimento específico. ou dar pistas importantes para se entender como um serviço ou rede se organiza para receber demandas similares.

“R. chega à unidade bastante agitado, com dor no peito, ofegante. Pede ajuda e diz que no dia anterior deu entrada no serviço de urgência e emergência com muita dor no peito. Foi medicado e mandado para a casa. Relata que passa mal durante toda a noite e procura a Clínica de Família para ser atendido. Um dos ACS resolve escutá-lo e ativar a equipe. Com os recursos disponíveis na unidade foi diagnosticado que o paciente sofrera um infarto agudo do miocárdio, e contata-se que o protocolo básico de síndrome coronariana aguda não havia sido realizado de forma cuidadosa, no serviço de urgência...” (fragmento do diário de campo).

“B. é conhecida de todos. Acessa a unidade frequentemente, seu mal estar é generalizado, ninguém dá conta. Há um repetido pedido de cuidado para o que nomeia de intensa dor nas pernas. Já foram realizadas, com ela, várias consultas, exames, de acordo com vários protocolos, e seu mal-estar insiste em não caber numa rede temática específica. E, assim, B. volta sempre à unidade com um pedido intenso de cuidado...” (fragmento do diário de campo).

Essas duas situações vividas no campo ilustram as dimensões discursivas apresentadas acima. Ambas funcionam como analisadores, como “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975, p. 284). É importante destacar que essas situações produtoras de analisadores: “... não surgiram abruptamente, como puras encarnações da negatividade da instituição, mas se manifestam pouco a pouco em relação de oposição ou de complementaridade, como “dirigentes” concorrentes ou rivais. [...] Em última análise o analisador é sempre material. O corpo é um analisador privilegiado.” (LOURAU, 1975, p. 285-288).

Em um primeiro momento, as duas situações transcritas acima foram tomadas como impasses. Por razões distintas, ambas foram olhadas pelo que traziam de erro, de falhas, e não como acontecimentos que pediam outros olhares. Na medida em que o incômodo com o equívoco do serviço de urgência, no caso de R, e a repetição poliqueixosa, no caso de B, foram tomadas como questões a serem problematizadas, e não como julgamentos de valor sobre as condutas que estavam em jogo, outros

arranjos cuidadores foram construídos. Assim, um importante deslocamento se deu entre todos: a compreensão de que não só aquilo que aparecia no primeiro momento como queixa, como demanda, deve ser de fato o alvo da direção de tratamento a ser construída, mas também a diversidade de situações e vivências como cada um experimenta seu processo de adoecimento. No momento em que a equipe se dispõe a olhar novamente para essas situações, consegue reconhecer suas diferenças, peculiaridades, e passa a acionar as tecnologias de cuidado necessárias a cada uma das situações, tecnologias que promovem a cura, a remissão dos sintomas, como também contribuem para:

“aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re) construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono.” (BRASIL, 2011, p. 20).

Um aprendizado importante para todos foi o de entender que nem sempre a demanda se encaixa em uma única rede temática, e este desencaixe não deve ser tomado como falha na organização da assistência, mas sim como produção de Redes Vivas, que não se contrapõem às redes temáticas, muito pelo contrário, mas que são as que dão sustentação às linhas de cuidado, sobretudo a essas situações de intensa vulnerabilidade clínica e psicossocial (MERHY *et al.*, 2014).

Outro ponto importante, presente no que chamamos de dimensão indireta da demanda espontânea, é a delicadeza de se fabricar essas Redes Vivas, pois são produzidas a cada vez, a cada encontro. Nunca estão acabadas, mesmo que estejamos em um território com uma potente e equânime rede de serviços. A rede viva é produzida a cada encontro entre as equipes e a população que demanda um cuidado, e só pode ser construída a partir da pessoa que faz o pedido do cuidado. Ela ao mesmo tempo traz o paciente e o profissional de saúde para o protagonismo da construção da linha de cuidado. Fala de uma corresponsabilização por essa construção. No entanto, essa fabricação não se dá ao acaso, é preciso de fato reconhecer que a produção do cuidado não se dá fora do sujeito que sofre e sim, nesse entre, nesse encontro.

Esse reconhecimento exige das equipes um repertório ampliado de tecnologias de cuidado para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos e diversas demandas que batem à porta dos serviços. Muitas vezes quem demanda o cuidado é um *operador-provocador* tão intenso quanto o trabalhador. Por que existem encontros capazes de convocar uma equipe inteira a operar de forma cuidadosa, abrindo conexões entre equipes e os serviços, e outros encontros, por vezes na mesma equipe, que só produzem queixa, captura e barreira? Como trabalhar essas afecções de forma que todos possam reconhecer esses movimentos do Outro, mas também de si?

Os encontros da pesquisa com as equipes do serviço têm sido um intenso aprendizado. Aos poucos, tem sido possível perceber, mais uma vez, que o desafio não está em encontrar uma resposta, mas em reconhecer essas afetações que os usuários e suas histórias causam nas equipes. E, uma vez reconhecida essas afetações, incluí-las como material importante a ser trabalhado no cuidado. Incluir aquilo que produz incômodo – e que em um primeiro momento não é percebido como uma dimensão

fundamental a ser trabalhada no caso – para se pensar o cuidado requer um trabalho intensivo de todos, um olhar atento muito além dos sinais e sintomas. Assim, o tema da demanda espontânea ganha novos sentidos para todos nós e, entre esses sentidos, o da compreensão que ela é produzida a muitas mãos, não só pelo usuário, como também pelo serviço.

Referências Bibliográficas

BRASIL\MS, Série *ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA*. “Normas e Manuais Técnicos”. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, Volume II, 2012.

BRASIL\MS, Série *ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA*. “Normas e Manuais Técnicos”. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, Volume I, 2011.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. “Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída”. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975. Coleção Psicanálise.

LUZ, Madel Therezinha. “Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva”. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MERHY, Emerson Elias et all. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Número 52, 2014, p. 153-164.

_____, Franco, Túlio Batista. **Mapas analíticos, um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Disponível em, http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf. Acesso em 28/05/2016.

_____, et al. “Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde”. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 113-150.

A “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde

Débora Cristina Bertussi
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Marília Cristina Prado Louvison

O SUS foi proposto com desenho de pirâmide, como outros sistemas nacionais de saúde. Pirâmide que tem contribuído fortemente para dificultar a produção da Integralidade (CECILIO, 1997). Em São Bernardo do Campo, no entanto, diferentemente de outras experiências, havia o desejo e a aposta de produzir redes cuidadoras e combater o modelo médico-hegemônico, assim como acumulamos amplamente na luta antimanicomial no âmbito do SUS (MERHY, AMARAL, 2007).

Majoritariamente na construção do SUS houve a aposta de construir a atenção básica como lugar principal de disputa de modelo de atenção, imaginando-a capaz de produzir cuidado e outro imaginário em relação à saúde (CONASEMS, 2010). Assim, a atenção especializada e em boa parte a atenção hospitalar foram deixadas aos médicos e ao setor privado (até hoje ainda dependemos de leitos hospitalares privados em boa parte do país), embora financiadas com recursos públicos. Desse modo, o SUS não formulou uma política para atenção especializada, quer dizer a ausência de política também é uma política (ROCHA, 2014).

A experiência de construir SUS foi mostrando muitos problemas nessa concepção original. A pirâmide não servia. Hierarquizava serviços e gestores, que deveriam operar horizontalmente em rede. Houve quem deitasse a pirâmide e propusesse um círculo no final dos anos 90 (CECILIO, 1997). Muitos questionaram a ideia da complexidade crescente da pirâmide, já que construída em cima da perspectiva das tecnologias duras e do saber especializado, sem levar em conta a complexidade social de muitas situações enfrentadas na atenção básica e nem a diferença da governabilidade das equipes em diferentes pontos da rede em relação ao comando da vida dos usuários (máxima no hospital, mínima na atenção básica). Hospital também deveria ser lugar de pensar a integralidade, diziam outros. Nenhum ponto isolado da rede seria capaz de garantir a resposta às necessidades dos usuários. A fragilidade das normas para produzir outras lógicas na organização da atenção também foi apontada (FEUERWERKER, 2005; MERHY e CECILIO, 2003; MERHY, 1997).

Poucas experimentações foram feitas no campo da atenção especializada. Duas delas foram produto de políticas construídas com intensa participação de movimentos sociais e de trabalhadores: saúde mental e aids. A Saúde Mental foi a área que mais acumulou na produção de cuidado interprofissional, em aproximações, vizinhanças e colaborações em rede. Os serviços de atenção às DST-AIDS acumularam experiências de integralidade e cuidado interprofissional, mas isolados dos demais pontos de atenção à saúde.

No geral, sem política, isolada dos demais serviços, a atenção especializada se transformou no principal gargalo do SUS. Filas gigantescas. Ausência de critérios públicos na montagem das filas (ao contrário dos transplantes). Produção de lógicas próprias que favorecem os próprios prestadores de serviços. Centrada nos médicos e em suas lógicas de mistura do público e do privado (ROCHA, 2014). Lugares bomba-relógio para o SUS. Em São Bernardo não era diferente.

Partindo dos exemplos da AIDS e da Saúde Mental, dava para interrogar por que a produção de um lugar médico, quase exclusivamente médico. Haveria condições de saúde complexas que prescindiriam de um cuidado em equipe? Com o quebrar essa lógica? Olhando para a construção da saúde mental, dava para ir mais longe: haveria condições de saúde complexas que prescindiriam da articulação em rede? Por que um lugar específico para as especialidades? Algumas, OK, dependem de equipamentos para se efetivarem, mas outras, não. Por que não levar o cuidado especializado para outros pontos da rede – hospital, atenção básica, domicílio, conforme as necessidades dos usuários e das equipes?

Começamos, então, a pensar na produção do cuidado em rede a “quente”, quer dizer que tomasse a vida dos usuários como referência fundamental para o cuidado e de modo que as equipes dos vários pontos da rede se conectassem, apoiassem e produzissem projetos terapêuticos compartilhados.

A rede “quente” pede encontros entre trabalhadores de uma mesma equipe e entre equipes. Estas conexões podem permitir singularizações na produção do acesso, transição e continuidade do cuidado conforme as necessidades de saúde dos usuários. Compartilhamento, corresponsabilização.

Para complicar, a atenção básica também foi construída desconectada dos demais pontos de atenção. Sua relação com a urgência e emergência e com a atenção especializada tem sido marcada por fortes tensões e conflitos. Baixa capacidade de resolver problemas clínicos aparentemente simples tem sido uma acusação recorrente. A regulação entra nessa cena com uma racionalidade burocrática que pouco colocou em análise essas separações e conflitos: apostou-se na disciplinarização e em lógicas racionalizadoras para produzir fluxos, tendo em vista a limitação de recursos disponíveis.

Em São Bernardo, resolvemos fazer diferente. Foi montada uma operação conjunta envolvendo as equipes de regulação, atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência para realizar estudos e análises das filas para consultas e procedimentos. Em geral, o processo vigente não dava conta de assegurar acesso em tempo adequado aos procedimentos e consultas especializadas.

Este foi o caso, por exemplo, da colonoscopia e endoscopia. Fila grande, critérios heterogêneos de encaminhamento. O que era prioridade para um, não era para outros; a solicitação de urgência estava descaracterizada. O resultado é que quem mais precisava não tinha acesso.

Foram construídos novos protocolos clínicos e de acesso para endoscopia e colonoscopia, tomados como dispositivo de conversa e combinação de fluxos, prioridades e acesso entre especialistas e as equipes de atenção básica. Muito trabalho, muitas conversas para produzir novos acordos que tivessem as necessidades dos usuários

como referência e ao mesmo tempo possibilitassem cooperação entre trabalhadores de distintos pontos da rede para assegurar o cuidado oportuno.

No âmbito da urgência e emergência foi produzida uma reorganização da regulação, de modo que todas as unidades organizaram Núcleos Internos de Regulação, que passaram a atuar como instância reguladora, ou seja, atuando em tempo oportuno com regulação “a quente” e sem intermediações entre os serviços.

Uma outra prática recorrente Brasil afora – para “fortalecer a atenção básica como organizadora do cuidado” – tem sido a insistência de fazer fluxos segundo os quais os usuários voltam necessariamente para atenção básica para marcar consultas que possibilitariam a continuidade do cuidado na atenção especializada. Em São Bernardo, era o caso, por exemplo, dos usuários vítimas de acidente vascular cerebral, que voltavam para a atenção básica para solicitar encaminhamento para reabilitação. Ora, fazia mais sentido ir direto do hospital para reabilitação ao invés de fazer um “pit stop” na atenção básica que levava à demora no acesso a reabilitação e a piores resultados em relação à autonomia dos usuários. Fluxo mudado, melhores resultados obtidos.

Em outra situação, como na otorrinolaringologia, construiu-se uma possibilidade de fazer diferente. Foram organizadas conversas com os médicos da atenção básica para identificar suas dificuldades no acompanhamento de usuários com diminuição de acuidade auditiva, produzindo fluxos e combinados entre atenção básica, especialistas e fonoaudiologia. A maior causa eram as rolhas de cerúmen, que passaram a ser removidas na própria atenção básica, depois de um período de formação e acompanhamento para os médicos.

A desconstrução da atenção especializada passa também pela identificação de profissionais que toquem fazer diferente, em lugares diferentes e acima de tudo, fazer junto. Esse foi o caminho para a construção do matriciamento em algumas especialidades em que as dificuldades das equipes da atenção básica eram circunscritas.

Foi o caso da pneumo. Identificamos uma alta utilização dos serviços de urgência e também dos serviços hospitalares por usuários com DPOC e asma. Qual foi o arranjo de conexão entre as equipes? Foram identificados os usuários de cada ESF por UBS e território que haviam sido encaminhados para a pneumologia. Foram analisados os encaminhamentos e discutidos todos os seus problemas. Havia um desarranjo total: muitos casos que estavam sendo acompanhados na atenção básica deveriam estar com os pneumologistas e os casos que estava com os pneumologistas deveriam estar na atenção básica. Outra questão importante é que as equipes de saúde da família não tinham atualização sobre o manejo destes tipos de agravos, incluindo medicação de uso contínuo e nas crises.

Foram então desencadeados movimentos de atendimento compartilhados entre as equipes de atenção básica e os pneumologistas, foram feitas discussões conjuntas de caso, construiu-se a ideia do pneumologista como referência territorializada; construiu-se a disponibilidade virtual do especialista por Skype e/ou telefone em horários pré-determinados, de modo a favorecer a corresponsabilização no cuidado. Para nossa surpresa, houve pneumologistas que toparam esse convite! E outros especialistas começaram a ficar interessados.

A “regulação à quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento...

O que faz os trabalhadores apostarem ou não em outros jeitos de fazer? A aposta da gestão e o modo de convidar fazem muita diferença. Podem mobilizar potência de conexões e compartilhamento. Construir juntos as soluções depois de examinar juntos os problemas foi um caminho. Oportunizar a produção de encontros e coletivos foi outro. Proteger agendas para inovar nos processos de trabalho também. Além disso, é importante reconhecer que nem todos se movimentam da mesma forma e nem ao mesmo tempo: tanto os médicos como diferentes lugares da gestão.

Tem sido complexo o envolvimento das equipes de regulação em alguns lugares. Em outros, elas protagonistas da invenção de novos modos de conexão e articulação.

De modo geral no SUS, as centrais de regulação têm ficado presas ao plano formal do estabelecimento de critérios e fluxos. Mas é preciso e possível ir além, pois a regulação pode se movimentar para facilitar o acesso e produzir cuidado, favorecendo conexões ao invés de ser movida pela interdição e pela lógica da oferta fragmentada e pouco disponível. Temos que esquentar a regulação. Várias experiências mostram essa possibilidade.

Neste caso, aprendemos que é preciso poder interrogar tudo. Nada está dado *a priori*. Todos os arranjos podem ser questionados e convulsionados. Mas é preciso que os movimentos façam sentido, é preciso mobilizar a maioria a favor da invenção. Vamos nos movendo lentamente, mas com conquistas importantes.

Referências Bibliográficas

CECILIO, L. C. O. “Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3): p. 469-478, jul-set, 1997.

FEUERWERKER, L. C. M. “Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

MERHY, E. E. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. *In*: MERHY, E. E.; ONO-CKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. E AMARAL, H (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo-SP: Hucitec/Campinas-SP: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2007.

MERHY E. E., CECÍLIO L. C. O. “Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais”. **Saúde Debate**. 2003; 22(64): 110-12

CONASEMS. **A Atenção Básica que queremos**. 2010. Brochura, 80p. Disponível em: http://www.latecnologia-emsaude.com.br/arquivos/cosems_2011/atencao_basica_queremos.pdf . Consultado em 21/06/2016.

ROCHA, D. C. **Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política**. Dissertação de Mestrado. Unicamp, 2014.

Precisamos de outro tipo de regulação que produza mais rede e menos burocracia

Clara Oliveira Esteves
Nathália Silva Fontana Rosa
Marcio Costa de Souza
Raquel Miguel Rodrigues

Escolhemos como disparador deste texto uma frase de uma ACS que faz parte da nossa pesquisa como pesquisadora-local em Salvador/BA. Ao longo das conversas e experimentações a partir de uma das nossas usuárias-guias, ela traz em sua narrativa uma realidade que vivencia em seu cotidiano: sabem produzir mais burocracias, sejam elas papéis ou mesmo protocolos fechados de cuidado, do que uma rede efetiva de cuidado pensando na vida do outro. A ACS ainda complementa: *“Muita coisa vem e fica aqui, na burocracia das fichas. Não tem um entendimento de mandar para outro lugar”*.

Essa questão traz algumas tensões quando colocamos como centro da discussão as redes vivas produzidas por usuários e trabalhadores em sua multiplicidade, trazendo para o campo do cuidado suas singularidades e suas possibilidades existenciais (MERHY *et al.*, 2014). Nesse sentido, essa aposta demanda uma ampliação do olhar para as redes de atenção à saúde e dos processos de regulação, funcionando como dispositivo para trazer à tona as redes reais, ou seja, as ferramentas e as conexões existentes no mundo do trabalho em saúde. Essa produção de ferramentas tensiona constantemente o que está dado em termos formais das redes de atenção.

Temos observado no nosso caminhar pelas redes e espaços no Estado da Bahia, a partir de diferentes entradas e maneiras de produzir a pesquisa, que a montagem das redes de atenção traz para o cuidado uma relação direta com a ideia de certas regularidades para a produção da vida, da doença, do cuidado. Essa maneira de fazer remete diretamente a uma repetição necessária de modelos a partir de dispositivos técnicos para responder aos diversos problemas de saúde (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010) e ainda conseguir a adesão a um caminho ordenatório proposto para todo um coletivo de pessoas: o grupo das pessoas com câncer, o grupo das pessoas com deficiência, e assim em todas as redes instituídas como redes de atenção ao cuidado.

Esse caminho que já foi (e ainda é) trilhado há muitos séculos por certas práticas governamentais, como as da saúde pública, tem implicações interessantes de serem observadas. Pois, para muitos, isso tem significado a construção de ações disciplinadoras sobre grupos sociais e não outros, sobre certos modos de viver e não outros. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010, p. 64)

O que se visibiliza não somente nesta narrativa, mas em outras que trataremos mais adiante, é que a questão da burocracia não deve ser vista somente como um empecilho de excesso de papéis e planilhas, mas uma questão que invisibiliza outras

formas de produzir rede de cuidado que tenha o usuário como centro do processo. Quando a ACS fala da falta de entendimento, isso é muitas vezes provocado pelo caminho protocolar que deve ser seguido, que passa também pelos itinerários da regulação e das redes de atenção.

Em outra entrada que estamos vinculados, um serviço estadual da Rede da Pessoa com Deficiência, por exemplo, aparece com muita força a questão da produtividade implementada no serviço. Todas as ações dos trabalhadores devem caber e prestar contas a essa caixa estabelecida como rede de cuidado. Desta forma, o cuidado e o serviço burocrático dividem ações dos trabalhadores, e outro tempo para cuidar torna-se limitado.

Em geral, as lógicas que são reproduzidas na maioria dos serviços de saúde, como também na formalidade das redes de atenção, operam em cima de procedimentos e protocolos, a partir de uma “lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais”. (MERHY *et al.*, 2014, p. 155)

Esta já era uma questão levantada por Feuerwerker (2005) quando a autora traz para o debate que os programas produzem efetivamente certa planificação das práticas de saúde, ao mesmo tempo em que criam uma grande quantidade de “procedimentos obrigatórios”. Ou seja, as necessidades de saúde definidas pela epidemiologia e as práticas estabelecidas pela Programação em Saúde definem e ao mesmo tempo limitam o repertório de ação dos trabalhadores, pois não consideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para manejar os aspectos subjetivos que atravessam o processo de viver e de adoecer.

O lugar de encontro entre trabalhadores e usuários acaba sendo marcado pelo pouco espaço para a criação de outras formas de redes, de produção de vidas e criatividade e com pouco espaço para inclusive entender como proceder, ou seja, há um pouco proveito da escola SUS como construtor de Educação Permanente em Saúde.

As redes de atenção e a regulação da rede: a tensão das regularidades

Uma das questões apontadas na criação e implementação das redes de atenção à saúde é a garantia de uma integridade do cuidado, a partir de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010).

Essa proposta passa também por um processo de regulação do sistema de saúde no espaço regional, que atendam e entendam a realidade de cada região de saúde, a partir dos pactos regionais, sempre em busca de fluxos assistenciais para a garantia do cuidado integral ao usuário, definindo as ações e os serviços que serão ofertados por cada ponto de atenção à saúde.

Acompanhando o cotidiano de alguns usuários dos serviços de saúde no estado baiano, vivenciamos algumas situações que visibilizam as questões aqui abordadas. Trazemos a narrativa de Sol (nome fictício), uma criança de sete anos, a partir do nosso caminhar pela rede de câncer na cidade de Feira de Santana, interior do estado. Sol e família são de uma cidade localizada a cerca de 800 km de Feira de

Santana, e a menina foi diagnosticada com tumor de Wilms, um tumor renal mais comum em crianças.

Inicialmente, sentia fortes dores abdominais, e era frequentemente tratada em sua cidade nas unidades de saúde sem uma resolubilidade, uma vez que a condução era sempre de medicação para a dor, chegando até a um diagnóstico de apendicite e culminando em um procedimento cirúrgico, devido a uma crise intensa onde apresentou dor e febre incessante. Comprovada a possibilidade de câncer, Sol foi transferida para o Hospital da Criança em Feira de Santana, para a operação e tratamento.

Após a cirurgia e diagnóstico da doença, a menina recebe alta hospitalar para que fosse iniciado o tratamento de radioterapia. Mas, nesse procedimento, realizado em outra unidade de saúde do município, Sol foi barrada, pois sua cidade não era pactuada com Feira de Santana, ou seja, o mesmo Sistema que a encaminhou para Feira de Santana para resolução de sua necessidade de saúde é o mesmo sistema que produz barreira para a continuidade do tratamento necessário. A situação de mãe e filha se complica, pois já estavam morando nesta cidade em uma casa de apoio a pessoas com câncer e tiveram que ir atrás de um endereço local para furar a barreira da pactuação regional e seguir o tratamento da menina naquela localidade. Do contrário, teriam que ser encaminhadas para Salvador, ainda mais distante geograficamente, e retomariam todos os problemas envolvendo mudanças e busca de apoio local.

Esta situação traz para o debate que essa vida, como muitas outras, não coube nas regularidades que são necessárias cumprir para estar dentro das redes formais de atenção e pela regulação dos pactos regionais do estado.

Este caminhar pelos nomadismos das redes vivas dos usuários nos revela que essa instituição formal das redes de atenção, enquanto uma rede inteira, sólida e com uma previsibilidade definida e manejável dentro dessa racionalidade (MERHY *et al.*, 2014), não dá conta da multiplicidade, das necessidades e singularidades da vida de usuários e trabalhadores. Os mecanismos da regulação, ainda dentro dessa lógica, também são utilizados de forma limitada, aplicados somente ao acesso aos serviços de saúde. Em especial, quando nos deparamos com pactos regionais em grandes vazios assistenciais como é o caso da realidade do Estado da Bahia.

As regularidades e a invisibilidade das redes vivas: a tensão da atenção especializada

Ainda dentro da reflexão sobre o que é produzido e visibilizado a partir das normas e protocolos pré-definidos, trazemos uma situação que nos chamou a atenção durante o percurso que traçamos dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Temos acompanhado uma usuária-guia de um serviço de referência da cidade de Salvador, que é residente de um município do Recôncavo Baiano. Esmeralda (nome fictício) é uma menina de 5 anos, portadora da síndrome de Dandy Walker, que demanda reabilitação psicomotora e cognitiva semanal. Sua mãe, J., não consegue levar a filha ao serviço com a frequência desejada e demandada o que, segundo a equipe, é o que faz com que Esmeralda não tenha a evolução esperada. Além disso, é

relatado também que J. sempre traz delírios paranóides e persecutórios para justificar sua falta de assiduidade. A equipe reconhece que a produção do cuidado junto a esta usuária demanda ações extramuros, que possam conhecer mais de perto o cotidiano dela e de sua mãe a fim de produzir uma aproximação entre as ofertas da equipe e o projeto de vida das mesmas. Porém, ainda não tinham conseguido efetivas estas ações fora do ordenamento do serviço de saúde.

