

POLÍTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE | LIVRO 2

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde

Surpreendendo o instituído nas redes

ORGANIZAÇÃO:

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Débora Cristina Bertussi

Emerson Elias Merhy



UFRJ
FACULDADE DE
MEDICINA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



POLÍTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE | LIVRO 2

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde

Surpreendendo o instituído nas redes

ORGANIZAÇÃO:

Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Débora Cristina Bertussi
Emerson Elias Merhy

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 2

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde
Surpreendendo o instituído nas redes

ORGANIZAÇÃO

Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Débora Cristina Bertussi
Emerson Elias Merhy

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. 2.

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Emerson Elias Merhy. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

440 p. : il. ; 23 cm. (Políticas e cuidados em saúde ; 2)

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-629-8720-5

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública - Brasil - Avaliação. 3. Política de saúde - Brasil.

4. Indicadores de saúde - Avaliação - Brasil.

I. Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. II. Bertussi, Débora Cristina. III. Merhy, Emerson Elias. IV. Série.

17-38996

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

Mais um pouco, a título de prefácio	7
Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Textos inspiradores	
Novas produções!!!	9
Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?	
A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental	10
Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Emerson Elias Merhy e Erminia Silva	
Da repetição a diferença:	
construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado	25
Emerson Elias Merhy, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Maria Paula Cerqueira Gomes	
Cuidar em saúde	35
Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios	48
Débora Cristina Bertussi, Rossana Staevie Baduy, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy	
Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?	
Pesquisa em atenção domiciliar	62
Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy	
As redes em análise	75
Engravitando a rede de atenção materno infantil: multiplicidades e redes vivas na produção do cuidado	76
Ângela Carla da Rocha Schiffler, Naila Mirian Las-Casas Feichas, Luena Matheus de Xerez, Brena Silva dos Santos, Sandra Cavalcante Silva, Erminia Silva e Emerson Elias Merhy	
Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer	92
Nathália Rosa, Marcio Costa de Souza, Raquel Miguel Rodrigues e Clara Oliveira Esteves	
A produção do cuidado no ‘longe muito longe’: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia	102
Nicolás Esteban Castro Heufemann, Julio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Lysandra Nívea Farias, Tátia Lamara Magno Moraes	

O encontro com o outro no ato livre e a gestão do cuidado na atenção domiciliar	114
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Flávia Helena M. de A. Freire, Tatiana Clarkson Mattos, Marcelo Gerardin Poirot Land e Amanda Rodrigues dos Santos	
No meio do caminho: a produção do cuidado na UPA, entre a atenção básica e hospitalar	127
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	
Caminhos da atenção domiciliar em Caruaru	138
Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida	
A rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência: um caminhar para além do instituído	151
Clara Oliveira Esteves, Marcio Costa de Souza, Raquel Miguel Rodrigues, Nathália Silva Fontana Rosa, Wendell Viana e Lea Mara Reis de Melo	
As modelagens e a produção do cuidado ao parto e nascimento em João Pessoa	162
Ricardo de Sousa Soares, Adernanda de Rocco Guimarães, Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas, Luciano Bezerra Gomes e Juliana Sousa Soares de Araújo	
Caminhos para produção da pesquisa	173
“Andarilhagens” agenciadas pela Rede Parteiras na cidade de Bujaru-PA	174
José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva e Emerson Elias Merhy	
A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente	188
Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Heloisa Elaine dos Santos, Paula Monteiro de Siqueira, Mariana Leite e Angela Aparecida Capozzolo	
A pesquisa RAC MG e interferências no território de BH	198
Alzira de Oliveira Jorge, Daniel Emílio da Silva Almeida, Kênia Lara Silva, Mônica Garcia Pontes, Ricardo Luiz Narciso Moebus, Roseli da Costa Oliveira e Roseni Rosângela Sena de Oliveira	
O pesquisador, o objeto e a experimentação: a produção do conhecimento in-mundo	210
Ana Lúcia Abrahão, Maria Paula Cerqueira Gomes, Magda de Souza Chagas, Maria Amelia Costa, Nereida Lúcia Palko dos Santos, Mary Ann Menezes Freire, Leila Vianna, Patrícia Albuquerque, Monica Rocha e Simone Mendes Carvalho	

Enquadrlátero: a educação permanente em saúde como estratégia de encontros que tecem redes vivas	225
Emmanuela Mendes Amorim, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Luciano Bezerra Gomes	
Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco: potencial instituinte para a produção de redes vivas	236
Raquel Miguel Rodrigues, Emmanuela Mendes Amorim, Claudia Cavalcanti Galindo, Nancy Oliveira Brandt, Barbara Eleonora Cabral, José Denes Rufino, Nathalia Silva Fontana Rosa, Márcio Costa de Souza e Clara Oliveira Esteves	
Educação permanente em ato	251
Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros	252
Kathleen Tereza da Cruz, Stefanie Kulpa, Renato Staeve Baduy, Clarissa Terenzi Seixas, Rossana Staeve Baduy, Josiane Vivian Camargo de Lima, Maria Lucia da Silva Lopes, Helvo Slomp Júnior, Carla Vanessa Alves Lopes, Maira Sayuri Sakay Bortoletto e Claudia Tallemberg	
A Gestão em Saúde: o que produzimos e o que nos produz	270
Pedro Mendes, Vanessa Caravage de Andrade, Ricardo de Castro e Silva, e Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
O sofrimento e solidão dos trabalhadores da saúde: o esgotamento como substrato para constituição de vidas mais potentes	280
Roseli da Costa Oliveira, Maria da Ajuda Luiz dos Santos, Daniel Emílio da Silva Almeida e Alzira de Oliveira Jorge	
Agenciamentos a partir de um usuário-guia	291
Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado	292
Kênia Lara Silva, Roberta Viegas Magalhães, Vinicius Lana e Danielle Capistrano	
A parteira-fina e seus relatos: histórias de si	308
Maria das Graças Alves Pereira, Analdemyra da Costa Moreira, Maria Zenaide de Souza Carvalho, Maria de Nazaré Nogueira Maia, Vera Lurdes Belo da Silva e Emerson Elias Merhy	
Nas trilhas da usuária-guia Gil	318
Alzira de Oliveira Jorge, Ricardo Luiz Narciso Moebus e Rosania Aparecida da Silva	
“Ter câncer mudou minha vida”: a vida de Luiza	330
Mariana Pompilio Gomes Cabral, Túlio Batista Franco e Maria Salete Bessa Jorge	

As vidas que entram e as vidas que ficam de fora dos serviços de saúde: visibilidades construídas a partir de uma usuária-guia	340
João André S. de Oliveira, Lua Sá Dultra, Leandro Dominguez Barretto e Rafaela Cordeiro Freire	
Reflexões sobre políticas e dispositivos de gestão	353
Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde	354
Débora Cristina Bertussi, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Mariana Prado Freire e Marília Cristina Prado Louvison	
Engravidando de outros sentidos a coordenação do cuidado em saúde	365
Helvo Slomp Júnior, Stefanie Kulpa, Clarissa Terenzi Seixas, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Rossana Staeve Baduy, Kathleen Tereza da Cruz e Emerson Elias Merhy	
Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios	380
Debora Cristina Bertussi, Ana Cristina Sundfeld e Laura Camargo Macruz Feuerwerker	
Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica?	391
Clarissa Terenzi Seixas, Rossana Staeve Baduy, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Josiane Vivian Camargo de Lima, Stefanie Kulpa, Maria Lucia da Silva Lopes e Carla Vanessa Alves Lopes	
Experiências e experimentações no cotidiano micropolítico de uma gestão no município do Rio de Janeiro	408
Maria Paula Cerqueira Gomes, Leila Vianna, Monica Rocha e Maria Amélia Costa	
Violência dentro e fora: o recolhimento na pele do pesquisador	416
Edith Lúcia Mendes Lago, Mary Ann Menezes Freire, Ana Lúcia Abrahão e Deise Rodrigues	
Autoras e autores	427

Mais um pouco, a título de prefácio

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Neste livro 2, os artigos apresentam reflexões sobre o processo de produção da pesquisa, sobre as políticas, os dispositivos de produção de redes e de cuidado, afecções e visibilidades proporcionadas pelo mergulho nas intensidades do cuidado, em redes vivas, e também exercícios autoanalíticos de pesquisadores, gestores, trabalhadores, mobilizados pelo efeito autoanalítico produzido a partir da pesquisa e dos encontros com o mundo dos usuários em defesa de suas vidas.

Há, pelo menos, um artigo de cada frente de pesquisa. Muitas aberturas. Foi uma difícil escolha diante de uma numerosa produção, que deve render ainda outros livros, artigos, teses, dissertações etc.

Importante interrogar as políticas, seus dispositivos, apostas e omissões a partir das visibilidades e dizibilidades que o mergulho no cotidiano abre. A produção das políticas não se encerra em seus textos enunciativos, nem nas intenções declaradas. Em todos os âmbitos seguem atravessadas pelas disputas de projetos, a potência de seus dispositivos é interrogada por uma teia de tensões, relações, intensidades, contextos, necessidades e imprevisíveis.

Abriu diálogo no cotidiano com todos os atores participantes dessa produção intensiva é fundamental para não ficar restrito ao plano formal, ao mundo que normas, regras e portarias anuncia e enuncia. A gestão que opera apenas nesse âmbito abre espaços e conexões que não são suficientes para a garantia da produção de compartilhamento, responsabilização, vínculo. A produção viva invade os espaços formais, mobilizada por todos: usuários, trabalhadores, gestores para fabricar potências. Mas aprisionamentos, capturas biopolíticas e gerencialistas também produzem vidas tristes e despotência.

A pesquisa possibilita o encontro com a vida que pulsa, abre espaço de reflexão compartilhada, aprendizagens, interrogações que muitas vezes estão lá, sem muita possibilidade de enunciação explícita, mas presentes no mundo do trabalho e da vida.

A surpresa, o desconforto, os impasses, as intensidades atravessam a todos. Desmancham certezas. Abrem possibilidades.

O convite agora aos leitores é que mergulhem também nesta experiência intensiva que não tem a pretensão de expressar uma verdade, mas de produzir visibilidades e dizibilidades que nos ajudem a pensar e produzir cuidado e vida!!

.....

Textos inspiradores
Novas produções!!!

.....

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? *A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental**

Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Emerson Elias Merhy
Erminia Silva

Primeiras palavras

Havia várias apostas neste estudo. Entretanto, duas merecem destaque inicial, pois demarcaram a própria construção metodológica no campo dos estudos cartográficos, conforme oferta da Filosofia da Diferença, expressa no capítulo Rizoma do livro *Mil Platôs I*, de Deleuze & Guattari.

A primeira é a aposta na produção de outros sentidos para processos de avaliação em que o pesquisador e o investigado são aparentemente os mesmos, tornando necessário trabalhar a implicação e os afetos como constitutivos do campo de investigação e da produção do conhecimento. Nesses casos, coloca-se em foco o confronto que se opera entre o que é avaliado e o que se produz como dobra de implicação, pois o objeto do conhecimento a ser enfrentado é o próprio fazer do investigador, que, como tal, vê-se diante de si mesmo. Assim, traz-se para o campo de estudo e de conhecimento o dobrar-se do pesquisador sobre o seu próprio agir e as consequências disso para o seu trabalho e sua formação.

Essa primeira aposta, então, implicou em expor os trabalhadores/investigadores a processos de Educação Permanente (ou seja, de colocar seu próprio fazer em análise) como modo de avaliar em ato e intervir em ato, sobre seu trabalho e sobre si mesmos. A pesquisa, então, funcionou como dispositivo de subjetivação sobre os corpos coletivos de ação no mundo do trabalho.

A outra aposta passou pela pretensão de fugir da construção clássica de indicadores, já que estudamos os analisadores acesso e barreira nas redes de cuidado em saúde e os estudos avaliativos habitualmente partem dessa perspectiva.

Desejávamos explorar a possibilidade de identificar não somente barreiras que indicadores propostos externamente poderiam expressar, mas sim experimentar as definições de acesso e barreira a partir dos próprios construtores das redes de cuidado – trabalhadores e usuários – e das perspectivas com que operavam com elas, dando-lhes certos sentidos e não outros. Com isso, perseguimos a construção de algoritmos que nos permitiram olhar para a produção do cuidado em saúde como modos singulares de construção de redes de conexões existenciais. **Modos**

* A construção deste texto, de alguma forma, pertence aos trabalhadores da rede de cuidado em saúde mental do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira que participaram ativamente da pesquisa. Uma versão em espanhol foi publicada na revista *Salud Colectiva* em 2012.

singulares de construção de redes de conexões existenciais – esse seria nosso principal marcador de sentido.

Essas duas apostas exigiram abordagens investigativas não muito corriqueiras, pois queríamos nos aproximar do movimento de usuários, que, em seus nomadismos e encontros constroem redes de conexões, e de trabalhadores, que na micropolítica de seus encontros operam dispositivos de interdição ou facilitação dessas conexões. Foi necessária, então, a exposição, desde a construção da pesquisa, a um agir coletivo com trabalhadores das redes instituídas de cuidado em Saúde Mental, pressupondo a micropolítica do trabalho vivo em ato como terreno de sua construção.

Por isso, uma das primeiras questões trabalhadas na produção da pesquisa foi a fabricação de uma maquinaria “menor” que fizesse funcionar esse coletivo em ação, que estabelecesse como comum – entre os seus componentes – uma ética de relações necessária para suportar um estudo tão delicado. Trabalhar a ética da produção do conhecimento como tensão constitutiva entre cuidar de si e conhecer a si mesmo demandou uma longa atividade inicial no grupo até que o comum emergisse: a diferença do outro me interessa ao mesmo tempo em que não há nenhuma pretensão de colocá-lo em análise sem me expor, também.

De novo, operar nesse território em fluxo do trabalho vivo em ato pedia uma caixa de ferramentas que misturasse nas vizinhanças tudo que fosse disponível e fizesse sentido. Compreendemos que o caminho da pesquisa cartográfica tinha essa vantagem: colocava em ato, na atualização, todos os feixes de forças dos vários regimes de verdade que emergem no território micropolítico.

Tratar da multiplicidade, dos devires, das molecularidades, assumindo o lugar dos múltiplos, das identidades e das molaridades pedia essa possibilidade de construção da maquinaria “menor” que nos permitisse seguir adiante. Questões que são colocadas em cena, de um modo bem evidente, no livro *Micropolítica: Cartografias do Desejo* de Rolnik e Guattari.

Esses elementos foram sempre expostos ao máximo possível, no que poderia ser dizível, em todos os momentos de construção dos atos produtivos do coletivo, desde quando ambicionamos a construção do projeto de pesquisa para disputar o edital do CNPq.

A construção da pesquisa e seus devires

O projeto de pesquisa respondeu a um edital do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. Propusemos Campinas (SP) como campo para analisar o tema do acesso e da barreira em saúde mental, por ser um município com uma extensa e rica rede de atenção nessa área, pioneiro na produção de determinados dispositivos terapêuticos. Também por contar com uma rede de serviços bem estruturada e orientada pelos princípios de defesa da vida. Por tão qualificada e sofisticada, esta rede parecia-nos um excelente cenário para se analisar barreira e acesso, sem ter que cair no óbvio que seria a falta de oferta.

A equipe de pesquisadores foi composta por pesquisadores que frequentam a Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde e por uma equipe de

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas...

trabalhadores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que integra a rede de saúde mental de Campinas (SP), vindos de diferentes equipamentos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Atenção à Crise, Serviços Residenciais Terapêuticos, Oficinas de Trabalho.

Conceitos que foram importantes na construção metodológica

Há estudos no campo do cuidado em saúde que problematizam a ideia de que a noção de território seja expressa como algo físico, rígido e geográfico. Na realidade, os indivíduos enquanto usuários dos estabelecimentos de saúde, em geral, buscam formas de vínculos relacionais com vários possíveis territórios de modos muito singulares, tomando essa construção como algo subjetivante. Território, então, é existencial e situacional. Tem muitos sentidos e o é em produção.

Dessa forma, os usuários tomam para si, de um lado, o território como geográfico, socialmente constituído como referencial, no que lhes faz sentido. Assim o seu bairro e o que há ali de equipamentos institucionais são referências subjetivas por estarem no campo de sentido territorial.

De outro lado, essa dimensão, em si, é também vazada, pois os usuários também vão atrás de outras ofertas que lhes pareçam mais adequadas, situadas em outros espaços materiais que não os de seu bairro ou lugar do trabalho. (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002). Fazem uma outra geografia, como aponta também Milton Santos.

No campo do cuidado em Saúde Mental (COSTA, 2007), essa segunda situação é uma característica muito marcante. O usuário é um “nômade” pelas redes de cuidado, inclusive sendo um forte protagonista de suas produções (LANCETTI, 2006; FRANCO, 2006).

Desse modo, numa pesquisa, que pretende estudar a existência de barreiras e acessibilidades ao cuidado numa complexa rede de cuidado em saúde mental como a de Campinas, há um problema metodológico a ser enfrentado: fixar-se nos estabelecimentos de saúde como lugar central para construir as lógicas das fontes de informação e dados, por si, não permitiria dar visibilidade ao cuidado sendo produzido em toda sua complexidade. Porque essa complexidade corre pelos fluxos existenciais que os múltiplos processos relacionais construídos pelos usuários nos seus modos de andar a vida (CANGUILHEM, 1995) possibilitam.

Assim, os usuários das redes de saúde como um todo, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes de saúde, não são usuários exclusivos desses locais, apesar de haver grande territorialização. Consomem e produzem outros laços. São “nômades” no sentido de que são produtores de redes de conexões existenciais não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, redes de conexões que fogem dos lugares que os serviços de saúde instituem como seus.

Atravessam, furam itinerários e trajetórias conhecidas.

Assim, nosso cartografar não poderia ater-se à construção de itinerários terapêuticos. Seria preciso andar com os usuários e descobrir a produção, muitas vezes em ato, de novas redes de conexões.

Isso nos pareceu fundamental para um olhar sobre acessibilidade e barreira. Então, todas as estações de cuidado (CECÍLIO E MERHY, 2003) seriam chaves como fonte para revelar acesso e barreira em parte, mas não seriam suficientes.

Em outras palavras: o usuário em geral tem um comportamento “tipo nômade” pelas redes de conexão de cuidado, pois não se serve somente dos equipamentos de saúde para esse fim; produz outras e novas redes-acontecimentos, desterritorializadas, com o seu modo “nômade” de caminhar a vida (LANCETTI, 2006).

Reconhecemos, na pesquisa, que para estudar barreiras e acessibilidade em uma complexa rede formal de cuidado era imprescindível cruzar estratégias múltiplas de investigação, que pudessem operar os vários regimes de verdades que emergem, como, por exemplo, aqueles produzidos nos intensos processos subjetivantes constituídos pela micropolítica dos encontros imprevisíveis, constitutivos dos vários modos de andar a vida de qualquer um.

Por isso, neste estudo necessitávamos de uma abordagem qualitativa que permitisse explorar os encontros que os usuários produziam em algumas estações de cuidado, buscando identificar os vários atores sociais e organizacionais com quem se conectavam. Estes, por si, seriam fontes de informação sobre o objeto em foco; fontes essas exploradas por meio de seus fazeres e de narrativas construídas sobre si e sobre o outro (ver o nosso texto sobre o estudo de atenção domiciliar).

Entretanto, por característica do próprio campo da saúde e do modo como se produzem modos de viver, seria necessário explorar o nomadismo singular de cada um, tomando os usuários como casos-guias, percebendo como estes construía novas redes de cuidado, inclusive para fora do próprio sistema de saúde, muitas vezes para vencer barreiras nesse campo de práticas sociais ou mesmo ao acaso, nas suas imprevisibilidades.

Por isso, agregamos à nossa perspectiva metodológica – já utilizada e vivenciada em outras pesquisas – o trabalho realizado no campo da história social da cultura pela historiadora Ermínia Silva (2007) em sua pesquisa sobre circo-teatro.

Em tal investigação, para enfrentar o nomadismo dos artistas circenses e do próprio circo, a pesquisadora trabalhou com a trajetória de alguns artistas como guias que lhe permitiram mapear lugares, instituições, práticas e saberes, possibilitando-lhe cartografar suas redes de conexões múltiplas, abrindo-lhe acesso a múltiplas fontes que lhe forneceram elementos de construção da memória dos seus viveres circenses, nos caminhares nômades, típicos desse grupo social.

No nosso estudo, as equipes foram as fontes iniciais para chegarmos aos “casos usuário-guia”, que melhor nos permitiriam mapear e analisar, em uma rede substitutiva com grande multiplicidade de ofertas, barreiras e acessibilidade ao cuidado, tendo em conta, como era a demanda do edital, a lógica do acolhimento inclusivo e da continuidade do cuidado no campo da saúde mental.

Apostamos que, devido às características típicas do campo da produção social da saúde, a construção do conhecimento exige um ir além da mera relação sujeito/objeto. Isso porque o conhecimento a ser produzido não pode prescindir do que ocorre no ato-acontecimento do cuidar, uma vez que só os envolvidos nesse lugar podem trazer para a cena da pesquisa, mesmo de modo fragmentário, certas

informações. Além disso, substancialmente, como esse processo é de tal maneira implicado narrativamente, o mesmo precisa ser trabalhado na perspectiva da busca incessante das várias outras fontes, que na sua multiplicidade permitam colocar em análise por meio de suas alteridades (MERHY, 2004) seu processo de construção de certos regimes de verdade, como dizem Foucault e Deleuze (DELEUZE e GUATTARI, 2000, volume 2).

Para se ter maior clareza acerca do que estamos dizendo, vale reproduzir alguns parágrafos do texto de Merhy, que explicitam o que adotamos nesse processo de busca de um modo de construir o coletivo de pesquisadores:

A situação do sujeito implicado com a ação protagonística não promete *a priori* a produção do conhecimento, mas antes de tudo a ação, a construção intencional que dê sentido para o agir em determinados campos da atividade humana, e como tal opera sem precedência epistêmica, como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros. A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagonística pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo. Neste tipo de processo a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. O processo é obrigatoriamente autoanalítico. Este processo é inacabado e desejante, a relação sujeito e objeto é sempre um acontecendo. O incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. Sempre se repondo, como instituído e instituinte. O saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para.

(...)

Esta cartografia podia ir sendo aberta por cada um e por todos em situação comunicativa, podendo gerar muitas possibilidades de mapeamento. Aliás, cartografar os serviços de saúde de modo centrado no próprio trabalhador, olhando para a cartografia gerada a partir das lógicas centradas no usuário, pode ser exatamente este exercício. Mapear territórios e desterritorializações, que se interrogam, interrogando os sujeitos em suas várias formas de existência é a sua intenção, permitindo-nos analisar estas relações de muitas maneiras. Por exemplo, sob a ótica das situações de potências que identificamos em cada recorte, o jogo de governabilidade em que estamos. A identificação de situações problemas ou positivas que mapeamos em cada situação. As disputas e tensões que as operam. Os modos como os sujeitos se encontram e se validam. As suas implicações em ato consigo e com os outros.

Isto em si, produz conhecimento e intervenção, individual e coletiva.

Este saber é também em ato e se implica com o agir militante, além de poder ser validado em uma ampla rede de conversação, mais pública. (MERHY, 2004)

Os passos da pesquisa

Um de nossos primeiros debates foi relativo a uma costumeira prática no campo da saúde, qual seja a de se analisar usuários tomando como referência o diagnóstico. Discutimos que se partíssemos apenas de diagnósticos, haveria um desvio significativo nas nossas pretensões, pois esses registros são produzidos a partir de construções interessadas que olham os sofrimentos mentais sob a ótica da doença, ou seja, de uma maneira muito limitada. Os limites e implicações dessa perspectiva, desse regime de verdade, já foram identificados em estudos muito instigantes e reveladores, como os de Foucault sobre a emergência da loucura enquanto construção e objeto da medicina psiquiátrica (FOUCAULT, 2010).

Utilizar só esse recorte traria viés para nossas pretensões, pois, usuários de serviços intensamente demandantes de cuidados e de múltiplas modalidades, não necessariamente são aqueles que têm os diagnósticos mais dramáticos do ponto de vista médico – muitos outros elementos concorrem para essa complexidade e gravidade. Além disso, um CID – Código Internacional da Doença – é um carimbo que mais restringe do que amplia para quem busca produção de redes de conexões existenciais. Os usuários, com suas complexas vidas e implicações, vão muito além do que os diagnósticos deixam entrever, inclusive como referência para a produção do cuidado. Que diria para uma investigação como a que nos propúnhamos realizar.

Nessa direção, fomos atrás das indicações produzidas pelo grupo de Campanas: “os loucos muito loucos” como aqueles que demandavam muito das equipes de saúde, ali no dia a dia da produção do cuidado, forçando e expondo intensamente os desdobramentos tecnológicos do trabalho vivo em ato, exigindo desse lugar de ação sua capacidade de criar lógicas intercessoras de encontros, independentemente do diagnóstico que carregavam (MERHY, 2002).

Eserávamos, com isso, trazer como material de estudo os modos de se produzir certa atenção à loucura, colocando em cena a tensão acesso/barreira como construção cotidiana do cuidar e não necessariamente como passagem física de um lugar pré-serviço de saúde para um dentro do serviço de saúde, ou mesmo, desde um nível de cuidado para outro, como linha de ação no campo dos serviços.

Procedemos à eleição de um caso desse tipo por equipe. Cada um dos três CAPS tipo III (com equipes multiprofissionais e que contam com recursos, inclusive leitos e funcionamento 24 horas, para tratamento intensivo em saúde mental) sugeriu um caso para ser guia. O mesmo ocorreu com o Núcleo de Oficina e Trabalho - NOT, com as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, o CAPS-AD e os Núcleos – Clínico e de Retaguarda.

Ficamos um longo tempo construindo, no coletivo, cada um desses casos a partir das memórias das próprias equipes. Produzimos traçados dos fluxogramas analisadores, desenhamos certos mapas dos territórios existenciais, imaginando certo processo cartográfico para cada uma das indicações. Mas, tudo de maneira provisória, só com o sentido típico da experimentação, do tatear: ir fabricando marcadores, referenciais, para nos movimentarmos naqueles territórios de conexões.

Assim movimentando-se, o coletivo foi produzindo conversa e interpretações parciais, que serviam para pensar a busca de novas fontes e novos desenhos cartográficos. Permitiam medir as viabilidades dos campos de estudo que cada “caso” pedia, inclusive com uma visão preliminar de que um caso não é UM caso, mas multiplicidade, como exploramos mais adiante.

Nesse momento, a discussão de um dos casos contribuiu muito para pensar a organização de nossos estudos cartográficos: o caso Branca (pseudônimo), que, digase de passagem, acabou não ficando na nossa investigação até o final, pois Branca, por várias razões, junto com seus responsáveis, mudou-se da região de Campinas, o que impossibilitou construirmos todas os passos de que necessitávamos na exploração de sua rede de conexões.

Entretanto, o “caso Branca” foi bem paradigmático para o desenvolvimento dos nossos desenhos de investigação cartográfica. Foi com ele que fizemos os primeiros esboços da metodologia que seguiríamos na construção dos outros. Por exemplo, foi com ele que conformamos a noção do que seria uma construção de “redes de conexões existenciais”. Com Branca pudemos perceber a necessidade de cruzarmos “história de vida” com a “história dos núcleos familiares”, “história no território da vida comum”, “história das enfermidades”, produção do “mapa do instituído das conexões com serviços de saúde”, destacando nesse mapeamento o recorte dos serviços do campo do cuidado em saúde mental.

Além disso, percebemos que havia muitas Brancas andando nesse estudo, definidas de modo situacional, conforme as conexões produzidas. Ir atrás das narrativas que pudessem iluminar essas múltiplas produções tornou-se chave. Cruzá-las, colocá-las para conversar e procurar interpretá-las. Explorar todas as possibilidades de construção narrativa, por nossa parte, dos vários regimes de verdade que operavam na nossa produção e nos “textos” que encontramos com a exploração e o estudo das fontes registradas e orais que cada “caso” nos abria. Branca ia se revelando mais que caso, multiplicidade e apontando como um definido regime de verdade é pouco diante disso.

Nas histórias do “caso Magda” (pseudônimo), que levamos até o fim da investigação, experimentamos todo o elaborado para a construção da caixa de ferramentas do nosso pesquisador-cartógrafo e os desenhos diagramáticos que conseguíamos pensar a partir de Branca. Magda nos levou à construção do primeiro mapeamento explorável de forma intensiva no estudo, feito em dois eixos principais de “territorialização”: um, em torno da sua “mãe” e, outro, em torno dos “serviços substitutivos” em saúde mental.

Nesse momento, a intensidade do debate foi fundamental para vislumbrarmos que uma forma de “apresentar e contar” os nossos “casos-guias” seria algo próximo da imagem da construção de um hipertexto. E nessa percepção, criamos mecanismos de navegação de um plano de existência para outro, sem ter que obedecer a movimentos hierárquicos ou *a priori* ordenados de modo linear. Ajudou-nos muito o contato com o documentário “Procura-se Janaína” (Itaú Cultural), que revelou essa possibilidade de forma potente, em nós.

Tivemos a noção mais precisa, ainda, que a “história de vida” na verdade são muitas histórias e que narrá-las, a partir de diferentes fontes, criava planos de conexões transversalizadores, que agiam uns sobre os outros, inclusive dando uma imagem de multiplicidade às formas de produção do viver, que nunca é uno.

Dessa perspectiva, o fato de que não havia um caso fixou-se, havia sim muitas conexões e linhas de sentido, que iam e se produziam conforme os encontros expostos. Encontros não só com outros “pessoalizados”, mas com outros acontecimentos de diferentes naturezas. Por exemplo, um encontro com uma obra de arte pode disparar novas linhas de forças subjetivantes, redesenhando nossos territórios existenciais e novas conexões com as multiplicidades dos modos de viver.

De novo, o documentário “Procura-se Janaína” agiu em nós como dispositivo disparador do que queríamos fazer: trazer as multiplicidades, em aberto, ou seja, em produção: Magda, Branca e Joaquim. Porém, tornou-se um desafio olhá-los nos muitos encontros expostos, atualizando, o tempo todo, suas conexões e relações de poder, sob a lente da produção de acesso e barreira, agora já mais compreendida como interdição ou acionamento de redes de conexões existenciais.

Tornou-se uma necessidade pensar como construir uma maneira de expressar visualmente essa intrincada rede, para além do modo de filmagem documentário, que visualizamos como possibilidade.

Com a ajuda de um designer gráfico, pudemos dar soluções visuais a isso, usando da linguagem gráfica dos *hiper-links*, que permitiu a exploração da navegação entre esses planos, nos casos Magda e Joaquim, utilizando-nos de *softwares* como o *Power-Point*.

Algumas palavras para ir fechando

Vale assinalar, que nessa construção fizemos uma exploração do conceito ferramenta **usuário-guia nômade**, forjado no projeto de pesquisa, tomando como referencial os estudos de Merhy e Chakkour (1997), Merhy e Franco (2009) (sobre ferramentas analisadoras e mapas analíticos) e o de Silva (2007).

Essa exploração foi retomada quando atualizávamos com os casos escolhidos e em início de mapeamento, os desenhos de seu estudo cartográfico, partindo da memória dos próprios trabalhadores-pesquisadores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). E, portanto, dando grande sentido para aquilo que tinha sido certa aposta anterior de se fabricar a investigação. Esse fazer – grande sentido – atualizava a necessidade de processar na caixa de ferramentas do pesquisador-cartógrafo com um conceito que nos permitia ir bem além dos fluxogramas analisadores ou mesmo dos itinerários terapêuticos.

Além disso, foi necessário perceber que a própria produção da memória, uma das ferramentas construtoras do caso, era uma das muitas possibilidades de recortes possíveis e que isso pedia uma problematização mais clara sobre as regras de enunciação que esses recortes narrativos, inscritos nas memórias produzidas, traziam ou mesmo lhes eram constitutivos.

Tomamos como exemplo, para essa problematização, a necessidade de entender como as regras de enunciação da psiquiatria clássica impõem certos imaginários e construções significantes sobre a loucura como doença e os efeitos disso nos campos de força dos processos de subjetivações dos coletivos sociais. Por isso, procuramos criar nossas próprias enunciações e pensar sobre suas regras, de modo que funcionassem como conceitos-ferramentas, que não servissem como representações, mas que cabiam por fazer sentido nas nossas próprias percepções e afetos.

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas...

Sem nenhuma pretensão de criar definições, procuramos dar sentido comum para nós de alguns componentes da construção desses conceitos-ferramenta, procurando mostrar como funcionavam para o estudo.

Redes de conexões existenciais

No estudo do “caso Branca”, depois corroborado nos outros dois casos usuários-guias, 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 etc. – que tinham pertinência nesse mesmo campo de sentido e que nos permitiam falar de conexões existenciais específicas. Nas histórias da Magda apareceram vários tipos de redes em paralelo que faziam sentido em si e que emergiam nas outras, sem pedir licença e sem haver relação de subordinação ou de determinação entre elas. Atentar para suas relações com os pastores de certas igrejas e a rede de conexão que se constitui aí, permitiu ir bem além de uma Magda muito “pegajosa”, de difícil manejo em outras redes existenciais, como as que eram produzidas com o território-mãe.

Achamos que essa foi a melhor maneira para “conceituar” esse componente. Nos outros adotamos o mesmo caminho.

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 desenhá-los, dando-lhes registro visual. Percebemos que podíamos dar uma linha de significação para certos trajetos, por exemplo: trajeto como enfermo mental; trajeto como aluno de certo curso; trajeto como trabalhador de certo tipo; trajeto como membro de certo grupo. Não nos preocupamos em definir se eles se relacionavam ou não, se tinham ou não linhas de determinações. Esse não foi o nosso foco. Pretendíamos, sim, falar dos “n-1” modos de produzir caminhos, perseguindo-os nas redes em que se inseriam e constituíam; efetivamente gerando resultados, às vezes imprevisíveis, com efeitos no campo das relações na saúde, mas sem nenhuma possibilidade de serem considerados como da ordem do cuidado ou mesmo de serem protocolizados como eixo tecnológico de ação em saúde. Coisas que faziam sentido para uns, eram, para outros, justificativas para afastamento. Joaquim mostra isso quando não se relaciona com ofertas dos serviços substitutivos em certos momentos das suas existências.

“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 alimentava muitos efeitos no próprio campo do cuidado – tinha a ver com a forma como, nas redes de conexões existenciais, se construíam as trajetórias no que podíamos reconhecer como núcleo familiar. O modo como certos comportamentos de um jovem são tidos como “bizarros” pode acabar por levá-lo a uma internação manicomial, com sérias consequências para várias outras produções da sua existência, mesmo que não vejamos aí linha obrigatória de determinação, mas sim de produção de efeitos nos outros territórios. Joaquim e Magda nos dão muitos elementos nesse sentido, ao conseguirmos demarcar, nas narrativas de seus familiares, a construção – também muito imaginária – de que eram loucos e como tal “mereciam” certos tipos de cuidado e rejeição. Esse lugar da história dos núcleos familiares, tendo como eixo ordenador o usuário-guia nômade, foi muito rico no nosso material. Mas ele pedia também o que esses usuários conduziam ou tinham como efeito dos encontros em outro território, não reconhecido como familiar, mas também muito interessante de ser visível, que era o do território da vida comum.

• 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 totalmente imprevisíveis, permitiu. Por exemplo, Joaquim, na infância em uma zona rural, tinha múltiplos vínculos com outros que não do núcleo familiar e com várias outras atividades e encontros não definidos nesse território *a priori*. Poder contar com alguns deles na construção das narrativas não é fácil, na medida em que ir às fontes daquele período é quase impossível, mas há vestígios dessa produção que podemos apreender. Nem sempre o período da vida, desde o seu começo, é registrável – como aconteceu com Janaína que foi institucionalizada desde os primeiros meses de vida. Mas, pudemos ver no Joaquim, a partir de vestígios, que ele tinha sido barbeiro no seu bairro e que havia frequentado certos “bares” com alguma assiduidade. Esse território da vida comum é muito rico em seus efeitos sobre o campo da enfermidade ou da vida em geral.

• História das enfermidades

Essa história, nos nossos casos, foi a mais rica e cheia de narrativas, pois essa foi a centralidade que se produziu nos modos de viver dos usuários a partir de uma 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 certo estereótipo que os serviços constroem, por meio de seus trabalhadores e de suas características institucionais. Assim, o Joaquim da época do manicômio é distinto do Joaquim dos serviços substitutivos.

Mapa do instituído das conexões com os serviços de saúde

Esse mapeamento procura dar visibilidade para os vários tipos de serviços a que os casos estiveram vinculados e que os instituíram como usuários. Aproxima-se da possibilidade de trabalhar com a ideia de itinerário terapêutico, porém como

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas...

esse mapa é demarcado pelo que foi estruturado, precisou ser invadido pelas outras narrativas, inclusive as que atualizam as redes de cuidado, feitas pelos cuidadores efetivos (que são vários, de diferentes lugares, variando no tempo), para se poder trazer para a cena a micropolítica do trabalho vivo em ato, desordenando a narrativa do dado instituído.

Redes de cuidado em ação, a partir dos modos nômades do usuário-guia movimentar-se nos seus viveres

Esse lugar foi chave para conseguirmos avançar na lógica cartográfica que foi se produzindo, bem como nos vários trajetos e conexões que o território do cuidado possibilitou. Sua visibilidade se deu na medida em que, por meio 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. Magda em vários momentos se revelou nas conexões que produziu e em que foi produzida no universo que a atravessou em seus encontros em um CAPS – com os outros usuários ou com sua equipe de referência. Ou mesmo quando foi morar em uma pensão e estabeleceu seus vínculos com a respectiva proprietária. Construir esse mapeamento com as informações das fontes foi chave.

Uma construção intencional do estudo, sob nossa perspectiva: o algoritmo “medidor” de acesso e barreira

Buscar indicadores dos processos de acesso e barreira já é um movimento clássico no campo da saúde e vem sendo traduzido por indicadores quantitativos, como por exemplo:

- quantas gestantes fizeram pré-natal no primeiro trimestre de gravidez;
- quantas crianças menores de 1 ano fizeram vacinação completa para poliomielite;
- quantos usuários esquizofrênicos conseguiram consultas em um CAPS do seu território;
- quantos portadores de catarata fizeram a cirurgia corretiva em uma certa população, em um dado território;
- quantos pacientes da rede de cuidado em saúde mental foram internados em manicômios na sua região ou fora dela;
- quantos pacientes atendidos com sofrimento mental na urgência e emergência foram inscritos no CAPS de seu território domiciliar;
- e assim por diante.

Ou seja, não são poucos os indicadores já inventados para avaliar um serviço ou uma rede de cuidado em saúde. Todos, aliás, muito pertinentes. Mas todos com uma marca: o acesso ou barreira como um fenômeno quase material e físico de alguém “de fora” de um certo cuidado conseguir ou não ser incluído – seja um estabelecimento específico, como um CAPS, seja uma modalidade de cuidado, como a internação ou uma oficina terapêutica.

Entretanto, medir e traduzir acesso e barreira em indicadores pode não revelar, como demonstramos neste estudo, várias outras dimensões fundamentais da questão. Pois, muitas vezes “entrar” em uma certa rede de cuidado pode ser o melhor caminho para uma barreira, do ponto de vista da construção de um cuidado que produza “mais vida” nos modos de existir de alguém.

Por isso, aqui há um desafio – nada simples e não resolvido plenamente por nós – já que só ousamos apontar algumas questões a ele vinculadas quando nos deparamos com o problema. Reconhecemos que queremos construir indicadores de processos só apreensíveis qualitativamente. Assim apontamos para a possibilidade de construir um “algoritmo”, partindo de uma questão bem simples:

Alguém que está sendo cuidado está ampliando ou diminuindo suas redes de conexões existenciais?

Se sim, então há produção de mais vida.

Se não, então há que reconhecer que o acesso a esse cuidado está produzindo barreiras para um viver mais qualificado.

Ou seja, dependendo do caso e do modo, o cuidado acessado e estabelecido pode funcionar como barreira para produção da vida! Então esse algoritmo pode indicar algo a respeito do nosso objeto de investigação. Ou melhor, cremos que indica qualitativamente, sem números, mas com uma força expressiva da produção de modos de viver mais produtores de vida no campo existencial de alguém.

Por isso, dissemos repetidas vezes no relatório da pesquisa: **“olhar acesso e barreira sob a lógica de produzir/desproduzir conexões existenciais”** – pode nos indicar um produto inovador a partir desse estudo.

Obtivemos essa imagem a partir da pobreza, ou melhor, da miséria das opções que as internações em instituições fechadas produzem. A forma manicomial de cuidar tem grande capacidade de produzir mais morte do que redes de conexões de vida. E, portanto produz barreiras ao cuidado – produção de vida!!

Do mesmo modo, em instituições não fechadas como os CAPS ou equivalentes, podemos perceber situações em que a própria condução clínica pode constituir-se como uma barreira ou o contrário.

Olhar todo o processo de cuidado instituído nos estabelecimentos ou nos encontros em geral como geradores de efeitos terapêuticos, vistos do ângulo da produção desses ganhos de identidades e de contratualizações, abre para nós outros universos na produção de conhecimento sobre esse eixo investigado.

Por isso tudo, imaginamos que essa construção pode ser expressa por um indicador de novo tipo, para ser usado nas avaliações das redes de cuidado em geral e não só no campo da saúde mental.

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas...

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. "A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil". *In: Saúde em Debate*, 25. 2001.
- BAREMBLIT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. Belo Horizonte, Fundação Felix Guattari. 1992.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. "O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004". *In: Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública*; v. 24; n. 2; fev.; 2008.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.
- BRASIL. **Lei 10424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigos a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Diário Oficial da União; 16 abr 2002.
- CAMPOS, C. e outros. **O SUS em Belo Horizonte** São Paulo: Lemos. 1998.
- CAMPOS, F. C. B. **O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas: Tese de doutorado: Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2000.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma. Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec. 2000.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.
- CECÍLIO, L. C. O. "Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada". Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública** 1997; 13(3):469-78.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar". *In: Sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: Lappis. 2003.
- COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COSTA, A. C. F. "Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, Módulo de Saúde Mental". *In: Curso de Especialização em Direito Sanitário*, Ministério Público, 2001.
- CUNHA, G. T. "Gestão da Clínica e o processo de trabalho". *In: IV Ciclo de Debates "Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família"* da ENSP, em 15/05/2008 (em áudio e PPT). Rio de Janeiro, 2008.
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo, Editora 34, 2000. (5 volumes)
- FLETCHER, M. "Strategy and implications of managing long-term illness". England: **Nurs Times**, 1, n. 102, p. 19-20, jan. 2006.
- FOUCAULT, M.; Freud, Nietzsche e Marx. Acesso on-line, 2010.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 19º ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- FRANCO, T. B. "As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde". *In: PINHEIRO, R. & MATOS, R. A. Gestão Em Redes*, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.
- FRANCO, T. B. *et al.* **Assistência Domiciliar na saúde suplementar: revelando os processos de trabalho**. 2007. Relatório de Pesquisa.
- FRANCO, T. B., MAGALHÃES Jr., H. M. "Integralidade na assistência à saúde; a organização das linhas de cuidado". *In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FURTADO, J.; Pacheco, R. “Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência”. *In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, V. 4, N. 3, 1998.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis, Editora Vozes, 1896. 6ª ed.

HARARI, A.; VALENTINI, W. (orgs.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. Hucitec. São Paulo, 2001.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2000**, Brasília, IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2000>>. Acesso em: 20 de março de 2007.

FERNANDES JUNIOR, Ottoni. Maluco Beleza. **Desafios do desenvolvimento**, Melhores Práticas. Campinas, 2005.

KESSNER, D. M.; KALK, C.; SINGER, J. “Assesing health quality- a case for tracer”. **N. Engl. J. Med.**, n. 288, p. 189-94, 1973.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. Hucitec. São Paulo, 2006.

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

LUDKE, M., André, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. EDU. São Paulo, 1986.

MAIRESSE, Denise. “Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa”. *In: FONSECA, T. e KIRST, P (orgs)*. **Cartografias e devires: A Construção do presente**. Porto Alegre: Editora UFRGS. 2003.

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

MERHY, E. E. “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido”. *In: FRANCO, T. B. e outros* **Acolher Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E.; AMARAL, H. (orgs.) **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec. 2007.

MERHY, E. E. *et al*. **Relatório preliminar do projeto de pesquisa implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes [relatório preliminar de pesquisa]**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006-a.

MERHY, E. E. “Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção”. *In: MERHY, E. E. et al* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006-b.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. 2007. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf (consultado no dia 20/12/2016).

MINAYO, C. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

NIETZSCHE, F. “Gaia Ciência”. *In: Os pensadores*. Abril cultural. Várias edições.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. “A política de saúde no Brasil nos anos 90”. *In: Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico Como Contribuição Para a Mudança das Práticas de Saúde**. Campinas: Tese Mestrado: Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Unicamp, 2006.

Prefeitura Municipal de Campinas. **A implantação da Rede Psicossocial de Campinas**. Campinas, 2004. Disponível em <http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/programas/mental/implantacao.htm> (consultado no dia 20/12/2016).

Reforma Psiquiátrica no Brasil – material didático HYPERLINK http://www.ufpi.br/nesp/downloads/especializacao1-2007/modulo_III/assuntos_aula...aula.../reforma_psiquiatria_brasil2.pdf

REIS, A. F. *In: CAMPOS, C. et al*. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas...

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SHAVER, J. L. "Rebalancing our health care systems paradigm". **Nurs Outlook**, USA, 4, n. 53, p. 169-170, jul.-aug. 2005.

SILVA, Erminia. **Circo-teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. São Paulo: Editora Altana, 2007. Disponível on line www.funarte.gov.br .

Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado

Emerson Elias Merhy
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Maria Paula Cerqueira Gomes

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.

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. Repetição.

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 daquelas 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. Repetição.

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. Repetição.

Antes de ir adiante na discussão que nos propomos sobre os modos de cuidar, cabe uma observação, que diz respeito ao reconhecimento de que essa medicina hegemônica, 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. A repetição funciona bem em certas situações.

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 objeti-

va 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. (MEHRY & FEUERWERKER, 2008),

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, 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).

Existência, sofrimento e prazeres: vazando a captura de um saber que representa esse processo como saúde e doença

– “Diga-me: por que você parou de fumar?”

– “Porque fui ao médico e fiquei sabendo depois de alguns exames que minha capacidade respiratória estava diminuída. Já tinha enfisema por ter fumado tantos anos. E, diante desse adoecimento, comecei a tomar um medicamento que “engana” meu cérebro sobre a presença de nicotina no meu corpo. De lá para cá não tenho fumado mais, mas como muita bala. Sem parar. Ah!!! Tenho ficado ansiosa também. Muito. Mas parece que tudo isso vai valer a pena pois o enfisema vai ficar estável e tenho ainda bastante capacidade pulmonar”.

– “Interessante essa opção. Você a tomou em função do quê?”

– “É que eu me vi diante de muitas coisas que pretendia realizar e viver. Continuar fumando era uma opção por um modo de viver que talvez me impossibilitasse de tudo isso, que ainda quero. Quero dizer, também, que continuar fumando mesmo que com aumento do enfisema é um modo de continuar vivendo e uma possibilidade como caminho a ser seguido”.

– “Mas e a doença?”

– “Não vejo bem assim como só doença e sofrimento. Também olho o continuar fumando por um outro lado: o enorme prazer que me dá e se não tivesse outros sentidos para o meu desejo talvez eu optasse por continuar fumando e vendo o enfisema ou minha morte como parte do meu modo de viver também, sem incriminá-la como responsável por isso”.

– “Ou seja, para você, optar sobre certo modo de continuar existindo prazerosamente, mesmo sabendo que com isso certos sofrimentos podem acontecer, não é

necessariamente algo para ser compreendido dentro de uma lógica do processo saúde e doença, ou seja, como algo que produz doença”?

– “Não. Pois vejo isso como meu processo de viver e não de adoecer. Não acho que o olhar polar e tenso saúde e doença dê conta do que eu estou colocando sobre tudo isso”.