Nesse sentido, no processo da pesquisa, estamos promovendo alguns encontros da equipe com os diferentes atores do município da usuária-guia e, com isso, temos a oportunidade de conhecer uma outra J. para além da conhecida pela equipe como a mãe de Esmeralda delirante e de alguma maneira culpada pela não evolução da filha. E nessas conversas e visitas, estamos descobrindo uma grande rede de cuidado produzida pela mãe: que J. já estava levando Esmeralda para reabilitação com uma psicóloga, uma fonoaudióloga e uma psicopedagoga no programa de Educação Especial de referência do município há três anos; que J., recentemente, começou a pagar aulas particulares de música para Esmeralda no município vizinho, pois percebeu que ela gosta muito de música em casa e a mesma já teve uma experiência no passado com Musicoterapia relatada pela mãe que foi eficaz; ainda, que J., recorrentemente, vai à escola municipal na qual Esmeralda está matriculada, para saber se já contrataram o facilitador para fazer a inclusão de Esmeralda na escola regular e que, inclusive, já está se articulando para entrar com cobrança no Ministério Público para que garantam o direito de Esmeralda estudar, pois a demora é muito grande. Soubemos também que J. sempre leva Esmeralda para brincar na praia e nos espaços públicos de lazer próximos a sua casa; e que todas as histórias trazidas por J. para equipe são confirmadas por outras pessoas que a conhecem e não são delírios. Outro fato importante relatado pela mesma é a conexão com o momento atual, de intensas manifestações políticas que vêm ocorrendo pelo país, e J. se preocupa em saber o que acontece perto dela para ter domínio sobre as condições de deslocamento até a capital ou outras localidades mais próximas.

Estamos, portanto, conhecendo uma J. produtora de rede, que acessa diferentes dispositivos de cuidado do seu município, assim como espaços de lazer públicos e privados nas redondezas de onde mora. Uma J. que se mostra atenta aos acontecimentos sócio-políticos que a circundam e que moldam a forma como ela vai produzindo seus movimentos na vida, incluindo a organização da agenda de atendimentos de Esmeralda. E estamos, também, abrindo conversa com os dispositivos do município onde elas moram já acionados por J., tanto da saúde como da educação, de forma a produzir uma rede de cuidados mais próxima fisicamente das mesmas, sem que haja necessidade desse deslocamento até a capital com tanta frequência.

Em suma, estamos percebendo o quanto que somente duas visitas realizadas até agora já tem potencializado a construção de redes para além da formalidade, que está sendo produzida pela mãe a todo o momento e de diferentes maneiras. São encontros que possibilitam sair da burocratização da regulação das redes formais (mortas) e fazem emergir as redes vivas já produzidas pelos próprios usuários. Ou seja, são encontros que produzem conexões tecidas na necessidade de pessoas que precisam de um olhar diferenciado, longe da clínica e mais perto da realidade de suas vidas.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FEUERWERKER, L. “Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

MERHY, E. E. *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação saúde para o debate**, n. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.; GOMES, M. P. C. “Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. *In*: FRANCO, T. B. (Org.) **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 60-75, 2010.

Acesso às redes de atenção à saúde em Senhor do Bonfim-BA: múltiplas possibilidades do encontro

Márlon Vinícius Gama de Almeida

Simone Santana da Silva

Agnete Troelsen Pereira

Introdução

Este texto, repleto de inquietações, reflete a nossa aproximação com a rede assistencial de um município do interior baiano, Senhor do Bonfim. Tal município faz parte da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco, conhecida regionalmente como Rede PEBA⁶². Esta rede, composta por 55 municípios, constitui-se como a primeira com tal configuração em todo o território nacional e apresenta-se como uma grande aposta no impacto da resolubilidade nas demandas regionais. Para isso, observa-se como condição elementar a avaliação da cobertura da Saúde da Família (SF) em ambas as regiões do Nordeste. A cobertura e a qualidade da SF influenciam diretamente na sua dinâmica de funcionamento, o que reflete na manutenção das excessivas procuras aos serviços de média e alta complexidade.

Com a implantação da Rede PEBA evidenciou-se, sem dúvida, a existência dos desafios e benefícios, bem como a necessidade de melhorias e fortalecimento dos serviços de saúde loco-regionais e, conseqüentemente, de ampliação do acesso a estes. Por outro lado, muitos questionamentos ganharam força, sobretudo a partir da concepção do usuário frente aos trâmites burocráticos impostos para conseguir acesso à rede. Tal pensamento corrobora, a todo tempo, com a ideia de que a descentralização esbarra na assimetria financeira e gestora dos distintos níveis de governo. O contexto apresentado pode impor constrangimentos que diminuam a potência dos demais princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o que torna a consolidação de uma política nacional de saúde complexa, sem uma vinculação hierárquica entre os entes federados da União, estados e municípios, que acaba por reforçar, muitas vezes, a competição frente à cooperação (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

É válido observar, em concordância com Assis e Abreu-de-Jesus (2012), que o acesso está associado às várias possibilidades de entrada nos serviços de saúde, fortalecidas ou dificultadas a partir da sua localização, disponibilidade de dias e horários de atendimento, atendimentos de demandas espontâneas e não-agendadas, bem como a complexidade do serviço e a sua apresentação na rede. Tais autores salientam ainda que a forma de entendimento que a população tem sobre estes aspectos, acima citados, também interferem nesta dinâmica de ingresso na rede assistencial.

62 Criada em 2009, a partir do Pacto pela Saúde, a Rede PEBA é a oficialização do sentido de territorialidade já existente na região, comprovada no cotidiano das pessoas, pelas proximidades e semelhanças das características socioeconômicas e culturais e pela clara relação de interdependência entre os municípios de Petrolina, PE, e Juazeiro, BA (BRASIL, 2009).

Metodologia

Neste contexto, adotamos duas entradas como ponto de partida para atender ao intuito de cartografar e (re) conhecer a rede assistencial do município de Senhor do Bonfim, na Bahia: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que atua regionalmente e assiste a nove municípios, e a Unidade de Saúde da Família (USF) do Monte Alegre, componente da Rede de Atenção Básica (AB) local. O despertar para estes encontros surgiu a partir de uma conversa descritiva com uma enfermeira trabalhadora da rede de urgência, principalmente, no que diz respeito ao abarrotamento da Rede PEBA, com encaminhamentos de demandas que poderiam ser resolvidas no município de origem.

Quanto a USF Monte Alegre, nossa entrada deriva da oportunidade da realização de atividades acadêmicas no local. Dito isso, a aposta maior deu-se na interlocução destes espaços e interpretação dos trabalhadores sobre a realidade que os circundam. É possível compreender os espaços de interferência e intervenção de cada uma das equipes? Existem diferenças entre o que as equipes consideraram importante para o processo de cuidado e aquilo que o usuário considera relevante para se sentir cuidado? Vale destacar, neste momento, que o pesquisador não é neutro, e produz-se enquanto sujeito político e ativo, sendo invadido por múltiplos processos de subjetivação e de (re) construção de mundos (ABRAHÃO *et al.*, 2013).

Resultados e discussão

A trabalhadora destacou a existência da prática de referência dos pacientes de um município para os outros mesmo antes da implantação oficial da rede. A inexistência de pactuação legal repercutia em mais problemas e a necessidade frequente de omitir informações na intenção de concretizar o encaminhamento. A fragilidade no suporte ofertado pelo município de referência da microrregião, que no caso é o próprio Senhor do Bonfim, BA, especificamente na AB e rede hospitalar, provoca o abarrotamento desta Rede PEBA, pois qualquer caso, independentemente da sua complexidade, é encaminhado para Juazeiro, BA, e/ou Petrolina, PE, e em alguns, mais específicos, como nas urgências psiquiátricas ou infantis graves, os encaminhamentos são realizados para o município de Salgueiro, PE, e Recife, PE, respectivamente.

Caso Carminha

A todo momento, em meio às conversas com os agentes comunitários da USF Monte Alegre, com destaque para seus cansaços e descrenças na resolubilidade da rede, atravessou-nos o caso de uma usuária, Carminha. Esta, tensiona e incomoda a equipe, principalmente por suas complexidades: socialmente instável, demandante de cuidados, adoecida psicologicamente e fisiologicamente, sua existência inunda-se de problemáticas e desafios que se apresentam no seu corpo sensível. Carminha aciona os diferentes serviços da cidade e tem a sua existência marcada pela inoperância da rede assistencial analógica e pela (des) construção da sua própria rede viva. Sobre

este aspecto, é concernente evidenciar que o usuário-guia “é o relato da produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde” (EPS EM MOVIMENTO, 2014, p. 1), esta produção do cuidado não se restringe à realização de procedimentos técnicos, uma vez que se dá, também, no encontro e suas afetações, entre o trabalhador e o usuário. Nesta perspectiva, o SAMU, dispositivo acionado por Carminha, aparece como uma ferramenta de furo na rede de serviços municipais, assumindo o lugar preferencial de porta de entrada na vivência da comunidade. Neste cenário, surge, agora também pelos trabalhadores da Atenção Básica, a marcante ocorrência dos encaminhamentos realizados para Petrolina, PE, e Juazeiro, BA, (municípios referência da Rede PEBA) e a associação desse contexto à baixa oferta de serviços pelos municípios da região, principalmente para as seguintes especialidades: ortopedia, neurologia, neonatologia e obstetria. Invade-nos, diante disso, a reflexão sobre o desejo do usuário do serviço de saúde e como os gestores e equipe de saúde encontram-se com o usuário. Relevante destacar que o usuário aqui evidenciado é o usuário real, nômade e criador de sua própria rede.

Considerações finais

Apesar da forte referência aos aspectos relacionados à oferta *versus* demanda na região, outras questões levantadas pelos trabalhadores do SAMU nos levam a refletir sobre múltiplas possibilidades e reorganizações perpetrados por esse serviço, a exemplo da construção de vínculo com usuários que os aciona frequentemente e reconhecem seus trabalhadores no cotidiano. Outro exemplo é a criação de estratégias que facilitem o acesso destes à rede assistencial, como na expressão de exagero dos agravos, vivenciados pelos acionantes, para uso do serviço. Assim, o que nos atravessa é a percepção que o usuário inventa diferentes formas de lidar com a sua vida e com seus problemas de saúde, sendo condição imprescindível este entendimento para ampliarmos nosso modo de trabalhar (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Ademais, nas vivências da Frente Senhor do Bonfim-BA, muitas vezes, observamos que uma parte dos trabalhadores não acreditam existir uma rede de atenção à saúde funcionante, outros negam a sua existência no contexto em que estão inseridos. Contudo, é importante salientarmos que estes prognósticos traduzem expectativas individuais e nos espaços de conversas, pudemos desmistificar estas constatações e apresentar aos envolvidos a potência de uma rede construída nestes vazios que eles enxergam e apontam. É preciso lembrar que os serviços de saúde são cenários de uma ação coletiva produzida em uma micropolítica do encontro, com variados propósitos e desejos, em disputa por um sentido do trabalho. Os envolvidos neste processo promovem uma mescla dessas produções, nem sempre compreensíveis, nos seus espaços de ação (MERHY, 2013). Neste momento, e a partir destes desdobramentos, o acesso aos serviços pode se revelar, inclusive, como reforço de barreiras à rede de cuidados em saúde. Conforme afirmam Abrahão e outros (2013, p. 142), “*agentes institucionais, trabalhadores, estabelecimentos, práticas discursivas, arranjos organizacionais, passam a figurar como tecnologias de cuidado restritivas ou ampliadoras do acesso*”.

Enfim, ao provocarmos as multifacetadas de cada um destes lugares, emerge dos trabalhadores a necessidade de promover um encontro entre essas redes, uma resposta à proposta da pesquisa que entende a oportunidade de desvelar potências que a gestão local não figura como possível. Tal sentimento reforça o fato de que os trabalhadores ativam, de uma maneira ou de outra, um saber que é fruto das vivências e oportunidades experienciadas em seus contextos (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Afinal, é preciso reconhecer que todos somos protagonistas da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. N. *et al.* "O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde". Rio de Janeiro: **Lugar Comum**, n. 39, p. 133-44, 2013.

ASSIS, M. M. A.; ABREU-DE-JESUS, W. L. "Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise". **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco**. Brasília, DF, 2009. (Documento para discussão do Segundo Fórum Macrorregional).

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário guia**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimeta-coes/usuario-guia>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. "Política de saúde nos anos 90: repasses intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas". Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 6, p. 269-91, 2001.

MERHY, E. E. "A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, educação permanente e da análise institucional". *In*: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 579-96.

Uma gestação com HIV/AIDS: cuidado que tangencia a Rede Cegonha

Diego da Silva Medeiros
Tulio Batista Franco
Maria Salete Bessa Jorge

Introdução

O cenário do cuidado materno-infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sinaliza a prática de excessiva medicalização da vida das gestantes, baixa satisfação das usuárias, elevado índice de partos cesarianos e mortalidade perinatal, ilustrando o modelo brasileiro de atenção obstétrica (PORTELLA, 2014).

Na esteira da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e em conversações com o cenário acima descrito, a Rede Cegonha (RC) é criada no ano de 2011. O lançamento da RC problematiza o processo da maternidade e um dos elementos que salta aos olhos é a medicalização do corpo feminino submetendo a procedimentos desnecessários e limitando o protagonismo feminino na experiência da gestação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A política de DST, aids e hepatites virais intersecciona com a RC na oferta e diagnóstico de exames de sífilis, HIV e hepatites no pré-natal e no parto. A RC preconiza o cuidado materno infantil na gestação e na criança até dois anos de idade. A testagem de HIV para as mulheres no pré-natal e no parto coloca o gênero feminino à frente do masculino na quantidade total de testes realizados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A gestante diagnosticada com HIV é encaminhada ao Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SAE) considerada como gravidez de risco para os cuidados profiláticos.

O cuidado, todavia, é sempre uma produção singular. A emergência de uma gestante diagnosticada com HIV produz linhas que atravessam os corpos e os fazem vibrar (ROLNIK, 1989). Há, todavia, uma *legitimidade* do cuidado, encarnada por profissionais de saúde, no entanto, a comunidade, a religiosidade e tantos singulares elementos irrompem na produção do cuidado. A prática do cuidado está na relação, a saber, no encontro que as mulheres fomentam no seu território existencial. As conexões que se estabelecem no processo de subjetivação destas mulheres se dão em ato, vivos e se movimentam de forma ininterrupta, é impossível prever as linhas que se emaranham no caminho percorrido pelos sujeitos. Estas conexões de cuidado, em contrapartida, não são perenes e se enlaçam sem garantias de continuidade, as tratamos por redes vivas (MERHY *et al.*, 2014).

O intento do “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no sistema único de saúde: avalia quem pede, quem faz e quem” ao qual se filia esta pesquisa não parte da confirmação de hipóteses, antes se interessa pelo que há de singular na multiplicidade que encarna a produção do cuidado, é saber como

a mulher que vive com HIV/aids, experimentando uma gestação, inventa o cuidado a partir da Rede Cegonha.

Metodologias mestiças: proporcionar o encontro

A inspiração desta pesquisa se situa no pensamento pós-estruturalista oriundo, em grande medida, do inusitado período de maio de 68 francês sem, no entanto, se resumir a ele. A filosofia de Deleuze e Guattari (2004) propõe uma geografia do pensamento ao afirmar a produção de saberes com construção de um mapeamento também chamado de cartografia. Os autores em questão apropriam-se da imagem do rizoma composto de várias linhas, sem origem ou fim que o defina em fronteiras, e que se articulam ininterruptas umas com as outras sempre em relação. O empirismo é valorizado na perspectiva de Hume para que se produza conhecimento no contato, em ato, desviando-se da neutralidade pretensamente objetiva preconizada pela ciência mais tradicional.

Os encontros, então, iniciam com oficinas com profissionais de saúde e gestores para apresentação da pesquisa. As oficinas induzem os presentes a socializar casos complexos que tensionem as RAS, mas precisamente a Rede Cegonha no caso desta pesquisa. Elege-se, pois, uma usuária-guia (GOMES; MERHY, 2014) oriunda destes casos complexos para disparar a cartografia da produção do cuidado na confecção do mapa. Acompanhamos as conexões que esta usuária-guia realiza no seu território existencial e o pesquisador se implica protagonizando, também, a construção deste rizoma.

As metodologias estão disponíveis ao pesquisador de forma horizontalizada, lança-se mão da observação participante, entrevistas em profundidade, análise de documentos, registro em áudio e posterior transcrição, fluxogramas. As utilizações destas metodologias mestiças compõem a caixa de ferramentas do pesquisador e não causa ruídos, haja vista o interesse ser os múltiplos encontros que a confecção da cartografia proporciona.

O cuidado que não cabe na observância da norma protocolar: *uma vida com HIV/AIDS*

Flávia tinha 29 anos, vivenciou três gestações, descobriu-se vivendo com HIV/aids no ano de 2009 na primeira gestação, assintomática, casada com esposo sorodiscordante, receava a descoberta da sua condição sorológica pela comunidade que estava inserida em virtude do estigma ainda evidente, professava uma fé que a ajudava a lidar com o vírus.

A primeira e a segunda gestação não foram atravessadas pelos cuidados oriundos da Atenção Primária em Saúde. As duas gestações e o parto se deram em hospitais, a primeira numa maternidade pública e a segunda numa maternidade privada. A primeira, quando descobriu a condição sorológica reagente para HIV, teve complicações no parto ocasionando o óbito do bebê atravessado em sua genitália já na maca do hospital. A segunda gestação, ciente dos cuidados preconizados para uma mulher

vivendo com HIV/aids, viu a maternidade privada negligenciar a existência do vírus HIV e a filha foi amamentada até a terceira gestação por quase dois anos.

A terceira gestação, no ano de 2013, apresenta uma personagem importante para o mapeamento da produção do cuidado, a Agente Comunitária de Saúde (ACS). Na ocasião, a Flávia não possuía mais o plano de saúde privado e já dispunha do benefício do Programa Bolsa Família (BF) o que aproximava a Unidade Básica de Saúde (UBS) da usuária-guia. Flávia receava frequentar a UBS por motivos que os profissionais de saúde não tinham clareza. A condição assintomática, a vivência da fé religiosa na igreja protestante com vários testemunhos de cura do HIV/aids e o pavor de ser reconhecida como uma mulher que possui uma doença estigmatizada oferecia obstáculos ao cuidado preconizado pela norma protocolar da RC e da política nacional de DST, Aids e hepatites.

A ACS foi o elo entre a Flavia e a UBS, mesmo que atualmente não seja mais a responsável sanitária pelo território onde a usuária-guia reside. A descoberta da condição sorológica da Flávia e as negativas da usuária-guia em realizar o cuidado ofertado pela UBS fomentou uma série de reações pouco potentes por parte da equipe de profissionais de saúde. A sequência de ameaças de perda do benefício do BF e de denúncias ao Conselho Tutelar foi realizada pelos profissionais de saúde para se praticar o cuidado preconizado pelas RAS e, ainda, realização de exames sorológicos sem o consentimento dela, do filho e do esposo.

Flávia, ainda no pré-natal, foi encaminhada para uma maternidade municipal para realizar procedimentos profiláticos de uma gravidez com HIV/aids onde sofreu maus tratos no primeiro atendimento e nunca mais retornou. Posteriormente, foi encaminhada à maternidade federal onde deu prosseguimento ao pré-natal e vivenciou o parto. Essa maternidade, depois do parto, orientou-a a seguir com o tratamento no hospital infantil de referência do estado. A UBS, todavia, não sabia com clareza os atendimentos que a Flávia dispunha nesses hospitais o que causava obstáculos ao cuidado e desinformação entre os profissionais dessa unidade alimentando a medicalização da vida da usuária-guia.

Uma cartografia que não cessa de se produzir

A análise não se apropria da identidade que se assenta em universais abstratos, em outras palavras, não se define uma mulher que está gestante e vive com HIV/Aids em fronteiras bem delineadas, para muitos uma enfermeira e uma médica são apenas sua formação ou a ACS é apenas uma agente de território, há uma multiplicidade de elementos que singulariza cada sujeito desta cartografia. Interessa-nos perscrutar estes corpos agenciamentos para compreender como se produz o cuidado.

O ímpeto de praticar o cuidado pode gerar microfascismos, pois cristaliza um sujeito que é absolutamente vivo e que constrói sua rede viva em relação. A cristalização em identidade reificadora pode produzir violência na medida em que dispensa a multiplicidade da vida e afirma apenas a observância à norma protocolar. A vida sempre escapa à disciplina ou ao controle que tentam enquadrá-la (FOUCAULT, 2003). O estado e a racionalidade que o legitima (epidemiologia, ciência) aponta a forma

mais útil e produtiva de *fazer viver* (FOUCAULT, 2005), ele dispõe do monopólio do cuidado nas unidades de saúde.

A Flávia, em toda sua multiplicidade, desviava da norma que não alcançava, afinal, a visão estreita de universais abstratos não alarga a percepção sobre as redes vivas que se engendram a partir de territórios existenciais. Este desvio causava descontentamento entre profissionais de saúde e a própria Flávia, todavia, era a forma de invenção da vida com as linhas que compõem o rizoma da usuária-guia. O desvio não é somente uma descontinuidade, mas criação.

Flávia porta os exames que comprovam a sorologia não reagente dos filhos e do esposo na bolsa, afinal, a condição sorológica dela a massacrou durante significativo período da sua vida e a mesma não se identifica como mãe e esposa negligente como seu ato de desviante da norma pode sugerir, pelo contrário, sempre cuidou da família da forma plena e dedicada. O cuidado é produzido na relação e não possui prática mais legítima ou menos legítima, o que interessa é se afirma a vida, vitalizando-a, ou se evidencia uma faceta moral e pouco potente retirando a vida de sua inventividade.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. V. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir** – Nascimento da Prisão. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

_____. **Em Defesa da Sociedade** – Curso do Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreiras de saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MERHY, E. E. *et al.* “Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua; implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

PORTELLA, M. O. “Avanços e incoerências nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento”. *In*: MARTINS, P. H. *et al.* **Produtivismo na saúde**: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2014. p. 119-144.

A mulher com câncer em produção de cuidado: o complexo e o singular da usuária-guia Luíza no enfrentamento ao câncer de colo uterino

Mariana Pompílio Gomes Cabral
Túlio Batista Franco
Maria Salete Bessa Jorge

As redes de cuidado na construção de uma cartografia

Este capítulo trata de uma pretensa argumentação e reflexão acerca da construção de redes de cuidado a mulheres com câncer, tentando concebê-las para além das estatísticas. A proposta da construção desse estudo foge da tentativa de escrita apenas prescritiva e moral de saúde pública. Neste sentido, em contraponto a essa perspectiva de escrita científica hegemônica, emerge a preocupação em conhecer os movimentos, as forças e as linhas de fuga que se encaminharam para a construção da mulher com câncer em produção de cuidado oncológico, especificamente, o caso de uma mulher, doravante, denominada Luíza, que experienciou o adoecimento oncológico de forma singular e que, por sua vez, foi convocada em existência a trilhar caminhos e estabelecer conexões, construindo vínculos, afetos e afetamentos, na busca da produção de redes de cuidado.

Para falar de redes, é preciso referir-se à concepção que se trata nesse estudo. Deleuze e Guattari (2004) referem-se ao rizoma, conceito vindo da botânica, que rompe com a representação de rede normatizada, serializada, pontual, causal e linear. Nele, nenhum modelo estruturado ou gerativo justifica sua produção. Cada rizoma é único, não se repete. Portanto, este estudo reflete sobre a perspectiva de uma rede rizomática, que é de caráter heterogêneo, com múltiplas conexões e entradas, sem saber de onde veio e para onde vai. Não há começo, nem fim. O processo se desenvolve no meio, entre, com intercessões e fluxos, que agem pelo princípio da ruptura, tendo a autonomia de romper e também de retomar as conexões de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Em síntese, o presente capítulo objetiva nortear-se por caminhos investigativos que desenhem as linhas e os contornos que compõem a rede de cuidado de Luíza, a usuária-guia.

A história de Luíza: processo de cuidado e enfrentamento de um câncer de colo uterino

A priori, como descrever Luíza para que sua imagem atravesse a trajetória desse estudo? Trata-se de uma mulher de 58 anos, baixa estatura (por volta de um metro e meio), cor negra, cabelos pretos, sempre preso, na altura do pescoço. Destaca-se a sua magreza, que faz aparentar sinais de fraqueza, misturada a uma timidez, um tom de voz baixo e uma narrativa que, por muitas vezes, se inicia e se encerra junto à

expressão de um sorriso. De início, uma mulher silenciosa, que trava uma conversa pausada, com poucas palavras e longo momentos de silêncio. Talvez, à primeira vista, Luíza aparente ser misteriosa.

Foi sua vizinha, agente comunitária de saúde, que fez a ponte entre os pesquisadores e essa usuária. De certa forma, a ideia de adentrar o território de uma mulher que vivenciou o câncer tornou-se interessante, pois frequentemente, era possível encontrar usuárias primeiramente nos serviços de saúde. Juntando o convite da ACS e o desejo dos pesquisadores de conhecer a vida e o território de uma possível usuária-guia, foi-se em busca de Luíza. Toda a pesquisa se desenvolveu em sua casa. Morava em um bairro de grande vulnerabilidade social, de difícil acesso, em São Luís/MA.

Vestida de azul e branco, as cores de Nossa Senhora da Conceição, ou de preto e vermelho, as cores da pomba gira, era dessa forma que Luíza nos recebeu, em sua humilde e afetuosa casa. Sempre acompanhada de sua amiga e de sua filha.

Os encontros percorreram fluxos fora de uma ordem pré-estabelecida, mas que, ao fim, desenhou o rizoma de Luíza, como uma mulher com câncer em devir, passando por transformações físicas, sociais, emocionais, espirituais e subjetivas. “O câncer mudou minha vida” (Luíza).

Acerca dessa temática, remete-se a ideia cartográfica de devir-mulher, sendo “[...] a possibilidade de se criarem formas a partir da sensibilidade dos indivíduos em seu processo de existência, formas tão múltiplas e variadas quantos forem esses processos.” (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p. 81). Em outras palavras, um processo de singularidade da mulher, o que ela é e o que ela que pode vir a ser, com a possibilidade de fluir nos signos assignificantes, isto é, produzindo novas subjetividades, escapando das formas de existir oferecidas pela superestrutura vigente, moral, cristã e do pensamento globalizante, estruturalista e massificadora.