– “Sabe, você me faz lembrar de uma outra pessoa que conheço que fuma intensamente e que já vem apresentando certos problemas respiratórios e que diante das mesmas perguntas me respondeu que não tem nem interesse em saber se tem ou não enfisema, pois isso não significaria para ele uma perda de nada ou uma limitação. Não vê a mínima chance de parar de fumar, pois não há outros sentidos na vida que possam colocá-lo em cheque em relação a essa opção”.

– “Por um lado, não é completamente sem sentido representar esse processo por um outro ângulo, que não só das opções por certos modos de vida e não outros, pois ao ser ofertada a representação de que se está diante de um processo saúde e doença aumentasse as maneiras de se poder perguntar sobre suas opções e ações. Não é? Isto é, ao se oferecer certos conceitos para dar sentido e significação ao que se está vivendo, vivenciando e sentindo, pode-se dar elementos para que se possa pensar sobre si e inclusive pensar sobre o cuidar de si ao adotar certas representações sobre os acontecidos, pois ela lhe diz muito, ao adotar o mesmo nível de problematização que a representação tenta captar. Não é verdade isso para você”?

– “Sim”.

– “Entretanto, acho interessante pensar sobre o que significa alguém ser o dono de um certo saber sobre o seu modo de viver e dizer que esse modo de viver é patológico, que por conta dele você vai ficar doente e irá morrer por isso. Acho que essa “imposição” é fruto de uma relação de poder e se você não tem noção dela, acaba aceitando como única verdade possível e torna-se objeto da decisão do outro. Não participa de nenhuma possibilidade de armar a sua própria representação do que faz ou não faz sentido para você e escolher de que modo de viver lhe interessa. Veja que aí o que se passa é a não oferta do saber de um para o outro de modo intercessor, que possibilitaria poder falar de si ou mesmo decidir por si. Pois é, essa tensão já existe mesmo quando o encontro entre um que diz ser dono do saber e o outro que vira seu objeto não é intencionalmente realizado com a ideia de um encontro intercessor, no qual todos entendem e topam sofrer os efeitos desse mesmo encontro e topam falar dele claramente, um para o outro. Porque não são poucos os relatos de experiências nas quais o chamado paciente desse encontro resiste às ofertas que o chamado trabalhador de saúde lhe faz”.

Vale a pena pensar sobre esse diálogo, que é em parte descrição de uma conversa real, de que um de nós participou há algum tempo; tendo em vista as perspectivas deste texto que estamos produzindo.

Da repetição à diferença: questões para pensar as representações sobre o viver

Vamos pensar sobre outras situações. Vamos imaginar que se olharmos com a maior atenção os 7 bilhões de humanos que vivem na Terra neste instante não temos a mínima condição de dizer que haja alguém que seja absolutamente igual a

um outro. Ao contrário. Há sempre um detalhe que faz uma diferença de tal ordem que podemos dizer que há 7 bilhões de singularidades, por mais que todos sejam muito repetidos em relação ao outro. Ou mais, podemos dizer que mesmo um desses únicos à medida que vai caminhando no viver será singular em relação a si mesmo, pois os detalhes no seu viver e suas conformações como território existencial vão mudando a todo momento. O único são vários.

E aí existe um problema para toda forma de representação que tenta apreender todos esses modos de viver sob a ótica da repetição, de um comum que se baseia no que há de igual e de sua expressão como certas formas de viver. E mais ainda, com a ideia de que isso permite conceituar certas formas como mais adoecedoras do que outras. Ou mais ainda, que essas formas de viver devem ser impedidas para evitar a aparição da doença.

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 ser 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. Há algo bem próximo de nós, hoje, que é a política pública que se baseia na criminalização de certas drogas e não de outras. E que leva a considerar certas formas de viver como patológicas e outras como de risco de adoecer. Para uns, repressão; para outros, orientação.

De novo, vale a noção de que poder partilhar com o outro certas representações tem algo de interessante e rico no viver e no conviver, na igualdade centrada na diferença do outro. Mas, quando essas formas de representações se fazem práticas de eliminação, interdição e disciplinarização do outro, aí o que há de fato é a anulação do outro como singularidade e a ideia de que essa singularidade do outro é uma ameaça à minha. A minha passa a valer mais nos jogos de força e isso pode me impulsionar para um modo fascista de viver com os outros. E, então, o entendimento do que são os processos saúde e doença corre o risco de ser engravidado e habitado por uma alma hitlerista (MEHRY & FEUERWERKER, 2007).

A ideia de tensionar com a repetição que há em nós, como anuladora das diferenças que temos, é muito provocante como interrogadora de toda uma postura bem predominante que contamina como natural a prática de dominação de certos saberes sobre outros. Ou melhor, a condução da vida de alguém por um outro, que é tido como legítimo para ditar normas, por ser – pelo menos nas representações/imagens de ambos – portador de saberes verdadeiros e, portanto, com a permissão de ditar as regras sobre o seu melhor viver.

Em muitas dessas situações as equipes de saúde, protagonizam a produção desse modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível, normatizador, no qual não há espaço para outras lógicas de produção de cuidado que não aquela centrada na unidirecionalidade e universalização dos diagnósticos. Repete-se a lógica de que um conjunto de sinais e sintomas é igual a um diagnóstico que revela determinado tratamento e, por sua vez determina o prognóstico, no qual o registro é a doença e não o sujeito. Em nome de uma suposta defesa da vida,

retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver. Sustentam suas ações em ideais comportamentalistas, com base em dados científicos, generalizáveis que independem dos aspectos psicossociais e culturais, e que não passam de meras abstrações numéricas ao retirar das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado com si mesmo e as escolhas de sua vida.

Lá onde dialogamos, no começo desse texto, sobre fumar, enfisema, doenças e por aí vai, pudemos ver bem de perto isso. Entretanto, pudemos ver também como o outro, por mais que se posicione no lugar de objeto, ele mesmo, não suporta ser plenamente isso, sempre colocando uma pitada de si nesse jogo intercessor, dos encontros que o mundo do cuidado provoca.

Adota a noção que se é doente do fumar, que já tem enfisema e isso poderá matá-lo, mas pondera o tempo todo, mede e vai decidindo se vai mesmo adotar as “receitas” do que é viver com saúde dadas pelo outro, mesmo que o reconheça como o que sabe a verdade sobre sua vida doente. Fica na espreita, como o carrapato do Deleuze, para pular em algo que vai pulsar vida para si e sugar o seu sangue vital. Fica ali saboreando a fumaça que sai da boca de um outro. Em algum momento adota esse lugar e revê os sentidos que tinha adotado pela receita do outro. Sabe que não foi ele que decidiu.

Por isso, mesmo sem muita elaboração vai disputar as decisões sobre o cuidado a ser construído. Vai singularizar-se. Vai resistir e conduzir novas produções de viver. Abandona a representação desse viver como patologizante e permite ser invadido por um sentir produção de vida na nicotina.

Isso, no mundo atual não se faz sem que você receba imediatamente, sem perdão, um julgamento duro do outro, que lhe dirá: não é fácil ser viciado. Joga-lhe na cara uma nova representação de si tão patologizante quanto a outra, pois aponta para a sua culpa com o que está ocorrendo de mal consigo mesmo. Ato esse que faz várias dobras sobre si: julga, representa, significa, dá sentido e pune. E, ser vítima de si mesmo pode colocar a discussão sobre as práticas disciplinarizadoras, como as da saúde pública, em outro lugar: no qual a escolha realizada é analisada como correta ou errada, ou pior, como verdadeira ou mentirosa. Hoje, no mundo da sociedade de controle essa produção subjetivante tem construído um olhar culposo para qualquer torresminho que se ponha na boca.

Por outro lado, há uma ambiguidade colocada nesse enfrentamento já que muitas vezes a incorporação do estatuto de doente, da forma como é significado estar doente, em parte pode trazer um apaziguamento ao sujeito ao retirar de si a possibilidade de escolher sobre sua vida e, por isso mesmo de responsabilizar-se por ela. Há aqui um paradoxo interessante, muitas vezes na demanda por cuidado, decididamente coloca-se no outro a responsabilidade por prescrever os modos de como deve andar a sua vida. Assim retira-se a sua parcela de responsabilidade na prescrição de seu cuidado e coloca-se no outro, no profissional, na ciência, no serviço, o seu corpo, seu afeto, sua mente, enfim sua forma de andar a vida para que outro decida sobre ela.

Indo um pouco mais nessa conversa sobre um saber que se impõe às diferenças em nós

Em setembro de 2004, a Revista *Viver Mente & Cérebro*, editada pela Duetto, publicou um texto de Mario Rodrigues Louzã Neto sobre: Detecção precoce da esquizofrenia. Entre várias questões bem interessantes há o apontamento de antecipar-se à instalação clara dessa doença, conforme o autor, por meio de marcadores prodrômicos, permitiria medidas de prevenção ou atenuadores do processo de cronificação que esses quadros produzem, com sérios prejuízos para a vida de seus portadores.

Sem entrar em todas as questões que essa produção nos remete, destacamos aquela que está vinculada ao relato de uma experiência australiana com a detecção precoce de sinais e sintomas prodrômicos em um grupo de adultos jovens, que se faz acompanhar de 40% a 60% de conversão para quadros típicos de esquizofrenias entre eles. Independente de questões metodológicas que poderia se colocar para esses estudos, vale assinalar que, mesmo sendo completamente verdadeiro esse caminho proposto – podemos nos antecipar à doença e atenuar sua manifestação adiante – ele produz um grave dilema. O que fazer com aqueles que são falsos positivos, ou seja, têm os sinais e sintomas mas não se convertem em esquizofrênicos? O próprio autor aponta que esses estudos se preocupam com isso, pois sugerem que esses podem ter como sequelas o estigma de terem tido a suspeita de serem esquizofrênicos

Entretanto, não aponta mais nada sobre isso, como se a vantagem de ter um saber que se imponha sobre a diferença de cada um fizesse valer esse caminho – por acertar, no padrão do pensamento do próprio autor do que é a verdade do que está fazendo, no atacado. Como a saúde pública, que defende a ideia de um modelo de atenção baseado na cobertura dos expostos a riscos, defendendo a ideia de que não precisamos atender todos os hipertensos ou diabéticos, pois basta cobrir uma certa porcentagem dos mesmos.

De um modo bem rápido vale perguntar a quem interessa esse tipo de custo e benefício? Com certeza não é para aquele que está de fora e nem para aquele que virou falso positivo. Mas, podemos também dizer que nem para aquele que foi incluído pela lógica do marcador prodrômico e nem pelo que compõe o grupo de cobertos, como veremos adiante. Pois, ao percebermos que achar pontos na repetição que nos permite um agir protocolado, que anula a diferença, sem ser tocado por ela, pode ter como consequência simplesmente a morte do outro. Produzir a morte do outro como um ser portador de vários sentidos em si e em produção prospectiva no seu viver – ao condená-lo a viver só o sentido dessa doença que represento nele e imponho a ele.

Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o “saber-se” (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o meu saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer. Porque sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a que menos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções unilaterais – como unilateral é

o agir do profissional – não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas.

Fica então um desafio: como lidar com tudo isso, sem jogar a criança com a água do banho, de modo que o saber sobre a repetição aumente minhas possibilidades como cuidador de operar com a diferença e não com a sua anulação. Na saúde mental, ou melhor, no agir psiquiátrico, já sabemos historicamente a consequência: a clausura manicomial dos diagnosticados como doentes mentais. O fim da construção de novos sentidos para o seu viver. Biopoder a todo vapor.

Porém, vale caminhar mais ainda em relação a isso que já apontamos. Vale ir para situações em que possamos usufruir das analogias que vimos apontando até agora, e que nos remetem a outros lugares, como por exemplo: a do tisiologista que se viu diante do trabalho vivo em ato na produção do cuidado e aí compreendeu um pouco mais sobre o fracasso terapêutico na tuberculose. Ou a do profissional de saúde que se interroga a respeito de seus juízos de valor ao ver seu companheiro hipertenso, infeliz e rebelde diante das prescrições, produzindo outros arranjos, transgressores, para organizar a vida – apesar de tudo saber a respeito da doença e do modo de viver supostamente produtor de doença. Ou, a história do avião que era controlado tão plenamente pelos computadores que, diante da necessidade de uma gotícula de trabalho vivo em ato dos pilotos, caiu.

Olhando a produção do cuidado sob a tensão repetição e diferença: o afetar do encontro intercessor na micropolítica do trabalho vivo em ato

Como produzir diferença na repetição, como recolher movimentos indiciários na produção do cuidado: o detalhe que produz a diferença na repetição e na produção do ato de cuidar.

Reunião de supervisão, equipe toda presente, conversando sobre casos difíceis. A reunião é interrompida pela mãe de Maria, uma paciente psicótica de 36 anos, grávida de seu terceiro filho. “(...) eu não aguento mais vir aqui toda a semana e falar a mesma coisa, ela não tem jeito, ela devia morrer, porque vocês não a deixam morrer (...) eu não suporto viver mais com ela, não aguento mais vir aqui e ela continuar do mesmo jeito (...) arrumar quem cuide dos filhos que ela não para de parir (...)”!

Discurso volumoso, fechado e intenso, da mãe de Maria e de parte da equipe que usa essa fala para reafirmar o discurso do saber já constituído sobre o outro, do saber moral e científico. “(...) Trata-se de mais um caso crônico, sem solução. O caso de Maria pede um tratamento intensivo. (...) Como tratar de Maria se sua mãe, não é parceira no tratamento, se ela se recusa terminantemente em aceitá-la?”

Cada membro da equipe ocupa-se em colocar na roda o seu entendimento sobre o caso. Não há lugar, pelo menos nesse momento, para reconhecer, o que diz a mãe de Maria sobre o duro ofício de cuidar de sua filha. Nem tão pouco de perceber que é na repetição semanal dessa mãe, em sua ida ao serviço que ela encontrou e encontra a possibilidade de produzir outro lugar, durante esses anos, de não abandono de Maria, ao contrário do que ela insiste em afirmar. É na sustentação do seu discurso repetido semana após semana que assim leva Maria ao serviço e vem cuidando dela há 36 anos. A equipe

se paralisa diante da dramaticidade da situação e vê na repetição apenas a constatação daquilo que já foi prescrito, previsto, da crônica de uma morte anunciada que está por vir.

Reconhecer que nessa repetição se constrói diferenças, e por isso mesmo outras possibilidades de construção de planos de cuidados, requer da equipe, de seus profissionais, apostar que no encontro de quem cuida com quem demanda o cuidado, na micropolítica do trabalho vivo em ato, é preciso abrir espaços para olhar a produção de novos acontecimentos (MERHY, 2002).

É possível produzir diferença naquilo que se repete, assim como diz o poeta: repetir, repetir, repetir, até fazer diferente! O encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali onde, em princípio, nada se movimenta. Talvez resida aí um desafio para todos dessa equipe, qual seja: a necessidade de recolher movimentos ainda não observados, a-significantes, gestos indiciários, falas ainda inaudíveis, atos ainda não perceptíveis dessa mãe, dessa filha, nessa família (DELEUZE & GUATTARI, 1995).

No entanto, para vê-los, é preciso se deixar afetar pelo corpo vibrátil e não somente pelo olho retina, aquele que olha para o lugar onde previamente as coisas já estão prescritas e descritas antecipadamente. Na experimentação do corpo vibrátil, a dupla, significante-significado, dá lugar a outras experimentações, desestabilizando conhecidas representações tais como família resistente ao tratamento, paciente crônico, não há nada a ser feito, entre outras. Representações que muitas vezes produzem zonas de conforto e de desresponsabilização sobre a produção do cuidado. Afinal, é o outro que resiste, é a família que não quer, e eu não tenho nada a ver com isso! É importante reconhecer que no encontro que produz cuidado é necessário desestabilizar toda a certeza sobre o outro e sobre os acontecimentos decorrentes desse encontro. Certeza essa que muitas vezes faz com que o profissional vá para o encontro já sabedor do que irá encontrar, não abrindo espaço para que o outro diga, ele mesmo, do jeito que lhe é possível, de suas ações. Somente o outro é que abrirá espaço para percorrer esse caminho, para indicar os seus movimentos, dar pistas sobre os acontecimentos que contam na sua vida (MERHY & FRANCO, 2014).

A repetição não pode ser vista como um *déjà vu*, como uma generalização. É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção, para dar visibilidade às múltiplas estratégias de sobrevivência em ação, por mais estranhas e diferentes que sejam. Essa experimentação permite reconhecer que é na afirmação radical da resistência da mãe de Maria que se sustenta a estabilização, durante todos esses anos, da frágil produção de cuidado de sua filha. É no reconhecimento inequívoco de que há nessa fala contundente um saber sobre sua dor, sobre seu existir e sobre o seu cuidado com a filha que novas linhas de fuga podem ser produzidas. Linhas de fugas que agenciem e garantam outra sustentação para a permanência de Maria em tratamento. Acolher essa fala como um saber sobre sua difícil arte de existir e não como uma negação de possibilidades é fundamental para que novas pontes de cuidado possam ser construídas nessa história. Saber esse que diz da absoluta falta de saber do profissional diante dessa história. Para compor e agir com essa história somente por meio do reconhecimento de que diante dela nada se sabe, mas se quer saber. Essa posição possibilita a construção de ofertas antes não pensadas,

novas leituras no processo de produção mútua do cuidado entre o cuidador e aquele que demanda o cuidado (DELEUZE & GUATTARI, 1995; MERHY, 1997).

A equipe, ao movimentar-se para encontrar um plano de conexão entre as falas ruidosas da mãe, de seus profissionais e a fala silenciosa de Maria, abre-se para outras formas de olhar essas vidas. De pensar outro agir, de mobilizar afecções, experimentações desse acontecimento que criam desvios e, por isso mesmo, outras possibilidades de construir planos de cuidado antes impensáveis. Atos menores da equipe que, como nos diria Deleuze, têm como efeito recuperar a possibilidade de reinvenção de todos e de cada um. Atos que agenciam uma rede de apoio e de cuidado a essa família ao produzir novas implicações com outras formas de tratar, ao reconhecer a produção de diferenças na repetição.

O campo do cuidado como o campo das afetações mútuas e da possibilidade de incluir a diferença na produção do encontro

Retomando nossas considerações iniciais a respeito da produção do cuidado saúde, relembramos que ela 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, território das ações cuidadoras 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. 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 e sabedoria adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários.

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 específicas de cada encontro, são diferentes os agenciamentos e são diferentes membros da equipe de saúde que cumprem um papel mais ativo. E isso pode variar a cada momento – porque todos somos muitos e cada encontro nos afeta de modo diferente.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de 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 ser-

viço 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...

E é no território das ações cuidadoras que a negociação pode acontecer. A partir das mútuas afetações. 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 à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível fabricar 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 sofrimentos. Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição.

Referências Bibliográficas

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Para uma literatura menor**. Portugal. Editora Assírio & Alvim, 2003.
- DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. São Paulo: Nova fronteira, 1975.
- MERHY, E. E. & Franco, T. B. “Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho”. *In: Trabalho Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde*. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade**. Artigo produto da pesquisa nacional sobre Atenção Domiciliar realizada no âmbito da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Clínica Médica da UFRJ, publicado como subsídio para Seminário Internacional realizado em abril de 2007 na UFRJ, disponível no endereço http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/admedicalizacao_e_substitutividade.pdf (consultado no dia 1/12/2009).
- 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**. Bahia: Editora UFS; ISBN 978-85-7822-075-4, 2009, p. 29/56.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. “Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. *In*: MERHY & ONOCKO (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- PARNET, C. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Site Dossiê Deleuze. 2010.

Cuidar em saúde¹

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Primeiro, em nossa conversa, falar de saúde. Saúde é um tema da vida, um assunto de todos os humanos. Tem a ver com o estoque de recursos de que dispomos para levar a vida adiante da melhor maneira possível. Melhor maneira possível que tem algo a ver com um projeto de felicidade, com os modos de estar no mundo. Melhor maneira possível que varia para cada um e também ao longo do tempo, da história e das sociedades. Se saúde é isso tudo, é claro que para produzi-la, alimentá-la, torná-la possível, são necessários muitos elementos. Boas conexões, bons encontros, projetos de vida, possibilidades de realizar esses projetos, possibilidade de viver ganhos e perdas, de enfrentar – sem desmontar – as dificuldades, frustrações e desencontros que também fazem parte da vida.

Se assim entendemos a saúde, um primeiro passo importante para nossas reflexões é reconhecer que ela é um assunto da vida, que sua produção envolve muitos elementos – materiais e imateriais, produzidos socialmente, individualmente e coletivamente, a partir de possibilidades e condicionamentos. Nessa cena, somos todos criadores e criaturas. Criaturas porque chegamos ao mundo em condições que não controlamos e durante nossa existência outros tantos elementos operarão fora de nosso controle ou vontade. Criadores porque podemos, todos os dias de nossa vida, inventar os modos como vamos aproveitar nossas possibilidades e enfrentar os condicionamentos, inclusive inventando novos elementos para fabricar a vida do melhor modo possível.

Modos de estar no mundo e construir conexões que aumentem nossas potencialidades. Muito além de doenças, diagnósticos, exames, remédios.

Muito além do que somente as condições materiais da vida. Muito além do que os profissionais e os serviços de saúde podem oferecer.

Então saúde é algo que diz respeito a todos, uma vivência que todos experimentam e sobre a qual fazem escolhas e têm opinião. Os conhecimentos técnicos que os profissionais de saúde detêm e o modo técnico como entendemos partes desse processo são apenas parte dos conhecimentos, parte das perspectivas relacionadas à saúde.

Segundo, falar de cuidar. Cuidar também é algo da vida, não somente dos humanos. Ativamente é algo que diz respeito ao menos a todos os viventes animais. Com diferentes arranjos ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de vida, cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida.

Cuidar da saúde, então, é tema de todos os viventes, não somente dos profissionais de saúde. Necessária essa consideração para sabermos que nesse terreno, o

1 Texto publicado em VER-SUS Brasil: Cadernos de textos [documento eletrônico/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. – (Coleção VER-SUS/ Brasil).

do cuidado em saúde, usuários, seus familiares e vários outros personagens são participantes ativos, com pauta própria e muitas possibilidades e impossibilidades que muitas vezes desconhecemos. E há múltiplos sentidos nesta produção.

Mas cuidar em saúde é um tema importante para os profissionais da área. Isso porque o modo como se aborda a relação entre trabalhadores e usuários no trabalho em saúde também é objeto de intensa disputa.

Cuidado em saúde no SUS – em busca da integralidade

No âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, uma referência essencial para se pensar e organizar o cuidado em saúde é a integralidade. Integralidade pode ser entendida como o cuidado que se produz adotando um conceito amplo de saúde. Pode ser entendida como a garantia de acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentar determinado problema de saúde. E mais.

Dos muitos sentidos que a integralidade pode ter, o mais apropriado para nossa discussão é o produzido por Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, que articula a integralidade com as necessidades de saúde. Integralidade, então, seria tomar as necessidades de saúde dos usuários como referência para organizar o cuidado em saúde (em todos os encontros entre trabalhador e usuário que compõem o processo de produção do cuidado).

Necessidades de saúde que são amplas – vão desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente, além da garantia de acesso a todos os serviços e tecnologias necessários para enfrentar o problema em questão. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a rede de cuidados.

Integralidade, necessidades e cuidado em saúde

Tomar as necessidades de saúde do usuário como referência traz muitas implicações. A começar pelo lugar do usuário na produção do cuidado. Apesar de já há algum tempo se reconhecer que o usuário é o gestor de sua própria vida, que ele faz suas escolhas (com a nossa autorização ou não); de se reconhecer também que a ampliação de sua autonomia para configurar os modos de conduzir sua própria vida, enfrentando seus (velhos e novos) agravos, deve ser um dos produtos desejáveis do processo de cuidado, a prática predominante nos serviços de saúde tem sido a inversa.