E foi isso que aconteceu com Luíza. A descoberta do câncer foi sofrida, provocando afecções em seu corpo como um todo. A mesma sangrava muito, mas acreditava que isso era apenas “coisa de mulher”. Nunca imaginou que teria câncer, pois o início de suspeita de que havia algo errado com sua saúde foi com uma forte dor nas costas. Marcou uma consulta com ortopedista, informalmente, através de uma amiga. Foi esse médico que a encaminhou para um oncologista.

Escutar o diagnóstico de câncer de colo uterino, para Luíza, foi uma aproximação com a ideia de finitude humana, de morte: “Eu só pensava que ia morrer” (Luíza). A usuária lembra o que Deleuze e Guattari argumentam no texto “como criar para si um corpo sem órgãos” (DELEUZE e GUATTARI, 2008) – referindo-se sobre o reconhecimento existencial de um corpo que deseja, que se afeta, que se emociona, um corpo que sente a experiência e, não somente um corpo com órgão físicos, limitados aos seus funcionamentos enquanto máquina produtiva.

Luíza não estava sozinha em sua caminhada em terrenos desconhecidos e, por vezes, assustadores, da seara oncológica. Ela cita sua médica ginecologista e seu oncologista como referências de cuidado no hospital oncológico onde faz acompanhamento. Entretanto, essas duas referências de cuidado optaram em não participar da pesquisa, alegando não ter tempo para participar de pesquisas qualitativas.

Além deles, refere-se à potência de vida que emerge diante do vínculo com sua amiga e sua filha: “Eu devo tudo a elas, só existo por que elas cuidam de mim, seja de dia, de noite, de madrugada, sempre que eu preciso, elas estão presentes” (Luíza). A relação de cuidado entre Luíza e sua amiga, nos chamou atenção. Parece um afeto que se constrói em lealdade e companheirismo e que se intensificou ainda mais depois da descoberta do tratamento oncológico.

E ainda, por fim, no desenrolar da investigação cartográfica, surge no cenário de cuidado de Luíza as forças espirituais, suas crenças religiosas, sua ligação com a umbanda e o sincretismo religioso. Luíza segue um ritual, onde precisa todo ano cumprir com suas obrigações religiosas (seus trabalhos) para agradecer a vida e a saúde.

Tanto em relação à produção de saúde que envolve sua religiosidade como tratando-se do cuidado em seu território existencial, com seus vínculos familiares cuidadores (sua amiga e sua filha), ambos acontecem na vida de Luíza de forma oculta. A usuária-guia sente-se envergonhada em falar sobre a umbanda e seu vínculo de cuidado com sua amiga, pois são alvos de julgamento e questionamento em seu entorno comunitário, além de serem dimensões de sua vida que mesmo sendo potência de vida e de saúde, nunca puderam ser expostas em seu processo de cuidado oncológico.

Diante disso, Luíza refere-se ao vínculo com os pesquisadores, e seus agenciamentos no encontro, como uma possibilidade de ser ouvida. Pela primeira vez, pessoas se interessaram em ouvir sua história, seus segredos e medos, suas angústias, alegrias e tristezas. A possibilidade do encontro e o estabelecimento de uma conversação trouxe alegria a Luíza. Os pesquisadores também não são mais os mesmos depois desse mergulho na experiência. O encontro desdobrou novos modos de pensar o cuidado oncológico, de que cuidar é produzir alegria, vida e, conseqüentemente, saúde.

Ao descobrir, conhecer e se misturar à história de Luíza em seu processo de devir, foi possível perceber o misto de territórios de cuidado que ela atravessa, seja médico, familiar e/ou religioso. A produção do cuidado oncológico dessa usuária-guia tensiona um modelo fechado e rígido de rede de cuidado oncológico, ligado apenas aos serviços de saúde. Em síntese, Luíza demonstra que potência de vida e a ética do cuidado transitam caminhos diversos, guiados pelo afeto.

Considerações finais: qual a relação entre a experiência de Luíza com a produção do cuidado de mulheres que vivenciam o câncer?

Esse estudo arrisca em dizer que o próprio processo de adoecimento e cuidado oncológico surge em Luíza como um acontecimento que transforma toda a sua vida. O processo de cuidado segue a dimensão em devir (GUATTARI e ROLNIK, 1986), haja vista que se caracteriza por ser processual e que não é pontual, nem linear, se inscreve no corpo de forma holística, de forma única, singularizada e que atravessa todo o campo do desejo entre a dor, a vida, a morte, o outro e a si mesmo. Devir é transformação. Vivenciar o câncer foi, para Luíza, uma experiência existencial, portanto, não somente física e orgânica.

Embora as preconizações políticas da rede oncológica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) afirmem um cuidado integralizado e ampliado, ainda se percebe uma articulação restrita a uma perspectiva macropolítica, pois se sustenta na ideia

de rede entre serviços de saúde. Mas usuária-guia Luíza convoca à reflexão de que o cuidado oncológico opera em multiplicidade e em singularidade, urgindo a problemática da perspectiva das redes vivas de relações que, no limite, produzem cuidados e potencializam a vida.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 76, Seção 1, p. 80-81, 09 dez., 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. “Como criar para si um corpo sem órgãos”. In **Mil Platôs**. V. 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto *et al.* São Paulo: Ed. 34, 2008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. V. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

GOMES, M. P. C.; MERHY E. E. **Pesquisadores In-Mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida. 2014.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

Rede Cegonha desenhada por gestante usuária de drogas: uma produção do cuidado

Maria Raquel Rodrigues Carvalho

Túlio Batista Franco

Maria Salete Bessa Jorge

Rede cegonha: (des)construção

O presente escrito propõe refletir acerca da produção do cuidado em gestantes usuárias de substâncias psicoativas, porém não se trata de um estudo com um “n” alto, como as demais pesquisas precisam atingir para que o estudo seja representativo. O estudo possui “n” inicial de um, sim, uma usuária-guia, para este estudo de caráter cartográfico torna-se bastante representativa com toda sua história de vida, subjetividade e singularidade.

Esse “caso” e o estudo de documentos, entrevistas com os profissionais de saúde (equipe multidisciplinar que acompanha a gestante, gestores que participam da Rede Cegonha) tornam expressivo quando conectados. Desta forma, um “caso” torna-se uma multidão, podendo representar a história de vida não só por Flor (usuária-guia do estudo), mais por Flor, Ana, Maria...

Com o intuito de organização dos serviços de saúde o Ministério da Saúde (MS) propõe a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assim aperfeiçoando os fluxos e os acessos dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). A reflexão sobre o tema redes, nos serviços de saúde, nos remete à ideia de conexões e ligações. Deleuze e Guattari (1995) se utilizam de uma figura da botânica, o rizoma, para fazer referência a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais se constrói o meio social onde cada um está inserido. Desta forma, tal figura nos serve de explicação para o uso de redes nos serviços de saúde.

A pesquisa iniciou com o estudo da Rede Cegonha (RC), porém entende-se que uma usuária da RC não é só gestante, ela é uma gestante com todas as singularidades e especificidades de uma pessoa na sua existência plena. Com isso, ela pode não utilizar apenas uma rede e sim uma multiplicidade de redes na prestação do seu cuidado. De tal modo, Flor perpassa pela RC, uma carência da Rede de Atenção Psicossocial e produz redes vivas que geram potência em seu cuidado. A presente pesquisa buscou compreender a produção do cuidado na RC, sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial e a produção de redes vivas.

Encontros para produção de narrativas

Trata-se de um estudo qualitativo que se utiliza do encontro com usuário-guia e sua capacidade em produzir redes, como um modo de produzir dados sobre o cuidado, agenciado pelo protagonismo de todos implicados no cenário de práticas

e de vida (GOMES e MERHY, 2014). Esta questão é o eixo central de realização da pesquisa, que no seu desenvolvimento, pode compor mapas de expressão da vida do usuário no seu mundo. Esses mapas formam uma cartografia que se interessa pelo movimento, pelo processo, não prescinde de nada que possa contribuir para produzir um mapa existencial composto de linhas as mais variadas como a vida em sua complexidade inapreensível na totalidade. O usuário-guia e seu protagonismo nômade realiza assim, uma escrita que encarna e que só é possível experienciando o mundo.

A pesquisa se deu em São Luís (MA) por meio dos entrelaces da RC (Rede de Atenção Psicossocial e redes vivas). Demarcam-se para a elaboração desse capítulo a participação de Flor (uma gestante maranhense usuária de drogas), trabalhadores de saúde (Agente Comunitária de Saúde, Enfermeira, Médica) e Dona Lírio, sua mãe. A justificativa para a utilização de flores ao nomear os personagens do estudo, se deu ao fato de que, quando se refere à maternidade imagina-se uma mulher florescendo para o ser mãe, claro que isso não ocorre com todos, como já dito anteriormente, os sujeitos são singulares, porém Flor floresceu sim para a maternidade.

A caixa de ferramentas utilizou-se de documentos, oficinas, entrevista em profundidade, diário de campo, observação e fluxograma analisador. A pesquisa em questão é um recorte de um projeto nacional, intitulado “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

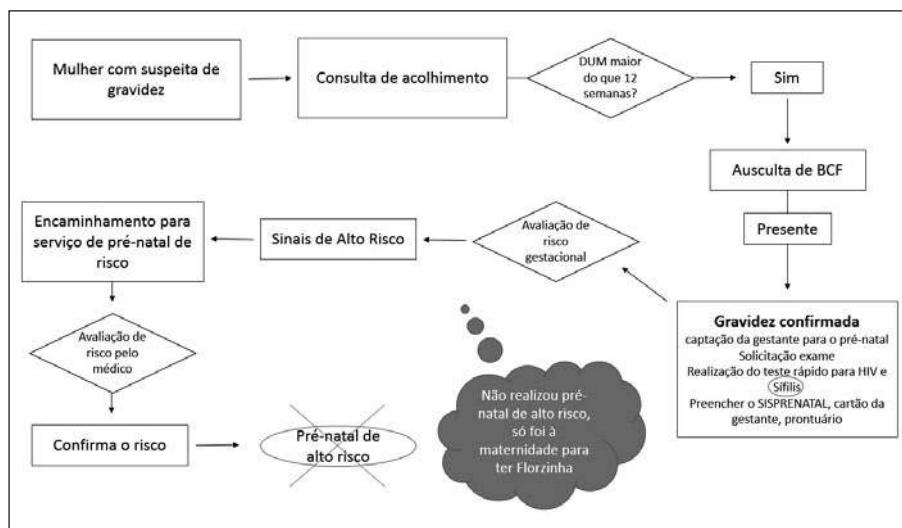
FLOR: o florescer para a vida

Como Flor foi escolhida dentre tantas gestantes em São Luís? Iniciou-se com uma oficina com os profissionais de saúde para apresentação da pesquisa, inserção dos pesquisadores no território maranhense (já que o grupo de pesquisadores residem em Fortaleza-CE) e elencar casos complexos⁶³ da vivência dos trabalhadores nos seus territórios de cuidado. A Agente Comunitária de Saúde (ACS), Dona Rosa, apresentou o caso de Flor, o qual ao fim da oficina foi eleito por todos presentes como o caso mais complexo apresentado. Sendo este:

“Usuária de drogas procurou o posto no fim da gestação. No primeiro exame, deu positivo para sífilis. Foi encaminhada pela enfermeira do posto para a maternidade, por ser classificada como pré-natal de alto risco, porém não compareceu. O bebê nasceu. Foi feita a visita domiciliar e a moça já se encontrava em casa com a criança. A mãe da gestante informa que ela usa drogas, retornar à maternidade para realizar os exames.”

63 Uma pessoa que possui um problema de saúde que incomode a equipe, gerando tensão no serviço e uma inquietude ao pensar-se em uma solução do caso.

Figura 1 – Fluxograma da Gestação de Flor



FONTE: Adaptado São Luís (2015).

A Figura 1 representa o caminhar de Flor para o seu atendimento durante seu período gestacional, de tal modo que o mesmo segue o modelo pré-estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, porém com alguns desvios no seu caminhar protocolar.

Primeiramente, Flor não foi captada pelo serviço de saúde no início da gestação, já que é papel da atenção primária a busca ativa no território pelas gestantes. A justificativa para a ausência de busca ativa dos profissionais desse serviço de saúde é que a unidade de saúde não está inserida no território, assim dificultando o acesso dos profissionais de saúde à comunidade e dos usuários ao serviço.

Flor só procurou o serviço de saúde com aproximadamente 34 semanas, por insistência de sua mãe, Dona Lírio. Nessa consulta foi realizado o teste rápido de sífilis e HIV, dando positivo para sífilis. A enfermeira, Jasmim, encaminhou Flor para a maternidade de referência, pois Flor se enquadrava em gestação de risco, tanto pelo uso da droga como pelo quadro de sífilis.

No encontro com Jasmim, a mesma refere o despreparo da equipe de saúde para com o manejo de usuário de drogas na Atenção Primária. Não se sentiu capacitada e preparada para o cuidado com esse público. Em seu relato ela explana “lidar com eles e conseguir que eles façam essa adesão ao tratamento é complicado e ainda tem a questão do estigma, a gente tem um pouquinho de estigma, medo de tratar esses pacientes”.

Os serviços de saúde necessitam adequar-se para atender ao aumento da demanda por tratamento de usuários de droga. Tornando-se crescente a preocupação em relação à abordagem dos problemas das drogas advinda dos profissionais e das instituições de saúde, pois se sentem despreparados e com receio para lidar com os usuários em tratamento, como podemos perceber no depoimento anterior. À adesão

dos usuários ao tratamento é um grande problema a ser solucionado (GABATZ *et al.*, 2013).

A Atenção Primária apresenta um papel fundamental no SUS, pois ela se enquadra como ordenadora das RAS, a principal porta de entrada dos usuários ao serviço de saúde e, no que diz respeito à RC, é onde iniciam todas as etapas para a gestação, pois é na Atenção Primária que são realizadas atividades primordiais para a saúde materno infantil, desde o planejamento familiar até o acompanhamento da criança até os dois anos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Flor não procura o serviço de saúde e faz uso da droga até horas antes ao parto. Flor se espanta com o bom atendimento da maternidade para com ela, pois “era usuária de Crack e não tinha feito pré-natal”. Na maternidade, realiza o tratamento de sífilis dela e da criança.

Flor, durante a gestação, não queria a criança e fazia uso do Crack todos os dias. Após o nascimento de sua filha, quando Flor viu seu rosto, deixou de usar o Crack; ela fala que sua filha “é linda e não nasceu com nenhum problema”. Surgem, nesse momento, as redes vivas, uma rede produzida por Flor e seu encontro com sua filha. Flor, em nenhum momento, tem acesso a serviços de saúde mental, pois no município em questão esses serviços ainda são muito fragilizados. Seu ‘tratamento’ foi no momento a potência do encontro com sua filha que gerou uma potência de vida em Flor. Como ela diz:

“Minha filha devolveu minha vida.”

Concluindo sem a pretensão de finalizar

O Caso de Flor tenciona o modelo preconizado pela macropolítica da RC. Os caminhos percorridos pela usuária-guia demonstram um caso que encontrou possibilidades de continuar a vida através dos encontros transbordantes da sua relação com sua filha. Isso não exclui a significativa fragilidade da RC em oferecer acolhimento, cuidado e promoção de vida em casos complexos, além de também não conseguir estabelecer conexões com outros serviços da rede de atenção à saúde, como exemplo nesse caso, a rede de atenção psicossocial.

O acesso dos usuários às redes de atenção em saúde, especificamente na atenção primária, deve ser estabelecido e estar preconizado independente da potência subjetiva de cada pessoa que busca o serviço de saúde com suas necessidades existenciais. A realidade encontrada na rede em estudo mostra o afastamento do serviço de saúde da comunidade, dificultando o contato com o serviço, outra situação é o despreparo dos profissionais com o acompanhamento de usuários de droga.

Flor então desabrocha com as experiências vividas pelo seu caminhar com poucos elementos e tecnologias da rede de saúde e como partida desse contexto pode-se inquietar: será que o não encontro ou os poucos encontros com o serviço de saúde lhe deixou libertária a expor suas pétalas ao encontrar com a filha? A hibridação da experiência do acompanhamento pelos profissionais e com sua própria existência e com a filha não lhe daria mais potência para esse florescer?

Referências Bibliográficas

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. V. I. São Paulo: Editora 34, 1995.
- CARVALHO, M. R. R.; MEDEIROS, D. da S.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. "Cartografia como ferramenta com potencial para pesquisa em saúde coletiva". In: DA SILVA, M. R. F.; MOLITERNO, L. A. A.; CUSTÓDIO, L. L. **Avaliação, cuidado e promoção de saúde: Construção de Saberes e Práticas**. Fortaleza: EdUECE, 2015.
- SÃO LUÍS. Secretária Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher**. São Luís-MA, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1459 DE JUNHO DE 2011**.
- GABATZ, R. I. B.; SCHMIDT, A. L.; TERRA, M. G.; PADOIN, S. M. M.; SILVA, A. A.; LACCHINI, A. J. B. "Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento". **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2013; 34(1): p. 140-146.
- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVIA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. "Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde". In: **Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral**. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, N. 52. Outubro 2014.

Eixo 4

Educação permanente versus
normatização da vida no mundo do trabalho

A gestão das vidas dos coletivos
e dos agrupamentos no cotidiano

Submeter-se e fugir das normas organizativas

Redes pesquisadoras em nós e os nós dessas redes

Ricardo Luiz Narciso Moebus

Em uma pequena cidade do interior da Rússia, corre a notícia que um inspetor geral de Moscou está para chegar, e certamente para verificar o bom funcionamento das coisas. Esse é o mote para a comédia de Nicolai Gogol chamada “O Inspetor Geral”, e logo no seu começo o prefeito lê para sua “equipe” o aviso enviado por um bom amigo:

Ah! Aqui: “A propósito, apresso-me em informá-lo de que chegou um funcionário autorizado a inspecionar todo o estado e principalmente o nosso distrito. (Levanta um dedo de forma significativa.) Soube disso por meio de gente de confiança, apesar de o dito cujo se apresentar como um indivíduo qualquer. Como sei que você, como todo mundo, tem lá os seus pecadilhos, pois você é um homem inteligente e não gosta de deixar passar o que lhe cai nas mãos...” (Interrompe.) Bem, já que estamos entre nós... “... então aconselho-o a tomar precauções, mesmo porque ele pode chegar a qualquer momento, se é que já não chegou e está hospedado incógnito em algum canto... Ontem eu...” Bem, aqui já vêm assuntos de família...[...]

Estejam ou não de olho, os senhores já estão avisados. Prestem atenção: de minha parte, já dei algumas ordens e os aconselho a fazer o mesmo. Principalmente o senhor, Artémi Filípovitch! Sem dúvida nenhuma, o tal funcionário vai querer, antes de mais nada, averiguar as instituições da assistência social sob sua responsabilidade; por isso, faça tudo ficar bem decente: os gorros devem estar limpos para que os doentes não pareçam ferreiros como sempre.

Artémi Filípovitch: Isso é o de menos. Até que dá pra eles ficarem limpos. Prefeito: Isso mesmo. E também em cada cama deve-se escrever, em latim ou em qualquer outra língua – isto já é com o senhor, Khristian Ivánovitch –, o nome de cada doença, quando o sujeito adoeceu, data, hora... Também não é bom que os seus pacientes fumem um tabaco tão forte, que faz a gente espirrar, logo ao entrar. E seria ainda melhor se tivéssemos menos pacientes: podem até achar que são mal assistidos ou que o médico não sabe nada de seu ofício. (Gogol, 1996, p. 2-3.)

A peça de Gogol vai se desenrolando de forma cada vez mais cômica, um trapaceiro que, por acaso, passava pela cidade é confundido com o tal inspetor que poderia estar se passando por um indivíduo qualquer, e assim ocorre o contraponto da comédia, é um indivíduo qualquer que se passa por inspetor, e aproveita da situação inusitada para tirar proveito dos infelizes que fazem de tudo para agradá-lo, até que ele parte da cidade antes que seja tarde demais, deixando uma carta escarnecendo de todos.

A sagacidade de Gogol vai mostrando em seu texto como tudo e todos mudam diante do inspetor. Ele vai extraindo o risível também do fato de que diante de uma avaliação, uma averiguação, uma verificação, tudo vai estar refeito para aquilo, ninguém estará agindo “espontaneamente”, nada estará sendo feito como habitualmente,

todos estarão querendo demonstrar que fazem bem feito, que não erram, e que não dão motivos para serem de alguma forma recriminados ou criticados.

Afinal, quem se sente absolutamente seguro no que faz? Quem não teme estar errado? Ou equivocado, imperfeito, fora de alguma norma, regra ou lei da qual sequer sabia da existência até então? Quem se sente totalmente seguro no seu saber e no seu fazer cotidiano, diante da infinitude dos desafios sempre renovados? Quem está livre de ser subitamente surpreendido ou desmascarado em alguma falha que sequer percebia?

Ao que parece estamos todos sujeitos, qualquer um pode amanhã ser trucidado pela impiedosa máquina burocrática que paira ameaçando lançar sua sombra sobre todas as vidas; cada um de nós pode vir a ser um novo Josef K., o dedicado funcionário personagem de Kafka (KAFKA, 2008.), que cumpria com todo zelo e competência suas tarefas, até ser levado para averiguações, sem saber nem mesmo porquê, e se ver subitamente diante do rude inspetor que lhe interroga. Então temos aqui um dos dilemas, uma das barreiras para qualquer tentativa, qualquer intenção de pesquisa avaliativa.

E diante desse dilema, nos interrogamos: como fazer avaliação sem disparar a “máquina inspetor geral”? Sem acionar essa máquina seja em quem pesquisa, seja em quem é pesquisado, seja em quem encomenda a pesquisa, seja no que se espera de uma pesquisa, seja em quem utiliza os resultados da pesquisa, seja nos desdobramentos institucionais ou para-institucionais de uma tal pesquisa.

Desafio maior que se encontra muito além da intencionalidade de produção de um saber que possa deslindar as barreiras impostas a si mesmo, ou de um saber que possa ser mais “profundo”, ou de um saber que possa ser mais “exato”, ou de um saber que possa trazer um superior regime nos “jogos de verdade” (FOUCAULT, 1984), destacando-se de outros tantos. Não é disso que se trata, neste imenso desafio.

O tema aqui não é este: como vencer as resistências? Como desvelar as camuflagens? Como interpretar as entrelinhas? Como revelar as verdadeiras intenções ou as segundas intenções? Como aperfeiçoar enfim o “detector de mentiras”? Para acessar uma “verdade” supostamente escondida, ou “denegada”, como dizem os psicanalistas, ou simplesmente inconfessável.

Não é nada disso porque justamente todos esses esforços reveladores fazem parte integrante da mesma “máquina inspetor geral”, com suas miríades de variantes, com suas metodologias de “extração da verdade”, com suas multiplicidades de técnicas ou tecnologias que multiplicam e proliferam uma eterna mesa de interrogatórios sobre a vida, uma modalidade da “vontade de saber”, como descrita em Foucault:

Tais princípios de exclusão e de escolha – cuja presença é múltipla, cuja eficácia ganha corpo nas práticas, e cujas transformações são relativamente autônomas – não remetem a um sujeito de conhecimento (histórico ou transcendental) que os inventaria sucessivamente ou os fundaria num nível originário; antes de tudo, designam uma vontade de saber, anônima e polimorfa, suscetível de transformações regulares e considerada num jogo de dependência determinável. (FOUCAULT, 1997, p. 12-13.)

O desafio de construir encontros que não disparem essa “máquina inspetor geral” faz necessária a invenção de uma outra maquinaria, outras engrenagens de encontros, gerando outras modalidades de saber, produzindo outros acontecimentos:

Na Gaia ciência, Nietzsche define um conjunto de relações completamente diferentes:

- o conhecimento é uma “invenção”, por trás da qual há outra coisa distinta: jogo de instintos, de impulsos, de desejos, de medo, de vontade de apropriação. É nessa cena de luta que o conhecimento vem a se produzir;
- produz-se não como efeito da harmonia, do equilíbrio feliz dessas relações, mas do ódio, do compromisso duvidoso e provisório que estabelecem, de um pacto frágil que estão sempre prestes a trair. Não é uma faculdade permanente, é um acontecimento, ou, ao menos, uma série de acontecimentos;
- é sempre servo, dependente, interessado (não em relação a si mesmo, de modo algum, mas àquilo que possa vir a interessar ao instinto ou aos instintos que o dominam) (FOUCAULT, 1997, p. 14-15.)

Tal possibilidade de construção de “linhas de fuga” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 224.) dessa “máquina inspetor geral” começa então com outras intencionalidades.

Esse modelo de um conhecimento fundamentalmente interessado, produzido como acontecimento do querer e determinando, por meio de falsificação, o efeito de verdade, encontra-se, sem sombra de dúvida, o mais longe possível dos postulados da metafísica clássica. (FOUCAULT, 1997, p. 15.)

Essa outra intencionalidade abre assim uma fenda, uma zona de atrito produtivo com alguns dos pressupostos bem caros para a produção habitual, ou clássica, dos saberes considerados científicos, começando rompendo com o compromisso com o progresso da ciência, por entender mesmo que a produção dos saberes nem sempre se dá de forma progressiva, sua fabricação não costuma ser resultado de “ordem e progresso”, mas pode viabilizar outras possibilidades que não a repetição, outros devires: *“Talvez seja preciso dizer que todo progresso se faz por e no espaço estriado, mas é no espaço liso que se produz todo devir.”* (DELEUZE E GUATTARI, 1997, p. 195.)