De saída, é preciso reconhecer que pode haver um desencontro de expectativas. O que um considera problemas e necessidades não necessariamente coincide com o que o(s) outro(s) considera(m). Um sabe de seus desconfortos; os outros olham para os usuários utilizando diferentes filtros (risco, vulnerabilidades, prioridades etc.). Muitas vezes o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores de saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde muitas vezes esperam que o usuário reorganize sua vida, à luz do saber técnico-científico, em função dos agravos que enfrenta.

O usuário se orienta a partir de diferentes planos: seus saberes (produzidos a partir da vivência e também de distintas fontes, ainda mais num mundo em que a circulação de informações quebra muitíssimas barreiras), história de vida, valores, religião, trabalho, suas possibilidades, desejos, dificuldades, fantasias, medos, momento. Os trabalhadores de saúde, dependendo do modo e do recorte que utilizam em sua aproximação, nem sequer vislumbram “essa vida” que vem junto à “queixa” – e que certamente é fundamental para muitas das apreciações, considerações, definições, decisões etc. a serem tomadas.

Dependendo do cenário, do grau de sofrimento, da instabilidade clínica, do risco de morte, as relações entre usuário e trabalhador(es) de saúde se produzem de modos muito diferentes. Com disposição e possibilidades muito distintas de fazer valer a autonomia (pelo lado do usuário) ou de fazer valer a autoridade (pelo lado dos trabalhadores). Lugares de máxima autonomia do usuário e de baixa instabilidade clínica (vida em evidência) – como na atenção básica e na atenção domiciliar – e lugares de mínima autonomia do usuário e alta instabilidade clínica (problema orgânico em evidência) – como no hospital e na UTI, em particular.

De todo modo, considerando as necessidades, há todo um território de produção que faz todo o sentido e é indispensável para os usuários: há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador/equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com o usuário, pela construção de um plano de cuidados. Esse é um plano crítico (no sentido de muito importante), no qual se constroem as relações de confiança e que interfere de modo significativo na efetividade do encontro, nas possibilidades de haver benefício para o usuário em relação à sua saúde.

Voltando para as necessidades, outro plano fundamental para os usuários é ter acesso ao correto diagnóstico e aos procedimentos e processos terapêuticos. Para isso é importante contar com profissionais que dominem os conhecimentos estruturados de cada área, mas também capazes de articulá-los com contexto e singularidade. E aqui as questões fundamentais são construção de conexão, continuidade e acesso oportuno.

Também é importante dizer que o que pensam usuários e trabalhadores sobre o que sejam necessidades em saúde também é fruto de cada tempo. E em nosso tempo, as indústrias (de equipamentos, de remédios, de comidas, de produtos estéticos, entre várias outras), o mercado e os meios de comunicação interferem fortemente na construção dessa compreensão. E, desse ponto de vista, as demandas apresentadas como necessidades precisam ser problematizadas.

E como se produz o cuidado em saúde? Quais os principais desafios nesse campo?

A produção do cuidado implica sempre encontro – entre usuários, entre usuários e outras organizações que ampliem suas ferramentas para suportar diferentes

dores e sofrimentos e também encontros entre usuários e trabalhadores de saúde em diferentes instituições.

Nesses encontros, pode haver o estabelecimento de relações em que há o reconhecimento mútuo de saberes, expectativas, desejos. Ou não. Muito comumente os trabalhadores de saúde tomam os usuários como objeto de sua ação. Como se, por precisarem de ajuda ou de intervenções técnicas, os usuários estivesse se colocando sob a gestão dos trabalhadores.

De um modo geral, não é isso que acontece. Os usuários têm um papel ativo nesse processo – tanto porque “estão no comando de suas vidas” e fazem opções, escolhas, como porque são ativos também em seu encontro com os trabalhadores de saúde. Usuários e trabalhadores afetam e são afetados. Todos deixam marcas uns nos outros. Todos tentam fazer valer suas ideias, projetos, necessidades.

Mas nem sempre os trabalhadores de saúde reconhecem essa autonomia dos usuários. E ela não se expressa do mesmo modo em os lugares de encontro entre trabalhadores e usuários.

Há diferentes situações, diferentes relações de poder, diferentes graus de proteção e governabilidade de parte a parte. No hospital, em geral, os usuários, em função de uma situação de maior sofrimento, de risco de morte, abrem mão de graus de sua liberdade e autonomia – quase sem escolha, pois a obediência é exigência das instituições hospitalares no momento da internação. Os trabalhadores, por seu lado, encontram no hospital o ambiente de máxima proteção institucional, com regras muito bem definidas que favorecem o agir profissional e limitam o agir do usuário, que asseguram a possibilidade de monitoramento e o controle sobre os usuários e sua situação vital permanentemente.

No cuidado ambulatorial – de diferentes tipos – as possibilidades de controle, por parte dos trabalhadores sobre os usuários, decresce vertiginosamente. O que pode um encontro mensal de uma hora em termos de ordenar a vida de alguém? Pode algo, em função das relações de poder estabelecidas a partir do saber técnico e científico e do sofrimento/medo do usuário. Mas pode muito menos do que no hospital.

No cuidado domiciliar, então, em que explicitamente há o compartilhamento da responsabilidade do cuidado entre trabalhadores e cuidadores (geralmente familiares) e que acontece no território dos usuários, os diferentes pontos de vista se expressam muito mais claramente.

Então no trabalho em saúde sempre há encontros e disputas de projeto. Em condições diferentes, dependendo da situação, como vimos. Mas se há disputa, sempre pode haver negociação, sempre é possível tomar o outro também como sujeito na relação que se produz. Inclusive na UTI, lugar de máximo controle dos trabalhadores e de mínima autonomia para os usuários. Não se pode falar com o usuário? Mas sempre se pode falar com a família, entender melhor o contexto, explicar o que acontece, tomar decisões conjuntamente.

Mas além do tema das disputas, do poder, a produção do cuidado também acontece de modos diferentes dependendo da ideia de saúde e de doença com que operam os trabalhadores e da maneira como mobilizam as diferentes tecnologias envolvidas no trabalho em saúde.

O trabalho em saúde e suas tecnologias

A concepção de saúde centrada na ciência e que toma os aspectos biológicos do adoecimento como principais, tem várias implicações para a maneira como acontece o encontro entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado em saúde.

Analisando o trabalho do médico, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves considerava que esse 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.

Partindo desta análise, Emerson Merhy vai além. Considera que, no encontro com o usuário, o profissional de saúde utiliza “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. A essas chamamos tecnologias duras.

A segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do profissional 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, mas no momento concreto do agir do trabalhador, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (que é imprevisível, 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, centrados nos procedimentos, por exemplo) 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 é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; 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 do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que adquirem importância a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador-usuário. 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. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves.

Dependendo de como se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Por exemplo, no chamado modelo hegemônico, 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 médico/o enfermeiro/o odontólogo/o fisioterapeuta etc. reduzirem-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 almejados. 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. Isso apesar de todo o avanço tecnológico, da produção de equipamentos e medicamentos cada vez mais sofisticados,

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 desta 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 técnico 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 mais amplo, 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. Mas todas elas têm seu núcleo cuidador empobrecido e estão 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 nessa 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 nesse 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. Assim é preciso alterar a missão dos estabelecimentos de saúde e ampliar 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, 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 criativos, produtores de vida, 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 pode participar ativamente da construção dos projetos terapêuticos (construídos de modo compartilhado por vários profissionais), que levem 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. 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 gra-

vidade 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!

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 sofrimentos.

Desinstitucionalização e inovação no trabalho em saúde: dialogando com espaços potenciais de produção de novidade no SUS

A política de saúde mental preconizada pelo Sistema Único de Saúde é uma política substitutiva, implementada com base na desinstitucionalização. Substitutiva porque cria mecanismos e lugares para produção do cuidado que são implantados para substituir, criar alternativas à internação manicomial. Desinstitucionalização porque se procura resgatar a autonomia de vida das pessoas em sofrimento psíquico, propiciando novos espaços para a reconstrução de sua vida.

A política de saúde mental vem sendo implementada no Brasil, então, por meio da criação de redes substitutivas, constituídas por novos dispositivos e equipamentos terapêuticos que possibilitam o resgate da vida e em que o cuidado e o manejo de cada situação, em face da singularidade agora reconhecida, exigem criatividade. Os espaços em que se organiza o cuidado podem ser os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os centros de convivência, as casas em geral, abrigos, as praças e até as ruas.

É claro que nesses novos equipamentos/dispositivos também existe essa tensão permanente entre a reprodução do modelo manicomial e a produção de alternativas em defesa da vida e da construção da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, dos egressos do confinamento compulsório por toda uma vida. Existe a tensão, mas há muita produção de novidades. Tanto que são muitos e amplamente reconhecidos as inovações e o compromisso militante dos trabalhadores das equi-

pes, assim como os resultados desse trabalho, em muito superiores aos obtidos pela estratégia manicomial.

Um outro exemplo de trabalho desinstitucionalizado ocorre na saúde da família. Dentre elementos positivos e negativos das experiências existentes, vale destacar seu elemento mais inovador, aquele que produz diferença em relação a outras modalidades de organização dessa atenção básica, que é a ação do agente comunitário de saúde.

O agente, necessariamente morador da área de abrangência da unidade de saúde, trabalha principalmente no “território”, no espaço onde pulsa a vida, para além dos muros das unidades de saúde. Defronta-se com todo tipo de problema que afeta o viver das pessoas e, juntamente com os usuários, toma iniciativas – individuais e coletivas – para enfrentar uma parte deles. Na maior parte das vezes, é dos agentes e de suas invenções que brota a alegria e o entusiasmo que chamam a atenção nos **encontros das equipes de saúde** da família. É o agente indispensável para o reconhecimento do território, seus recursos e seus problemas. É quem produz mais fortemente a ligação entre população e unidade de saúde, apesar de, muitas vezes, sua voz não ser escutada dentro das equipes, que tentam reduzi-lo a um mero reproduzidor do modelo hegemônico, profissional partido. Muito embora haja muita dificuldade de as equipes escutarem a sua voz e inúmeras tentativas de captura de seu trabalho vivo: ACS carteiro, ACS fiscal, ACS agente biopolítico.

Muitos agentes comunitários e muitas equipes de saúde mental trabalham em novos territórios e são, ao mesmo tempo, alimentados e desafiados pela vida, sua complexidade, pela singularidade de cada situação. Os (novos) territórios abertos pelo trabalho realizado em espaços não institucionais parecem carregar esta potencialidade.

Assim acontece também com a atenção domiciliar. A casa, como espaço de cuidado, pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica. Um espaço que remete as suas vivências enquanto sujeito, diferente/distante da frieza da instituição hospitalar. Esses novos ingredientes associados à maior autonomia das famílias na produção do projeto terapêutico podem possibilitar às equipes operar na lógica da desinstitucionalização, potencializando novos lugares do cuidado, novas práticas, novas invenções no agir em saúde, novas maneiras de produzir sentidos para a vida/morte.

A produção de cuidado e de novidades nas práticas de saúde ocorre motivada por um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção dos projetos terapêuticos (muitas vezes essa autonomia é “arrancada” pelas famílias).

Projeto ético-político, por outro lado, que tem na paixão um elemento decisivo de mobilização dos trabalhadores. Paixão pela possibilidade de resgatar a dimensão cuidadora de seu trabalho em saúde. Paixão pela possibilidade de criar, inventar, ou seja, paixão pelo trabalho vivo autopoietico. Paixão por terem que se defrontar cotidianamente com o inusitado, com as singularidades de cada pessoa e de cada família (que existem sempre, é claro, mas que o cuidado no domicílio aparentemente torna mais evidentes) – ou seja, paixão pelo trabalho vivo em ato. Paixão por se descobri-

rem humanos em seu trabalho em saúde – na identificação que ocorre em sua percepção sobre a construção das relações familiares, nas tristezas e alegrias, nos medos, na potência e na impotência de suas ofertas. Paixão por se desejarem equipe e por conseguirem operar essa produção. Paixão pelo resgate da solidariedade em sua prática profissional e pela demolição dos limites impostos pela racionalidade científica na definição de seus fazeres, amores, desamores e responsabilidades nas relações com os usuários.

Para fechar nossa conversa

A substitutividade e a desinstitucionalização seriam então elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes.

Quando os CAPS, as equipes de atenção domiciliar e os agentes comunitários de saúde muitas vezes se pautam pela garantia do(a):

- Direito de ir e vir do usuário
- Direito de o usuário desejar o cuidado
- Oferta de acolhimento na crise
- Atendimento clínico individual e coletivo dos usuários, nas suas complexas necessidades
- Construção de vínculos e referências, para eles e seus “cuidadores familiares” ou equivalentes
- Geração de alívios nos demandantes
- Produção de lógicas substitutivas em rede
- Matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde
- Geração e oferta de redes de reabilitação psico-social inclusivas

Quando isso ocorre, esses equipamentos/arranjos de atenção tornam-se, ao mesmo tempo, dispositivos efetivos de tensão entre novas práticas e modelo hegemônico, e entre velhos “hábitos” e lugares que produzem melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar do sofrimento e da loucura.

Existe grande potência nesses arranjos. Precisamos aprender com eles. A ruptura parece ser uma condição fundamental para a invenção. Mas é indispensável saber também que é preciso cuidar desses cuidadores, criar espaços de escuta e de apoio, produzir dispositivos para sua educação permanente, de modo que o inusitado, a singularidade e o desafio de se defrontar com a vida (com seus sabores e dissabores) produzam implicação, compromisso e potência no agir individual e coletivo desses trabalhadores.

Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. "Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. "Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges". **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

BADUY, R. S. **A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Tese apresentada na PósGraduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, junho de 2010.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, setembro de 2010.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. "Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída". *In*: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepsc/UERJ: Abrasco, 2005, p. 91-101.

CAMPOS, G. W. S. "Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida". *In*: PASSOS, Eduardo (Org.) **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. / Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 2 v.

CAPONI, Sandra. "A saúde como abertura ao risco". *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 176 p. 55-77.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.

CECCIM, Ricardo Burg e CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. "Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação". *In*: MARIN, João José Neves e outros (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. "Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 03, p. 469-478, jul./set., 1997.

FERLA, Alcindo Antônio. "Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado". *In*: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004, p. 171-186.

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". Aceito, em fevereiro de 2008, para publicação na **Revista Panamericana de Salud Pública (Rev Panam Salud Publica)**, ISSN 10204989.

FEUERWERKER, L. C. M. "A cadeia do cuidado em saúde" *in* MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Orgs.), **Educação, Saúde e Gestão**. ABEM-Hucitec, 2011, p. 99-113.

FEUERWERKER, L. C. M., CECILIO, L. C. O. "O hospital e a formação em saúde: desafios atuais". **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1400-1410, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M; MERHY, E. E. "Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado". *In*: MANDARINO, A. C. S; GALLO, E., GOMBERG, E. (Orgs.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Editora UFBA, no prelo.

FRANCO, Túlio Batista & MAGALHÃES Jr., Helvécio Miranda. "Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado". *In*: MERHY, Emerson Elias e outros. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 125-134.

MERHY, Emerson Elias. “A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. *In*: MERHY, Emerson Elias e outros (Orgs). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 67-92.

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. 285 p.

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. (Orgs.) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. No prelo.

SILVA Jr., Aluísio Gomes; ALVES, Carla Almeida e ALVES, Márcia Guimarães de Mello. “Entre tramas e redes: cuidado e integralidade”. *In*: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde**, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepsc/UERJ: Abrasco, 2005, p. 77-90.

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

Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios*

Débora Cristina Bertussi
Rossana Staevie Baduy
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Emerson Elias Merhy

“Desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso, é construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que ele (Foucault) chama, trabalho no terreno.”
(DELEUZE, 1996, p. 84).

Apresentamos neste texto os afetos e as marcas produzidas nas pesquisadoras na produção de trabalhos com a pretensão de produzir conhecimento na vivência do doutorado na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/UFRJ.

Foram escritos cartográficos produzidos no percurso, um por Baduy (2010) para conhecer a caixa de ferramentas da equipe gestora, e outro por Bertussi (2010), a produção de coletivos. Estas experiências foram vividas em duas secretarias municipais de saúde, respectivamente. Para nós não foi uma trajetória linear, houve muitas idas e vindas; várias afetações ocorreram, encontros, reencontros, desencontros, recuos, recomeços; enquanto isso, fluxos de energia iam e vinham, percebíamos que havia algo sendo tecido – sempre há – novos atores em cena.

O modo das pesquisas produzidas é o cartográfico na medida em que busca mostrar o que é visível tão somente ao sensível. Nestas pesquisas a processualidade interessou muito mais do que o produto e houve um envolvimento e um acolhimento dos fatos cotidianos, buscando compor formas de compreensão e de visibilidade para os sentidos de produção da vida e do mundo. O problema de pesquisa não era estranho às sensações das pesquisadoras, isto é, pertencia a elas. O problema passou a se apresentar, então, à pesquisa para revelar a mutabilidade do mundo como ação política e vontade ética de inventar mundos para si e para os outros.

Merhy (2004) com o conceito de sujeito militante coloca que os sujeitos que estão na produção do Sistema Único de Saúde (SUS) e que investigam suas próprias práticas na produção de conhecimentos estão tão implicados com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de todos estes processos, ou seja, os sujeitos que interrogam são ao mesmo tempo os que produzem o fenômeno em análise e, mais ainda, são os que interrogam o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo criam a própria significação de si e do fenômeno.

Fischer (2000) enfatiza que um pesquisador implicado com sua pesquisa está sempre atento aos ecos que os autores que ele encontra lhe produzem, os assuntos que provocam e as inquietações internas que a prática e/ou a teoria lhe produzem e que

* Este texto integra o material Caminhos para análise de políticas de saúde, produzido com apoio da Faperj, e disponibilizado no site www.ims.uerj.br/ccaps.

ficam reverberando dentro de si. Rolnik, em seu livro *Cartografia Sentimental* (2007, p. 31), fala das intensidades que buscam formar máscaras para sua exteriorização e, então, tomam corpo e formas de expressão. Percebemos nestas andanças que, apesar de conviver há muitos anos, intensamente, em unidades de saúde, em espaços de gestão municipal, estadual e federal, a máscara da sabida nos havia possibilitado conhecer algumas perspectivas do viver no mundo da produção do cuidado em saúde, mas muito havia para viver.

Compartilhamos experiências e itinerários com um grupo de trabalhadores das Secretarias de Saúde em busca do inusitado, da novidade, construindo novas relações e afetos. Foi, como diz Espinosa (DELEUZE, 2002), um encontro com corpos cuja natureza se compõe com a minha, corpos que me afetaram pela alegria, encontro que adicionou desejo e ampliou a potência de agir. O propósito não foi definir a dinâmica das Secretarias de Saúde, ou melhor, dos vários corpos presentes na gestão desta organização pela forma, nem por seus órgãos e suas funções, nem por uma substância ou sujeito, mas, sim, pelos modos, modos de afetar e ser afetado, do corpo e do pensamento.

A intenção foi olhar para o campo da gestão de uma organização de saúde, considerando-o como um processo que possui um movimento e uma dinâmica próprios, onde estão em ação atores que se aliam e confrontam. Atores que são muitos em si mesmos, que mudam de lugar, que se expressam em diferentes planos conforme afetam e são afetados. Tratou-se de uma busca para expressar as diferenças, disputas, conflitos e consensos que foram sendo produzidos e produzindo novos protagonistas, um processo de descoberta e de produção da singularidade e do(s) sentido(s) presente(s) em seu cotidiano.

Entender, usado no sentido que Rolnik (2007, p. 12) escreveu em seu livro *Cartografia Sentimental*, “não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão”. O desejo foi o de cartografar, mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer a travessia: pontes de linguagem para expressão das intensidades.

Foucault alerta que não devemos nos preocupar em interpretar, mas sim em experimentar. Deleuze diz que não há nenhuma questão de interpretação: “... *os conceitos são exatamente como sons, cores ou imagens, são intensidades que convêm a você ou não, que passam ou não passam. Não há nada a compreender, nada a interpretar*”. Para ele não há nada em cima – céus da transcendência –, nem embaixo – brumas da essência. (DELEUZE e PARNET, 1998, p. 11-12).

Interessamo-nos por estudar a construção da gestão municipal, em sua micropolítica, porque achamos necessário que esses movimentos experimentados na construção do SUS sejam investigados, debatidos e publicizados. Sobretudo por haver escassos meios para o compartilhamento de experiências entre militantes, trabalhadores de saúde e gestores do SUS, que sabem haver movimentos interessantes acontecendo em alguns lugares, mas inacessíveis, porque estas vivências – exitosas ou não – não têm sido suficientemente registradas e divulgadas. Sentimo-nos em sintonia com esse esforço de ampliação da discussão, pois não pretendemos escrever sobre os

êxitos dessas vivências, mas, sim, colocar em debate o modo possível de fazer a partir de conhecimentos existentes/disponíveis e do contexto/cenário local.

Partimos da análise micropolítica do cotidiano, interrogando os diversos sentidos cristalizados na instituição, criticando o que está posto como verdade e instigando os atores sociais a refletirem sobre os efeitos das práticas coletivas que (re) produzem, evidenciando as relações de poder, as afecções e as caixas de ferramenta encontradas no campo de investigação, tentando desmanchar territórios constituídos e convocando à criação de outros territórios instituintes.

Um conceito-ferramenta importante nesse percurso foi o de **dispositivo**, utilizado para identificar ou analisar arranjos capazes de disparar movimentos transformadores ou autoanalíticos nos diferentes lugares e processos da secretaria. Foucault (1992 – vale a pena indicar em qual texto da microfísica na listagem final) aponta dispositivo como um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

Para este autor, o dispositivo pressupõe a existência de um tipo de jogo de poder, de caráter estratégico que modifica as posições e funções entre esses elementos heterogêneos apontados. O dispositivo está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo, estratégias de relações de forças sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. Para Foucault, segundo Deleuze (2005), o poder é operatório, é uma relação, relação de poder, conjunto das relações de forças que passam tanto pelas forças dominadas como pelas forças dominantes, e que estas relações estão em todos os lugares onde existem singularidades, diferenças, ainda que minúsculas relações de força.

O dispositivo opera no espaço da micropolítica, enquanto espaço privilegiado para mudança das práticas de gestão e de atenção à saúde, possibilitando a apropriação do conhecimento, porque ele é produzido a partir da realidade cotidiana no trabalho e, portanto, os problemas ou necessidades que interferem na qualidade da atenção à saúde ao usuário são problemáticas para reflexão, debates e reajustes nos pactos que orientam a ação dos trabalhadores, formadores, gestores e na participação social (FEUERWERKER, 2005).

Consideramos que um processo de investigação é sempre interessado, porque se inicia a partir de certas dúvidas e inquietações que levam a problematizações, que, por sua vez, apontam para necessidade de estudar o objeto em questão. Desse modo, como o pesquisador não é neutro em suas escolhas, faz recortes de partes da realidade a ser investigada a partir de suas implicações. E por isso a poesia de Leminski tem todo sentido neste momento:

*“Não fosse isso e era menos.
Não fosse tanto e era quase”.*
Paulo Leminski (1980)

Vivenciando o campo de pesquisa

Começamos a vivenciar o campo de pesquisa, múltiplo, disperso, tenso e elástico, tentando configurar um objeto com suas várias concretudes e intensidades. Adentrando mais e mais, fomos descobrindo singularidades, vivendo processos de subjetivação e descobrindo significados e, cada vez mais, pensando quais os sentidos disso tudo, tantas vidas, tantas dores, alegrias, bons encontros, paixões alegres e tristes. Assim, foi-se produzindo o momento da pesquisa, o momento da produção teórica e, sobretudo, a produção do objeto e do pesquisador no momento de intervenção, já que sempre se está implicado e, neste caso, explicitamente, colaborando como assessora e como gestora na construção do processo analisado. Desta forma, o pesquisador e o campo da pesquisa foram se produzindo ao mesmo tempo.