Estamos falando de uma intencionalidade primeira a qualquer saber, e que no caso que passaremos a comentar, envolve uma intencionalidade de escapar da “máquina inspetor geral”, para poder participar da fabricação de “saberes e sujeitos implicados” (MERHY, 2004.), comprometidos com as práticas e os desafios cotidianos do agir em saúde, dispostos a colaborar na construção de uma “ciência menor”, não toda, não apenas apolínea, mas singular.

E a ciência menor nunca deixará de enriquecer a maior, comunicando-lhe sua intuição, seu andamento, sua itinerância, seu sentido e seu gosto pela matéria, pela singularidade, pela variação, pela geometria intuicionista e pelo número numerante. (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 193.)

Estamos agora no “universo particular” da saúde, do mundo do trabalho das unidades de saúde, dos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, que por um lado, tem se constituído muitas vezes, e desde sua origem, em um campo de produção e experimentação da defesa da vida, um campo de invenção permanente de infinitas estratégias cotidianas de defesa da validade e viabilidade da vida.

Mas, ao mesmo tempo, essa incrível produção encontra-se enredada em uma gigantesca máquina de normatividade, legalidade, disciplinarização, estriamento, controle da vida, regulação dos modos de vida, que é o próprio campo do agir em saúde.

Ao convidarmos trabalhadores das redes de saúde, sejam gestores, trabalhadores da atenção básica ou outros, para participarem conosco, para construir conosco uma “Rede de Avaliação Compartilhada – RAC”, a partir da pesquisa “Observatório Nacional da Produção do Cuidado em Diferentes Modalidades à Luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, muitas vezes observamos um primeiro movimento de acionamento nesses trabalhadores de uma concepção instituída de pesquisador, em um modelo que nos parecia bem formal ou tradicional.

Também na construção da extensão desse convite a ser pesquisador para usuários e para familiares, muitas vezes reconhecemos aflorar pesquisadores que nos pareciam distantes da ideia que pretendíamos inicialmente como o “devir pesquisador RAC”.

Sucintamente esse “devir pesquisador RAC” funcionaria como uma extensão da contínua e espontânea assistemática produção de saber que acontece sempre e de forma integrada aos encontros e atividades humanas, quaisquer. De forma que estamos sempre pesquisando, quando trabalhamos, quando conhecemos pessoas, quando vivemos, e desde sempre, estamos procurando respostas, ou expandindo respostas sobre o mundo. Nesse esforço de sabermos sobre ele, sabermos viver nele, e produzindo sempre narrativas sobre isso. Portanto, algo que pudesse guardar distância da “máquina inspetor geral”.

Acontece que, ao longo do processo RAC, fomos nos dando conta que também em nós, pesquisadores primeiros que supostamente estaríamos mais esclarecidos ou mais afinados com essa aposta RAC, o surgimento de vários “devires pesquisadores” aconteciam, e muitas vezes reeditavam ou repaginavam o “inspetor geral”.

É assim que fomos repensando, colocando em análise, nossas formas variadas de atuar, ao longo desse percurso, identificando algumas delas, e percebendo, em um “só depois”, como era mais fácil reconhecer os pesquisadores “instituídos”, padronizados, nos outros do que em nós mesmos.

Por exemplo, em momentos iniciais, de apresentação da pesquisa junto aos gestores que autorizariam sua execução, pudemos atuar de uma maneira bastante formal, como acadêmicos portadores de uma pesquisa científica acerca do impacto da implantação da estratégia ministerial das “Redes Temáticas” no SUS.

Em oficinas com gestores e trabalhadores de distritos sanitários selecionados, pudemos atuar como operadores das dinâmicas habituais de “levantamento de casos sentinelas”, ou “casos difíceis”, que trouxessem à discussão os “usuários escolhidos”, que apontariam as unidades de saúde que entraríamos em contato, e as respectivas equipes, usuários e famílias.

Em reuniões com trabalhadores de unidades de saúde, algumas vezes estivemos como ouvidores de suas problemáticas, outras como supervisores em busca de alternativas ou saídas de seus impasses, outras vezes como colegas de trabalho, outras vezes como companheiros que compartilham das mesmas aflições e dificuldades, em algum momento como alunos de seus ensinamentos, outros momentos como professores portadores de um “suposto saber acadêmico”, e eventualmente como juizes a julgar a correção de suas atitudes e trabalho, ainda que com toda intencionalidade de sempre fugir ou evitar vários desses lugares, como do “suposto saber”, do “inspetor geral”, do “juízo final”.

Em nossos encontros com usuários e familiares, muitas vezes estivemos como profissionais de saúde a recolher informações sobre o caso, ou a analisar seus diagnósticos e patologias e terapêuticas, a pensar sobre alternativas para seus tratamentos, outras vezes como inspetores, outras vezes como cientistas coletando dados, mas em alguns momentos conseguimos estar como colegas pesquisadores, diante do desafio do saber para viver.

De maneira que pudemos observar que são inúmeros os modos pesquisadores acionados em todos os participantes, sejam os pesquisadores iniciais, os trabalhadores, gestores, familiares, usuários; e como é difícil construir linhas de fuga dessa poderosa “máquina inspetor geral”.

Fomos buscando a reflexão permanente, a “educação permanente”, colocando em análise repetidamente nossos modos de atuar, tentando enxergar algumas pistas que nos pudessem ajudar nesse deslocamento, nessa “desterritorialização”, ainda que parcial, incompleta, flutuante, variante.

A produção dos grupos pesquisadores, dos coletivos de avaliação compartilhada, buscando realizar na prática uma “rede compartilhada”, constituinte de uma tentativa de desconstruir hierarquias, de horizontalizar os processos, de equivaler os saberes produzidos em todos os pontos que conectam o agir em saúde, foi mostrando, quando era viável, sua potência. Buscando uma validação dos saberes dos usuários, familiares, trabalhadores, gestores, pesquisadores, apostando nos “coletivos da saúde” para superar a repetição da “saúde coletiva”.

A continuidade do acompanhando dos desdobramentos, do andamento das vidas dos usuários que vieram a ser os guias do percurso, o interesse renovado de estar junto às equipes, a abertura para uma análise, reflexão, leitura de mundo coletiva e conjunta, foi também demonstrando que não se tratava de mais uma mera “coleta de dados”, ao que algumas equipes responderam que por primeira vez percebiam que uma pesquisa estava interessada e envolvida com seu trabalho, com suas dificuldades reais, e com suas invenções do possível.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs** – Capitalismo e Esquizofrenia. V. 5. São Paulo: Editora 34, 1997.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade II. O Uso dos Prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France** (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora, 1997.

GOGOL, Nicolai. **O Inspetor Geral**. São Paulo: Editora Scipione, 1996.

KAFKA, Franz. **O Processo**. Porto Alegre: Editora L&PM, 2008.

MERHY, Emerson Elias. “O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: O Desafio em Reconhecê-lo Como Saber Válido”. In: FRANCO, T. B., PERES, M. A. A., FOSCHIERA, M. M. P., PANIZZI, M. **Acolher Chapecó** – Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004.

Produção de coletivos

Josiane Vivian Camargo de Lima
Maria Lucia da Silva Lopes
Renato Staevie Baduy
Silvana Machiavelli
Francieli Wilhelms Rockenbach
Aline Ferreira Leite Revers
Vanessa Rossetto
Daniela de Ré
Kathleen Tereza da Cruz
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Rossana Staevie Baduy

A produção de coletivos pelos trabalhadores é algo que se destaca na equipe da Atenção Domiciliar (AD) pesquisada pela RAC, no município estudado. Já no primeiro encontro fizeram questão de enunciar que formalmente eram divididos em três equipes multiprofissionais e uma de apoio, mas que de fato produziam o cuidado aos usuários coletivamente, como se fossem uma. A partir daí, surgiram as questões: como a equipe se produz enquanto coletivo? Como se sustenta essa produção, considerando as constantes entradas e saídas de trabalhadores sejam por necessidade da gestão ou individual?

Algo simples como compartilhar o mesmo espaço físico ou dividir uma mesa de trabalho pode ser um potente dispositivo para análise. Nesses espaços se produzem os agenciamentos de enunciação, as memórias coletivas sobre o cuidado para cada família e as conversas sobre o vivido nos domicílios. Entre as anotações nos prontuários, as organizações das visitas e as discussões de mudanças de conduta, são colocados em análise o cuidado produzido e as propostas de alterações nos projetos terapêuticos de cada usuário.

Nesse lugar também ocorrem conflitos e discussões, e é neste processo que o coletivo se monta e desmonta, onde a trama das relações de poder se tornam ou não visíveis. São nesses encontros pautados nas tecnologias leves são “*as tecnologias presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos e que só tem materialidade no ato do encontro*” (MERHY, 2000, p. 109). É neste lugar que os trabalhadores se fortalecem, criam novos arranjos, compartilham o trabalho, a vida e se constroem como coletivo que se afeta com o sofrimento do usuário, sua família e cuidadores. Nesse movimento vão se constituindo como sujeitos sociais, àqueles que são protagonistas do seu próprio processo de transformação.

A produção de um coletivo não ocorre somente nos espaços formais de reunião, mas nas conexões estabelecidas diariamente em espaços informais, como o trajeto às casas dentro do carro. Na AD também se evidencia um borramento dos limites profissionais, isto é, um espaço onde se misturam o que é definido como especificidade de cada profissional e onde é possível observar a centralidade na dimensão cuidadora.

Existe um lugar comum, uma vez que, no encontro com o usuário, os protocolos ou o “jeito certo de fazer” das profissões nem sempre dão respostas às suas necessidades. Os efeitos desta prática, da vida do usuário na pele, contribuem para a produção do coletivo na AD.

Contudo, a entrada de novos atores dá visibilidade ao quanto é tênue e constante esta produção. Por exemplo, há uma cena em que uma trabalhadora recém chegada na equipe vai à casa de uma das usuárias-guias, tetraplégica, cuidada por suas filhas, e se depara com um conflito familiar: o irmão, morador de outro estado denunciou, no Centro Referência da Assistência Social (CRAS), supostos maus tratos vividos pela mãe. No momento da investigação a trabalhadora da AD, o advogado e a assistente social do CRAS ouvem um pedido: “quero sair da minha casa e ir para uma residência inclusiva. minhas filhas não cuidam de mim como cuidavam antes, outro dia passei sede...”

As disputas constitutivas do trabalho mantêm em tensão as relações. E a trabalhadora, capturada pelo risco da acusação de negligência se não intervisse para mudar a situação, capturada pela necessidade de cumprimento da norma e pelo instituído, entraria no jogo e apostaria na possibilidade de realizar uma denuncia ao ministério público (MP), uma vez que esta instância poderia, com certa rapidez, atender o desejo da usuária.

Esta captura produziu cegueira e surdez na trabalhadora que manteve seu posicionamento por um tempo, mesmo frente às colocações da equipe sobre as estratégias de sobrevivência da usuária na trama de relações familiares, ou seja, ela não queria sair de casa, mas recuperar a atenção que ela considerava ter pedido. Esses movimentos eram recorrentes e decorrentes de situações anteriores ao adoecimento. Havia o sofrimento da usuária e o stress das cuidadoras que deixaram suas vidas em “*stand by*” para cuidar ininterruptamente de sua mãe. Importante acrescentar que pouco tempo depois a família havia retomado sua rotina diária.

A judicialização apareceu aí como solução instantânea. Entretanto, era preciso considerar e produzir análise coletiva dos efeitos que uma demanda dessa natureza poderia gerar nas relações familiares, com os trabalhadores e na produção do cuidado da usuária. A institucionalização também apareceu como resposta para resolução de conflitos familiares, que poderiam ser mediados e trabalhados como parte do projeto terapêutico. A proposta de institucionalizar causou estranhamento na equipe, a cena foi colocada na roda e problematizada com o objetivo de produzir autoanálise nos trabalhadores, como parte de sua formação naquele espaço.

Diante de cenas como essa, o coletivo opera. O saber adquirido pelo convívio com a usuária, possibilitou que a judicialização não acontecesse. Portanto, a equipe multiplicidade pode perceber os processos que estão em desenvolvimento e, enquanto coletivo, consegue intervir. Deleuze (1995) coloca que não somos um e sim vários, portanto, a equipe da AD é uma multiplicidade que opera muitos cuidados nos diferentes domicílios, a depender dos encontros vividos entre trabalhadores, usuários, familiares e cuidadores. Então, cabe refletir: como tornar visíveis os movimentos de fabricação de coletivos e inserir os novos atores? Merhy (2016) traz contribuições nesse sentido.

A produção de práticas de cuidado centradas no usuário e suas necessidades, está relacionada à existência de trabalhadores e gestores implicados com esse projeto, o que, por sua vez, está intimamente vinculado à produção de coletivos que dão sustentabilidade a essas políticas, a partir da conformação de sujeitos sociais (MERHY, 2016).

Os atores não são dados *a priori*, mas se fabricam no cotidiano. A centralidade na vida enquanto política, é construída por sujeitos sociais que são produzidos nos encontros diários e estabelecem essa política.

Há uma intimidade muito grande entre a produção cotidiana da política, e a produção dos próprios sujeitos desta mesma política. Por isso, nos relatos de êxito ou de desconstrução, sempre estamos falando sobre a aparição de novos sujeitos, a construção de novos coletivos e do esforço que é produzir esses coletivos para construir uma política e sustentá-la, bem como do esforço que é desmontar políticas e operar com as resistências. É para este movimento que precisamos estar atentos. (MERHY, 2016 p. 1)

É no espaço da produção do cuidado em seus diferentes lugares, desde o domicílio até a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que as disputas estão cravadas e as políticas ganham ou não significado e continuidade. Portanto, a aposta precisa acontecer nos processos micropolíticos que se dão a partir dos encontros. Não basta os gestores decidirem que vão construir, em determinado município, um Sistema Único de Saúde (SUS) onde o tema do direito e o tema do cuidado tenham centralidade, se não considerarem como os atores disputam entre si seus projetos no dia a dia do mundo do trabalho.

não basta um município declarar que vai construir o SUS dentro do seu território se ele não conseguir produzir processos coletivos, que operem na micropolítica do cotidiano da construção desta mesma política. A declaração não se consolida porque a prática sistemática cotidiana nada mais é do que uma prática medicalizante, absolutamente restrita e muito centrada em processo de procedimentos e profissional centrado. O cuidado não tem a mínima chance naquele lugar. (MERHY, 2016 p. 2)

Por outro lado, observam-se municípios em que o gestor tem uma postura claramente contrária ao SUS e é possível assistir processos de protagonismos de coletivos, que criam outros mecanismos em relação ao que o próprio dirigente está declarando. São os trabalhadores fazendo “furo no muro” e tentando criar, mesmo na solidão, um movimento muitas vezes oposto à política que a gestão local tenta implantar (MERHY, 2016).

Se o cuidado é a aposta, é necessário ampliar o olhar para os processos micropolíticos de produção e invenção. Produção de coletivos, de sujeitos sociais inventivos para operar a produção de uma nova institucionalidade. Essa aposta carrega desafios, não só por termos que considerar que qualquer vida vale a pena, mas porque preci-

samos produzir no cotidiano os coletivos que façam com que a vida do outro valha a pena. “*O que os gestores têm que reconhecer é que não adianta apostar em políticas de indução, novas normas ou coisas deste tipo, a aposta tem que ser na formação de novos coletivos, com autonomia para produzir esta cotidianidade onde a vida do outro seja a substancia central de nossas praticas*” (MERHY, 2016 p.2).

No cotidiano do mundo do trabalho as rodas de conversas que colocam as práticas de saúde e a vida dos usuários em discussão, são uma realidade em alguns serviços. Há lugares em que elas respondem a um cronograma previamente estabelecido e outros em que há trabalhadores que atuam como dispositivos para tal atividade. Entretanto, independente do arranjo, as rodas acontecem mesmo que em espaços informais fabricados pelos próprios trabalhadores. E, elas vão sendo montadas e desmontadas em ato, produzindo conhecimentos que impactam efetivamente no mundo do cuidado.

No cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde. (MERHY, 2013. p. 2)

Portanto, neste movimento é possível reconhecer que as equipes se colocam em processos de Educação Permanente (EP), mesmo que ela não esteja instituída formalmente como tal. Mais do que induzir políticas que garantam espaços de EP, é preciso reconhecer que ela é constitutiva do mundo do trabalho, processo imanente que acontece nos encontros entre os diferentes atores que colocam o mundo do cuidado em conversações.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs** – capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1.

MERHY, E. E. “Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde”. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MERHY, E. E. **Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas em saúde**. Porto Alegre, 2013. (texto escrito pelo autor e enviado para DEGES, SGETS, MS).

MERHY, E. E. “As potencias e desafios da construção de redes vivas de saúde: encontros e conexões”. In: **Seminário Nacional da pesquisa “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”**, 2016. Rio de Janeiro. 2016.

O pintor tagarela: um encontro da enfermagem com a saúde mental

Marcela Pimenta Muniz
Ana Lúcia Abrahão
Cláudia Mara de Melo Tavares

Pintando poesia

“Para não dizer que não falei das ‘folhas’” (parafrazeando o músico Geraldo Vandré), eu estava diante de um usuário alcoolista e que possui delírio de grandeza. F me diz que desenhou as obras de Oscar Niemayer.

O sintoma da psicose ou o tipo de delírio é a que me refiro quando menciono as ‘folhas’ no parágrafo anterior. Considerar os elementos da psicopatologia é necessário nos processos de cuidado em saúde mental. Porém, as flores, o efêmero, a produção ético-estética no cuidado encontra-se na singularidade.

Olhar para a história de F pela perspectiva ético-estética é deixar de olhar para ele como um caso clínico ou como uma meta a ser alcançada por ações de saúde e de se atingir uma “organização orgânica” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 24) deste usuário. Pensar o modo de vida de F a partir de seus devires e imanências permite que superemos o fazer em saúde voltado para a necessidade (que muitas vezes não é dada diretamente pelo usuário), e estejamos mais voltados para as singularidades, intensidades.

Atualmente F é usuário de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município do Rio de Janeiro, onde o conheci no processo da pesquisa.

F conta que é pintor. Diz que começou a desenhar em São Paulo em seu antigo local de tratamento, mas que ele só iniciou a prática da pintura ao chegar neste CAPS.

Fala sobre um quadro que pintou recentemente e colocou no teto de seu quarto para ver diariamente. Explica que é um avião da operação Lava-jato do governo Federal. Ele gosta de desenhar e pintar aviões, e neste caso observamos a incidência das informações de massa midiáticas no imaginário e nos modos de vida do usuário.

“Assino: F, pintando poesia.” Eu sorrio para ele dizendo: “É?” Ele explica que usa a expressão “pintando poesia” porque não quer algo comum como “pintando o sete”. F mostra a presença da poesia em diversos fluxos e veículos, e não somente em um formato de palavras escritas ou recitadas. Ele diz que a poesia está nos quadros dele, e também no verde das árvores das quais ele gosta bastante.

F procura não ficar em casa desocupado devido ao risco de se alcoolizar, e busca ocupações e estar no CAPS para assistir TV e “conversar com o pessoal” (palavras dele). Ele conta que já foi ao Parque da Cidade, com brilho no olhar e um sorriso bem aberto. Explorar o território nas redondezas próximas à Rocinha, como o Jardim Botânico, Parque da Cidade e Floresta da Tijuca são agenciamentos que aproximam as ações do enfermeiro ao sensível específico nos modos de vida de F.

Produzir as variações nos processos de cuidar tendo como prumo as singularidades dos usuários permite ao enfermeiro “tomar como procedimento/caminho a imanência e não as entidades transcendentais, extraindo da micropolítica dos encontros devires contra a exclusão, contra a produção da morte e da indiferença” (TALLEMBERG, 2015, p. 46).

Apostar na construção de ofertas que dêem passagem às singularidades e intensidades do usuário implica o enfermeiro a estar em encontros mais genuínos nos modos de cuidar. Experimentar o cuidado em ato com abertura às singularidades e tolerância às diferenças é algo a ser garantido na posição dos trabalhadores da RAPS, inclusive do enfermeiro.

No entanto, isto é um desafio colocado para a Enfermagem, já que, recorrendo à sua história, ela traz consigo traços religiosos que hoje resultam na sede em separar o certo do errado; corrigir o que está fora dos padrões; organizar o serviço de saúde, a equipe e os usuários; culpabilizar o que foge às ordens.

Deleuze e Guattari (2012) nos ajudam a pensar criticamente sobre os riscos que se corre quando nos colocamos em um lugar do que eles chamam de “padre”, pois institui-se modos que privilegiem mesmo uma lida moral nos encontros.

Sinto, considerando a história da minha profissão, meu percurso em serviços de saúde, o encontro com os estudantes de enfermagem e com as dificuldades que a loucura nos impõe, que o enfermeiro caminha em uma borda arriscada de se render ao lugar de “padre” sob o ponto de vista de uma intolerância derivada da estipulação de parâmetros *prêt-à-porter* (já prontos previamente para serem usados), os quais funcionam como balizadores que dizem o que está certo e o que deve ser corrigido, que meçam o bem ou o mal em práticas de traços fascistas com medidas extremistas e autoritárias.

Uma “boa ação” não está dada antecipadamente, e esta não pode se confundir com uma “boa intenção”. É preciso que haja uma distância entre a intenção e a ação para que se torne possível uma avaliação, “que nos alerte quanto às vaidades, às ambições, às paixões pelo poder” (MACHADO; LAVRADOR, p. 516, 2009).

Aparatos que qualifiquem as ações do enfermeiro na saúde mental podem ser construídos quando se utiliza como intercessor a lógica de promover a vida, a despeito de ordens transcendentais ao cuidado vivo; o que vai demandar do enfermeiro abrir mão de suas verdades e rotinas instituídas totalizantes.

Há que se dar lugar à transversalidade em um encontro instituído-instituinte. A enfermagem domina os “órgãos” do funcionamento do serviço de saúde (como na provocação de Antonin Artaud com a ideia do corpo sem órgãos), e é preciso realizar uma composição entre essa posse da organização das coisas e uma linha de fuga que abra os furos necessários para que os processos de cuidado não se tornem o que Artaud critica chamando “organismo”, mas sim o que quero propor como uma enfermagem órgão-sensível (confeto com o qual busco me remeter à importância de se dar passagem àquilo que não cabe em uma organização ou rotina pré-definida, enquanto a emergência do *qualquer um*, do sensível específico) (DELEUZE; GUATTARI, 2012)

As forças instituídas, que resistem às mudanças na enfermagem, estão constituídas em uma composição molar, um estrato.

Eis então o que seria necessário fazer: instalar-se sobre um estrato, experimentar as oportunidades que ele nos oferece, buscar aí um lugar favorável, eventuais movimentos de desterritorialização, linhas de fuga possíveis, vivenciá-las, assegurar aqui e ali conjunções de fluxos. (...) é seguindo uma relação meticulosa com os estratos que se consegue liberar as linhas de fuga, fazer passar e fugir os fluxos, desprender intensidades contínuas para um Corpo sem Órgãos. (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 27)

É possível que, no exercício do cuidado, movimentos de desterritorialização, juntamente com o surgimento de novos territórios, sejam produzidos em sua absoluta imanência, sem que se perca de vista a força e a especificidade deste exercício.

A ideia que trago de órgão-sensível propõe a abertura do que é específico a cada “órgão” nos processos de cuidado, a uma simetria nesses processos, à dessujeição dos modos de vida dos usuários, a uma simetria nos processos de cuidado, à composição entre instituído e instituinte, entre estrato e linha de fuga.

Quando a perda da acuidade auditiva pode produzir potência no cuidado

“O Real é oco, coxo, capenga.

O real chapa.

A imaginação voa.”

(Waly Salomão)

Enquanto converso com F, ele pede que eu repita minha fala diversas vezes e faz uma expressão facial de quem se esforça para conseguir escutar e até empurra com as mãos sua própria orelha para frente (em minha direção) para tentar me ouvir.

Nos momentos em que eu tentava falar algo, F dizia “o que que foi?” Mas ao invés de me deixar repetir a frase em tom mais alto para tentar fazê-lo ouvir, ele dava continuidade a sua fala anterior – sem considerar o que eu estava tentando dizer, como quem desiste e, com isso, em alguns momentos, ele falava ininterruptamente.

Pareceu-me ser cansativo para ele ter sempre que pedir que a outra pessoa repita o que disse, pois a acuidade auditiva interfere na comunicação ainda que se fale alto com ele. Mas, quando escutava o que eu dizia, ele dava prosseguimento ao contexto que eu trazia no diálogo.

F me explicou que perdeu 100% da audição de um ouvido e 60% do outro após fazer um tratamento contra leucemia.

No entanto, a despeito da perda auditiva ser considerada um problema de saúde em determinado regime de verdade, na verdade, esta diferença na acuidade auditiva não é um problema real para sua atual experiência de vida. Isto sequer o impede de conversar. Ao contrário, F chega a ser apelidado por uma usuária de “tagarela”, pois ele se aproxima com facilidade das pessoas para conversar – e, aliás, fala bastante.

Encontrei F inclusive em outro dia no CAPS participando de uma oficina de música em que os usuários cantam e tocam. Chega a ir ao microfone, e pede apenas que o avisem no caso dele cantar alto demais.

A princípio, sem conhecê-lo melhor, eu diria que a redução da acuidade auditiva de F é um problema de saúde que deveria receber atenção prioritária à medida que, *a priori*, isto poderia comprometer inclusive a sua inserção social.

No entanto, estar com ele na convivência e na atividade de música sem buscar sinais e sintomas, mas sim estar com ele em um encontro espontâneo, mostrou-me o quanto ilusório, portadora de tabus e supersticiosa pode ser uma avaliação ou conduta do profissional se ele estiver “cego” de tantos instrumentos de avaliação ou intervenção expertises *prêt-à-porter*.

O “*furor curandis*” da tradição na Enfermagem e da saúde em geral precisa ser colocado em análise cotidianamente, já que pode impossibilitar a criação de novas facetas para o cuidado, ou pode até mesmo gerar uma intervenção de saúde que não seja prioritária ou indicada para o usuário.