Priorizar movimentos e processos, traçar linhas, dar vazão às intensidades, a cartografia veio então nos ajudar no processo de investigação, na medida em que não pretendíamos revelar algo que estava nos bastidores, mas acompanhar linhas, intensidades que se atualizavam, vivenciar linhas de fuga, marcar pontos de ruptura, produção de mapas em campos de forças: neste caso, o campo de forças da gestão municipal da saúde. A observação se deu na perspectiva da implicação: como um cartógrafo que vai sendo afetado pelas intensidades presentes no campo e, ao mesmo tempo, afetando e produzindo intensidades, seguindo ritmos, acompanhando processos, sem se submeter ao domínio, mas num movimento também de produção, numa composição e decomposição de ritmos, linhas e velocidades.

A observação do cotidiano da equipe gestora foi feita com o olhar interessado para o trabalho vivo em ato, para as práticas de gestão enquanto espaço de disputa entre os sujeitos que produzem o cuidado em saúde, para a micropolítica do trabalho em saúde.

Guattari e Deleuze utilizam o conceito de rizoma para explicar a noção de complexidade que envolve os fenômenos contemporâneos. Para eles existem diferenças profundas entre rizoma e árvore. A árvore está ligada à ideia de fixação a um ponto, uma ordem, enquanto em rizoma existem “princípios de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro.” (GUATTARI e DELEUZE, 1995, p. 8).

Partindo-se do pressuposto de que o rizoma não possui posições ou pontos fixos, trabalhamos com os movimentos de discussão na perspectiva de um cartógrafo que, na construção do “mapa”, entrega-se ao processo experimental (ligado no real), tentando conectar-se com as múltiplas dimensões e tentando perceber as constantes modificações da “paisagem”. Assim fomos construindo sentidos, acompanhamos as linhas que se formaram e desmancharam para entendê-las.

A seguir, apresentamos a experiência na voz de cada um de nós pesquisadores, em dois textos: *A pesquisadora na pesquisa da caixa de ferramentas do gestor municipal*; e *A pesquisadora na pesquisa da produção de coletivos na gestão municipal*. Estes textos estão acompanhados de muitas vozes, mais especialmente de nossos orientadores, Laura Feuerwerker e Emerson Merhy que fizeram conosco o exercício da alteridade, juntamente com o coletivo da linha de pesquisa Micro-

política do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Nos escritos abaixo, continuamos a apresentar, a construção de nossos (des)caminhos como pesquisadoras, do objeto da pesquisa, a relação com os sujeitos e com os conceitos utilizados, só que agora falando das duas experiências separadamente. Não pretendemos apresentar toda a produção, abordamos os trilhos e os desvios.

A Pesquisadora na Pesquisa da Caixa de Ferramentas do Gestor Municipal

Pesquisar a caixa de ferramentas do gestor da secretaria municipal de saúde, esta foi a minha escolha. Para isso, obtive a concordância da secretária e o consentimento dos participantes e fui me inserindo no coletivo gestor.

No começo, ainda estava me colocando de fora – resolvi construir oficinas para discutir com alguns trabalhadores o objeto da minha pesquisa – fiz a primeira oficina que pouco me trouxe, era artificial, era a representação do vivido e ainda “a frio”. Parei, mas resisti, a orientadora insistiu que eu repensasse os caminhos, desterritorializada, me perdi. Mas, continuei conversando com trabalhadores da secretaria, pedindo licença para entrar, esperando um momento para entrar, conversei novamente com a secretária de saúde, que também trouxe suas demandas para mim e assim fui me colocando no meio do movimento de tecer as teias, desmanchar teias, construir e reconstruir outros fios. Foi assim, bati na porta, pedi licença, esperei e acabei convidada a participar do movimento da gestão municipal.

A partir do momento em que consegui mergulhar nas intensidades em produção na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e que pude perceber linguagens, fui esboçando rabiscos, desenhos, ao mesmo tempo em que ocorriam movimentos de transformação da paisagem. Estando implicada na produção de caixa de ferramentas, aproximei-me das diversas políticas, linhas e fluxos presentes naquela organização. Aos poucos fui me deixando invadir por novos fluxos, em diferentes lugares e tempos que evidenciavam o processo de produção do trabalho da gestão.

Partilhei aquele processo com muitos trabalhadores: desde aqueles envolvidos mais diretamente com a gestão, ocupando cargos formais do organograma existente na organização, como com aqueles trabalhadores que fazem a gestão do cotidiano nas unidades de saúde. O critério de inclusão era o convite deles, a demanda produzida no processo, como também a minha curiosidade que ia sendo produzida na pesquisa para dar conta dos processos em que fui me envolvendo. E fui assim me produzindo como pesquisadora. Alguns conceitos operaram na produção do sentido – o de implicação foi um deles; pude me colocar, estar dentro do processo, descobrir que é possível haver vida na pesquisa. A pesquisa não era mais cinza, como sempre tinha sido, cheia de regras, onde não era possível afetar-se, sentir, viver.

A desterritorialização, claro, veio nesse processo. A experiência foi dolorosa em alguns momentos, mas a vida pulsou, nos encontros, nas palavras, ocorreram muitas afetações e a produção do sentido de pesquisar. Os encontros foram o modo de operar do coletivo que fui compondo na pesquisa, bons encontros, maus encontros, encontros singulares, encontros-acontecimentos..., em diversos lugares, em corredores, salas de reuniões, salas de cafezinho, em caminhadas, em reuniões, em unidades de saúde, em eventos...

Encontro, produção de encontro no trabalho, trabalho vivo em ato, quantas possibilidades de olhar o trabalho em saúde para além da aridez das estatísticas, da produtividade e dos relatórios. Sujeito, eu só sou no outro, só em relação com o outro, ao olhar a vida na produção, na sua potência.

Estar em diversos lugares, mas principalmente estar na linha de pesquisa “Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde” foi produzindo territórios no campo da pesquisa e na própria pesquisadora. Sueli Rolnik foi uma autora que trouxe novos conceitos e modos de produzir conhecimento com eles, trouxe outros sentidos para o meu olho-retina e passei a perceber o corpo vibrátil. Este, o corpo vibrátil, para Rolnik (2007, p. 31), é aquele que é tocado pelo invisível, “sensível ao encontro dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, [...]” intensidades. Assim foram sendo construídos novos territórios e a pesquisadora foi aparecendo, aprendendo a olhar e a escrever.

Participar das reuniões semanais de educação permanente dos assessores técnicos, trabalhadores da equipe gestora formal, foi como estar num mar agitado, muitos fluxos, muitas intensidades. Nos encontros eram discutidas as experiências vividas durante a semana e a articulação do trabalho deles com as demais diretorias da Secretaria Municipal de Saúde. A produção da pesquisa já havia sido discutida pelo grupo, anteriormente, e quando cheguei já me esperavam. Contei a eles, então, sobre a pesquisa e pedi autorização para que eu pudesse anotar as falas de todos, já que eu a usaria como material de campo para a minha pesquisa. Para registro do que vi, ouvi e senti naquelas reuniões, utilizei o diário de campo. Esses encontros semanais foram um analisador potente do processo de gestão em curso.

Muitas vezes ainda tinha o meu olhar armado pelos referenciais teóricos, e ia analisando as falas. Vivi o dilema: falar ou não? Fluxo que corta? Que cria linha de fuga? Onde estou? Como fazer isso que pretendo, como dar linguagem às intensidades produzidas, ou em produção, ou cortadas? E, aos poucos, fui me perdendo no meio deles e os limites entre a pesquisadora e a assessora não existiam mais.

As experiências foram vividas pelo meio, pelas bordas, pelo fora, enfim, de diversos lugares e tempos e absorvendo de formas variadas as intensidades do processo. Foram realizadas conversas do cotidiano, observação, narrativas escritas, diário de campo e análise de documentos produzidos durante o período da pesquisa.

Narrativas como reconstruções de histórias vividas, onde presente, passado e futuro estão articulados, onde se reconstroem, mas também se acrescentam elementos e se atualizam em acontecimentos (MAIRESSE e FONSECA, 2002). Trata-se, como diz Guattari (2005, p. 24), “de uma escolha ética crucial: ou objetiva-se, cientificiza-se a subjetividade, ou, ao contrário, tenta-se apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual”.

As conversas do cotidiano foram espaços especiais de interação e de produção de sentidos. Estas conversas e as narrativas contribuíram dando voz aos diversos interlocutores presentes, aos diversos saberes presentes no espaço e tempo da organização de saúde em estudo.

Investigar o cotidiano é colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas, tratá-lo como um campo de problematização, proporcionando novas possibilidades de apreensão e de produção do real; ao me colocar no cotidiano da organização de saúde, provoquei o pensamento, pelas afetações, pelos encontros com os inusitados, em uma tensão colocada entre o que já foi atualizado, o que já existe e com o que vai se produzindo.

O cotidiano é o lugar das disputas, espaço de luta e de exercício de poder. Para Merhy (2002, p. 160) o cotidiano em saúde é o terreno da produção e da cristalização dos modelos de atenção à saúde, e também da produção de novos arranjos no modo de fabricar saúde, onde se configuram “novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo das necessidades dos usuários finais”.

O diário de campo foi utilizado para registrar movimentos, observações, devaneios, sentimentos, conversas e percepções, bem como os apontamentos do referencial teórico para dialogar com os achados da pesquisa. Foi o momento de análise das implicações, permitiu reconstruir, por meio das memórias dos afetos, as lembranças do outro, dos lugares percorridos, dos encontros conturbados com muitas vozes, reafirmando as relações de implicação produzidas no momento da pesquisa. Azevedo e Carvalho (2009) realizaram um estudo sobre o uso do diário de campo na pesquisa em autores como René Lourau, Remi Hess, Virgínia Kastrup, Denise Mairesse, que vêm discutindo o diário de campo e seu uso em pesquisas. Apontam seu uso de diversas formas para análise das implicações, um sentido é como ferramenta para dar visibilidade a movimentos no campo de estudo, outro como um puro levantamento e agrupamento de dados observados e a observar, ou o diário íntimo, e outro, o diário da pesquisa. Citam também a possibilidade de no interior de um mesmo diário, haver todos estes tipos de diários, indivisíveis e relacionados.

O diário de campo foi o conjunto dos diversos tipos de diários em um só. Ao vivenciar os processos, em conjunto com demais trabalhadores que compuseram este trabalho, fiz anotações, sobre tudo que vi, ouvi e senti, produzi uma escrita do que acontecia no dia a dia, às vezes fragmentada, outras mais textuais. Muitas folhas de muitos cadernos inteiros foram preenchidas ao longo desse tempo. Fui criando vários sinais para marcar as afecções, dúvidas, coisas que iam provocando o pensamento. Afecções como nos diz Deleuze (2002) em seu livro *Espinoza: filosofia prática*, todo o corpo vivo tem o poder de ser afetado, e deixar no corpo a presença do outro que o afetou.

Algumas conversas foram gravadas, momentos que percebi ser possível a gravação, que não seria um desconforto para os envolvidos nem os inibiria. Mesmo assim, logo após, escrevia as minhas memórias, onde colocava as implicações em análise. A fala da pesquisadora, que também era gestora, também foi anotada. Este é, em sua maior parte, o momento do presente, onde registrei o que passou pelos meus olhos, ouvidos e pele. Registro e atualização do que passava pelos sentidos, não podia divagar, pois perdia falas, olhares, intensidades presentes. Exercício de atenção dos sentidos. Muitas vezes ao final do período, estava ainda afetada pelas dores, afetos que circularam, tentando dar passagem às intensidades vividas. Começava, então, a produzir outro

momento do diário, aquele onde o pensamento provocado, expressava-se novamente no papel e aí se misturava passado, presente e futuro, não havia mais cronologia.

Essa releitura do diário propiciou autorreflexões e autoavaliações, reconstituição dos momentos vividos em diferentes espaços e tempos com certa duração e densidade, articulação de vivências ocorridas, articulação com escritos de outros, em outros tempos e lugares (HESS, 2006). Espaço de produção, de devir. Estes textos, chamei de *cenias*, são os diários de campos já revisitados, trazem as vozes dos sujeitos do campo da pesquisa. Certamente a voz da pesquisadora está presente, misturada com a multiplicidade de vozes que produziram essas cenias. Ao final de cada cena foram apresentados, também, textos que são as reflexões sobre o vivido em que reporteí outras vozes, a dos autores que busquei para dar passagem às afetações e que produziram outras afetações.

Foi uma produção de narrativas. Mas, eram as narrativas da pesquisadora misturadas a tantas vozes, produto de afecções. Composição de cenias e enunciados que foram produzidos por muitas mãos inclusive a da pesquisadora.

Ao vivenciar o processo da gestão, sendo consumida por ela e consumindo-a, e nos momentos de alteridade proporcionado pelas apresentações realizadas na linha de pesquisa “Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde”, fui percebendo a caixa de ferramentas–corpo vibrátil. Descobrimo a caixa de ferramenta que monta, desmonta, quebra, destrói, constrói suas próprias ferramentas, em constante devir, produzida por e produzindo intercessores com os coletivos em cena. Não era só a caixa de ferramentas do gestor formal que estava em cena, é a caixa de ferramentas daqueles que estão em ação, e em disputa, assim, a caixa de ferramentas está em análise e produção constante. Ao analisar a caixa de ferramentas do outro a minha ferramenta está em cena, em análise e em produção.

Pensei então a gestão como gestão peripatética, aproveitando o termo peripatético com o sentido que Lancetti (2006) utilizou na clínica peripatética, como “conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento”. A escuta das pessoas em seus lugares próprios, sem descaracterizá-los ou diminuí-los (LANCETTI, 2006, p. 19).

Utilizei gestão peripatética como um conceito-ferramenta para dar sentido a conversações e pensamentos que aconteceram nos encontros, nos corredores, nas salas de café, em diversos lugares além das salas de reuniões formais, mas nelas também, potencializando as singularidades, os processos de subjetivação nas multiplicidades das afetações e atualizações, sem imposição vertical, com outra ordenação temporal, não pontual, mas sim constante. A produção da caixa de ferramentas na gestão do e no cotidiano – o não saber – a produção na inutilidade, na compreensão dos problemas que se vive, a solidão, o prazer e a dor deste trabalho.

Fazer o mapa, não o decalque... Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre “ao mesmo”. Um mapa é uma questão de performance, enquanto que o decalque remete sempre a uma presumida “competência”.

(DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 21)

A Pesquisadora na Pesquisa da Produção de Coletivos na Gestão Municipal

“não discuto com o destino o que pintar eu assino”

Paulo Leminski (1985)

Quando iniciei o doutorado, duas questões me instigavam muito, uma era que o objeto de investigação necessariamente teria que ser algo que eu estivesse implicada e operando no cotidiano, portanto teria que ser a gestão municipal. A segunda questão é que sempre achei fundamental que todos que estivessem na gestão do SUS pudessem e devessem compartilhar o modo de fazer gestão em saúde, analisar os dispositivos disparados e conseqüentemente escrever essas experiências.

Neste sentido, quando tomei a decisão de iniciar a investigação, escrevi um projeto de pesquisa muito próximo do que já conhecia fundamentalmente pautada pela iniciação na pesquisa que foi a formação do mestrado, na pesquisa qualitativa mais instituída, ou seja, pensei de pronto no estudo de caso, com entrevistas semiestruturadas etc. e etc. Na primeira apresentação para o coletivo da linha de pesquisa, quando entramos no debate sobre qual era o objeto e a pergunta da pesquisa percebi que havia a necessidade de pensar melhor sobre qual era o objeto e pergunta, pois os partícipes do coletivo da linha apontaram claramente que não estava claro e, portanto o caminho para produzir a pesquisa também não.

Assim em movimentos de idas e vindas fui apresentando a proposta de projeto de pesquisa para o coletivo da linha com forte intensidade e insistência na minha desterritorialização provocada pela minha orientadora. Neste caso é importante destacar que o coletivo da linha produz um forte movimento para colocar o pesquisador em análise e conseqüentemente em um processo intenso de desterritorialização do lugar instituído de produção do conhecimento.

Neste sentido, essa produção de conhecimento não poderia estar pautada por um “passo a passo” científico. Nesta pesquisa, utilizei a cartografia proposta por Deleuze e Guattari (1995), porque visa acompanhar um processo, deter-se em acontecimentos que se tornam visíveis, ponderá-los, ir além, atrás de novos encontros, pensar sobre eles, sentir as suas afecções e ir caminhando e produzindo pensamento atrás de sentidos para o cartógrafo.

Não representar um objeto, mas investigar um processo de produção. De saída, a ideia de desenvolver a cartografia se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não busquei estabelecer um caminho linear. A construção do trabalho procurou estabelecer algumas pistas para descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a minha experiência.

A escolha pela cartografia teve o intuito de evitar o lugar de pesquisador de fora ou de isolamento do “observador” de seu objeto, nos múltiplos encontros, afetando e sendo afetada. Nesta investigação a cartografia se fez perseguindo a manifestação e buscando captar a expressão dos diferentes coletivos desejantes que operaram na secretaria de saúde.

O que interessa destacar aqui pode ser dividido em dois pontos, o primeiro foi de perceber que existe uma multiplicidade de encontros e o segundo diz respeito aos

afetos que se produz no encontro. E como sujeito militante e implicada, justamente falando deste lugar, tenho que declarar que o processo foi desafiador, pois tive a pretensão de cartografar os movimentos, produzir conexão com os acontecimentos em suas múltiplas dimensões, abrir-me para o inusitado. Desviar-me, surpreender-me e desconhecer-me. Explorar devires.

Suely Rolnik e Felix Guattari (2005) sustentam a ideia de que a prática do cartógrafo diz respeito às estratégias de formação do desejo no campo social, potencializando o desejo no seu caráter processual e (re) produtor da sociedade e esse processo de investigação requer abertura do pesquisador para o novo, com disponibilidade para ver, escutar e deixar-se tocar pelos processos originados na investigação, ou seja, deixar-se afetar, como propõe Espinosa (1992).

Nesta investigação a cartografia se fez perseguindo as manifestações e buscando captar a expressão dos diferentes coletivos desejantes que operaram na secretaria de saúde para analisar como atuaram na constituição daquela gestão municipal em saúde. Então, torna-se importante destacar que o encontro com esses coletivos instituídos oportunizaram abrir-me para novas percepções de outros coletivos não dados, mas dando-se, produzindo-se em processo.

A cartografia como um processo de acompanhamento de movimentos em curso, mais do que de um traçado de percursos descritivos/históricos, na proposta de Gilles Deleuze e Félix Guattari se oferece como trilha para acessar aquilo que força a pensar, dando-se ao pesquisador, como possibilidade de acompanhamento daquilo que não se curva à representação. Entendendo que a cartografia convoca um exercício peculiar no pensamento do pesquisador.

A alteridade ocorreu com a orientadora que também era assessora do processo na secretaria de saúde e do coletivo da linha de pesquisa. Então, concordando com Ricardo Moebus (colega de doutorado) que afirma que este coletivo (da linha de pesquisa) opera a micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde a partir dos mais autênticos incômodos, presentes no mundo do trabalho em saúde, que se pode produzir saberes para aumentar a potência de produção de cuidado nestes ou noutros cenários. Sendo assim, é preciso colocar na mesa as pulgas que trazemos atrás das orelhas, pois elas serão importantes ferramentas de trabalho, ou afinal, elas é que nos farão trabalhar. Serão aquelas maiores e mais incômodas pulgas que exigirão respostas que realmente precisamos construir.

As estratégias utilizadas nesta investigação foram a observação direta, registro de reuniões, registro em diário de campo, reconstrução de cenários/cenas/fatos por meio de grupos de discussão com atores envolvidos e documentos de fonte secundária. Tudo isso possibilitou a produção de conhecimento sobre a realidade vivida pelos distintos coletivos, estabelecendo novos espaços de liberdade. Por outro lado, não tive a preocupação de coletar dados para depois interpretar, pois o que me interessava era experimentar. Neste sentido, em processo, realizei estudos sobre os conceitos que estávamos utilizando no diálogo com vários autores, utilizei o diário de campo, cartografei os movimentos dos coletivos desejantes instituintes e instituídos que operaram na secretaria de saúde. O diário de campo foi fundamental, pois foi utilizado para registrar movimentos, observações, devaneios, sentimentos,

conversas e percepções, bem como os apontamentos do referencial teórico para dialogar com os achados da pesquisa.

A ideia de observar/analisar as discussões está relacionada com a noção de multiplicidades, pois fenômenos, desde sua origem, são multiplicidades que se constituem na própria realidade, não supondo unidade, não entrando em nenhuma totalidade, nem mesmo se remetendo a um sujeito, mas a um plano de produção de sentido sem pretensão de verdade única. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se reproduzem e tentam emudecer as multiplicidades.

As fontes secundárias (análise documental) utilizadas foram os documentos produzidos pelos atores/atores que vivenciaram o processo e divulgaram suas opiniões/produções na organização por meio de relatórios de gestão, e-mails, documentos internos, trabalhos apresentados em eventos, projetos institucionais, boletins epidemiológicos etc. Essa “garimpagem” foi feita na perspectiva de registrar a história, captar os sujeitos, suas afetações e sua formulação, em diferentes momentos do processo.

Como Deleuze aponta “se abrir para a diferença” implica em se “deixar afetar” pelas forças de seu tempo, por sermos permanentemente atravessados pelo outro, uma política indissociável de uma ética de respeito pela vida, pela luta em torno de enfrentamentos dos problemas concretos, onde as diferenças correm, em série, sem começo nem fim (qualquer lugar é início, em qualquer lugar o trajeto se interrompe) pelos abalos, pelas rupturas, pelas fendas do devir. É possível percorrer estas séries num sentido ou em outro, sem hierarquizar, não importando mais distinguir entre o mais ou o menos verdadeiro, o mais ou o menos sério.

Na concepção espinosiana todas as coisas são constituídas por uma só substância e tomam formas diferentes em seus modos de existência. Compreender requer ser afetado de diversos modos, ser afetado de mais maneiras ou a afetar os outros corpos. Nesse sentido, é numa conduta ética que nos aproximamos da realidade complexa. Conhecer para Espinosa é o caminho para aumentar nossa potência de agir, saber mais sobre nós e estarmos mais ativos e criativos. Então somos um grau de potência, definido por nosso poder de afetar e de ser afetado, e não sabemos o quanto podemos afetar e ser afetados, é sempre uma questão de experimentação (ESPINOSA, 1992).

A força desejante de existir varia de intensidade, como se encontra manifesta nos três afetos fundamentais da ética de Espinosa: a alegria, a tristeza e o desejo. A alegria é o sentimento que temos do aumento de nossa força para existir e agir, a tristeza é o sentimento que temos da diminuição de nossa força para existir e agir e desejo é o sentimento que nos determina a existir e agir de uma certa maneira.

Um conceito-ferramenta importante neste percurso foi o de dispositivo, utilizado para identificar ou analisar arranjos capazes de disparar movimentos transformadores ou autoanalíticos nos diferentes lugares e processos da secretaria.

Este esforço de colocar para conversar as diferentes propostas de apoio experimentadas (experiências fontes) e formuladas (conceitos), foi possível a partir da construção de diferentes “engenhocas” como dispositivos analíticos. Um primeiro plano para analisar essas várias modalidades/possibilidades de apoio foi mobilizado pelo conceito de devir. No nosso caso o devir-apoiador, pois são os devires que se encadeiam ou coexistem em zonas de vizinhança, de indiscernibilidade, de indife-

renciação. Devir é jamais imitar, nem fazer como, nem ajustar-se a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não há um termo de onde se parte, nem um ao qual se chega ou se deve chegar. Na medida em que alguém se torna, o que ele se torna muda tanto quanto ele próprio.

Um segundo plano veio a partir da ideia de intercessores do Deleuze e Guattari (1992), que coloca que quaisquer encontros fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor, pois sem os intercessores não há criação e não há pensamento; os intercessores podem ser pessoas, coisas, plantas, até animais. O conceito de intercessor segue o do verbo interceder, que significa intervir. Neste sentido, o trabalho do apoiador não se configuraria como uma prática puramente técnica, mas sim como uma prática relacional, reproduzindo-se a si num dado contexto o tempo todo e acionando tecnologias em vários campos, inclusive o das tecnologias leve-duras e duras.