F ora me escutava, ora desistia de ouvir. Neste movimento, ele me força a suportar, em alguns momentos do nosso encontro, o esvaziamento do que eu tinha para perguntar – e substituir por um afeto de alguma ordem de alegria.

Esta dificuldade auditiva de F nos ensina que há potência no que, a princípio, seria somente perda. Há um revezamento e uma redistribuição das marcas de poder em nosso encontro, uma vez que, naquilo que eu, enfermeira e professora poderia ver como problema, F me mostra a pequenez de alguns fatores para ele, os quais seriam preocupações *do* enfermeiro ou *da* equipe, mas que, na realidade, funcionam como produção de potência nos encontros.

Esse usuário compõe comigo um encontro alegre, e traz forçosamente para mim a necessidade de darmos passagem às imanências na produção de cuidado, uma vez que a perda parcial da audição de F equilibra nosso encontro, à medida que o cerne do nosso encontro não está em minhas falas ou perguntas, mas sim no específico sensível dele (RANCIÈRE, 2014), na espontaneidade e versatilidade das tecnologias relacionais.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**. São Paulo, Editara 34, 2012.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. “Por uma clínica da expansão da vida”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 515-521, jan./març. 2009.

RANCIÈRE, J. **A partilha do sensível: estética e política** (2ªed.). 2014. São Paulo: Editora 34, 2014.

TALLEMBERG, C. **Passagens de uma prática clínico-política menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão**. 2014. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina/Pós-Graduação em Clínica Médica na Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2014.

Os modos de cuidar são produzidos no encontro. E no plano dos encontros o apoio como dispositivo pode combater os investimentos da biopolítica sobre a vida

Ana Cristina Sundfeld
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Débora Cristina Bertussi

O cuidado não é algo dado, constitui-se no plano dos encontros, imanente e recortado por desconfortos, riscos, negociações, efeitos imprevisíveis. Neste jogo, tecido nas conexões atravessadas por vetores macro e micropolíticos, temos disputas entre concepções de vida, de saúde, de clínica, de subjetivação, lutas entre distintos regimes de verdade. O encontro pode favorecer um cuidado implicado com singularidades e/ou pode ser operado por protocolos e condutas com menor porosidade às diferenças. Há sempre o risco de capturas. Daí a urgência de pensarmos a produção do cuidado e interrogarmos as apostas que fazemos e seus efeitos na afirmação de modos de vida.

O apoio em São Bernardo entra em cena como intercessor, fabricado no encontro, com potência para provocar desalojamentos, problematizações, análises, conexões, suscitando conhecimentos, sensibilidades e questionamentos ético-políticos sobre processos de trabalho, modos de cuidado e de gestão, planos inseparáveis. Gestão feita por todos os atores, ou seja, trabalhadores, apoiadores, gestores e usuários, todos fazemos gestão mediante acordos, negociações, disputas, jogos de poder, distintas governabilidades. Neste cenário, apoio é dispositivo analítico, potente disparador de transformações, marcado pela transitoriedade, heterogeneidade, movimento, relações de saber-poder e disputas.

Apostas para a produção do Apoio como dispositivo

O arranjo do apoio em São Bernardo do Campo (SBC) dialoga com experiências constituídas em municípios como João Pessoa e Londrina (BERTUSSI 2010; BADUY, 2010), formulações diversas do campo da saúde coletiva, agenciamentos da análise institucional, da filosofia da diferença etc. (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2010; FOUCAULT, 2006; LOURAU, 2004; DELEUZE, GUATTARI, 1995, 1996). Podemos destacar algumas noções-ferramentas que compõem esta aposta, em permanente movimento e inventividade.

A ideia do papel apoiador como possibilidade para gestores e trabalhadores, engendrada no encontro; a Educação Permanente como ferramenta de gestão implicada com a produção de análise dos processos de trabalho cotidianos, com vistas a criar visibilidade para as práticas e os projetos em disputa; a criação de espaços de articulação territorial com propósito de fomentar redes vivas de cuidado; a conexão entre os planos de gestão e de produção de cuidado; a incessante fabricação de caixas

de ferramentas em ato e o apoio como agenciador de rede, apoio-rizoma que procede por agenciamentos que conectam planos e traçam multiplicidades.

As equipes de apoio têm composições singulares e heterogêneas, constituídas por trabalhadores com formações variadas como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, educação física, nutrição, sociologia, enfermagem, dentre outros. Em alguns casos os apoiadores se distribuem como referência para os serviços, com presença mais cotidiana nas UBS e UPAs; em outros, se organizam como referência por projetos (mortalidade infantil, saúde mental, violência etc.), circulando na rede e fazendo transversalidade no território. São vários jeitos de organizar a entrada do apoio e suas articulações com os serviços, movimentados pelas agendas disparadas pela gestão, pelos afetos, pelos vínculos e parcerias construídos, em constante processualidade.

Cada equipe de apoiadores conta com uma dupla de facilitadores de educação permanente ligados à gestão nos diferentes departamentos da Secretaria de Saúde. Essa dupla está organizada para dar suporte à análise dos processos de trabalho como organização das agendas, discussão de casos complexos e articulação com outros serviços. E também opera na transversalização das agendas do cuidado em seus respectivos departamentos. Ademais, apoiadores e facilitadores contam com orientadores de educação permanente com a função de facilitar os seus processos nos territórios.

Mensalmente acontece uma reunião de educação permanente denominada EP do apoio com a presença de todos os apoiadores, facilitadores do apoio e referências do território (são membros da equipe de gestão da atenção básica designados para acompanhar determinados territórios) com o objetivo de produzir análise das práticas cotidianas, planejamento e pactuação de ações apoiadoras nos territórios.

A aposta na educação permanente (EP) como ferramenta de gestão vai além dos encontros cotidianos do apoio com as equipes nos serviços e das reuniões de EP do apoio. Nas chamadas reuniões de EP de território, temos também a participação dos apoiadores, orientadores de educação permanente, referências do território, facilitadores do apoio, gestores, profissionais de diferentes serviços do território como UBS, UPA, CAPS, Hospitais e outros. Espaço montado para favorecer encontros, a produção de agendas comuns e também para o enfrentamento das disputas que marcam a multiplicidade de encontros e esbarrões produzidos nos territórios. Pensava-se assim facilitar a construção de acordos e pactos com base em novos sentidos produzidos para o trabalho e para os problemas.

A fabricação do apoio como dispositivo de rede é marcada por desafios e disputas também entre os departamentos, com suas apostas, projetos e interesses que resultam em variadas possibilidades de produção e também capturas. O organograma da secretaria de saúde do município contempla secretário, secretário adjunto e seis departamentos (administração da saúde; atenção básica e gestão do cuidado; atenção especializada; atenção hospitalar, urgência e emergência; proteção à saúde e vigilâncias; apoio à gestão do SUS) organizados de modo vertical. Há uma tensa convivência entre esta organização e os dispositivos transversalizadores propostos pela mesma gestão; ou seja, a gestão fabrica o que fortalece o vertical e o que transversaliza, duas máquinas que operam simultaneamente numa disputa explícita de projeto, constitutiva do desenho de SBC.

Tensões e desafios constitutivos da produção do apoio: pistas e analisadores

O encontro é um recurso estratégico para a produção do apoio. Nada está dado de antemão, a possibilidade de criar parcerias e sentidos compartilhados convive com o risco de capturas e recusas. Por isso a entrada e o convite disparados pelo apoiador são fundamentais. Convencer, ir por onde flui, fazer por, mobilizar questionamentos e análise são táticas que operam no cotidiano com diferentes efeitos. As produções do apoio são variadas e movimentam ferramentas construídas em ato. Atendimento compartilhado, visita domiciliar, discussão de caso e construção de projeto terapêutico, articulações na rede, produção de agendas, planilhas, mapas analíticos etc. A caixa de ferramentas opera sem garantias prévias e num processo de monta-desmonta, o coletivo de apoiadores experimenta, cria e transforma seus artifícios.

As conexões entre apoiadores, facilitadores, gerentes e referências são múltiplas. Nos diversos cenários, apoio pode ser sinônimo de suporte, fazer a gestão no lugar de, resolver/diluir conflitos, cobrir faltas etc. Composições produzidas no cotidiano, com diferenças e regularidades, que podem armar encontros em que se compartilha, faz junto, se desresponsabiliza, bloqueia a entrada etc. Facilitadores e gerentes mais presentes, atitudes dialógicas e parcerias, combinados que não se sustentam, responsabilizações e cobranças, variados agenciamentos. As apostas do facilitador, do gerente e da referência são diversas e conectadas à porosidade do departamento, disponibilidades, aproximações e experimentações produtivas ou não. A gestão também é muitas!

O apoiador precisa ser um cartógrafo, acompanhar processos, a espreita, em análise... No cotidiano os apoiadores estão em permanente combate ao 'fazer por' e em alguns momentos sabem que estão neste lugar de fazedor. Aqui parece entrar em jogo alguns dilemas que perturbam o apoiador com questões como: se eu não faço, isso pode prejudicar meu vínculo com a equipe/gerente/serviço? Fazer apoio não é estimular autonomia? Como sustentar um não-lugar, um entre? Há cenas marcadas por uma forte delegação para os apoiadores em tensão com uma função apoiadora que potencialmente é de todos! Ademais, o apoiador também pode ser agenciado pelo poder e adotar atitudes de mando, de prescrição, de controle. Possíveis fabricações para o apoio!

As disputas de apostas e projetos instituem desafios para os apoiadores. A produção das agendas do apoio é um analisador importante deste embate. O apoio é acionado pelo cotidiano do território, com demandas dos trabalhadores, gestores, usuários ao mesmo tempo em que é pautado por agendas da gestão com possibilidade de conflitos e divergências de prioridades. Quando o gerente não vem junto na mobilização das equipes, as pautas aparecem como demanda do apoio, ocasionando desgastes e acirrando disputas.

As andanças pela rede favoreceram novas agendas, combatendo a captura do apoio pela atenção básica e fomentando novas grupalidades entre os apoiadores. As conexões produzidas ampliaram a legitimidade do apoio em diferentes espaços e serviços (UPA, CAPS, PSC, HC, CER, escolas, CRAS, Vigilância etc.), além de ampliarem a visibilidade dos casos complexos. Esta movimentação do apoio também

disparou angústia entre os apoiadores que dispõem de menos tempo para estarem presentes nos serviços e necessitam priorizar algumas agendas. Questionamentos sobre a continuidade das ações e projetos neste novo cenário dispararam movimentos de análise importantes, afinal, o apoio não depende da presença física do apoiador.

A produção de espaços coletivos é uma aposta da gestão juntamente com a fabricação de análise das práticas, projetos e modos de gerir. A reunião de EP do apoio é um espaço disputado pelas agendas da gestão central e departamentos e demandas dos apoiadores. Nestes encontros os apoiadores se misturam, discutem o cotidiano e produzem mapas analíticos potentes sobre os desafios e feitos no/com os serviços, relações com gerentes, facilitadores, referências, equipes, entre apoiadores, com efeitos reconhecidos pelo coletivo (conversas mais regulares com gerentes das UBS, entradas mais propositivas em outros serviços, construção de ferramentas etc.). Nem sempre o espaço conta com a presença de todos os facilitadores. A atividade de análise enfrenta um desafio constitutivo que é a presença dos gestores, o que pode intensificar desconfortos, medo da exposição, atitudes de esquiva e silêncios. A análise é uma construção que opera por meio dos vínculos, das alianças, da confiança, da liberdade para falar (inclusive quando a pessoa não se sente apoiada) e tal dispositivo se constitui no tempo, com recuos, movimentos e distintas velocidades. Neste sentido, não basta ofertar o espaço é imprescindível cuidar, rever e criar novos arranjos dentro desta processualidade.

Cada grupo de apoiadores se reúne semanalmente para compartilhar informes, conversar sobre o cotidiano, fazer planejamentos, organizar agendas etc. A reunião do apoio movimenta diferentes pautas: discussão de casos acionados pela UPA, Kanban e matriciamento de saúde mental; situações de tensão entre trabalhadores nas reuniões de equipe; movimentações para a produção do cuidado no território; planejamento de ofertas com os trabalhadores como grupo de tabagismo, grupo de obesidade e a formação em práticas integrativas: Liang Gong, Tai Chi Chuan, dentre outras. A produção de grupalidade entre os apoiadores acontece de jeitos diferentes, com momentos de compartilhamento em que os apoiadores pensam coisas diferentes e comuns; criam estratégias e conversam sobre os conflitos e também momentos em que se ocultam tensões e se abafam os desconfortos. A presença e o apoio do facilitador podem ajudar nesse processo. A construção de autoanálise do coletivo e problematizações sobre a caixa de ferramentas são aspectos importantes para o fortalecimento do apoio.

O espaço da EP de território é singular, processual, a depender do modo como os atores se conectam, suas apostas, movimentos e transversalidades; às vezes é produtivo, às vezes não dispara interesse e participação; dependendo do arranjo, os temas são combinados a cada encontro ou são pactuados previamente entre o coletivo. Nas EPs de território acontecem discussões de caso, construção de agendas compartilhadas, matriciamentos, projetos, alternativas de cuidado etc. É um encontro com potência para produção de redes vivas e agenciamentos de grupalidades. Ora se produz como rede fria, ora se produz como rede quente. Ora como rede formal, ora como rede viva. E várias vezes como tudo isso ao mesmo tempo.

Os modos de cuidar são produzidos no encontro. E no plano dos encontros o apoio como...

O matriciamento em saúde mental funciona como uma aposta na criação e fortalecimento de redes vivas. Sua construção nos territórios foi variada e de acordo com as apostas e negociações entre apoio, gestores e trabalhadores. As reuniões contam com o psiquiatra e/ou outros membros da equipe do CAPS, psiquiatra do território e equipes. Este processo vem aproximando profissionais, propiciando visibilidade e conversa sobre preconceitos, medos e dúvidas. Os apoiadores vêm contribuindo para esse processo por meio do planejamento coletivo com equipes e matriciadores, construção de fluxos, atendimentos compartilhados, planejamento de EP com psicóloga da UBS, grupos terapêuticos conduzidos por apoiadores, técnico de enfermagem e ACS, visitas ao CAPS e articulações entre equipe do CAPS e UBS, visitas domiciliares conjuntas etc. Em alguns territórios, profissionais dos CAPS participam semanalmente das reuniões de equipe. Em outros, os encontros se restringem ao matriciamento.

O dispositivo Kanban vem se efetivando no PS Central e no HC, reunindo diariamente a equipe hospitalar e apoiadores dos diferentes territórios. As discussões proporcionam uma mistura de linguagem e valores que abordam sintomas, procedimentos, histórias de vida e territórios existenciais dos usuários, provocando tensionamentos e desafios. O kanban se constituiu como potente espaço pedagógico para os apoiadores por meio das aproximações com a linguagem clínica e o raciocínio médico, transformados em ferramentas que enriquecem discussões e negociações entre apoiadores e equipes. As reuniões fomentaram novas grupalidades entre os apoiadores, relações de solidariedade e conhecimentos sobre os territórios.

O apoio é um importante articulador, mas outros atores também andam pela rede, fazendo função apoiadora, promovendo discussão de casos, encontros de EP etc. Os encontros do kanban possibilitaram conexões entre serviços (PS Central e UBS; PS Central e CER; apoio, UBS e PID). As reuniões produziram visibilidade para tensões no compartilhamento do cuidado entre PS Central e UPA, PS Central e CAPS, além dos desafios de compor com conselho tutelar, conselho do idoso, CREAS, para angústia dos apoiadores!

Podemos apontar outros efeitos do Kanban: comunicação entre equipe e apoio (ACS avisa da internação do usuário, equipes acionam o apoio para acompanhar o caso), produção de ferramentas para mobilizar discussões e análise dos processos de trabalho junto às UBS (planilhas, estudos de caso, contato entre assistente social do PSC e equipes etc.), aproximações da equipe do hospital com o território/equipamentos/equipes cuidadoras/famílias: maior possibilidade de compor um cuidado centrado nas necessidades do usuário, casos desconhecidos ganharam visibilidade.

Observatório de Rede

A educação permanente (EP) é um plano que transversaliza os espaços de encontro entre apoio, trabalhadores e gestão. Sua construção depende da movimentação de vários atores e mobiliza questionamentos: como vêm se armando os espaços coletivos nos serviços? Há fabricação de caixa de ferramentas para mobilizar modos de encontro que disparem reflexões sobre o cotidiano? Como se reconhece o espaço das reuniões?

Persistem as confusões entre EP e educação continuada, capacitações e matriciamento. A própria gestão ajuda a ampliar essa confusão com apostas em disputa. Às vezes os trabalhadores, mobilizados pela produção do cuidado, acionam o apoio ou outros atores com encomendas de EP, provocando encontros e coletividades potentes para repensar processos de trabalho e modos de gerir.

O apoio como dispositivo provoca, indaga, inventa, cria, desmancha, analisa, potencializa, cuida, amplia, conecta... e nesta criação coletiva podemos operar um cuidado centrado nas necessidades do usuário, acompanhado por uma rede mais sensível aos movimentos que a constituem, tecida pelos encontros e pelas experimentações.

Referências Bibliográficas

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 183p. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal**. 2010. 234p. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995a. v. 1.

_____. "O que é um dispositivo?" In _____ **O mistério de Ariana**. Lisboa: Ed Vega-Passagens, 1996, p. 83-96.

_____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

LOURAU, R. "Uma apresentação da análise institucional". In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. "Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação. Ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso". **Saúde em redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

_____. "Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista". **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 433-435, jul/set. 2010.

As tantas formas de violência, as dobras e redobras: Entremuros, entre asfalto e favela, entre milícia e polícia, entre afetos e afecções

Magda de Souza Chagas

Introdução

Nelson Mandela abriu o primeiro Relatório mundial sobre violência e saúde da Organização Mundial de Saúde com a declaração de que o século XX será lembrado como século marcado pela violência e nos deixa um legado de destruição em massa e violência imposta; acrescentou ainda que menos visível que este legado, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário (WHO, 2002):

É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, pessoas idosas maltratadas por aqueles que são os responsáveis pelos seus cuidados, jovens oprimidos por outros jovens e pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias.

Neste mesmo relatório a saúde pública foi apontada como forte parceira na construção de caminhos possíveis para o enfrentamento da violência, uma vez que abarca diversas disciplinas, incluindo medicina, epidemiologia, sociologia, enfermagem, psicologia, criminologia, educação, economia e cuja abordagem coletiva e ações cooperativas de vários setores (saúde, educação, serviços sociais, justiça e política) são necessárias para solucionar o que normalmente é visto como problemas puramente “médicos” (WHO, 2002). O que desloca a saúde e todos seus equipamentos para o lugar de ator partícipe, um agente que pode realizar intervenções significativas e assegurar direitos dos cidadãos em territórios imersos na violência. Ter o foco neste posicionamento integrativo e participativo da saúde, mais especificamente dos profissionais da saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Rio de Janeiro frente à violência, é o objetivo deste texto.

A pesquisa Rede de Atenção Compartilhada (RAC) está presente em 3(três) áreas programáticas no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2005)⁶⁴ localizadas na zona oeste, na zona norte e na zona sul da cidade. A escolha, que contou com a participação ativa do gestor, teve como intenção a possibilidade de entrarmos em contato com distintos territórios no que tange à formação histórica, densidade populacional, cobertura de ESF, dispositivos assistenciais, composição da rede de serviços de saúde

64 O município do Rio de Janeiro subdivide seu território e trabalha com Áreas Programáticas ou Áreas de Planejamento. As Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, dessas com a população usuária desses serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área.

e grau de dependência do Sistema Único de Saúde (SUS). A diversidade dos territórios também guarda outras distinções como a presença e oferta de serviços do Estado e assim a maneira de enfrentar as questões da violência.

A violência urbana na cidade do Rio de Janeiro – O visível e o invisível da violência

Na cidade do Rio de Janeiro a violência urbana é um fenômeno visível que perpassa e atinge a todos, algo que tem se tornado cada vez mais comum nos grandes centros. Para alguns, a violência que ocorre na cidade é similar à guerra civil, e em uma rápida busca na internet com a expressão “guerra civil no Rio de Janeiro”, encontramos uma variada gama de informações em jornais, vídeos e imagens neste sentido. Para quem considera que vivemos em estado de guerra civil, alguns pontos falam a favor como a taxa de mortalidade por arma de fogo e a especificidade do armamento utilizado e a consequente necessidade de adequação dos serviços de emergência para atendimento às vítimas com treinamento realizado para feridos em situação de guerra.

No entanto, as expressões da violência são muitas e não apenas a do conflito armado. Vivemos entrelaçados entre a violência visível e a violência invisível. A primeira é estampada cotidianamente como manchetes dos jornais, aparecem na televisão no horário nobre e expressam as tensões das sociedades em conflito. Já a violência invisível está relacionada aos indivíduos mais vulneráveis, o sofrimento individual diário. Também neste entrelaçamento estão os trabalhadores da saúde no exercício das suas atividades.

Nesse sentido é provocador pensar: Como é construir rede viva e produção de cuidado diante da violência e os limites e/ou barreiras impostas aos usuários e profissionais da saúde como acontece com o tráfico ou a milícia? Como no caso da Rede Cegonha em que a ambulância de transporte é proibida de acessar algumas áreas dominadas pelo tráfico. Como sustentar o cuidado e enfrentamentos ao lidar com a violência no espaço privado de quem mora “no asfalto”? Como no caso de idosos que vão de descuidos com alimentação e impedimento de acesso aos serviços de saúde pelos próprios familiares, passando pelo abandono até ao encarceramento privado e ameaças aos trabalhadores da saúde. Como resistir e produzir potência em si e para o outro diante da violência a que são submetidas algumas famílias? Como o caso da família que apresentava sofrimento emocional ao saber que um dos traficantes já apontara intenção de “ter” a filha mais nova que era adolescente. Como construir rede de cuidado para usuário da saúde mental que o tráfico já tinha jurado de morte? Caso de um jovem em que os trabalhadores, para a construção de rede protetora local, articularam com traficantes. Como sustentar um serviço de saúde, única oferta e presença do Estado em uma comunidade dominada por traficantes e milicianos, em constante confronto? Caso de uma unidade de saúde presente no território disputado por traficantes e milicianos – e as vezes a segurança pública (polícia militar) – em que a presença da saúde já representa disputa do território físico e dos territórios existenciais. Diante da constante troca de tiro que colocava em risco os usuários e trabalhadores presentes no serviço, trabalhadores decidiram em assem-

As tantas formas de violência, as dobras e redobras: Entremuros, entre asfalto e favela, entre ...

bleia manter a oferta do serviço e assim a construção de um muro de proteção. Um muro de proteção e resistência.

A decisão e a coragem de sustentar o cuidado em território cercado pela violência

Ser trabalhador de saúde na cidade do Rio de Janeiro é colocar-se em experimentação constante. Em alguns casos os serviços de saúde encontram-se cravados no meio das favelas, o que pede desenvolvimento de outras novas habilidades que somente quem mora nesses territórios aprendeu. Assim como saber interpretar os sinais de tensão, tensão eminente ou de tranquilidade na língua local. Temos como exemplo a primeira visita das pesquisadoras na maior favela da América Latina, quando foi solicitado que durante o trajeto na comunidade não utilizássemos cinto de segurança (poderia ser confundido com uma arma visto de longe), nem telefone celular (poderia ser interpretado como passagem de informação), nem tão pouco fazer fotografias (poderia ser interpretado como mapeamento local). Éramos estrangeiras no local e facilmente identificadas como tal, acolhemos os sinais e seguimos adiante. No entanto, que outros sinais existem?

Um dos dispositivos que a SMS-Rio criou para entrar e manter em atividades (quando possível) os serviços de saúde em territórios circundados pela violência é o Acesso Mais Seguro (AMS). Abordagem original e operacional para a proteção do acesso à saúde da ESF em algumas comunidades do Rio de Janeiro, principalmente naquelas com presença de conflito armado. A estratégia tem como fonte a experiência prática do Comitê Internacional da Cruz Vermelha na atuação em áreas de conflito armado, que adaptou proposta em parceria com a SMS-Rio, voltada basicamente para o profissional da saúde que trabalha em comunidades, onde é realizada análise do território a partir dos riscos de vulnerabilidade à violência armada e assim estabelecido um plano de segurança (PS) focado na realidade de cada área. A análise toma a experiência prática principalmente dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) que mapeiam a situação local por meio de sinais e através da definição de comportamentos seguros, da comunicação entre as equipes e destas com o território, sistematizam procedimentos de segurança (ABRAHÃO, 2015). Os critérios e a classificação de risco são estabelecidos previamente junto com as equipes, no que as mesmas consideram como risco aceitável para o trabalho, risco moderado e risco grave, apesar da violência (CCIV, 2014; CCIV, 2016).

O que temos, como enfrentamentos?

Um serviço de saúde localizado em algum dos territórios da cidade do Rio de Janeiro que vive com a violência na beira-porta experimenta o entre na intensidade. Entre o asfalto e a favela, entre a milícia e a polícia, entre a produção de cuidado e as constantes mortes, tudo isso transborda desdobramentos, experimentações e tensões que não são pequenas, ganham distintos desenhos e contornos e impactam diretamente na construção do cuidado de si e do cuidado do outro. Nesses territórios sustentar a decisão de produzir cuidado coloca cada ator em constantes desconfortos,

incômodos, invenções, desterritorializações, alguns refrescos reterritorializantes e contínuas e reafirmadas apostas de que “toda a vida vale a pena”. Tudo está imbricado, emaranhado e assim a produção de cuidado e reorganizações de redes (incluindo a de atenção à saúde), se constituem potentes ou frágeis.