Um terceiro plano de constituição/análise diz respeito a como se produzem as relações no organograma – de modo arborescente ou rizomático – pois as mesmas se dão em disputa, e a produção de coletivos. Neste sentido, o arranjo matricial/matriciamento pode ser a expressão do organograma rizomático, entendendo que o rizoma é composto de linhas e pontos, sendo que todas as linhas e pontos se conectam ou podem se conectar, sem obedecer a relações de hierarquia ou subordinação. Para todos os lados e todas as direções, portanto o rizoma tem como princípio o da conexão e caracteriza-se por ser um campo coletivo de forças dispersas, múltiplas e heterogêneas.

O quarto e último plano que atravessa essa produção foi a caixa de ferramentas do apoiador para operar o apoio às equipes de saúde. Como diz Merhy (2002), caixa de ferramentas que funcione com potência de bússola para o pensar num terreno de tensionamentos e desafios, em meio aos quais o “agir em saúde” se afirma como uma experiência radical de (re)invenção da saúde como bem público e potência de luta “a serviço da vida individual e coletiva”. Então, a “caixa de ferramentas” como conceitoforça que compõe o plano de consistência para as análises micropolíticas que funciona indagando “o que se passa entre”, nos caminhos que se criam por entre impossibilidades no cotidiano das práticas de saúde.

E por fim...

Para não concluir, mas abrir o debate sobre possibilidades de construção do conhecimento trazemos a multiplicidade presente na poesia de Paulo Leminski.

*Disfarça, tem gente olhando.
Uns, olham pro alto,
cometas, luas, galáxias.
Outros, olham de banda,
lunetas, luares, sintaxes.
De frente ou de lado,
sempre tem gente olhando,
olhando ou sendo olhado.*

*Outros olham para baixo,
procurando algum vestígio
do tempo que a gente acha,
em busca do espaço perdido.*

*Raros olham para dentro,
já que dentro não tem nada.
Apenas um peso imenso,
a alma, esse conto de fada.*
Paulo Leminski (2000)

Referências Bibliográficas

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos e na gestão municipal em saúde**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

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

DELEUZE, G. **Foucault**. Tradução Claudia Sant’Anna Martins; revisão da tradução Renato Ribeiro. São Paulo, Ed. Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro : Ed. 34, 1995. v. 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. v. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

ESPINOSA, B. **Ética**. Trad. de Joaquim de Carvalho, Joaquim Ferreira Gomes e António Simões. Lisboa: Relógio D’Água, 1992.

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: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FISCHER, N. B. **Ação coletiva, sujeitos e educação**. Porto Alegre: PPGEDU/UFRGS, 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10ª ed, Rio de Janeiro: Graal, 1992. 295p.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 7 ed., 2005.

HESS, R. “Momento do diário e diário dos momentos”. *In: _____*. **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Tradução de E. C. S. Abrahão e M. H. M. B. Souza. Porto Alegre: PUCRS, 2006. p. 89-103.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

LEMINSKI, P. **Caprichos & Relaxos**. São Paulo: Brasiliense, 3 ed., 1985.

LEMINSKI, P. **La vie en close**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

LEMINSKI, P. **Não fosse isso e era menos; não fosse tanto e era quase**. Curitiba: ZAP, 3 ed., 1980.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. “Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar”. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 111-116, jul./dez. 2002.

MERHY, E. E. “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido”. *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. de A.; FOSCHIERA, M. M. P.; PANIZZI, M. (Orgs.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

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

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

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? *Pesquisa em atenção domiciliar**

Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Emerson Elias Merhy

A complexidade do objeto

Começamos pensando numa unidade de saúde e no trabalho que acontece em seu interior: é possível identificar vários importantes planos em sua constituição. Tomando o ponto de vista da produção da organização, há ao menos a perspectiva da gestão, a dos trabalhadores e a dos usuários. Cada qual entra no cenário com conceitos, intencionalidades e projetos, abrindo um campo de produção que pode se configurar de maneira mais ou menos rígida – como **aparelho**, como **roda** e como **praça** (Merhy, 2006).

Estamos trazendo aqui a ideia de que a constituição organizacional de uma unidade de saúde é produzida em vários planos, em que se configuram de diferentes modos as relações público-privado e os encontros e atravessamentos entre as diferentes lógicas que mobilizam os distintos atores sociais que compõem essa cena.

Assim, há um plano de constituição mais formal, explicitado pelo organograma, pelos fluxos definidos, pelas normas, pela construção mesma do espaço com seus consultórios, equipamentos. Há aí um instituído mais amplo, produzido pelo simples fato de que socialmente se imagina que certas coisas devam acontecer num lugar denominado unidade de saúde. Trazemos, então, a ideia de um lugar público constituído como um aparelho com funcionalidade bem definida: ser uma unidade de saúde. Esse é o **aparelho**, em que a funcionalidade definida é imperativa do lugar, é instituinte. Dá a cara do instituído, que dialoga fortemente com as molaridades relativas ao modo hegemônico de produzir saúde com todas as suas conseqüências. Desde certa perspectiva, basta mesmo inaugurar o espaço físico, instalar nele equipamentos e insumos e povoá-los com trabalhadores para que uma unidade de saúde funcione e cumpra “o seu papel”.

Mas dentro das unidades de saúde também há “**rodas**” operando. A roda que os trabalhadores e a gestão podem instituir, fabricando suas equipes, seus modos de trabalhar e invadindo o aparelho unidade de saúde. Reúnem-se, fazem ofertas um para o outro, constroem entre si acordos e regras. Organizam-se para atuar como um coletivo, mas em que cada um possa atuar do seu jeito. Atuam tanto para produzir o acordo, quanto para participar da produção de atos de saúde, que, por exemplo, consideram cuidadores. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que está sendo produzido é muito mais elástico e muito mais disponível ao grupo constituído e

* Este texto integra o material Caminhos para análise de políticas de saúde, produzido com apoio da PAPERJ, e publicado como livro pela Editora Rede Unida.

em ação. Entretanto, todo este processo tem um objetivo final imposto a ser atingido: organizar a ação do coletivo para produzir atos de saúde.

O instituir-se como roda não independe do coletivo que está aí atuando: os projetos de cada qual, as referências que orientam as proposições e os encontros mudam a cara dos acordos e dos agires, inclusive dos usuários, que também têm uma expectativa de uso em relação às unidades de saúde. A tensão na dobra público e privado é mais à superfície, não há uma interdição tão forte como no caso do aparelho, em que a regra é única e gera punição imediata na sua violação, segundo quem o sustenta. Nas rodas os processos estão mais abertos aos acontecimentos.

A terceira imagem é a de uma **praça**, na qual o espaço público é ocupado por vários diferentes instituindo seus usos sem o compromisso funcional de ter que realizar uma função única e específica, pois várias estão em produção. São vários os coletivos se intercedendo. Há até aqueles que vão lá apenas para ver os outros. Há outros que vão só por ir. E, há outros que vão para fazer alguma atividade própria, como a de produzir atos de saúde. Em uma praça o acontecimento é a regra e os encontros são a sua constitutividade. Nela há muitos “entres”. Não há regra a ser imposta, não há funcionalidade *a priori* a ser obedecida. Os coletivos que aí estão constituindo-os estão em pleno ato do acontecer, podendo ou não se expressar para o outro, ou ir em busca do outro, como forma de ampliar as muitas possibilidades de encontros, mas deixando os sentidos dos fazeres acontecerem em suas muitas multiplicidades. A possibilidade de compreender esta convivência contaminante produtiva e criadora, do diferente em nós, nos aparelhos e rodas, pode permitir a instituição da dobra público e privado como um lugar profundamente democrático e em produção.

Claro que numa unidade de saúde há certos limites para a produção da praça, já que a intencionalidade relativa à produção dos atos de saúde é muito forte para todos os envolvidos. Mas no que diz respeito ao encontro entre trabalhadores e usuários, essa é uma imagem bem poderosa. A agenda do encontro pode ser mais ou menos instrumental, mais ou menos aberta para a vida, inclusive acontecendo nos mais diferentes espaços (que não somente os das unidades), todos reconhecidos como possíveis lugares de encontro.

Mas todo o lugar no qual se produzem as práticas de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, expressando-se na construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas. Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido também segundo pelos afetos entre os sujeitos. Ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade. É como em um efeito pororoca, num vai e vem de produção, essa última, por sua vez, produz esse mesmo mundo, agora, já de um outro modo, porque já sob influência da ação de uma nova subjetividade, que foi construída pelo mesmo sujeito da ação na sua alteridade (Merhy, 2005).

No mundo do cuidado essa afetação mútua acontece quando trabalhadores e usuários se abrem para o encontro, reconhecendo mutuamente como legítimos seus respectivos saberes e expectativas, negociando e construindo de modo compartilhado os projetos de cuidado, que estão sempre em disputa.

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam...

Quando essa abertura existe, os encontros entre trabalhadores e usuários tornam-se lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios. Conflitos em relação à autoria do plano de cuidados, ao papel de cada profissional e dos usuários/cuidadores na produção do cuidado num espaço que é privado, mas invadido pelo público; conflitos diante da convivência íntima dos profissionais com necessidades, sofrimentos, valores culturais e religiosos antes apenas vislumbrados.

Desafios diante da necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; desafios de construir um outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; desafio de construir equipe com um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão; desafio de superar a fragmentação do sistema de saúde e de produzir continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado que é produzida em ato para cada situação.

Para almejar e conseguir tanto, este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e anti-produtivos e tem que permitir que vida produza vida. Sua “alma”, portanto, tem que ser a produção de um cuidado em saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários.

Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

Para gestores e trabalhadores em produção coletiva do trabalho em saúde dar-se conta de tudo isso é fundamental. Sem essa referência, pensar o trabalho é quase mover-se cegamente, atado num patamar fixo que pouco explica. É preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmistificar a ideia de que o ambiente de trabalho é harmônico em si mesmo. Reconhecer a diversidade, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, trabalho vivo dependente, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis.

Cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo autoanalítico pode criar esse efeito na equipe.

Essa é uma condição indispensável para que os trabalhadores produzam o cuidado de si mesmos, no cuidar dos outros e coloquem em análise as suas implicações com a produção da vida, nessa situação. E isso diz respeito a um “olhar para si”, mas mais do que isso, significa montar e desmontar mundos, conseguir operar movimentos de desterritorialização e reterritorialização em relação à práxis de produção do cuidado.

O trabalhador da saúde que não faz esses movimentos, não consegue “cuidar de si”, tende a permanecer aprisionado na plataforma organizacional que conduz a produção do cuidado em uma Unidade de Saúde, pelas linhas do instituído, capturado intensamente pelas lógicas hegemônicas capitaneadas pelos modos de agir das profissões de saúde encasteladas cada uma em si mesma.

Olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se produzem sentidos, se engravidam palavras com os atos produtivos, tornando esse

processo objeto da própria curiosidade, vendo-se como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva.

Fazer do mundo do trabalho, na sua micropolítica, um lugar para tornar estas intencionalidades e implicações elementos explícitos, a fim de constituí-los em matéria prima para a produção de redes de conversas coletivas entre os vários trabalhadores, que habitam o cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, é explorar esta potência inscrita nos fazeres produtivos, como atos pedagógicos. Por isso, o mundo do trabalho é lugar de se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres, saberes e agenciamentos de sujeitos. O mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações.

Alguns pressupostos e desafios para nossas iniciativas de investigação

Não imaginamos a possibilidade de investigar um serviço, uma rede, seus arranjos e as práticas ali inscritas sem envolver os atores locais nesse processo, fazendo com que a oportunidade da pesquisa seja um momento para o tipo de reflexão autoanalítica que descrevemos acima. E possibilitando a eles a oportunidade de serem também produtores do saber que o movimento de debruçar-se analiticamente sobre os processos enseja.

Então nosso arranjo de pesquisa sempre envolve uma apresentação inicial do que estamos pretendendo e um convite a que alguns deles se envolvam no processo, ao menos como pesquisadores auxiliares.

A complexidade das organizações e do trabalho em saúde impõe grandes desafios metodológicos para os processos investigativos. A depender de como se arma o estudo, apenas alguns dos múltiplos planos já mencionados serão acessados. A depender de como se acessa os diferentes atores, idem. Particularmente complexo é acessar a produção do cuidado, que acontece em ato e da qual encontramos somente vestígios – alguns deles registrados em prontuário, a maior parte deles impressos no corpo dos que estiveram envolvidos em sua produção.

Neste texto, vamos relatar as metodologias utilizadas em duas investigações: uma, nacional encomendada pelo Ministério da Saúde sobre o estado da arte da atenção domiciliar no âmbito do SUS e outra, realizada no município de Campinas, sobre acesso em saúde mental. Ambos foram estudos cartográficos, mas efetivados com distintos dispositivos.

A cartografia é um termo oriundo da Geografia e registra as paisagens que se conformam segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho do tempo como existência, pela vida que ali passa. Gilles Deleuze e Felix Guattari (2000) captam este termo e o desterritorializam dizendo que as paisagens sociais são cabíveis de serem cartografadas. Eles também utilizam o termo mapa para descrever linhas, identidades, subjetivações da paisagem social como se fosse um mapa geográfico. Na primeira

fase dos dois estudos foi feita a identificação e reconhecimento dos serviços, um certo mapeamento, e, depois, partindo-se dos chamados casos traçadores, que servem de analisadores, pois com eles andamos por lugares e percursos a conhecer, em ato.

O estudo da cartografia surge no Brasil em 1989, como proposta metodológica oriunda dos estudos da filosofia da diferença, da pragmática universal e como um novo paradigma ético-estético discutido por Gilles Deleuze e Félix Guattari (2000). Aqui, o expoente inicial da discussão foi Suely Rolnik com o livro *Cartografia Sentimental* (1989), no qual conceitua a cartografia como “a conformação do desejo (como produção) no campo social”.

Esta proposta parte da vertente filosófica da imanência por defender um pensar imanente que existe sempre em um dado objeto e é inseparável dele. O rigor desta teoria está na coexistência do extensivo (extrato, território) e o intensivo. Mairesse (2003) pondera que a cartografia participa e desencadeia um processo de desterritorialização – construção espacial subjetiva, no campo da ciência para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do pesquisador/autor/cartógrafo. Vantagens que se agregam aos caminhos metodológicos mais clássicos dos estudos consagrados e igualmente fundamentais. Aqui misturaremos essas possibilidades ao utilizarmos de ferramentas como o Fluxograma Analisador, as Redes de Petição e Compromisso, os Mapas Analíticos e as informações diretas junto aos protagonistas dos processos de cuidado em todas as instâncias, inclusive utilizando de Entrevistas e de Grupos Focais com trabalhadores, gestores, usuários e familiares, para explorar melhor o que for identificado como referente ao objeto em investigação.

Utilizamos a oferta teórica de trabalhos anteriores de Cecílio (1997) e de Merhy (2002; 2007) na construção da rede de cuidados e instrumentos como o fluxograma analisador para a leitura crítico/analítica do cuidado. Associamos, como já indicado, a noção de analisadores (dos institucionalistas) que emergem no campo de investigação e fazem referência ao objeto em estudo. Para caracterizar a participação e visão dos trabalhadores desenvolvemos instrumentos de coleta de informações (questionário, roteiro de entrevista etc.).

Esta opção reforça a crença de que o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente e pressupõe que a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a mais verdadeira, mas disputa de verdades (Foucault). Lüdke e André (1986) assinalam que, na pesquisa tipo estudo de caso, o pesquisador deve apresentar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social como, também, sua opinião a respeito do tema em estudo. É fundamental que o pesquisador se mantenha aberto às novas descobertas que são feitas, como também se mantenha alerta aos novos elementos ou dimensões que poderão surgir ao longo da investigação.

A pesquisa de atenção domiciliar

Essa pesquisa tinha como objetivo investigar as lógicas de organização e gestão (incluindo avaliação e custos), bem como as modalidades de atenção domiciliar e

as práticas de cuidado dos diferentes tipos de serviços de existentes no âmbito do SUS – iniciativas municipais, estaduais, federais, serviços específicos, serviços ligados a hospitais, a UPAs, à Saúde da Família etc. O objetivo era, a partir desses achados, subsidiar a elaboração de uma política nacional para essa área.

Inicialmente procedemos à identificação de experiências, tomando as informações de que o Ministério da Saúde dispunha. Nossa pretensão era analisar experiências em todas as regiões do país. Para tanto, a partir de um mapeamento inicial, visitamos os locais identificados. Os critérios de inclusão eram simples: verificar se se tratava de um serviço ativo e se efetivamente de atenção domiciliar, além de verificar a disposição da gestão em participar da investigação.

Terminamos não conseguindo casos nas regiões norte e centro-oeste. Ficamos com um caso no nordeste, três no sudeste e um na região sul. Nesta fase, procedeu-se a visitas *in loco* a todos os serviços públicos de Atenção Domiciliar para uma primeira abordagem. Utilizamos, como instrumentos e procedimentos para coleta de dados, a análise documental, as entrevistas com gestores dos serviços e com informantes-chave do âmbito da gestão (secretaria de saúde). Como resultado, foi construído um banco de dados agregando informações sobre a gestão de recursos dos serviços (investimento e custeio); informações sobre a lógica de organização do serviço, dinâmicas de trabalho, composição das equipes (carga horária, remuneração, tipo de contratação) e informações sobre os indicadores de avaliação utilizados pelos serviços. Foi nessa primeira etapa que apresentamos a pesquisa e efetivamos o convite às equipes que indicassem dois pesquisadores auxiliares.

Solicitamos, então, às equipes a identificação de casos significativos, chamados de traçadores: casos representativos do perfil do serviço, casos que houvessem provocado desconforto, casos que houvessem provocado satisfação.

Só para escolher os casos, as equipes já precisaram sentar-se e refletir conjuntamente sobre o trabalho. As equipes compuseram um banco de casos e forneceram aos pesquisadores um resumo com os aspectos mais significativos de cada um deles. A partir destes dados estabelecemos um diálogo inicial com os trabalhadores para, depois, escolher que casos seriam então analisados.

Para estes, então, a equipe preparou um relato mais detalhado. Num primeiro momento, analisamos os relatos e os prontuários.

O passo seguinte foi o acompanhamento de uma visita da equipe aos domicílios e a realização de entrevistas com usuários e/ou familiares, conforme o caso. Produzimos, então, uma análise inicial do material, que foi compartilhada e discutida com as equipes. Esse movimento todo possibilitou um processo de autoanálise da equipe sobre seu trabalho, com surpresas e novidades.

A partir desse conjunto, a equipe de investigação selecionou alguns casos – incluindo todos os tipos – para análise em profundidade em cada uma das cidades. Em cada um dos campos foram selecionados alguns casos traçadores.

Traçadores configuram-se como uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos (marcadores biológicos, marcadores clínicos, por exemplo) como em estudos qualitativos tanto na área das ciências sociais e

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam...

políticas e, também, nas áreas da educação e da saúde. *Tracer studies* (estudos longitudinais com traçadores – tanto para acompanhar variáveis, como para acompanhar casos), *process tracing* (acompanhamento do desenvolvimento de processos de mudança, por exemplo), *patient shadowing* (acompanhamento direto dos percursos de um usuário na rede de serviços), *discovery interviews* (entrevistas não estruturadas com usuários e profissionais de saúde nos diferentes momentos de produção do cuidado), *flow charts* (análise a posteriori do itinerário percorrido por um usuário ao longo de seu tratamento) são alguns dos dispositivos que podem ser utilizados nos estudos qualitativos que adotam a estratégia dos traçadores.

Casos traçadores podem ser desenhados prospectivamente ou identificados retrospectivamente (como marcadores para analisar um processo de cuidado, um processo de mudança ou um processo educacional). A análise das situações traçadoras permite examinar “em situação” as maneiras como se concretizam, na prática, processos de trabalho complexos, como os da saúde e da educação, que envolvem um importante grau de autonomia dos profissionais. Isso é importante porque “em ato”, na cena concreta, expressam-se valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente são captados numa entrevista (quando geralmente se fala do “dever ser” – e não do que realmente é – ou de como cada um interpreta a cena vivida – sem expressar necessariamente os conflitos). Dependendo do marcador, evidenciam-se diferentes tipos de atuação da equipe, diferentes configurações de interação entre os trabalhadores e dos trabalhadores com os usuários, diferentes repertórios tecnológicos, diferentes arranjos organizacionais.

O caso traçador foi entendido, neste estudo, como uma experiência de atenção domiciliar que permitisse a análise das situações identificadas como “marcadoras” para profissionais e gestores dos serviços de atenção domiciliar.

A análise dos casos traçadores permitiu, portanto, avaliar o processo de trabalho e gestão: a construção do cuidado, a dinâmica da equipe, os tipos de tecnologias utilizadas, a relação com o usuário e com o cuidador, a relação da Atenção Domiciliar com outros serviços de saúde eventualmente necessários para a prestação do cuidado adequado, os problemas, os fatores decisivos para os bons resultados, o que poderia ter sido feito para evitar ou amplificar tal situação.

Depois de analisados todos os casos de todos os campos, tomamos os seguintes como analisadores principais nessa pesquisa: a disputa do cuidado, a construção oral da memória da produção do cuidado, a educação permanente da equipe e do cuidador, a implicação e a avaliação no fazer militante da equipe e a substitutividade e a desinstitucionalização da atenção domiciliar.

Apresentamos esses analisadores.

A disputa do cuidado

A saúde analisada como prática social tem implicado o reconhecimento de várias especificidades dentre as quais queremos destacar a particularidade de que o fato de estar vivo (e, portanto, de vivenciar estados/situações de saúde e doença) e

de viver em sociedade (e, portanto, compartilhar usos, costumes, valores culturais e simbólicos) conferirem a todas as pessoas saberes sobre saúde/doença, saberes sobre os melhores modos de andar a vida. O cientificismo da era moderna, no entanto, insiste em expropriar as pessoas desses saberes, submetendo-as ao peso das decisões técnicas; essas, sim, tomadas com base em conhecimentos legítimos – os científicos.

Apesar disso, em maior ou menor grau, existe uma permanente disputa entre profissionais de saúde e usuários em relação ao projeto terapêutico. No espaço da internação hospitalar, em que a autonomia do usuário e de sua família está bastante reduzida e os mecanismos de controle sobre os corpos e vontades são amplos, a efetivação da disputa é mínima; mas no âmbito dos ambulatórios e das unidades de saúde, quando os usuários são mais donos de si, a disputa é maior e frequentemente os usuários aderem seletivamente às condutas indicadas pelos profissionais de saúde, produzindo intervenções ativas nas propostas terapêuticas “reais” (aquelas que efetivamente são levadas à prática).

No caso da atenção domiciliar, apesar de haver a transferência para o domicílio de uma série de procedimentos antes realizados no âmbito hospitalar, como existe também a transferência de parte significativa da responsabilidade do cuidado para o cuidador (alguém da família ou o próprio usuário) e esse cuidado se faz no interior das casas das pessoas, a possibilidade de disputa por parte dos usuários/cuidadores/familiares aumenta de maneira significativa.

Nos casos estudados, encontramos todas as possibilidades: desde equipes que constroem o plano de cuidado em conjunto com os cuidadores, havendo a possibilidade de singularização do cuidado de acordo com necessidades identificadas e recursos disponibilizados pela família até equipes que procuram simplesmente transferir o hospital para dentro da casa, tentando enquadrar o cuidador como um simples executor de um plano terapêutico construído exclusivamente de acordo com a racionalidade técnico-científica.

A disputa se faz então entre a “institucionalização” da casa como um espaço de cuidado dominado pela racionalidade técnica (e pelo predomínio das tecnologias duras e leve-duras na produção do cuidado) e a “desinstitucionalização” do cuidado em saúde, havendo construção compartilhada do projeto terapêutico, ampliação da autonomia do cuidador/família/usuário, ampliação da dimensão cuidadora do trabalho da equipe (e o predomínio das tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado).

No segundo caso, a atenção domiciliar surge como uma alternativa de organização da atenção à saúde que contribui ativamente para a produção da integralidade e da continuidade do cuidado, da ampliação da autonomia dos usuários na produção de sua própria saúde. Assim como no caso da saúde mental se busca produzir dispositivos terapêuticos que levem à desinstitucionalização do cuidado e do usuário, a atenção domiciliar pode ser trabalhada como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde. A tensão entre ambos os polos é constitutiva da modalidade, mas, por isso, mesmo, ela é portadora de um potencial significativo de inovação.

A construção oral da memória da produção do cuidado

Chamou vivamente nossa atenção o contraste entre as informações obtidas por meio das entrevistas e a que era possível resgatar dos prontuários. Nestes estavam registrados estritamente os aspectos biológicos da situação de saúde do usuário e as condutas medicamentosas adotadas e/ou exames solicitados em cada visita. Uma sucessão repetitiva de registros impessoais e condutas formais. Nas conversas com as equipes, ao contrário, foi possível resgatar a vida de cada caso: os aspectos afetivos, sociais, as divergências dentro da equipe, as dificuldades de relacionamento com certas famílias ou cuidadores, os estranhamentos (da equipe e das famílias), os dilemas e desafios, o impacto das histórias sobre os profissionais. Havia sim fotografias, lembranças, lembretes, mas nada disso aparecia nos prontuários.

Ou seja, para analisar a qualidade da atenção prestada ou o tipo de tecnologias envolvidas na produção do cuidado ou a dinâmica da equipe, definitivamente a pior fonte possível seriam os prontuários.

O que percebemos é que o registro escrito estava capturado pela lógica das tecnologias duras e leve-duras e não se mostrava adequado para captar toda a dinâmica de trocas intersubjetivas, toda a gama de tecnologias leves utilizadas para trabalhar em equipe, construir planos de ação e efetivar o cuidado. Essas informações/emoções/vivências estavam registradas na memória, na afetividade dos trabalhadores e dos usuários/familiares/cuidadores. Mais que isso eram parte do processo de produção desses sujeitos cuidadores, já que a cada experiência vivenciada se transformavam todos os envolvidos e sua caixa de ferramentas para o trabalho em saúde.

A educação permanente da equipe e do cuidador

Nos locais em que se colocam como produtoras de alternativas inovadoras no cuidado em saúde, as equipes de atenção domiciliar tornam-se lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios.

Conflitos em relação à autoria do plano de cuidados, ao papel de cada profissional e dos usuários/cuidadores na produção do cuidado num espaço que é privado mas invadido pelo público; conflitos diante da convivência íntima dos profissionais com necessidades, sofrimentos, valores culturais e religiosos antes apenas vislumbrados; desafios diante da necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; desafios de construir um outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; desafio de construir equipe com um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão; desafio de superar a fragmentação do sistema de saúde e de produzir continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado que é produzida em ato para cada situação.

Para tanto, este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e antiprodutivos e tem que permitir que vida produza vida. Sua “alma”, portanto, tem que ser a produção de um cuidado em saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

Um trabalho como esse só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social dos vários sujeitos e atores sociais, de modo a ser gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e produção de cidadania.

Essa aposta implica a fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde que consigam com seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir mais vida ou a boa morte em situações muitas vezes negligenciadas pelo sistema de saúde.

Então, para que o domicílio seja espaço de produção de um lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, é preciso construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas; para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato; para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado.

Olhar para o dia a dia do mundo do trabalho e ver os modos como os atos produtivos produzem e transformam os conceitos, tornar esse processo objeto da curiosidade dos trabalhadores é a oportunidade que traz a educação permanente em saúde, tornando-se um recurso indispensável para esse trabalho de apoio e produção de equipes inventoras.

Mas é preciso que esse seja um investimento da gestão do sistema e dos serviços e não seja mais uma providência deixada a cargo da invenção de governabilidade das equipes.

No caso da atenção domiciliar há ainda, de modo mais evidente, a necessidade de também dialogar e apoiar de maneira sistemática com os cuidadores. Não somente produzindo espaços de reflexão sobre as práticas produzidas – e esse pode ser um recurso muito interessante para captação de novas tecnologias de cuidado – mas também proporcionando escuta e apoio para esse personagem que abre mão de partes significativas de sua própria autonomia em prol do cuidado de outro.

A implicação e a avaliação no fazer militante da equipe

Outro elemento que chama a atenção nas experiências analisadas é que os trabalhadores das equipes de atenção domiciliar são apaixonados, implicando-se intensamente com seu trabalho. Dedicam-se de maneira muito intensa, comprometem-se com as pessoas de que cuidam e com suas famílias muito além do que a responsabilidade técnica/formal prescreve.

Parece, então, que a possibilidade de produção inovadora do cuidado neste caso está relacionada à existência de um projeto ético-político que toma as necessidades do usuário como referência central e que, portanto, reconhece-o como sujeito, interlocutor decisivo na produção dos projetos terapêuticos (muitas vezes essa autonomia é “arrancada” pelas famílias).

Projeto ético-político, por outro lado, que tem na implicação/paixão um elemento decisivo de mobilização dos trabalhadores. Paixão pela possibilidade de resgatar a dimensão cuidadora de seu trabalho em saúde. Paixão pela possibilidade de criar, inventar, ou seja, paixão pelo trabalho vivo autopoietico. Paixão por terem que se defrontar cotidianamente com o inusitado, com as singularidades de cada pessoa e

de cada família (que existem sempre, é claro, mas que o cuidado no domicílio aparentemente torna mais evidentes) – ou seja, paixão pelo trabalho vivo em ato. Paixão por se descobrirem humanos em seu trabalho em saúde – na identificação que ocorre em sua percepção sobre a construção das relações familiares, nas tristezas e alegrias, nos medos, na potência e na impotência de suas ofertas. Paixão por se desejarem equipe e por conseguirem operar essa produção. Paixão pelo resgate da solidariedade em sua prática profissional e pela demolição dos limites impostos pela racionalidade científica na definição de seus fazeres, amores, desamores e responsabilidades nas relações com os usuários.

Sem implicação e compromisso não seria possível suportar a instabilidade, a incerteza, a exposição e a exigência de criatividade que um trabalho – desenvolvido de maneira tão próxima e conectada com os usuários e seu modo de viver a vida – exige.

Esse grau de implicação das equipes da atenção domiciliar, associado às demais características de seu trabalho analisadas até aqui (disputa de projeto terapêutico, necessidade da educação permanente em saúde como ferramenta de autoanálise e invenção, domínio da memória oral no registro das experiências de cuidado) obrigam-nos a uma necessária reflexão a respeito das possibilidades de avaliação e produção de conhecimento a respeito dessa modalidade de organização do trabalho em saúde.

Desinstitucionalização e substitutividade na atenção domiciliar

Nos casos analisados, de acordo com os próprios sujeitos dos processos, o trabalho desinstitucionalizado, realizado nas casas das pessoas, oferece-lhes mais liberdade de criação na condução das suas atividades (inclusive nos aspectos clínicos), permite-lhes relacionar-se diretamente com as pessoas (sem intermediários), possibilita-lhes conhecer e vivenciar seus contextos de vida e essa vivência mobiliza sua capacidade de produzir alternativas coletivas, criativas e apropriadas para o cuidado e a produção da autonomia. Tudo isso lhes possibilita construir vínculos mais fortes, permite-lhes resgatar de maneira intensiva a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, operando como um trabalhador coletivo. Além disso – e essa é uma consideração nossa – convivem e são desafiados por um grau inusitado de autonomia das famílias na produção dos projetos de cuidado que são implementados.

Parece, então, que o fato de o cuidado em saúde ser produzido num território não institucional – o domicílio – e de se propor a produzir alternativas substitutivas à organização do cuidado coloca os atores de outro modo em cena e abre novos espaços para a inovação.

Assim como acontece na saúde mental e no trabalho dos agentes comunitários de saúde, a tensão é constitutiva desse novo espaço institucional de cuidado. Tensão essa que pode ser produtiva, convertendo-se em fator favorável à atenção domiciliar como espaço de “desinstitucionalização”, potencialmente produtora de inovações. Ou pode ser uma tensão que se resolva por meio da subjugação da família e da reprodução. O projeto ético-político das equipes é decisivo na definição desse jogo.

A substitutividade e a desinstitucionalização seriam então elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes.

A partir de toda essa análise, produzimos indicativos para a formulação de uma política, destacando as modalidades de oferta e organização da AD, regulação e financiamento, além da análise de custos dos serviços. No entanto, em função das mudanças no Ministério da Saúde, toda essa produção ficou de fora da formulação da portaria, que logo depois entrou em esquecimento. E a Atenção Domiciliar continua não sendo considerada em sua potencialidade na produção dos arranjos de atenção.

Referências Bibliográficas

CECÍLIO, L. C. O. “Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(3):469-78.

CECÍLIO, L. C. O. e MERHY, E. E. “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. In: **Sentidos da integralidade**. Lappis. Rio de Janeiro. 2003.

DELEUZE, G, GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo, Editora 34, 2000. (5 volumes)

GUATTARI, F; ROLNIK, S: **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis, Editora Vozes, 1896. 6ª ed.

HARARI, A. e VALENTINI, W. (orgs.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. Hucitec. São Paulo, 2001.

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

LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. EDU. São Paulo, 1986.

MAIRESSE, D. “Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa”. In: Fonseca, T. e Kirst, P (orgs.). **Cartografias e devires: A Construção do presente**. Editora UFRGS. Porto Alegre, 2003.

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

MERHY, E. E. e AMARAL, H. (orgs.) **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. Hucitec. São Paulo, 2007.

MERHY, E. E. *et al.* **Relatório preliminar do projeto de pesquisa implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes** [relatório preliminar de pesquisa]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006a.

MERHY, E. E. “Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção”. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006-b.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. 2007. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf (visitada em 20/12/2016).

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

As redes
em análise

Engravidando a rede de atenção materno infantil: multiplicidades e redes vivas na produção do cuidado

Ângela Carla da Rocha Schiffler
Naila Mirian Las-Casas Feichas
Luena Matheus de Xerez
Brena Silva dos Santos
Sandra Cavalcante Silva
Ermínia Silva
Emerson Elias Merhy

Introdução

Este texto versa sobre uma investigação que traz para cena a produção micropolítica do cuidado em uma rede de atenção à saúde, produzindo análises dos encontros e do ato cuidador da perspectiva do usuário e das múltiplas redes que aciona e nas quais transita produzindo seus modos de viver e de cuidar de si.

A Rede de Avaliação Compartilhada – RAC, inscrita no Amazonas/RAC², tomou como foco de investigação a produção do cuidado na gravidez, parto e nascimento, que se efetiva com a Rede Materno Infantil (RMI), lançada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2011, como Rede Cegonha (RC), e para além dela. Problematizar a organização dos serviços de saúde em um recorte extensivo considerando as distâncias geográficas dos serviços, transporte e o acesso a estes, equipamentos e suas tecnologias – “duras” e “leve duras” – implica marcar determinados critérios de avaliação de funcionamento das redes de cuidado em uma lógica estruturada e com um olhar armado. Ao contrário, ao consideramos também os modos intensivos de produção do cuidado no âmbito das “tecnologias leves”, as relacionais (MERHY, 2002), obrigamo-nos a ampliar a percepção da presença de tantas outras redes quando olhadas das várias perspectivas que as atravessam, em especial pelas dos usuários.

A RMI foi implantada no âmbito do SUS pela Portaria MS/GM n. 1459 (BRASIL, 2011) e organizada a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral a Saúde da Criança; e Sistema Logístico. Configura-se como uma estratégia político-assistencial para mudança do modelo de atenção a mulheres e crianças com até dois anos de idade, a fim de ampliar e fortalecer o cuidado centrado na mulher, no bebê e na família, e operar na redução das mortalidades materna e infantil, com foco no componente neonatal (PASCHÉ *et al.*, 2014).

Ao buscar ofertar outras formas de compreender e avaliar a RMI, nosso interesse foi trazer para cena as redes vivas que operam nela a produção do cuidado, considerando que são redes quentes, que precisam ser tecidas, que se dão em encontros

2 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.

hipertextuais, rizomáticos, que não são dados (MERHY, 2014). E os lugares fora da rede instituída também são agenciadores, produtores de fluxos e conexões, como nos ofertam Gomes & Merhy (2014).

Para esse processo investigativo proposto e operacionalizado pela RAC/AM utilizamos o dispositivo “usuário guia”

Seguimos com a proposta de olhar as redes vivas tendo por base o contexto inscrito em uma das zonas de saúde da cidade de Manaus: acompanhamos uma usuária guia, trazendo os pontos na linha de cuidado, o itinerário terapêutico, as ofertas organizadas e instituídas, bem como as que pegam o instituído de surpresa. Deixando entrever os deslocamentos e as desacomodações produzidas nos espaços micropolíticos, pelos agires e processos instituintes, criados no encontro entre usuário e trabalhador, tendo como foco suas trajetórias e conexões pelas redes que constituem a sua existência. Desta forma, tomamos o usuário como protagonista, gestor e guia de seus próprios processos de produção de cuidado.

Esta é uma aposta na potência do encontro, na produção de narrativas como uma experimentação criadora (RODRIGUES, 2010), nas múltiplas fontes, no uso de ferramentas analisadoras e na pesquisa como interferência, em sua “[...] *capacidade de ampliar a sua dinâmica de investigação para além do que estava delimitado como campo de estudo. Interferindo em outras redes [...] como uma forma de perturbação, gerando ondas em todas as direções a partir do ponto de incisão*” (GOMES; MERHY, 2014, p. 93) – que, para nós, constitui a RMI. A onda e os encontros que provocam seguem com potência para produzir outras interferências.

Trazer a perspectiva do usuário para a cena da avaliação em saúde convoca algumas escolhas e recortes. A primeira escolha se deu tendo por base os encontros com os pesquisadores da RAC/AM, nos quais foram discutidos casos possíveis de serem abertos, acompanhamentos. Foi pactuado um caso ruidoso de uma puérpera que passou por uma peregrinação para acessar a maternidade nos momentos próximos ao parto e nascimento. Pelas discussões, operou-se uma torção na própria ideia de caso clínico ruidoso, uma vez que os ruídos ganharam potência e provocaram afetações nos pesquisadores – todos nós os envolvidos –, deslocamentos e arranjos para operar o processo investigativo. As escolhas seguintes foram tomadas pela construção de sentidos e significados dados em ato, com base nos encontros, no que nos abríamos, processávamos e recolhíamos os efeitos e as dobras provocadas em nós. Seguíamos forjando um movimento de investigação compartilhado, em construção de vínculos e alteridades para a produção da pesquisa (ABRAHÃO *et al.*, 2013), um processar coletivo de inteligência.

Como fomos armando nosso campo de pesquisa: “Caminhante não há caminho, o caminho se faz ao caminhar”³

O estado do Amazonas é pertencente à Região Norte do País, com uma área de 1.570.745.680 km², a segunda mais populosa dessa macrorregião, com 3,4 milhões de habitantes. A cidade de Manaus, sua capital, conta com 1.802.525 habitantes, e a

3 Inspirado no poeta Espanhol Antônio Machado, em sua obra *Cantares*: “Caminante no hay camino, se hace camino al andar...” (Machado, 1983).

população da região metropolitana tem número superior a 2,2 milhões de habitantes (BRASIL, 2010),

As altas taxas de mortalidade materna (sobretudo) e infantil e o aumento paulatino das cesarianas no Estado apontavam para a necessidade de adesão ao movimento proposto pelo MS por meio da RMI. Em 2014 foram notificados 77 óbitos maternos, taxa de mortalidade infantil de 14,06 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

A RMI chega ao Amazonas (AMAZONAS, 2011) como uma aposta ao lado do fortalecimento da regionalização e organização da assistência e do cuidado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As próprias características continentais do Estado demandam formas de fazer saúde que se diferenciam do restante do SUS produzido em outros lugares do País. No Estado, só um dos municípios não tem hospital, pois a distância entre municípios é geralmente grande. Mesmo municípios com vinte mil habitantes precisam dessa estrutura, pois distam demais – algumas vezes, dias de deslocamento – dos municípios que seriam sua sede regional.

Há uma dificuldade histórica de fixar profissionais no interior, o que redundava em oferta de atenção especializada de média e alta complexidades na capital, esta última ofertada somente em Manaus; algumas iniciativas de média complexidade, poucas, se expressam no interior. Em se tratando de atenção materno-infantil, propriamente o pré-natal de alto risco e as Unidades de Terapia Intensiva estão todas localizadas em Manaus, o que requer o deslocamento, se necessário, de crianças e mulheres.

Em Manaus, a RMI teve como foco a capacitação de profissionais para as boas práticas, o fortalecimento da atuação da enfermagem obstétrica nas maternidades de alto risco, investimento na estrutura e ambiência, o que culminou na implantação do Centro de Parto Normal (CPN) Intra-hospitalar em dois serviços. Nesse processo, houve apoio constante do Ministério da Saúde na oferta de campos de aprendizagem para profissionais em serviços considerados de excelência e referência em parto humanizado no Brasil, como alguns de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro, por exemplo.

Investiu-se em espaços de cogestão como os fóruns perinatais, distritais e de colegiados nos próprios serviços, com o intuito de aproximar a gestão dos trabalhadores e estes dos usuários, no município de Manaus. Tais movimentos ajudam a pensar o modelo de gestão da Rede e da oferta de melhor qualificação para a cena do parto, que experimenta, aqui também, o paradoxo perinatal brasileiro (DINIZ, 2009), ou seja, partos realizados em ambiente hospitalar, em sua maioria por médicos e que não mais significavam avanços na redução de indicadores materno-infantil.

Considerando o cenário de pesquisa até então apresentado, seguiremos agora pelas mãos de uma usuária da RMI de Manaus, trazendo das suas histórias, dos seus territórios de vida e caminhos pelas redes, suas conexões dentro e fora das redes de atenção, os ruídos, as barreiras ou acesso que não produziram o cuidado e que apareceram nos mecanismos e fluxos para o pré-natal, parto, nascimento, puerpério e cuidados com o bebê. Trata-se de um recorte da investigação produzido junto com uma usuária, tomada como guia durante 01 ano – dos primeiros dias de nascimento do seu filho até o seu primeiro ano de vida.

A escolha da usuária Manu, nome fictício que singulariza a puérpera que passamos a acompanhar, ocorreu por sugestão de uma das pesquisadoras da RAC/AM, médica da Equipe de Saúde da Família (ESF) que a acompanhou no Pré-natal. Uma escolha motivada pela intrigante peregrinação que a usuária vivenciou nos dias anteriores ao parto.

Com o convite feito à usuária e seu aceite, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado. Obtida sua anuência à gravação dos encontros, seguimos juntos com a usuária-guia Manu em construção do processo investigativo. O primeiro encontro aconteceu em sua casa, com a presença do marido e da cunhada, no dia em que iniciou no “grupo de bebê” – um dispositivo daquela ESF para a produção do cuidado até os dois anos de idade – resultante de uma articulação feita pela médica com os profissionais do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

A partir da narrativa de Manu, tivemos uma primeira aproximação com sua história de vida, de gravidez e parto, seus trajetos e redes de conexões existenciais. Passamos a problematizá-los nos encontros com o grupo de pesquisadores da RAC/AM com o objetivo de trazer quais os estranhamentos e as questões, com potência para seguir pelas suas redes, com abertura para suas demandas, para além das nossas. Assim seguimos produzindo nossas ferramentas e instrumentos da pesquisa e que, pelos encontros vivos em ato, seguiram dando sentido e significado à nossa construção do campo e à produção da pesquisa em nós (ABRAHÃO *et al.*, 2013).

As abordagens geradas em nosso coletivo puxavam discussões – dentro e fora dele – sobre mecanismos, fluxos, protocolos, tecnologias, dispositivos da gestão e do serviço, recursos e suas lógicas de produção. Nesse ínterim, fomos em busca de fontes documentais de seu período de gravidez e parto: o prontuário da unidade de saúde da família, onde fez o pré-natal, e o da maternidade onde teve seu filho.

Em nossos encontros e no processamento das fontes que até então tínhamos acionado – Manu e seus prontuários –, fomos mapeando a sua peregrinação em busca de acesso e cuidado, em especial no momento final de sua gravidez – fontes e recolhimentos que sentimos necessidade de sistematizar. Assim seguimos pela construção de um diagrama, um fluxograma analisador, uma ferramenta interrogadora dos processos de trabalho, do agir em saúde (FRANCO; MERHY, 2013; MERHY; ONOCKO, 1997; SCHIFFLER *et al.*, 2005). Seu uso teve importância no processo de exploração das ferramentas e campo da pesquisa, mas não paramos nele, por isto importa ainda saber por onde nos lançamos, tendo-o como ponto de partida.

A seguir apresentaremos e discutiremos o fluxograma analisador construído com base na peregrinação de Manu no período do dia 11 a 13/02/2015, quando buscou cinco das oito maternidades públicas da cidade de Manaus para se vincular e garantir o cuidado ao nascimento do seu bebê. Identificamos alguns ruídos, que foram discutidos entre os pesquisadores e produziram pistas para fazermos deslocamentos e novas conexões possíveis à construção da pesquisa e do campo de análise, o que nos permitiria ir além do visível desse mapeamento.

A problematização do relato de Manu e o uso do fluxograma analisador serviram como dispositivo para armar e vivenciar o campo da pesquisa e irmos para outros territórios narrativos, como apresentaremos a seguir.

Dos primeiros recolhimentos a novas experimentações

“Na hora de ter ele mesmo [...] andei quase essa maternidade tudinho [...]. Eles diziam que não tinha dilatamento e mandaram voltar para casa”.

No dia 11/02/2015, Manu foi para a maternidade A, estava com muito sangramento, foi atendida pelo médico e orientada a ir para casa: “não estava na hora”.

Ainda no dia 11/02/2015, Manu vai para maternidade B, depois para a C, volta à maternidade B e depois segue para a D, sendo sempre examinada pelos médicos e orientada a retornar para casa. Ruído1 (R1): Por que tanta insegurança? Observa-se que Manu tinha acesso às maternidades, era examinada pelos médicos, porém não se sentia segura, buscava ser cuidada. Além disso, problematizamos a morte de um bebê na comunidade, próximo a esse período, e os efeitos disto sobre Manu.

Em uma das três maternidades por que passou, maternidade B, Manu foi examinada pelas enfermeiras, que calcularam sua semana gestacional em 41 semanas. Cogitaram sua internação, porém, o médico, quando a examinou, calculou 39 semanas e orientou o retorno para casa. R2: divergência de condutas entre a equipe de enfermagem e médica. Manu estava aflita e estas divergências a influenciavam a procurar ajuda.

No dia 12/02/2015, Manu vai para maternidade E, chega às 12h51 acompanhada de sua mãe, realizado acolhimento pela equipe de enfermagem e a classificação de risco como verde.

Manu é atendida às 15h30 pelo médico 1, que descreve no prontuário o exame como bolsa rota e 3 cm de dilatação. Pede para voltar às 18h para reavaliar. Entretanto, ao retornar já não encontra o médico 1 e é atendida pelo médico 2, que descreve no prontuário bolsa íntegra e 3 cm de dilatação. Conduta: internação. R3: Divergências de exames físicos.

Manu é internada na maternidade E. Na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a justificativa no campo de condições é descrita como sofrimento fetal agudo. R4: A justificativa da AIH estava de acordo com o quadro clínico e de imagem da ultrassonografia de Manu?

Na admissão há a possibilidade de ser encaminhada para o Centro de Parto Normal, estrutura/ambiência com atuação da enfermagem obstétrica, para o Leito de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) ou ir para o centro cirúrgico para cesariana. No caso de Manu, ela foi encaminhada ao leito PPP e ficou aguardando na cadeira uma vaga. R5: Por que Manu não é encaminhada ao CPN que integra o complexo da maternidade em que foi atendida?

Examinada pelo médico 3, que descreveu no prontuário bolsa íntegra e 4 cm de dilatação. Prescrito ocitocina e buscopam. R6: Manu é examinada por vários médicos, isso pode ter aumentado a sua insegurança?

No dia 13/02/16, de madrugada, Manu foi examinada pelo médico 4, descrito no prontuário bolsa rota, 4 cm de dilatação, conduta deambular. Examinada novamente pelo médico 3, bolsa rota, 4/5 cm de dilatação. Examinada pelo médico 5, bolsa rota, 3 cm de dilatação, prescrito misoprostol. R7: Diferenças no exame físico, observadas por Manu, podem ter aumentado sua insegurança?