Ao mesmo tempo a violência parece convocar, dentre tantos necessários movimentos, a urgência de novos olhares e construções relacionadas à intersectorialidade. Ouvir (ou ver) que mesmo na presença da violência em alguns territórios existe maior permeabilidade de alguns serviços e não de outros, como é o caso da “permissão” da entrada de oferta/atividades culturais diferente do impedimento do transporte público, como da Rede Cegonha, nos expõe e convoca repensar relações intersectoriais. O que temos trabalhado intersectorialmente e o que tem se constituído nos territórios para além do que esperamos ou conhecemos? A saúde urge rever o agir intersectorialidade, as relações para além do foco na saúde, a necessidade de mais e outras estreitas relações com o judiciário, com a polícia, com a cultura, com a habitação, com as religiões no território e outros.

Ali diante da tênue linha entre a produção de cuidado e a construção de redes no enfrentamento na/da fragilidade e frente a situações de violência, alguns equilibristas se aventuram, se misturam, se expõem e reafirmam as construções e apostas de que “toda a vida vale a pena”. Navegar nestes territórios exige novas construções e ferramentas dos trabalhadores, novos corpos, novos olhares, um desenvolver-se “anfíbio voador”.

O que os trabalhadores apontam ao persistirem, ofertarem e sustentarem o cuidado em territórios como mencionados acima é que podemos modificar e contrapor à “cultura da violência” com resistência. A segurança e a tranquilidade não acontecem simplesmente, elas são o resultado de consenso coletivo e investimento público.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, Ana L. *et al.* **Relatório da frente de pesquisa do Rio de Janeiro**: Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa. Março de 2015. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). **Assistência à Saúde em perigo: analisando o caso**. Genebra, 2014.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). **Brasil: “Ser enfermeiro é ajudar, estar próximo, cuidar”**. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/brasil-ser-enfermeiro-e-ajudar-estar-proximo-cuidar?language=en>. Acesso em: 21/06/2016.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). **Brasil: Trabalhando em parcerias para reduzir as consequências humanitárias da violência no Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/rio-de-janeiro-trabalhando-em-parcerias-para-reduzir-consequencias-da-violencia>. Acesso em: 21/06/2016.

INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS (ICRC). **Report Protecting health care: key recommendations**. Genebra, 2014.

KRUG, Etienne G, Dahlberg Linda L, Mercy, James A, Zwi, Anthony B, Lozano, Rafael. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

Mergulhos intensos de uma equipe da atenção básica na produção de cuidado e rede em situações de fragilidade e/ou vulnerabilidade

Magda de Souza Chagas

Introdução

A atenção básica tem passado por mudanças significativas nos últimos anos no país, para além do enfrentamento e tensão entre modelos de atenção, a construção de novas relações entre profissionais da saúde e usuários e a incorporação do território para além do território físico. Experimentações e produções do cuidado nos territórios existenciais (GUATTARI, 2001). Sim, a atenção básica expandiu a cobertura e a sua *“organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais, para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica”* (BRASIL, 2011). Sendo assim, é necessário refletirmos com mais intensidade sobre a qualidade da gestão do cuidado e as práticas em curso nas equipes.

Algumas construções de vínculo e responsabilização do cuidado com usuários ganham dimensões diferenciadas e questionam positivamente os resultados alcançados que são medidos por indicadores previamente pactuados. No entanto, já não é suficiente apostar somente nas regras, nas evidências ou algoritmos de atendimentos diante de usuários que não aderem aos tratamentos propostos, ou resistem às ofertas mesmo vivendo situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade. Estes usuários que poderiam ser (e são para muitos) considerados à margem, ou dispensados com facilidade dos serviços de saúde, exigem dos profissionais/trabalhadores e gestores reinvenções constantes na aproximação, no vínculo e na construção da oferta de cuidado, pois o pedido de ajuda pode ser simplesmente comparecer ao atendimento.

O que as equipes de atenção básica têm produzido na construção de cuidado diferenciado e singular frente à fragilidade ou vulnerabilidade do usuário é a estrutura central deste texto, que nasce do acompanhamento durante 9 (nove) meses de uma equipe da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro, com participação regular nas reuniões onde aconteciam as discussões de casos. A observação participante e o uso de diário de campo foram fundamentais, e posteriormente ocorreu apresentação, discussão e troca dos recolhimentos com a equipe. A construção lenta e progressiva de pertencimento e não pertencimento, sobreveio no melhor sentido do ser *“Estrangeiro”* da música de Caetano Veloso, e assim produziu tanto na *“pesquisadora”* quanto nos trabalhadores de saúde repetições e diferenças.

[...] O antropólogo Claude Levy-Strauss detestou a Baía de Guanabara:
Pareceu-lhe uma boca banguela.

E eu menos a conhecera mais a amara?

Sou cego de tanto vê-la, de tanto tê-la estrela

O que é uma coisa bela?

(VELOSO, 1989, grifo meu)

Nas reuniões, os casos que poderiam ser denominados complexos dominavam completamente a pauta, não apenas pela necessidade de aprofundamento das questões para tomada de decisões que ocorriam em discussões interdisciplinares, mas principalmente pela elevada quantidade de casos complexos, como por exemplo: de gestante adolescente usuária de droga, com diagnóstico de tuberculose, HIV+ e com questões junto à justiça; adolescentes usuários da saúde mental com tentativas de suicídio que moravam tanto “na comunidade” como “no asfalto”; paciente da saúde mental em situação de crise sustentada na comunidade e que determinou criação rede de apoio para cuidar dele e dos irmãos menores que estavam sob sua guarda; ou ainda de idosos em cárcere privado em apartamentos “no asfalto”.

O caso e a visibilidade em dobra para a equipe

Para este texto será apresentado um dos casos escolhidos pela equipe, que expressa os territórios trilhados. Para garantir o anonimato o nome da usuária será: *Chego com a tarde*. Uma vida que vive no limite da fragilidade e vulnerabilidade, que chama para a cena os sentimentos mais distintos dos profissionais que precisam reinventar formas de produzir cuidado na precariedade, lidar com seus julgamentos morais, seus sofrimentos diante da incapacidade de resolver alguns problemas, os limites da clínica, a construção de outras redes fora da formalidade e ainda a dificuldade diante da necessidade de desenvolver políticas intersetoriais. Situações que constantemente falamos, defendemos, discutimos, mas que pedem constantes atualizações e realizações na vida, no fazer diário.

Chego com a tarde

Chego com a tarde tem 24 anos, aos 2 anos a mãe cometeu suicídio e ela foi morar com a avó, dos 9 aos 11 anos foi abusada sexualmente por um vizinho e um familiar, usuária de drogas e no curso do uso da droga continuou a sofrer violência sexual. Procurou a unidade para uma investigação pontual (mama) e na “investigação” descobriu a gravidez. Durante a gravidez, a partir do vínculo que estabeleceu com alguns membros da equipe, em especial com a enfermeira que disponibilizou seu número de telefone celular pessoal para garantir acesso e contato, conseguiram construir com ela relação de confiança e vínculo e outras possibilidades de horários para atendimento, dado que os horários previamente agendados não funcionavam, não surtiam efeito. No momento do parto, ao entrar na instituição de alto risco/maternidade, com receio de problemas para criança relatou uso de drogas. Vale destacar que atualmente, seguindo orientações, as assistentes sociais dos hospitais e maternidades diante da informação de gestante usuária de drogas, principalmente o crack, comunicam ao Conselho Tutelar e quando não tem condições físicas ou psicológicas de ficar com o bebê, após o parto a mãe perde a guarda do filho que é encaminhado à Vara da Infância e da Juventude e posteriormente

a um abrigo de menores. No entanto, contrariando as normas, ou simplesmente atenta à vida, mais que às normas, a assistente social da instituição em que estava Chego com a tarde não comunicou imediatamente o uso de drogas, aguardou o nascimento e observou a relação de cuidado que a mãe estabeleceu com o bebê e resolveu investir na relação de vínculo e quem sabe em possível reestruturação da mãe a partir daquela relação. Assim a assistente social da instituição de alto risco/maternidade entrou em contato com a equipe da atenção básica e construíram juntas uma rede de cuidado para com franca articulação entre a instituição hospitalar, a atenção básica e a família. A mãe saiu da unidade hospitalar com a garantia da guarda da bebê e a assistente social foi pessoalmente passar o caso para a equipe na unidade básica de saúde. Manter a decisão de não usar mais drogas foi difícil para esta mulher que queria garantir ficar com a filha, dado que já tinha “perdido” duas outras, uma para o pai da criança e outra para a Vara da Infância. Sustentar a decisão de não usar drogas era difícil frente à ociosidade, as constantes confusões que passaram a ocorrer na família dada a orientação sexual que experimentava e ainda tinha a proximidade da “boca de fumo”. Tudo isso a deixava insegura. Diante da impossibilidade de ofertas de instituição que pudessem propor atividades, inclusive com oferta que acolhesse também a filha, a equipe passou a convidá-la a passar as tardes no corredor de atendimento da unidade e pediram ajuda à equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para realização de qualquer atividade e assim uso do tempo. Entretanto reconheciam o limite, a inconstância na oferta e ainda o receio de não conseguirem sustentar apoio à decisão de não uso das drogas. A questão que sempre surgia era: Quais são as ofertas para alguém como Chego com a tarde, que resolve não usar mais drogas? Oferta diferente das clínicas religiosas, uma vez que ela já tinha passado por uma na Baixada Fluminense sem êxito. Para a equipe era muito ruim pensar na possibilidade de não conseguir sustentar a decisão dela e neste caso estava envolvida a possibilidade de perder a guarda da filha e entrega novamente ao crack.

O que Chego com a tarde traz para a conversa?

A escolha ocorreu por similaridades com outro caso que a equipe acabara de vivenciar com desfecho fatal e que tinha deixado marcas “traumáticas” em todas. No entanto deixaram claro que este era apenas mais um caso no meio de tantos com enredo semelhante. Este caso, assim como outros, atravessava os limites da atenção básica habitualmente conhecidos, nele mais de uma rede de cuidado se entrecruzava (cegonha, crack e justiça), colocava em evidência e “em xeque” a responsabilização da equipe inclusive na garantia da continuidade do cuidado em outro equipamento da saúde e a articulação em rede da atenção básica e a rede hospitalar.

A situação em questão expõe o quanto a Rede Cegonha definida na portaria é insuficiente e não dá conta do mundo da vida e usuárias e trabalhadores da saúde criam novas redes e arranjos para o cuidado. Protocolos, normas e leis precisam de atualização constante e repactuação das questões, principalmente as relacionadas à intersetorialidade, como no caso do código civil, a perda da guarda e as apostas na vida de qualquer pessoa. A Rede Cegonha, ou mesmo o programa Cegonha Carioca, não colocam na pauta a situação que esta experimentou, como tantas outras no país. Ou seja, o que fazemos quando as redes de cuidado se cruzam na pessoa? Uma

gestante como esta exige cuidados singulares, escuta cuidadora, tempo e encontros individualizados com ofertas que sustentem, junto com a equipe o cuidado fora do estabelecimento de saúde.

Foi (ainda é) significativa a aposta na vida de *Chego com a tarde*, tanto pela equipe da atenção básica que segue fazendo ofertas e apostas diferenciadas (como reunião com a família para discussão sobre a orientação sexual que ela estava experimentando, no caso a bissexualidade), assim como a observação singular da assistente social que defendeu a permanência da bebê com a mãe e assim também apostou na vida e cuidado com *Chego com a tarde*. É possível perceber que essas trabalhadoras da saúde se experimentaram sob a égide do “efeito pororoca”, onde os trabalhadores se deixam afetar pelas relações e saberes, recebendo de volta, como aprendizagem, o agir e o saber do outro (SILVA, 2004).

Existe trabalho realizado para além da rede estabelecida nas portarias, existe construção de rede viva (MERHY *et al.*, 2014), de rede de afetos e cuidado, sendo ou não coordenada pela saúde, mas que pode e deve ser incorporada pelas equipes. Como neste caso em que foi construída uma rede articulada com a instituição de atendimento à gestação, construção de rede de desejos de ser (questões profissionais e de descobertas como habilidade para massagem) e possibilidades na relação direta com gestante (depois puérpera) na busca de entender, ofertar e participar do processo de “recuperação” dela, articulação e construção constante junto ao Conselho Tutelar na garantia da permanência da guarda e ainda ampla rede de afeto e cuidado envolvendo profissionais da equipe mais o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e deixando-se envolver com/na relação família.

A intensidade dos acontecimentos que essa equipe vivenciou e tem vivido não “são bolinhos” e olhar cuidadosamente para isso é urgente e necessário no sentido de oferecer suporte para que continuem sendo e experimentando-se em produção de subjetividade. O cuidado construído com/para cada um que apresenta extrema fragilidade na condução da vida (gestantes, adolescentes, usuários da saúde mental, idosos encarcerados) toda a complexidade que envolve todos os casos... a equipe realiza enfrentamento no trágico, sem fuga. O que não deixa de afetar os corpos de cada trabalhador!

Podemos tomar aqui o Efeito Sanfona/Efeito Bandoneón (CHAGAS, 2016) ao olhar a relação dos profissionais com os usuários e produzir assim um cuidar de si. Um aproximar-se e afastar-se, um vai e vem, certa elasticidade diante da delicadeza necessária. No entanto, não é possível ficar o tempo todo aberto e nem o tempo todo fechado. Se assim for não se produz música e há risco de perder o instrumento, a potência, a vibração, a afinação. Um instrumento fechado não se experimenta nas tantas possibilidades na vida.

A proximidade e relação in-munda da equipe de saúde, principalmente com os usuários em situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade, impunha questionamentos e reposicionamentos dos membros da equipe, como foi o caso da discussão de redução de danos para *Chego com a tarde* quando foi citado o uso da maconha no lugar do crack; ou o envolvimento dos trabalhadores da saúde em questões para além do que comumente poderíamos denominar estar na competência deles, como

a equipe chamar a família para conversar e contextualizar a possível bissexualidade de Chego com a tarde. Se existe a micropolítica, brinco com a ideia de que elas estão lidando com a nanopolítica. Mergulhos intensos pedem respiros. Como cuidar da equipe e de cada um?

Reflexões

A ideia de que a vida de qualquer pessoa vale a pena deve ser levada ao máximo efeito e pessoas em situação de vulnerabilidade e fragilidade precisam de rede de cuidado diferenciada. Esta rede não deve ser entendida apenas como a rede de serviços, que precisamos fortalecer e articular para que seja resolutive, mas esta rede deve incluir a vida do usuário, suas dores e amores, suas próprias redes de proteção familiar, de amigos, de bairro, seus territórios existenciais e assim a existência em redes vivas.

Está em curso a intensidade nos encontros e invenções na construção de vínculo e responsabilização que os profissionais da equipe estabelecem, principalmente com usuários em situação de fragilidade ou vulnerabilidade, como gestantes usuárias de drogas, idosos que moram sozinhos abandonados pela família, usuários da saúde mental em acompanhamento na crise e pós-crise, aqui incluídos os adolescentes e outros. Existe uma aposta na vida e não foi percebido movimento de fuga para evitar encontros, o mergulho que os profissionais fazem é intenso na relação com alguns usuários, mas eles estão sem proteção, sem apoio, sem rede de cuidados que abra reflexão sobre os afetos alegres e tristes que experimentam.

No bojo das mudanças na atenção básica, uma delas foi a inserção da saúde mental, que tem como um dos pressupostos básicos, dado que atenção básica é um ponto do sistema mais próximo da vida das pessoas, a inclusão e habilitação da sociedade para conviver com as diferenças.

Foi interessante perceber que a equipe desconhecia, ou não conseguia reconhecer o trabalho que realizava com aqueles que ninguém desejava ver na unidade de saúde porque eram loucos, drogados, sujos e etc. O que faz pensar quantas equipes existem como esta que produzem trabalhos singulares e potentes e que não se reconhecem e não são reconhecidas? Com a equipe *Caminhos* (nome fictício) isso ganhou visibilidade durante a devolutiva, melhor seria dizer o movimento de tornar visível para a própria equipe o que ela produzia junto aos usuários. Elas se sentiram tocadas na pele, o que carregou à superfície sentimentos de reforço identidade e valorização. Como expressaram algumas:

“Se eu posso falar de um momento de sucesso nessa vivência está sendo essa agora, do tipo construir identidade e ver que a minha equipe por mais que pareça que a gente não está conseguindo resolver nada, a gente conseguiu muita coisa que a gente não percebeu. Entendeu? Eu acho que este está sendo nosso primeiro folego depois do mergulho. (O primeiro respiro de verdade, completa outra). O primeiro respiro. O primeiro sucesso que eu pensava que eu não estava conseguindo. Que parecia impossível, que a gente está promovendo um cuidado que realmente é diferencial. Eu acho que foi muito bom para a saúde da equipe vocês

aqui e darem este *feed back*. De valorização mesmo, sabe? É isso!” (Isadora –Trabalhadora da saúde)

“É muito melhor porque nos dá uma visão melhor enquanto equipe. Você vir aqui e observar às vezes traz para nós o que a gente não se percebe e entra até uma questão de valorização, porque às vezes a gente está tão centrada em fazer e fazer, que nem nota quão bacana o nosso trabalho é, entendeu? Você fala e eu fiquei pensando: Caramba, a gente realmente está fazendo isso tudo por ela! Entra como estímulo e entra como reforço de identidade enquanto equipe, a força que nós temos.” (Flora –Trabalhadora da saúde)

“Acho que é bem por aí! Porque esta equipe já foi bem estigmatizada, que era difícil, que era mais complicada, que ninguém queria fazer nada... pode ser, mas está provado que a gente pode não fazer igual ao outro, mas a gente não faz menos, a gente só faz diferente. Talvez a gente se aprofunde mais em poucos casos, mas são os casos de maior vulnerabilidade que estão precisando naquela hora. A gente vai... doa a alma e vai até o fim. Então eu acho que... Você trouxe um pouco isso.” (Aurora –Trabalhadora da saúde)

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, Ana Lúcia; Merhy, Emerson Elias; Gomes, Maria Paula Cerqueira; Tallemborg, Claudia; Chagas, Magda de Souza; Rocha, Monica; Santos, Nereida Lucia P; Silva, Erminia; Vianna, Leila. “O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. *In*: Gomes, Maria Paula Cerqueira e Emerson Elias Merhy. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1 ed. Porto Alegre: REDE UNIDA, 2014, v. 1, p. 155-170.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

CHAGAS, Magda de Souza. **Chamei a morte para a roda ela quis danças ciranda, mudança: estudo descritivo sobre o processo de cuidar diante da finitude**. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2016. Mimeo.

GUATTARI, Félix. **As Três Ecologias**. ed. 7ª, Editora Papirus, 2001.

MERHY, Emerson; Gomes, Maria Paula Cerqueira; Silva, Erminia; Lima, Maria de F.; Cruz, Kathleen T.; Franco, Túlio B. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicação para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em Saúde para o debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out 2014.

SILVA, Ana Lúcia Abrahão. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2004.

VELOSO, Caetano. Música “Estrangeiro”. Álbum: **Estrangeiro**. Polygram/PPD-1069, 1989.

O inesperado: uma aposta mirando a gestão de leitos concretizou-se como dispositivo de produção de cuidado em rede

Débora Cristina Bertussi
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

O município de São Bernardo conta com quatro hospitais e três ambulatorios de especialidades próprios em sua rede de serviços de saúde, todos sob gestão própria. Isso aumenta a governabilidade do município sobre seus arranjos de rede. Mas mesmo assim, a operação da articulação dos hospitais com o restante da rede e a produção de mudanças na atenção especializada não tem sido simples.

Gestores de todos os hospitais e dos ambulatorios de especialidades estiveram envolvidos na produção de vários dispositivos que pretendiam favorecer a produção de redes e o compartilhamento de referências conceituais em todos os serviços. Um exemplo disso foi um dispositivo de educação permanente formalizado como uma especialização em gestão do cuidado em rede que foi efetivado por meio de grupos territoriais que envolviam gestores, apoiadores e trabalhadores dos diferentes serviços de saúde.

O curso proporcionou um repertório comum. Projeto Terapêutico singular. Tecnologias leves. Educação Permanente. Integralidade. Possibilitou espaços coletivos públicos para a construção de relações entre gestores de diferentes equipamentos. Reconhecimento de possibilidades e limites recíprocos. Mas não foi suficiente para homogeneizar as lógicas de produção da gestão. Aliás não só com os hospitais, mas na gestão em geral.

Os hospitais participaram de todos os movimentos transversalizadores que a gestão central propôs, mas apostaram simultaneamente em outras lógicas de profissionalização da gestão (especializações na FGV, no PROAHSA/HC FMUSP, por exemplo).

Foram sendo produzidos cruzamentos interessantes. Eles com suas planilhas, nós com nossos analisadores e dispositivos. De todo modo, os gestores hospitalares reconheceram a importância de estar em rede e aprenderam na prática que protocolos, dispositivos e outras invenções propostas pela gestão só emplacam se fizerem sentido para os trabalhadores. Aprenderam que monitorar nem sempre é suficiente para cuidar de um processo.

Mas não se conseguiu efetivar a participação nas reuniões de território, pois não faziam sentido para os hospitais e seus trabalhadores. Só quando algum tema puxava a participação direta dos hospitais é que eles vinham (como convidados) aos vários territórios.

Qual não foi a surpresa coletiva quando a partir de um dispositivo para a gestão de leitos, a articulação do hospital com o restante da rede desabrochou!!!!

O kanban foi inventado na onda do toyotismo na gestão da produção industrial para favorecer o planejamento da produção e o controle de estoques ou fluxos de produção por meio de sinais visuais e quadros. De acordo com a quantidade de cartões dispostos nos quadros, são tomadas as decisões de priorização da produção.

O Kanban foi adaptado para a gestão hospitalar como uma ferramenta de gestão do tempo de permanência, levando em conta os recursos e necessidades diárias dos usuários (HEISLER, 2012). Mas em SBC tem sido utilizado nos hospitais como ferramenta de gestão do cuidado.

Nesses hospitais, as reuniões para discussão dos casos dos usuários internados e de seus projetos terapêuticos passaram a ser realizadas em equipe multiprofissional. Equipe multiprofissional, no caso, são as equipes de referência nas unidades hospitalares (médicos horizontais, enfermeiros reportadores, enfermeiros rotinas⁶⁵ e enfermeiros plantonistas, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, psicóloga, direção técnica, superintendência e profissionais do NIR⁶⁶). Por iniciativa das próprias equipes hospitalares, os apoiadores em saúde referenciados aos nove territórios de São Bernardo foram incluídos nessas discussões de caso.

A aposta inicial era construir com as unidades de saúde nos territórios a possibilidade de alta. Mas a presença dos apoiadores e as informações de contexto de vida que traziam a respeito dos usuários passaram a interferir na produção dos projetos terapêuticos durante a própria internação. Com o tempo, foi sendo construída também a perspectiva de continuidade do cuidado em rede, havendo a possibilidade de articulação com vários serviços a depender das necessidades identificadas.

No começo os encontros não foram nada simples. As equipes de apoiadores são compostas por diversos profissionais em geral sem experiência hospitalar (fisio, fono, t.o., psicólogos, educadores físicos, sociólogo, assistentes sociais) e completamente estranhos aos códigos utilizados numa discussão clínica de caso hospitalar. Siglas óbvias para uns eram completamente obscuras para outros. E vice-versa. As definições básicas das políticas de saúde, por outro lado, eram completamente ignoradas pelas equipes hospitalares (SUNDFELD, 2016).

Depois de um grande esforço inicial, foram sendo construídas referências comuns. De modo que atualmente no espaço do Kanban são discutidos os procedimentos, a situação dos agravos e comorbidades, mas também a vida e os modos de viver dos usuários, as lógicas da produção de redes e de compartilhamento, a transição e a continuidade do cuidado.

As surpresas

Aos poucos, foi crescendo a percepção de que os casos que caem na “rede do kanban” podiam funcionar como “radares” de rede, ou seja, podem ser analisadores das dificuldades de articulação e continuidade do cuidado. Assim, começamos a colocar em análise as internações recorrentes de portadores de doenças crônicas, principalmente diabéticos, hipertensos, cardiopatas, pneumopatas crônicos, nefropatas e

65 Existem três possibilidades de trabalho para os enfermeiros nos hospitais: reportadores são os enfermeiros diaristas que apresentam os casos na reunião do Kanban; rotinas são enfermeiros responsáveis pela condução do trabalho da equipe de enfermagem nas unidades de internação. Também há enfermeiros plantonistas porque o número de enfermeiros nas outras posições não é suficiente para cobrir as necessidades.

66 Núcleo Interno de regulação – NIR.

O inesperado: uma aposta mirando a gestão de leitos concretizou-se como dispositivo...

acamados; Internações da saúde mental; abandono de idosos e crianças; alta vulnerabilidade social; crianças menores de 1 ano; desnutrição severa; situações de violência; neoplasias diagnosticadas durante a internação; situações de terminalidade.

A negociação e articulação deste espaço teve que ser produzida com delicadeza, já que é tenso o debate sobre o cuidado que não foi efetivo e levou às reinternações. Culpa de quem? Melhor não procurar culpados, mas entender os atravessamentos ocorridos. Conversa potencialmente ainda mais tensionada e conflituosa já que envolve os trabalhadores de lugares tão diversos da rede, que habitualmente se estranham e desconfiam uns dos outros. Coisa mais fácil de acontecer é uma discussão de caso envolvendo trabalhadores de vários pontos de rede transformar-se em batalha campal recheada de acusações mútuas...

O Kanban provocou movimentação também nos arranjos organizativos dos apoiadores, já que eles trabalhavam de modo isolado por território e havia até uma certa competição entre os diferentes grupos. Pela intensidade das agendas e a frequência das reuniões do kanban, não dava para apoiadores de todos os territórios participarem de todas as reuniões. Tiveram que se organizar em grupos. Trocar figurinhas. Compartilhar informações, casos, estratégias e providências. Foram produzidas novas grupaldades, outros tipos de encontro. Intensificou-se também a conexão entre apoiadores e equipes nos territórios, foi criado grupo de WhatsApp dos apoiadores com as equipes hospitalares (quem diria??) Tudo isso estimulou aproximações e cooperações entre eles.

Muitos usuários internados que “chamavam” rede pediam mais conversas, compartilhamento de dificuldades, angústias, tensões e construção de responsabilização entre equipes de diferentes serviços. A mistura e a aprendizagem de linguagens, potencializou a conversa dos apoiadores com as equipes da atenção básica, especializada e saúde mental.

Toda a equipe teve que se ver com a mistura de linguagens e de modos de pensar: linguagem biomédica, discussões de sinais, sintomas, diagnóstico, exames e procedimentos e também o debate sobre o modo de caminhar a vida dos usuários, suas questões, vulnerabilidades. Complexidades de ordens distintas. Tudo isso atravessa intensamente a gestão e produção do cuidado. Todos tiraram proveito disso. Apoiadores ampliaram suas possibilidades de diálogo com médicos e enfermeiros de todos os pontos da rede por terem entendido de algum modo a montagem de seu pensamento. Médicos do hospital estão discutindo a política de saúde mental. Enfermeiros do hospital estão pedindo e operando processos de educação permanente.

Não foi tranquila a inclusão das equipes dos vários lugares da rede nesse processo. Mais trabalho? Questionamentos sobre a qualidade do trabalho de cada lugar? Conflitos. Mas, aos poucos, a possibilidade de produzir cuidado compartilhado em rede foi conquistando adesões. Enfermeiros e ACS participando das reuniões de Kanban quando usuários de seu território estavam em questão possibilitaram maior conexão das respectivas equipes com os usuários e suas famílias. Trabalhadores do hospital indo para os territórios das ESF e também negociando diretamente com a equipe da reabilitação (CER).

Esse movimento favoreceu não somente a transição do cuidado entre hospital e UBS, mas a continuidade do cuidado!

Como comentamos, ao longo dos anos, tínhamos lutado sem efeito pela aproximação das equipes dos hospitais dos processos de construção com os territórios. E o Kanban teve a capacidade de produzir essa mistura. Mais forte para uns profissionais do que para outros, é claro. Mas arrastando a todos de algum modo.

Quando podíamos imaginar que membros da equipe do hospital pudessem estar juntos no território com a equipe da atenção básica? Quando uma equipe de hospital pediria apoio para as equipes da atenção básica, especializada, saúde mental? A resposta não é única. Quando há espaço para produzir esta articulação e quando articular-se é uma necessidade reconhecida por todos.

A operacionalização deste espaço resultou um potente dispositivo de produção de rede, porque fez sentido para todos, já que a produção do cuidado pretendida pedia conversa, articulação, compartilhamento e muita movimentação. Apesar dos ruídos, disputas e tensões inevitáveis, que precisam sempre ser manejados. Os espaços e as articulações precisam de cuidado, apoio e autoanálise para vingarem.

O processo não corre igual nos dois hospitais em função de diferentes apostas e manejos da gestão, modos de produzir equipe, disputas com o hegemônico, abertura aos de fora, permeabilidade de todos às diferenças etc.

Em vários momentos alguns “casos do Kanban” foram apresentados e discutidos nos espaços coletivos de gestão da secretaria de saúde, “invadindo com a vida a agenda da gestão” e possibilitando exercícios autoanalíticos também nesse âmbito. Interrogação e desmanchamento de arranjos e fluxos, de normas e pactos. Reconhecimento de que há vida inteligente, invenção e proposições em todos os espaços da rede e não somente na gestão formal.

Referências Bibliográficas

HEISLER, P. A. **Aplicação da metodologia kanban como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência**. Trabalho de conclusão e curso para obtenção do grau de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – GHC e Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/FIOCRUZ. Disponível em: <http://arca.iciet.fiocruz.br/bitstream/iciet/6505/1/TCC%20Paulo%5B1%5D.pdf> . Consultado em 21/06/2016.

SUNDFELD, A. C. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo** [Tese]. Doutorado em Saúde Pública – FSP-USP. – São Paulo: USP / Faculdade de Saúde Pública, 2016. 207p.

.....
Textos produzidos para o Primeiro Encontro Nacional
dos Pesquisadores da RAC que nos agenciaram
produzindo efeitos-ideias para a construção do campo
de pesquisa e dos coletivos que aí se implicaram
.....

Respeitamos a forma como os textos foram originalmente produzidos
pelos autores para o encontro que ocorreu em 2014 no Rio de Janeiro,
na Praia Vermelha, Campus da UFRJ

Pesquisa interferência desde Heisenberg*

Ricardo Moebus

Heisenberg foi um físico alemão ganhador do Nobel de Física em 1932, pela criação da mecânica quântica.

O “princípio da incerteza” de Heisenberg, um dos enunciados fundamentais da mecânica quântica, foi formulado desde 1927, e, contrariando a análise matemática e a mecânica clássica, afirma que, para se estabelecer medidas, para se determinar a posição de um elétron, por exemplo, é necessário fazê-lo interagir com instrumentos de medida, direta ou indiretamente, e esta interação cria uma zona de incerteza e uma interferência sobre os resultados observáveis.

Podemos, por exemplo, incidir algum tipo de radiação sobre um elétron para determinar sua posição, e o comprimento de onda desta radiação será proporcional à incerteza e à interferência, pois estabelecerá troca de energia e deslocamento do elétron que queremos localizar.

É mais ou menos como se, para localizar uma bola em uma sala escura, jogássemos água, em ondas que batem e voltam para determinar a localização da bola, mas também mudam a bola de lugar.

Este princípio representa um choque para a física clássica Newtoniana que considerava a incerteza simplesmente vinculada ao sistema de medida, ou seja, se estou medindo em centímetros, a medida exata é mais incerta que em milímetros, e esta incerteza é infinitesimal; e também para a ciência clássica em geral, que preconizava a possibilidade do pesquisador ser mero observador, calculador, analisador, buscando sempre não interferir com o experimento, tornando-o assim, reproduzível nas mesmas condições, e universalizável em suas conclusões.

Acontece que podemos determinar a posição da bola na sala escura emitindo radiação, e isto parece não apresentar uma interferência observável, mas quando estamos lidando com micropartículas subatômicas, quando estamos portanto ao nível da microfísica da mecânica quântica, que lida com sistemas de dimensões tão reduzidas que a troca de energia é quantizada e não contínua, aí então a interferência do pesquisador sobre o experimento, sobre seu objeto ficará evidente e inegável.

A partir do princípio de Heisenberg, o pesquisador não pode mais se furtar a interferir na pesquisa, mas pode então fazer escolhas sobre esta interferência, considerando-a como parte integrante do agir pesquisador e não uma distorção, um vício a ser eliminado, um vício a ser purgado.

As escolhas de interferência dependem do que se quer medir, ou, em outras palavras, o que se quer tornar observável, qual o campo de visibilidade se quer criar, e também, ao mesmo tempo, dependem da caixa de ferramentas, dos instrumentos de medida, que o pesquisador utilizará em seu agir.

* Texto para animar a mesa-ativadora do debate sobre pesquisa como interferência no campo de estudo e as pesquisas dos Observatórios – Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ / UFF / USP

Então, a interferência na pesquisa resta diretamente vinculada à produção de campos de visibilidades e enunciados, que indissociavelmente se interconectam, de maneira que, novas visibilidades produzem novos enunciados, ao mesmo tempo que, novos enunciados possibilitam novas visibilidades. Assim como pontos de vista podem ser geradores de vistas do ponto e vice-versa.

Se mesmo no campo das chamadas “ciências duras”, “hard sciences” ou “natural sciences”, o mito do pesquisador asséptico, distanciado e imparcial, já não se sustenta mais, podemos antecipar que no campo das “soft sciences” ou “social sciences” tal proposta se mostrará ainda mais insustentável.

Sem absolutamente nenhuma pretensão de rever a trajetória longa e tortuosa das ciências sociais, cabe fazer apenas algumas considerações, alguns exemplos de esforços metodológicos, frente à interreferência.

Se, por um lado, Émile Durkheim, no final do século dezenove tenta montar uma sociologia científica que comprovasse a influência da sociedade sobre os atos individuais, como o suicídio por exemplo, dentro de um positivismo inspirado nas ciências naturais; por outro lado, já bem no início do século vinte Max Weber tenta estruturar seu tipo ideal, para construir uma sociologia que admite a participação ativa das escolhas pessoais daquele que analisa, como na “Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo”, daí decorrendo toda uma trajetória metodológica compreensiva.

Próximo a esta trajetória compreensiva, a hermenêutica caminhará com Dilthey na busca por uma interpretação objetiva e universalmente válida, uma proposta criticada e abandonada por outras hermenêuticas como a de Gadamer.

A partir da linguística estruturalista de Ferdinand de Saussure, em busca dos elementos estruturais universais de composição ou de organização da língua, da cultura, ou da mente, estruturalistas como Lévi-Strauss na antropologia, ou Lacan na psicanálise, construíram grandes sistemas teóricos, por vezes interpretativos, ou explicativos, mas considerando a impossibilidade da imparcialidade científica.

Se já em meados do século dezenove Marx e Engels desenvolvem seu socialismo científico buscando uma análise crítica e científica do capitalismo, construindo o materialismo histórico e dialético, buscando afastar-se de uma visão utópica e ingênua; muitos desdobramentos desta teoria apontarão para os riscos e abusos de certa pretensão de cientificismo e de teoria totalizante, absoluta, evolucionista, teleológica, determinista, causalista sobre o funcionamento social.

Conectando a crítica a um certo marxismo excessivamente economicista, totalizante e burocratizante por um lado, e, por outro lado, a crítica a certa psicanálise rigidamente estruturalista e institucional, assim como, uma crítica a certo modelo histórico exclusivamente dialético, e a certa filosofia excessivamente acadêmica, alguns pós-estruturalistas como Michel Foucault trarão para o centro da cena das ciências humanas aquele princípio da incerteza da microfísica quântica, cunhando a ideia de uma microfísica do poder, de uma microssociologia como a de Tarde, e de uma micropolítica do desejo, como a de Guattari.

É a partir desse contexto, e considerando a tradição da pesquisa ação, da pesquisa participante, do saber militante, do pesquisador implicado, do intelectual orgânico, da pesquisa intervenção, da cartografia participativa, que Emerson Merhy traz para o

cenário da pesquisa em saúde, da produção do saber a partir da produção do cuidado, do trabalho vivo em ato na produção do agir em saúde, esta perspectiva da pesquisa interferência em saúde.

Pesquisa interferência como um descolamento do conceito de pesquisa ação, que já reconhecia o pesquisador como atuante no contexto pesquisado, como descolamento também do intelectual orgânico, que já reconhecia a participação das escolhas políticas e éticas prévias do pesquisador na construção de objetos, métodos, formulações e prioridades de pesquisa.

Descolamento ainda da pesquisa participante e da cartografia participativa que já consideravam a produção coletiva do processo pesquisador com o grupo pesquisado.

Descolamento do saber militante e do pesquisador implicado que já reconhecia o envolvimento profundo e intenso do pesquisador com o objeto pesquisado, e a forte intencionalidade ética-estética-política na produção do conhecimento, na divulgação de experiências.

Descolamento enfim da pesquisa intervenção, que já traz a marca da produção de real, da produção de novos regimes semióticos para e/ou sobre o processo coletivo pesquisado, e não apenas produção de conhecimento.

Se na pesquisa intervenção já não se trata mais de uma metodologia, mas “sim de um dispositivo de intervenção no qual se afirma o ato político que toda investigação constitui.”

Se na pesquisa intervenção já não se trata de “conhecer para transformar”, mas de “transformar para conhecer”, “interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições”, possibilitando que “estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise o efeito das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a construção de novas práticas.”

Ou seja, ainda que na pesquisa intervenção já tenhamos uma pesquisa que possa ser muitas vezes uma análise microssociológica, micropolítica, uma intervenção no sentido da análise institucional, fugindo dos critérios de verdade, dos especialismos, dos cientificismos etc.

Todavia, a pesquisa interferência, ainda que tenha em comum muitos ou quase todos esses pressupostos da análise institucional, como produção de analisadores etc., não tem o pressuposto de uma intervenção institucional. Mas, a colocação em funcionamento de um ruído, que cria visibilidades insuspeitadas, que cria possibilidades de expressão e de escuta.

Interferência como em ondas de rádio, interferência fazendo ruído, fazendo desandar o discurso institucional e pessoal, desconcertando a aparente estabilidade dos regimes semióticos, das identidades, dos territórios, produzindo pesquisa menor, ciência menor como desde Heisenberg.

Genealogia: uma investigação criminal aparentemente equivocada: uma conversa com o texto “Nietzsche, a genealogia e a história” de Michel Foucault*

Marcelo Gerardin Poirot Land

1. Preâmbulo, como sempre escrito depois de tudo estar escrito

Ao escrever este texto, algumas coisas estavam combinadas. Uma delas era que fosse curto e que fosse para ser um disparador de conversa. Não tinha um plano definido de início, o que era péssimo, porque é preciso ter um bom plano para escrever pouco. Depois, ao escrevê-lo, me dei conta de que ele era um diálogo com pelo menos três personagens de minha vida. Uma era Michel Foucault que foi um dos primeiros autores por quem me apaixonei ainda no primeiro ano da faculdade de medicina em 1981. Ao fazer o levantamento da Referências Bibliográficas para a apresentação sobre o tema “abordagem genealógica da Lei” que estava prevista na primeira versão do planejamento deste seminário, selecionei o texto “Nietzsche, a genealogia e a história”. Não achei na internet para *download*, e acabei comprando um volume da coletânea de ditos e escritos em que ele estava contigo. Depois de ter pago, encontrei poucos minutos depois no Campus da praia vermelha da UFRJ um colega “foucaultiano de carteirinha” que me garantiu que ele estava presente na Microfísica do Poder, que eu tinha em casa. Eu disse que não era possível, afinal acabara de gastar uma grana no livro, mas ele apostou o que eu quisesse que estava. Pois bem, estava e, o pior, sublinhado por mim, provavelmente 20 anos atrás. Neste momento, o segundo personagem, Nietzsche. No meu projeto de mestrado, iniciado em 1989, eu escrevi que não pretendia fazer uma genealogia. E finalmente, o terceiro personagem, eu mesmo: acho que escrevi isto na época sem saber direito o que dizia. Pois bem, o texto, que se segue, dialoga com estes personagens e eles dialogam entre si. Mais especificamente, nos pontos do diálogo com Michel Foucault, coloquei entre parênteses as frases pinçadas do seu artigo.

2. Sherlock Holmes e outros detetives de plantão

O herói ficcional favorito do mundo acadêmico moderno e mais tradicional deveria ser Sherlock Holmes. Curioso personagem, cujo poder de dedução e análise se mistura ao desregramento no uso das drogas e a uma certa inadequação social. No entanto, sem estas fragilidades humanas, Sherlock seria quase um autômato sisudo e deveras entediante. Do mesmo modo, o método científico e filosófico analítico também precisa disfarçar seu automatismo por trás da fragilidade humana de seus grandes personagens. Como Arthur Conan Doyle fazia para provocar os seus efeitos

* Texto para animar a mesa-ativadora do debate sobre a proposta de um estudo genealógico das pesquisas dos Observatórios – Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ / UFF / USP.

literários, a história vitoriosa da ciência tradicional é entrecortada, descontinuada por essas fragilidades, por pequenas curiosidades a serem comentadas em notas de rodapés dos seus grandes cientistas ou em extensas biografias sim e não-autorizadas. Sem essas histórias, o cientista e o filósofo analítico seriam para a humanidade duplos sem alma de si mesmos.

Pois bem, os enunciados universais dos inquéritos filosóficos e científicos mais tradicionais são o resultado de uma investigação que deu certo demais. Sherlock, por exemplo, reconstrói dedutivamente todos os detalhes da cena do crime, os motivos, ganhos e oportunidades, através disto, descobre o criminoso. Embora este processo desta descoberta possa ter sido errático e cheio de iluminações e *insights*, no final, numa demonstração do gênio e da beleza e eficiência do seu método, ele resume e remonta o passado linear e logicamente até o presente, chegando em fim ao criminoso, que usualmente, depois disto, é preso ou sofre algum revés que pune seu agir criminoso. No final, a verdade encontra a justiça, que saem para tomar um chopp juntas.

Mas se fosse este apenas o enredo monolítico das suas estórias, Sherlock seria o personagem de poucos contos e romances e teria durado no máximo uma ou duas férias de verão. O elemento paradoxal, que é necessário para manter seu mito, é a presença de Moriarty, seu duplo igualmente genial do crime como arte, o arqui-inimigo perfeito: professor e cientista. Sem ele, não haveria o outro estrangeiro e familiar, que mantém viva a real necessidade humana da investigação, já que está sempre envolvido em complôs que ameaçam destruir o mundo europeu civilizado. Ele representa a paranoia necessária. Sem ela, não haveria o discurso político-filosófico e científico moderno.

Pois bem, e o que é a genealogia? É uma investigação criminal aparentemente equivocada. Em primeiro lugar, porque o detetive se recusa a deduzir. Ele não constrói as provas por ligações lógico dedutivas, a partir de um discurso exterior, tais como: o da criminologia. E o que ele percebe como evidência não são “fatos observáveis” ou evidências no sentido mais comum do termo. O detetive genealógico tem uma mente que constrói diversas narrativas aparentemente equivocadas sobre um crime que ele mesmo cometeu. Mas antes que cheguemos a isto, vejamos as semelhanças e diferenças entre os procedimentos genealógicos e do investigador científico.

O detetive genealógico é um genealogista de valores e não de pessoas. O genealogista de pessoas produz uma árvore genealógica, a partir de nomes, locais de nascimentos, memórias, registros públicos e documentos sobre movimentos migratórios. O detetive genealógico reconstrói a história efetiva (*Wirkliche Historie*) de valores, coletando cenas e encadeamentos de cena. A cena do crime, aquela que primeiro provocou sua determinação investigativa, ganha sentido na diferença de outra cena que emergiu (*Entstehung*) antes, mas não lhe deu origem (*Urprung*), e que ele irá conectar à primeira de uma forma não-dedutiva. Havia um cadáver em uma cena, e na outra agora temos um Frankenstein ou o coelho de Alice e vice-versa. A cena do martírio do parricida, em *Vigiar e Punir* e o *Matricida* que quer morrer martirizado e o fazem viver com o estigma do anormal em *Eu, Pierre Rivière*. Entre elas a história e o dever.

Logo, um encadeamento não necessário, contingente, um acontecimento, que não pode ser explicado por categorias transcendentais, não pela Luta de Classes, pelo

Social, pela Estrutura (Essa história dos historiadores constrói um ponto de apoio fora do tempo), nem de forma absoluta (Em compensação, o sentido histórico escapa da metafísica para tornar-se um instrumento privilegiado da genealogia se ele não se apoia sobre nenhum absoluto).

Os encadeamentos das cenas se fareja nas múltiplas fontes de diversas procedências (Herkunft), que foram produzidos com diversas intenções estratégicas, que podem ter gerado efeitos descontrolados e/ou que foram pervertidos. O investigador encontra indícios destas perversões e desgovernos nos enunciados e nas suas interpretações multifacetadas. Por isto, sua meticulosidade é de uma ordem diferente de Sherlock (A genealogia é cinza; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha como pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos). Sherlock procura enxergar nas evidências padrões de comportamentos, descobre, em um piscar de olhos, as marcas de uma ação humana motivada e sua oportunidade. Ele transcende o cenário, que o captura apenas como fonte de evidência, sua meticulosidade serve a dedução, ele transforma a cena em um experimento controlado. O detetive genealógico é sugado pela cena. Atrás da cena, descobre outra cena. Os criminosos se atropelam, e o sangue jorra continuamente de todos os lados.

Para lidar como o enorme fluxo de cenas e personagens, lhe resta apenas um método: a separação, a classificação (ele – o genealogista – deve ter apenas a acuidade de um olhar que distingue, reparte, dispersa, deixa operar as separações e as margens – uma espécie de olhar que dissocia e é capaz ele mesmo de se dissociar e apagar a unidade deste ser humano que supostamente o dirige soberanamente o seu passado). E para tal, resta-lhe criar regras classificatórias, mesmo que provisórias, para poder sobreviver na pura diferença. O genealogista é um arquivista que nunca para de reclassificar, diante do fluxo da diferença [Nietzsche fala do Super-Homem, do macaco, do sacerdote judaico, do sacerdote cristão etc.]. O que o detetive genealógico olha é principalmente as disputas das perspectivas. Ele sabe que fluxo das cenas são fruto de afrontamentos (a emergência é portanto a entrada em cena das forças; é sua interrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com o seu vigor e sua própria juventude). Homens, tribos, classes, grupos. No fundo, formas de vida, valores de valor, que se enfrentam, e deixam marcar desta contenda, sem que nenhum possa cantar vitória no final (ninguém é portanto responsável por uma emergência; ninguém pode se autoglorificar por ela; ela sempre se produz no interstício) O que resulta no entanto não é a desordem, mas rituais, regras, instituições e regimes de verdade, que são forma de continuar as contendas por outros meios (Homens dominam outros homens e é assim que nasce as diferenças dos valores; classe dominam classes e é assim que nasce a ideia de liberdade). O detetive genealógico encontra tantos culpados, que todos se tornam inocentes.

Ele então abandona a busca do culpado e a verdadeira explicação do crime. Mas não bota um ponto final. Um filme policial Noir de um genealogista não tem clímax final, não se resolve com o detetive beijando a mocinha ou bêbado com os Bourbons servidos por um garçom mexicano na mesa de um bar de enfumaçado de tabaco. Isto por que o clímax do filme Noir é geralmente uma apologia de uma teoria de causa-

lidade necessária e a confirmação das virtudes de seguir uma metodologia precisa e racional. O filme de um detetive genealógico nunca termina, ele apresenta uma pausa. É uma série sem fim de interpretações (produção de sentido) e classificações. Em sua construção interpretativa, o genealogista descreve cenas e encadeamentos, perspectivas que desejam se afirmar umas sobre as outras, descreve as formações que se configuram nessas disputas. E como nenhuma delas seria obrigatória, ou prevista por forças absolutas e transcendentais, o genealogista se torna um prisioneiro da história das contingências.

Pois bem, como um detetive genealógico procede diante da cena de um crime? Ele busca antecessores (cenas e suas proveniências), ancestrais (perspectivas) sua vontade de potência. Esses ancestrais em guerra disputam não-dialeticamente, não por necessidade do Espírito racional, mas pela pura necessidade de afirmar sua potência, mesmo que reativa, mesmo que niilista. O que os motiva não obedece a uma finalidade racional. Portanto, de pouco servem as ciências construídas com a finalidade de prever e controlar: não existe uma criminalística genealógica. Nem mesmo a criminologia que se usaria com os criminosos bizarros, como os serial killers que tanto fascinam os construtores de perfis do CSI. A pura diferença destes acontecimentos, dessas guerras, não permite descobrir padrões, permite apenas descrever suas contingências, agrupá-las, e redescrevê-las.

Pois bem, o que seria uma investigação genealógica de uma Lei? Em primeiro lugar, retirar da lei toda a sua mística inicial. Considerá-las uma produção humana como outra qualquer. Portanto, fruto de um afrontamento (A humanidade não progride lentamente, de combate em combate, até uma reciprocidade universal, em que as regras substituíram para sempre a guerra; ela instala cada uma de suas violências em um sistema de regras e prossegue assim de dominação em dominação).

Assim, a cena de sua promulgação deve ser contraposta a outras cenas e encadeamentos, antecedentes e consequentes. Perspectivas e formas de vida serão descobertas (o grande jogo da história será de quem se apoderar das regras, de quem tomar o lugar daqueles que as utilizam, de quem se disfarçar para pervertê-las, utilizá-las ao inverso e voltá-las contra aqueles que as tinham imposto, de quem, se introduzindo no aparelho complexo, o fizer funcionar de tal modo que os dominadores encontrassem-se dominados por suas próprias regras). Diversas fontes serão encontradas e diversas capturas acontecerão.

Um pouco atrás havíamos falado que se havia algum culpado a ser procurado pelo detetive genealogista era ele mesmo. Veríssimo deixa isto claro no seu romance *Gula*, ao dizer que a única certeza sobre a identidade do criminoso no romance policial era a de que o autor era o culpado principal. Assim sendo, o genealogista sabe disso: ele é o culpado porque ele mesmo é o ponto nodal de uma atividade interpretativa, sua culpa é a sua implicação. Sem ela, sem seus valores, não seria possível qualquer atividade interpretativa, nenhuma produção de sentido. Se o detetive genealogista descobre no final que só existe um culpado possível e que é o próprio detetive, como não concluir que a investigação deu errada? Se não existe alguma coisa não contingente que garanta o resultado da investigação, como não desconfiar do seu resultado? Como não acusar os genealogistas de relativistas e historicistas?

Pois bem, voltando a Sherlock, imagino um livro anterior ao Estudo em Vermelho (1887) e nunca publicado e no qual o detetive encontra Karl Max (morto em 1883), e que, por mera artimanha do acaso, o culpado tivesse sido de fato o mordomo desta vez. Ao ouvir a descrição de todo o enredo do crime cometido e o anúncio do culpado, diante do disfarçado orgulho do detetive e do regozijo da Entourage Burguesa, Marx se levanta dizendo:

– Discordo profundamente, meu caro Detetive: o culpado é a luta de classes. Em suma, neste sentido, existe investigação que não seja equivocada?

.....
Autoras
e autores
.....

Adelle Conceição do Nascimento Souza

Psicóloga. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Adriana Nascimento Gomes

Fisioterapeuta. Mestre em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo. Professora licenciada do Instituto Paraibano de Educação – UNIPÉ.

Agnete Troelsen Pereira Enfermeira

Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente do Serviço Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

Alexandre Cruce

Administrador de Empresas. Mestre em Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública – USP. Pesquisador usuário.

Aline Ferreira Leite Revers

Médica. Trabalhadora no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Cascavel – PR.

Alzira de Oliveira Jorge

Médica Sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp. Professora da Faculdade de Medicina da UFMG. Experiência de gestão nos municípios de Ipatinga e Belo Horizonte, SES MG e Ministério da Saúde.

Amanda Rodrigues dos Santos

Pesquisadora da RAC no Município de Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Ana Cristina Sundfeld

Psicóloga. Doutora em Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública – USP. Pesquisadora Trabalhadora.

Analdemyra da Costa Moreira

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde e em Educação Profissional na Área da Enfermagem. Mestranda em Vigilância em Saúde/ciências da saúde – UFAC. Servidora da SMS- Rio Branco.

Ana Lúcia Abrahão

Enfermeira. Professora titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Coordenadora loco-regional do projeto RAC. Pós-doutora e doutora em Saúde Coletiva – UNICAMP.

Ana Lúcia Santos da Silva

Psicóloga. Pesquisadora da RAC Norte-Belém. Doutorando em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Angela Aparecida Capozzolo

Médica. Doutora em Saúde Coletiva – UNICAMP. Professora adjunta UNIFESP – Baixada Santista. Orientadora de educação permanente de São Bernardo do Campo e pesquisadora.

Ângela Carla da Rocha Schiffler

Assistente Social. Mestre em Saúde Coletiva e Sanitarista – UFRJ. Especialista em Serviço Social – UFRN. Assistente Social da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS (em licença). Pesquisadora e Integrante do Coletivo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Pesquisadora Apoiadora da RAC Norte – UFRJ.

Âssia Maria El Gazaqui

Pesquisadora da RAC no Município de Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Bertolina Conceição Alves

Parteira Tradicional, Bujaru-PA.

Brena Silva dos Santos

Médica. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV. Preceptora da Residência de Medicina de Família do HUGV. Médica de Família na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, Pesquisadora RAC Norte.

Camila Zanutto Cardillo

Socióloga. Apoiadora em saúde em São Bernardo do Campo. Trabalhadora pesquisadora.

Carla Vanessa Alves Lopes

Nutricionista. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Especialista na área de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela UFPR. Apoiadora Institucional na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Carlos Alberto de Souza

Pesquisadora da RAC no Município de Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Clara Oliveira Esteves

Fonoaudióloga. Professora do Departamento Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia. Doutora em Linguística. Tutora do curso de Especialização à distância Educação Permanente em Saúde em Movimento. Pesquisadora da Linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde-UFRJ.

Clara Trindade Barros

Parteira Tradicional, Bujaru-PA.

Clarissa Terenzi Seixas

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais pela Université Paris Descartes/Sorbonne V. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o cuidado em saúde. Coordenadora do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e em Educação em Saúde da UERJ.

Cláudia Mara de Melo Tavares

Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Doutora em enfermagem – EEAN/UFRJ.

Claudia Tallemberg

Psicóloga. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Daniela de Ré

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Ortopédica, Traumatológica e Desportiva pela Faculdade Inspirar. Osteopata pela Escola de Osteopatia de Madrid-EOM. Fisioterapeuta no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Cascavel-PR.

Daniel Emílio da Silva Almeida

Farmacêutico. Mestre em Saúde Pública. Especialização em Educação Permanente em Saúde. Pesquisador da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Daniele Monteiro Nunes

Enfermeira – UFPA. Especialista em Saúde Pública (Secretaria de Vigilância em Saúde) e em Saúde Pública (Faculdade Internacional de Curitiba). Atualmente exerce suas atividades profissionais do Distrito Sanitário Especial Guamá Tocantins (DSEI Guatoc/Sesai) – MS.

Danielle Capistrano

Psicóloga. Coordenadora das Oficinas de Atenção Primária do Distrito Nordeste de BH. Atualmente servidora da SES MG atuando na área de Saúde do Trabalhador.

Débora Cristina Bertussi

Enfermeira. Doutora em Ciências-UFRJ. Professora da Universidade São Caetano do Sul. Assessora Técnica da SMS- São Bernardo do Campo. Pesquisadora Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Deise Rodrigues

Aluna de graduação do curso de enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF.

Diego da Silva Medeiros

Sociólogo. Especialista em Saúde Pública e Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Dilma Lucena de Oliveira

Médica Pediatra e Sanitarista. Atua na Área de Saúde da Família e Gestão em Saúde. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutoranda em Sociologia na Universidade Federal da Paraíba. Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Edinaldo Silva Teixeira

Técnico em Enfermagem do Trabalho. Graduando no Curso de Bacharelado em Enfermagem, ESTÁCIO – FCAT.

Edith Lúcia Mendes Lago

Assistente Social. Mestre em serviço social na PUC-RJ.

Eliane Oliveira de Andrade

Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba/Niterói. Mestranda em Ciências do Cuidado, Universidade Federal Fluminense, UFF/RJ.

Elza Patuwi Wai Wai

Parteira Tradicional (Oriximiná – PA).

Emerson Elias Merhy

Médico. Professor Titular de Saúde Coletiva UFRJ-MACAÉ. Coordenador Nacional do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. Coordenador Técnico da Pesquisa RAC.

Emmanuela Mendes Amorim

Psicóloga e Sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – USP.

Érica Fabíola Araújo da Silva

Enfermeira. Especialista em Gestão da Clínica nas regiões de saúde; Linhas de Cuidado em Enfermagem e Saúde da Família. Servidora da SMS-Rio Branco. Coordenadora da Área Técnica de Hipertensão e Diabetes. Apoiadora institucional.

Erica Ferrazzoli de Vienne Leite

Odontóloga. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP. Pesquisadora RAC.

Erminia Silva

Historiadora. Doutora em História – UNICAMP. Pesquisadora do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde.

Eufrasia Santos Cadornin

Odontóloga. Servidora da SMS- Rio Branco. Professora da Uninorte/AC. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão do Trabalho e educação na saúde.

Evelyne Viana de Franca

Enfermeira. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Fabiana Manica Martins

Enfermeira, Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Mestre em Saúde Sociedade Endemias da Amazônia. Pesquisadora do Lahpsa. Pesquisadora da RAC Norte.

Fabiana Toneto Paniagua

Médica Veterinária. Técnica da Vigilância Epidemiológica. Facilitadora de Educação Permanente em São Bernardo do Campo. Trabalhadora pesquisadora.

Faustina Abreu Santana

Parteira Tradicional. Coordenadora do Movimento de Mulheres do Campo e da Cidade de Bujaru-PA.

Flávia Freire

Psicóloga. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFF-VOLTA REDONDA.

Francieli Wilhelms Rockenback

Fisioterapeuta. Especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade Gama Filho. Fisioterapeuta no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Cascavel – PR.

Francisco Anderson Carvalho de Lima

Psicólogo. Especialização em Saúde Mental. Acadêmico de Medicina (UECE), Diretor de Pesquisa da Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental da UECE (LAPSAM).

Gabriela Lucena de Oliveira Coutinho

Estudante de graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal da Paraíba.

Heloisa Elaine dos Santos

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – USP. Trabalhadora do Município de Diadema. Pesquisadora RAC.

Helvo Slomp Júnior

Médico Homeopata e Psiquiatra. Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná – UFPR, Departamento de Saúde Comunitária. Pesquisador da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Coordenador do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e em Educação em Saúde da UFPR.

Iago Sampaio Santos

Pesquisador da RAC no Município de São Bernardo do Campo, São Paulo.

Isaac Linhares de Oliveira

Médico. Residente de Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal da Paraíba.

Janainny Magalhães Fernandes

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Saúde Coletiva UFRGS. Trabalhadora pesquisadora.

José Antônio Pereira Fernandes

Pesquisador da RAC no Município de Volta Redonda, Rio de Janeiro.

Josiane Vivian Camargo de Lima

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Judite da Costa Silva

Parteira Tradicional, Bujaru-PA.

Juliana Sampaio

Psicóloga Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2006). Professora Associada do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Julio Cesar Schweickardt

Historiador e Sociólogo. Doutor em Ciências, Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPISA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMDF/IOCROUZ Amazonas. Pesquisador RAC Norte.

Karina de Barros Calife

Médica. Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da USP, Coordenadora da Regional de Saúde Sudeste do Município de São Paulo.

Katia Muniz Amirat

Enfermeira. Gestora pesquisadora em São Paulo.

Katherine M. M. Benevides

Psicóloga. Coordenadora Estadual de Saúde da Criança do Estado do Amazonas (SUSAM). Curso de aperfeiçoamento em Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância – Brasil (pela Fundação Maria Cecília Souto Vidiga/ Harvard University, INSPER), Pesquisadora RAC Norte.

Kathleen Tereza da Cruz

Médica Sanitarista. Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora Adjunta do Curso de Medicina da UFRJ – Campus Macaé. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Coordenadora do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e em Educação em Saúde da UFRJ – Campus Macaé.

Kênia Lara Silva

Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Experiência com os temas Saúde Coletiva, Atenção domiciliar e Promoção da saúde.

Larissa Ferreira Mendes dos Santos

Psicóloga Especialista em arte-terapia/terapias expressivas; psicopatologia e saúde pública. Pesquisadora.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Médica. Livre-docente em Saúde Pública. Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP. Coordenadora loco-regional da RAC em São Paulo.

Leandro Dominguez Barretto

Médico. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Coletiva. Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Coordenador da Aliança de Redução de Danos “Fátima Cavalcante” – UFBA. Coordenador Geral do CAPSad “Gregório de Matos” – SESAB-UFBA.

Leila Vianna

Psicóloga. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ. Mestranda do Mestrado Profissional de Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ.

Livia Vilela Martins

Assistente Social. Trabalhadora pesquisadora.

Lucélia da Cunha Trivelato

Odontóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Experiência em Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador.

Luciano Bezerra Gomes

Médico Sanitarista. Doutor em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Luena Mateus de Xerez,

Psicóloga. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – Fiocruz. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Coordenadora do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha no Amazonas e Coordenação da Comissão Intergestora Regional – CIR de Manaus, Alto Rio Negro e Entorno, Pesquisadora RAC Norte.

Luisa Margareth Carneiro da Silva

Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica – União Camiliana/RJ e Tecnologia dos Alimentos – UFPA. Mestra em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – UFPA / UFAM. Doutoranda em Doenças Tropicais – UFPA. Tutora da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil – EAAB pelo Ministério da Saúde e do Método Canguru para Atenção Básica; Nutricionista da Universidade Federal do Pará-Faculdade de Nutrição – UFPA/FANUT.

Lysandra Nívea Farias

Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde de Borba AM (2012-2016).

Magda de Souza Chagas

Enfermeira. Professora substituta da UFRJ-MACAÉ. Doutora Ciências pelo Programa de Clínica Médica da UFRJ.

Maira Sayuri Sakay Bortoletto

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina – UEL. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UEL.

Marcela Pimenta Muniz

Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Doutoranda do Programa Ciências do Cuidado em Saúde UFF/RJ.

Marcelo Gerardin Poirot Land

Médico. Professor Associado do Departamento de Pediatria da FM/UFRJ. Coordenador Adjunto do Projeto RAC. Professor do PPG Clínica Médica da FM/UFRJ.

Marcia Oliva da Costa

Enfermeira. Gerente da Clínica da Família Deolindo Couto, AP. 5.3 – Santa Cruz/Rio de Janeiro.

Marcia Ramos

Psicóloga. Gestora pesquisadora.

Marcília de Lima Dias Souza

Pesquisadora da RAC no Município de Volta Redonda/Rio de Janeiro.

Marcio Costa de Souza

Fisioterapeuta. Professor assistente do Departamento Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia. Mestre em Saúde Coletiva. Pesquisador da Linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o cuidado em saúde-UFRJ.

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos

Médico de Família e Comunidade. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN). Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Margarete dos Santos Marques

Psicóloga. Apoiadora em saúde de São Bernado do Campo. Trabalhadora pesquisadora.

Maria Amelia Costa

Geógrafa. Professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Doutora Ciências pelo PPG de Clínica Médica da UFRJ.

Maria da Ajuda Luiz dos Santos

Assistente Social. Mestrado em Ciências da Saúde/ UFRJ. Experiência em gestão nos municípios de Betim, Sabará e SES/MG.

Maria das Graças Alves Pereira

Psicóloga. Mestra em Medicina e Saúde – UFBA. Doutoranda em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP. Docente da Área de Psicologia do Instituto Federal do Acre. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o cuidado em saúde.

Maria de Fátima Lima Santos

Antropóloga. Feminista. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Linguística Aplicada – PIPGLA da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Professora do Mestrado Profissional em Atenção Primária/UFRJ. Faz parte do coletivo de pesquisa “Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde”. É autora do livro “Corpos, Gêneros, Sexualidades – políticas de subjetivação”.

Maria de Nazaré Nogueira Maia

Parteira. Trabalhadora. Presidente da Associação de Parteiras da Floresta de Marechal Thaumaturgo. Pesquisadora da RAC.

Maria Lucia da Silva Lopes

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora e coordenadora de PPG Área da Saúde do Centro Universitário Filadelfia de Londrina. Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Maria Paula Cerqueira Gomes

Psicóloga. Professora Associada da UFRJ. Doutora em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental – UFRJ.

Maria Raquel Rodrigues Carvalho

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo PPG em Saúde Coletiva – UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (GRUPSFE).

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Professora Dra em Enfermagem EERP/USP. Pós-doutora em Saúde Coletiva /UNICAMP.

Maria Zenaide de Souza Carvalho

Parreira-fina. Primeira presidente da Associação de Parreiras da Floresta de Marechal Thaumaturgo. Pesquisadora da RAC.

Mariana Pompílio Gomes Cabral

Psicóloga. Pós-graduada em Saúde Mental da UECE. Mestranda do PPG em Saúde Coletiva UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (GRUPSFE).

Marília Cristina Prado Louvison

Médica. Doutora em Saúde Pública FSP/USP. Professora Doutora da FSP/USP. Pesquisadora RAC.

Márlon Vinicius Gama de Almeida

Enfermeiro. Professor Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. Mestre em Saúde Coletiva. Pesquisador do NUPISC, Bahia, Brasil.

Marta Lucia Pereira

Pesquisadora da RAC no Município de Volta Redonda/Rio de Janeiro.

Mary Ann Menezes Freire

Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da UNIRIO. Doutora em enfermagem – UNIRIO.

Michele dos Santos Flores

Pesquisadora da RAC no Município de Volta Redonda/Rio de Janeiro.

Michelly Santos de Andrade

Fonoaudióloga. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal da Paraíba.

Monalisa Rodrigues da Cruz

Acadêmica de Enfermagem. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde do PPG em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Monalisa Simões Magalhães

Enfermeira. Assessora do Departamento de Programas Estratégicos da SMS-Rio Branco.

Mônica Garcia Pontes

Bióloga. Professora da Fundação de Ensino de Contagem.

Mônica Rocha

Fonoaudióloga. Professora assistente do Curso de Fonoaudiologia FM/UFRJ. Coordenadora do Laboratório de Sensibilidades e Devires. Coordenadora do ambulatório de transtornos de aquisição de linguagem INDC/UFRJ.

Naila Mirian Las-Casas Feichas

Médica de Família e Comunidade. Especialista em Antropologia da Saúde, FIOCRUZ. Supervisora do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do HUGV. Médica da UBSF-S52, Manaus. Pesquisadora RAC.

Natália Oliveira Rodrigues

Fisioterapeuta. Mestre em gerontologia UNICAMP. Pesquisadora.

Nathália Silva Fontana Rosa

Jornalista. Doutora em Comunicação e Jornalismo. Tutora do curso de Especialização à distância Educação Permanente em Saúde. Pesquisadora da Linha de pesquisa micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde – UFRJ.

Nazaré Amaral

Parteira Tradicional. Líder Comunitária/Integrante do Movimento de Mulheres Camponesas, Vila de Lindóia, Município de Itacoatiara AM. Pesquisadora RAC Norte.

Nereida Lúcia Palko dos Santos

Enfermeira, professora da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Doutora em enfermagem – EEAN/UFRJ.

Nicolás Esteban Castro Heufemann

Médico Sanitarista. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, FIOCRUZ-UFAM-UFPA. Docente da UEA. Coordenador do Estágio Rural em Saúde Coletiva do Curso de Medicina. Médico da SMS de Manaus, atuando como médico rural.

Onedia dos Santos Farias

Parteira Tradicional, Bujaru-PA.

Patrícia Albuquerque

Psicóloga. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ. Assessora do Secretário de Saúde do município do RJ.

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Médico. Professor IESC/UFRJ. Doutor em medicina pelo PPG de Clínica Médica da UFRJ.

Paula Bertoluci

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública FSP/USP. Apoiadora de saúde em São Bernardo do Campo. Pesquisadora trabalhadora.

Paula de Souza Carneiro

Pesquisadora da RAC no Município do Rio de Janeiro.

Paula Monteiro de Siqueira

Psicóloga. Pesquisadora trabalhadora de São Paulo.

Paulo Sérgio Tembé

Parteiro Tradicional (Paragominas-PA).

Pedro Mendes

Psicólogo. Doutor em ciências PPG Clínica Médica da UFRJ. Pesquisador gestor em São Bernardo do Campo.

Priscila da Silva Matias

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UNIRIO. Mestranda em Ciências do Cuidado UFF/RJ.

Priscila Ribeiro Mendonça Sather

Pesquisadora da RAC no Município de Volta Redonda/Rio de Janeiro.

Raquel Miguel Rodrigues

Fisioterapeuta. Professora assistente da UFRJ-Macaé, Pesquisadora da Linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o cuidado em saúde-UFRJ.

Renato Staevie Baduy

Psicólogo. Apoiador de saúde em São Bernardo do Campo. Trabalhador pesquisador.

Ricardo de Castro e Silva

Psicólogo. Doutor em educação. Pesquisador gestor em São Bernardo do Campo.

Ricardo de Sousa Soares

Médico de Família e Comunidade. Professor de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Gestão de Organizações Aprendentes. Doutorando em Modelos de Decisão em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba.

Ricardo Luiz Narciso Moebus

Médico. Professor Adjunto de Psiquiatria da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP. Experiência em Atenção Psicossocial em Belo Horizonte, Ouro Preto, Contagem, Betim, Ponte Nova, Itaúna.

Ricardo Santoro

Psicólogo, trabalhador pesquisador em São Paulo.

Rinaldo Alves Batista

Técnico de Enfermagem no CAPS Caminhar em João Pessoa.

Roberta Barros de Almeida

Enfermeira. Diretora multiprofissional da Unidade de Pronto Atendimento 24h Oceania no município de João Pessoa-PB, especialista em linhas de cuidado de enfermagem na área de urgência e emergência.

Roberta Viegas Magalhães

Enfermeira. Mestre em Educação e Saúde em Enfermagem pela UFMG. Gerente de Unidade Básica de Saúde no município de Belo Horizonte.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Odontólogo. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ Amazonas. Pesquisador RAC Norte.

Roseli da Costa Oliveira

Médica Sanitarista. Trabalhadora da Prefeitura de Belo Horizonte. Mestre em Saúde Coletiva. Experiência em Gestão no SUS, nos Municípios: São Paulo, Betim, Belo Horizonte e Sabará e SES MG.

Roseni Rosângela Sena de Oliveira

Enfermeira. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Experiência com os temas Saúde Coletiva, Atenção domiciliar e Formação de profissionais de saúde.

Rosiane Pinheiro Rodrigues

Enfermeira – UEPA. Especialista em Gestão – UEPA. Apoiadora do Departamento de Articulação Interativa / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – MS.

Rossana Staevie Baduy

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora Adjunta aposentada da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o cuidado em saúde.

Sandra Barbosa Ferraz

Agente Comunitária de Saúde da Unidade Básica de Saúde “Estação Saúde” do município de João Pessoa-PB.

Sandra Cavalcante Silva

Assistente Social. Especialista em Políticas Públicas. Especialista em Saúde da Mulher. Mestranda em Saúde Coletiva FIOCRUZ/ Centro de Pesquisa Leonidas e Maria Deane. Pesquisadora da RAC Norte. Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher do Amazonas, Coordenadora da Comissão Intergestora Regional – CIR do Alto Solimões.

Sergio Leal

Músico. Graduando em Saúde Pública FSP/USP e pesquisador.

Shirley Aviz de Miranda

Enfermeira. Especialista em Processos Educacionais na Saúde, pelo Instituto Sírio-Libanês – ISL. Mestre em Enfermagem, pela UFPA. Docente pela Faculdade Metropolitana da Amazônia – FAMAZ.

Silvana Machiavelli

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Cascavel – PR.

Simone Mendes Carvalho

Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Coletiva ENSP/FIOCRUZ.

Simone Santana da Silva

Enfermeira. Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do NUPISC, Bahia, Brasil.

Stefanie Kulpa

Pedagoga. Mestre em Educação pela UFRGS. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Pesquisadora do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde da UFRGS.

Suely Mororó Marinho

Enfermeira. Trabalhadora da Unidade Básica de Saúde “Estação Saúde” do município de João Pessoa-PB.

Tacla de Azevedo

Enfermeira. Gerente de UBSs em São Bernardo do Campo. Trabalhadora pesquisadora.

Tátia Lamara Magno Moraes

Enfermeira. Coordenadora da Atenção Básica em Saúde do Município de Borba / AM.

Tatiana Clarckson Mattos

Psicóloga. Professora temporária do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva IESC/UFRJ.

Tatiana Silva Tavares

Enfermeira. Trabalhadora do Hospital das Clínicas da UFMG. Doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Terezinha da Aparecida Campos

Enfermeira. Pós Graduada em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Mestranda em Biociências e Saúde pela UNIOESTE. Enfermeira no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Cascavel – PR.

Thatiany Monteiro Coelho

Enfermeira. Diretora da Unidade de Pronto Atendimento 24h Oceania no município de João Pessoa-PB.

Thayane Pereira da Silva Ferreira

Terapeuta Ocupacional.

Thiago José Savio

Educador Físico. Apoiador em saúde de São Bernardo do Campo. Trabalhador pesquisador.

Túlio Batista Franco

Psicólogo. Professor associado da Universidade Federal Fluminense. Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha-Itália.

Valéria Monteiro Mendes

Educadora Física. Mestre em Ciências/USP. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação FSP/USP. Pesquisadora.

Valéria Teixeira da Costa Matos

Enfermeira. Trabalhadora do Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família – AC. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Acre. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Valgerlângela Maria Sousa da Silva

Bióloga e Assistente Social. Especialista em Gerontologia, Saúde Pública, Gestão em Saúde. Coordenadora da Área Técnica de Saúde do Idoso do município de Rio Branco. Mestranda em vigilância em saúde pela UFAC.

Vanessa Caravage de Andrade

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família e Gestão em Saúde. Gestora-pesquisador em São Bernardo do Campo.

Vanessa Rodrigues de Araújo

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Gestão da Clínica no SUS. Servidora da SMS de Rio Branco. Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, AC.

Vanessa Rossetto

Enfermeira. Mestranda em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Enfermeira no Serviço de Atenção Domiciliar do município de Cascavel – PR.

Vera Lurdes Belo da Silva

Parteira. Mãe e trabalhadora. Representante das parteiras da Vila Campinas-AC na RAC.

Vinicius Lana Ferreira

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Família. Professor e Coordenador de Extensão do curso de Medicina da UNIVAÇO/Ipatinga-MG.

Vinicius Santos Sanches

Fisioterapeuta. Especialização em Educação Permanente em Saúde. Mestre em Saúde e Desenvolvimento. Apoiador de Saúde em São Bernardo do Campo. Trabalhador pesquisador.

Wellington Domingues Tibério

Psicólogo e gerente do Centro de Referência em Saúde Mental Infantil – CERSAMI, Noroeste de Belo Horizonte.

Impresso nas oficinas da Editora Vozes em dezembro de 2016
com arquivos fornecidos pela Hexis Editora.

O tipo usado no texto foi o Minion Pro, no corpo 10/12,5.
O papel do miolo é Polen Soft 80 g/m² e o da capa cartão Supremo 250 g/m².

O livro “Avaliação compartilhada do cuidado em saúde” está editado em dois volumes a partir do estudo de várias situações da produção do cuidado em saúde, tomando como eixo as formas de organizar essas práticas no Sistema Único de Saúde.

Nasceram da escrita de centenas de pessoas, que compuseram o corpo de pesquisadores pelas várias regiões do Brasil, que compartilharam da aposta de produção de conhecimento com a ideia que, para avaliar a produção do cuidado em saúde, era necessário viabilizar a participação de todos os sujeitos trabalhadores e cidadãos, que compunham os cenários de produção das práticas de saúde.

Constituímos coletivos, a partir da ideia que no mundo da produção do cuidado todos são pesquisadores, fazendo ofertas para dezenas de lugares espalhados pelo país. Formamos grupos de investigação nas regiões: Norte, Nordeste, Sudeste e Sul.

Em todos essas regiões houve uma mistura, que nesse estudo chamamos de in-mundização entre os diversos sujeitos implicados com os focos desse estudo. Nessa in-mundice, o compartilhamento dos vários mundos que aí se inscrevem abriu os processos de avaliação da produção do cuidado em saúde para a dimensão micropolítica dos encontros.

Os textos do volume 1 estão distribuídos segundo o diálogo que fazem com alguns eixos temáticos, que se misturam e atravessam. A escolha considerou a inspiração que o material pode produzir nos leitores, mas abrindo para suas próprias experimentações, portanto, vazando a própria ordenação proposta. Para o 2, os autores foram convidados a produzir textos mais extensos e com debates mais desenvolvidos. O centro da produção se mantém: pegar o instituído de surpresa no que o agir micropolítico dos encontros abre ali na produção das existências, no campo do cuidado em saúde.



9 788562 987199