“Fui tocada demais – fui muito examinada... quando estava dilatando mais... doía mais”.

Manu segue sendo examinada durante o dia, pelo menos três vezes por profissionais médicos diferentes, a dilatação foi aumentando. Às 21h do dia 13/02/2016, ocorre o parto de Manu, assistido pelo médico 9. R8: O parto foi humanizado?

Na descrição da ficha de parto: parto foi normal, acompanhado pela mãe e sem episiotomia. No dia 16/02/16, receberam alta hospitalar mãe e recém-nascido.

Não entraremos aqui nos debates sobre parto humanizado, esta problematização pediria um novo recorte para este estudo.

Veja o fluxograma na página 82.

Passamos a nos deparar com o caminhar aflitivo de uma usuária que, com muito medo de perder seu filho, seguiu tecendo suas redes e, assim, mapeamos: acessos não produtores de vínculos e cuidado; condutas divergentes e fragilizantes; processos de trabalho cristalizados sem trazer a singularização do sujeito; logística sem garantias de funcionamento; arranjos organizacionais que poderiam ser ampliados, trazendo as possibilidades e ofertas de um centro de referência, com potência para fazer deslocamentos da lógica centrada nas profissões e nos procedimentos, dando lugar à centralidade na usuária.

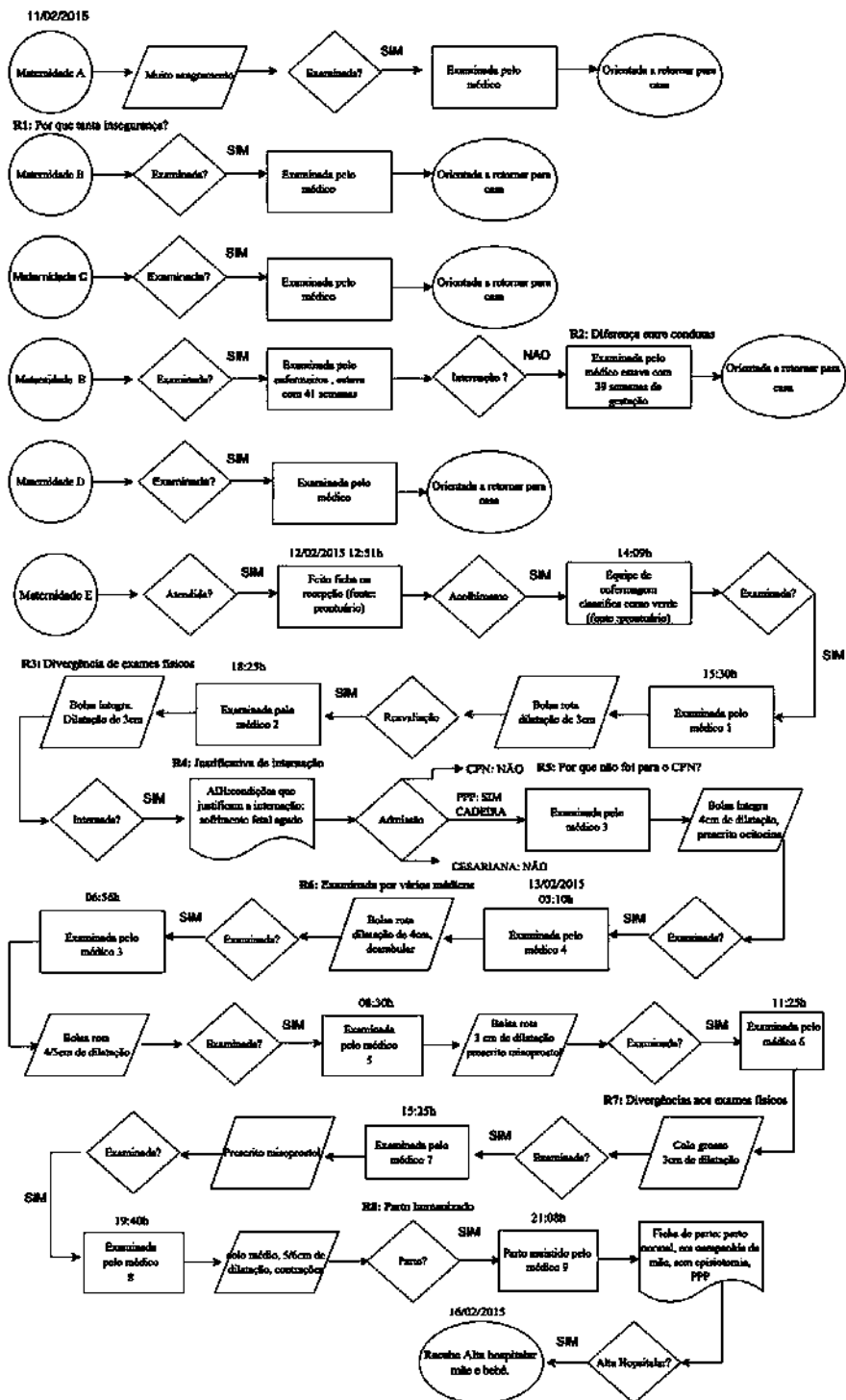
Em sua narrativa, Manu expressou: insegurança, fragilidades quanto ao atendimento; medo de voltar para casa e “perder a hora”; constrangimentos nos atendimentos e múltiplos toques; estando sempre atenta às divergências em avaliações e condutas.

Aqui seguimos problematizando: será que os processos de trabalho se abriram para a singularização na produção do cuidado? E a pergunta que não queria calar: o que estava por trás de tanta ansiedade de Manu a partir de seu ponto de vista e seus modos de andar a vida?

Produzindo campos de visibilidade a partir de uma usuária-guia: encontros e multiplicidades pelas redes de cuidado materno-infantil

Manu, que em 2016 tinha 20 anos, nasceu de parto normal em hospital de Tabatinga/AM (município polo da região do Alto Solimões). Morava em Manaus desde os 2 anos de idade, criada desde então por sua avó materna, portadora de necessidades especiais. Filha de pais separados, não conheceu seu pai e manteve por muito tempo uma relação tensa com a sua mãe, mais acirrada após o nascimento dos seus dois irmãos, ambos de outra relação. “Eu sou a mais velha, tem aquela minha irmã e meu irmãozinho de 3 anos. Quando a minha irmã nasceu, eu não gostava dela, porque eu era a caçula e queria um menino, eu batia nela... Parei depois que fui para a Igreja”.

Quando iniciamos com Manu na RAC, ela estava casada há um ano com Ed, com quem namorou desde os 13 anos, tendo se mostrado sempre apaixonada por ele. Desejava muito ter um filho e procurou ser cuidada desde o pré-natal, frequentando com seu esposo a maioria das consultas. Manu engravidou do primeiro filho, JB, aos 19 anos, era seu desejo desde que casara poucos meses antes – período em que a relação com sua mãe ficou mais próxima. Quanto a Ed, que então estava desempregado, preferia esperar mais um pouco para ter filho.



Às vezes, ele [o marido Ed] nem queria ter filho porque não queria que fosse criado na casa dos outros. Sempre tem isso porque acho que ele passou muito na casa dos outros, foi humilhado e ele não queria. Eu insistia, insistia (em engravidar) e ele dizia que não queria. Ele usava preservativo e eu não queria usar. Aí eu dizia, Amor, bora tentar. Aí, toda vez que vinha a menstruação, eu ficava com raiva e ele fazia era rir. (*Manu*)

Manu descobriu que estava grávida por um teste de farmácia e, com o apoio da sua cunhada K, seguiu para casa para contar para Ed – “*Acorda, Papai!*” “*O quê???*” Esta demonstração do susto e da agonia de Ed ao receber a notícia fica evidente pois “[...] ninguém estava trabalhando, mas o seguro deu até o JB nascer. Ele recebia todo dia 18 e JB nasceu dia 13, na última parcela de fevereiro. E ainda deu para pagar alguns gastos”.

O casal vivia (até a finalização da pesquisa) na casa da irmã de Ed, dona K. Casa simples, de madeira, onde vivem K, seu marido (Q) e a filha deles, localizada às margens de um igarapé na cidade de Manaus; esta família sempre os acolheu e apoiou.

Trazendo aqui o território geográfico onde Manu está inserida em seu novo contexto familiar, temos um bairro localizado na zona Centro-Sul da cidade de Manaus, em que os equipamentos sociais são: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde também funciona a Unidade de Saúde da Família (equipe formada por um médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde/ ACS), duas escolas municipais, três escolas particulares, uma igreja católica, uma igreja batista, uma igreja adventista, uma associação dos moradores e o CRAS. Trata-se de uma comunidade que remete a alguns problemas de precariedade nas condições de vida e de saúde por não contar com saneamento básico, e

[...] muitas das moradias são de palafita, sendo uma área bem populosa (1500 pessoas) que estão em área de risco e sofrem com as alagações periódicas. Há intenso tráfico de drogas na região, considerada como área vermelhíssima. O convívio da comunidade com a equipe é muito pacífico e amistoso, apesar disso. (*Médica da ESF e Pesquisadora da RAC*)

Manu manteve também suas redes de conexões existenciais pelos territórios em que foi criada e viveu até antes de casar, bem como no território por onde expandiu e estabeleceu novas referências de apoio, considerando, em especial, as conexões de Ed. No primeiro, mais especificamente, onde vivem seus vínculos familiares – sua mãe com seus irmãos, avó, tias e primos; e o segundo onde mora o pastor e está localizada a igreja em que casou e ainda participa dos encontros semanais. São bairros distintos localizados na Zona Leste da cidade, a maior e mais populosa de Manaus, que comporta muitas das complexidades existentes no sistema de saúde e em suas redes de atenção.

Seguimos pelas mãos de Manu. Ela nos apresentava seu nomadismo pela rede e protagonismo na produção do cuidado (LANCETTI, 2006). “Ultrassom pelo SUS só fiz um, que era até no Nova Esperança, que eu nem sabia onde era [...] Fiz bem uns

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 (MERHY *et al.*, 2014).

Assim, estávamos juntos a descobrir 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.

Ao acompanharmos Manu, fomos percebendo o importante apoio dado pelo pastor, que a ajudou e acolheu em alguns dos momentos de fragilidades, antes mesmo de casar com Ed, e também no período gestacional – como para pagar ultrassonografias, bem como na compra de medicamentos e apoio para o enxoval – “fizeram um baby chá surpresa”, além de transporte para a ida a maternidade em busca de cuidado. Conta o pastor:

[...] a Manu, é um caso, chamo ela de a minha filha e ela chegou conosco, ela ainda era solteira e a gente a acolheu e começamos a conversar com ela. Estava passando por um problema sério, de família, de trabalho [...] e, quando ficou grávida, vieram os cuidados, como uma filha mesmo. Não tinha horário, qualquer horário, de dia, de noite. Ficava como uma ambulância à disposição. (*Pastor*)

O medo e a insegurança acompanharam Manu desde o início da gravidez. Quando tentou iniciar as consultas na UBS, este atendimento não foi resolutivo, pelo contrário, foi orientada a fazer um exame de ultrassonografia na maternidade, exame este que não conseguiu fazer, a princípio, por não estar vinculada ao pré-natal. A captação para fazer seu pré-natal na UBS não aconteceu, com o devido acolhimento e os fluxos nele inscritos, conforme Linha Guia Materno Infantil de Manaus⁴, o que causou muita insegurança em Manu, ainda mais que estava sangrando e teve dificuldade em ser atendida na maternidade:

[...] tinha gente que falava que tinha que ter o pré-natal porque a mulher, quando não tem o pré-natal, na maternidade eles escolhambam, não querem atender. Aí, minha mãe falou que eu tinha que fazer o pré-natal tudo direitinho para quando fosse na maternidade. Aí, minha cunhada [K] me levou lá no posto, mas não consegui fazer o ultrassom. No posto, a enfermeira só escutou o coração e achou que podiam ser gases e pediu uma transvaginal que eu não consegui fazer. Então, fiz um teste de farmácia.

Comecei a sangrar de novo. 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. (*Manu*)

4 A Linha Guia Materno Infantil de Manaus (MANAUS/AM, 2014) tem como objetivo geral “compartilhar recomendações clínico-operacionais referentes à abordagem populacional e aos cuidados em relação à saúde materno-infantil (crianças entre 0 e 24 meses de idade) na rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus”. Onde cabe a “APS a atenção ao pré-natal para gestante de risco baixo e moderado”, assim como um cuidado compartilhado em casos de risco grave e muito grave.

O teste de gravidez que deveria ter sido realizado na própria Unidade Básica de Saúde foi feito, por insistência de Manu, na maternidade. Manu foi procurando aliviar sua ansiedade e ser cuidada. Essa rede vida de Manu não obedeceu às lógicas hierarquizantes, as estações na linha de cuidado foram acionadas pelas lógicas do acolhimento e no que ofereciam de abertura para a produção do cuidado.

Por qualquer coisinha, eu ficava com medo, medo de perder ele. [...] quando fui pra maternidade sangrando, tinha muita mulher lá que tinha perdido o filho. Aí, elas contavam a história delas e aquilo ficava na minha mente. Se ele não mexesse, ficava agoniada, será que está morto? E eu já queria ir lá no posto com a doutora N [sua médica da ESF], e K (cunhada) dizia: “Menina, a doutora vai te expulsar de lá, de tanto ficar apurrinhando ela!” (Manu)

Manu esclarece que a vizinha J “vivía aqui, toda hora, cadê JB, ... e dizia: ‘Bora, Manu, que se JB não nascer eu vou te bater, vou te espancar, bora que isso não é normal’”. Trata-se de uma vizinha que tem em sua história a perda de um filho no período final da gestação, “*por ter passado da hora de nascer*”. Assim sua fala só fazia aumentar a ansiedade e os medos de Manu – “realmente não é normal, né, ficar sentindo dor, tonteira... Eu já tava com 8 meses, quase 9 e elas ficavam me deixando doida, insegura”. Situação que se agravava a cada ida sua nas maternidades, no início pelas tentativas de realizar ultrassonografias e no final nas tentativas de vinculação. “Até mesmo na Maternidade quando eu fiquei internada, eles diziam isso, aquilo, (dilatação maior ou menor) e eu chorava, chorava com medo de matarem meu filho porque eu já tinha escutado muita história de mães” (Manu).

Durante sua gestação, uma grávida da comunidade perdeu o filho intra-útero. Isto repercutiu negativamente nas gestantes vinculadas à UBS, percepções dos profissionais tanto pelas conversas entre elas como nas dúvidas que passaram a apresentar nas consultas e encontros com a equipe. As culpabilizações feitas a essa mulher vinham de toda ordem, expressando uma “*experiência macabra na comunidade*” (fala de um dos profissionais da equipe).

Nos encontros para processarmos os recolhimentos e a produção do campo, podemos destacar uma roda de conversa com os trabalhadores da ESF – todos nós integrantes da RAC/AM. Mobilizamos as usuárias em nós, 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 nossas existências, conversas sobre peregrinação e ansiedades se ampliavam, marcando elementos para pensar a rede.

Na vivência da técnica de enfermagem da equipe que acompanha Manu, a fala confusa dos profissionais da maternidade quanto à dilatação também gerou muita insegurança:

O que não gostei é que, toda hora, muda de médico! Tu vai com um médico, daqui a uma hora é outro para fazer o toque. Não sei por que mudam tanto! E cada um fala uma coisa. Tu vai, faz o toque, está com 6 cm. Dali a uma hora, é outro

Engravitando a rede de atenção materno infantil: multiplicidades e redes vivas...

médico e está com 4 cm!?! [...] E de noite, que só era mulher [...] chegou até 7 cm. De manhã, que só eram os médicos, não saía dos 3 cm. (*Técnica Pétala*)

A ACS conta que mesmo estando internada, em trabalho de parto, a insegurança e ameaça da peregrinação se mantém:

Quando foi umas 19h:30, que trocaram de turma, eu ouvi uma enfermeira lá falar que as cadeiras de 3 a 5 (e minha filha tava numa cadeira destas) vai ser transferida pra um hospital que fica lá no Puraqueguara. Aí, eu fui lá e falei que a minha filha não ia ser transferida e a enfermeira perguntou: por que não? (*ACS Lírio*)

Conversando sobre o tipo de parto que Manu preferia, ela respondeu: “Normal, eu queria normal porque todo mundo dizia pra mim, ‘Manu, é melhor normal porque, depois de um tempo, tu vai poder fazer tuas coisas, a cesárea não, tu fica dependendo dos outros’”. Mas revelou que “na hora da dor, eu já queria cesárea!” – nisto também está inscrito todo o contexto de insegurança e fragilidade por ela vivenciado.

O que mais marcou a trajetória de Manu foram suas inúmeras buscas por acolhimento no momento de nascer seu filho. Suas narrativas e as de suas fontes – cunhada, vizinha, pastor e esposa do pastor – reafirmam insegurança, seus medos e sofrimentos. Seu marido pouco se expressou, mas confirmou os movimentos de Manu em busca de cuidado; sua avó, por suas limitações físicas e de idade, demonstrou que esteve mais ausente. Manu se referia à participação de sua mãe, em especial nas idas pelas maternidades, mas houve desencontro com ela no dia em que fomos em sua casa devido ao seu trabalho. Quando finalizávamos o acompanhamento, sua mãe estava fazendo tratamento para câncer de colo de útero, já se apresentando em fase avançada – novas interferências na vida de Manu, que pela primeira vez passou a faltar ao grupo de bebês; novos contornos e processos vinculantes de cuidado precisaram ser pensados.

As histórias de Manu também se cruzavam com as de suas fontes. O pastor conta sobre o último parto de sua esposa, multiplicidades entrando em cena:

Ela já estava com dor, ela foi atendida e a mulher mandou ela embora, saímos para fora e ficamos um olhando pro outro, como é que ia embora, nós não tinha carro, tava de ônibus e fiquei até pensando como é que ela ia passar na roleta, com aquele buchão. Isso era umas 7h00, quando deu 12h00, voltamos lá pra dentro, ela se contorcendo toda, aí, chegou um policial e falou: “minha senhora, tá tudo bem?”. Ele foi lá dentro e falou: “a mulher está tendo bebê lá fora!” Foi só chegando lá e tendo o menino, já estava passando da hora. (*Pastor*)

“Às vezes, eu saía de lá (da maternidade) com vontade de chorar, pelo constrangimento...”, conta Manu que nunca foi de reclamar. Diz que não adianta fazer barraco, pois,

No dia em que eu fui internada, tinha uma moreninha lá, fizeram um barraco, ela com a cunhada. Maltrataram tanto aquela moreninha, coitada! Ela gritava de dor e nada. ... às vezes eu tinha medo de ficar internada porque o mesmo médi-

co que consulta é o que faz os partos, né? ... Eu tinha medo, na maternidade F, dos mesmos médicos e enfermeiras, me tratarem mal. Na maternidade E não, eu senti mais segurança. Porque é tudo organizadinho, parece, lá. Na maternidade F não. No dia em que fui você via as grávidas tudo andando para lá e para cá. Na maternidade E é uma salinha só para as grávidas. Tinha a recepção, uma salinha que nem sei qual era o nome, onde as enfermeiras faziam a avaliação [classificação de risco], a sala do médico e bem aqui tinha umas mesas/camas onde elas reavaliavam a gente, não precisava ir lá para fora. (*Manu*)

Aqui trazemos a discussão de que os espaços forjados para produzir o cuidado precisam estar abertos aos encontros e seus processos relacionais, tecnologias leves, no que tecem de relações de vinculação e confiança, produtoras de mais cuidado e mais vida, abertas às afecções que singularizam. Muitos desses espaços acabam servindo de exposição e de descuido, e por vezes com forte teor de culpabilização, produção de invisibilidade e constrangimentos dos corpos grávidos.

Cheguei na maternidade E ao meio-dia e fui atendida umas quatro e pouco, porque tinha muita mulher lá. Mas eu já tinha feito a minha ficha com a enfermeira, que eles fazem. Já tinha sido examinada, feito o toque e ela anotou que eu tava perdendo líquido em pouca quantidade. ... Mas só fui atendida pelo médico quatro e pouco. Era uma médica baixinha e ela disse, quando me examinou, que minha bolsa já tinha rompido e que ela já tinha visto até a cor do cabelinho do nenê. “Mas vocês voltam às seis horas em ponto”, falou a médica. Ainda perguntei se ia ser ela mesma que estaria porque eu chegava, era um médico, depois outro, isso já tava me agonizando! A médica disse – “Não, não vai ser eu”. Aí o médico ia me examinar e mandar embora de novo! ... eu chorava demais e minha mãe dizia “minha filha...” Eu dizia: “Mãe, todo tempo é isso!” E ela dizia: “Minha filha, tem Fé!”. (*Manu*)

O medo de voltar para casa ficou marcado:

Quando foi 18h peguei minha ficha de novo, nem fui para casa, fiquei por ali, andando, lá por fora, andando e aquela coisa, aquele sangue descendo, já toda melada. Aí, peguei minha ficha 18h, mas só fui examinada pela médica ia dar 19h, por aí, quinta-feira, dia 12. Aí, a médica me examinou, uma velha, só não gostei daquela ali, ignorante, nojenta, para falar português claro! Que ela me atendeu assim, uma mulher que nem olhava na nossa cara! Aí, minha mãe perguntava as coisas para ela e ela dizia “Eu não sei dizer que eu não sei ver o futuro”. Aí, ela pegou e me examinou e falou: “aqui não tem perda de líquido nenhum, sua bolsa não tem nada de rompida, você não está nem em trabalho de parto”. Aí, comecei a chorar, pronto, vai me mandar para casa! Aí, ela pediu meus ultrassom e somou tudinho. Nas contas dela tava dando 41 semanas e foi quando ela me internou. Ela falou: “olha, eu vou te internar, mas teu filho não é para agora e eu vou logo dizendo, tem mulher parindo e voltando pra cadeira porque não tem leito!” Aí minha mãe disse: “o importante é que ela fique aqui, já tá bom demais”. (*Manu*)

Manu segue trazendo os momentos antes do parto,

Aí, ela pegou e me internou e eu fiquei andando, fazendo aquele cavalinho, aquela bola. Depois que eu entrei, as enfermeiras foram tudo ótimas, ficaram me ajudando. Toda hora, elas estavam lá comigo, me acompanhando. ... Depois que eu entrei, todo mundo ia entrando e tendo nenê, tendo nenê, teve uma que teve até lá na sala do médico sendo examinada e o meu filho, nada! E eu começava chorar, “Mãe, o meu filho vai morrer!” (Manu)

Quando rompeu (a bolsa) um médico que ia passando falou:

“Mãezinha, vai deitar que não vai adiantar nada você ficar aqui”. Mas eu não consigo ficar deitada! Quando deito naquela coisa, a pancada vinha que eu saía dando soco nas paredes daquela maternidade. Minha cunhada diz que eu fui a maior escandalosa. Eu gritava, dizia que ia morrer, dizia “Mãe, manda logo me cortar que eu não aguento mais!” Aí, o médico veio e me examinou e eu já tava de 6 pra 7 centímetros. Isso já era seis e pouca. Acho que foi nove horas porque ele nasceu nove e dez, que a médica me examinou, ela disse que já tava na hora. Aí, disse pra mamãe que se visse um cabelinho preto saindo, que era para chamar ela que ela ia se arrumando. (Manu)

Para Manu, o que a acalmaria no parto seriam processos vinculantes e cuidadores: “Se fosse a doutora N a fazer meu parto, eu me sentiria mais segura, pois ela já sabia tudo o que eu tava passando.”

Segundo a médica de referência de Manu,

Ainda percebo poucas falas das gestantes sobre a Rede Cegonha, talvez porque elas ainda não vejam uma rede. Rede elas foram me relatando que constroem na comunidade, com a parteira, com as vizinhas, com a família. O que me relatam é a mesma e velha peregrinação de sempre nas maternidades – não há vaga e elas vão por meios próprios procurar onde haja um leito. (Médica de referência da ESF)

Após o nascimento de JB, suas redes de apoio contaram com sua mãe, avó e cunhada, para compra de fraldas e leite, por exemplo, o grupo de bebês com seus encontros e a sua médica, que agora cuida dos dois. Apesar de Ed ter passado bom tempo desempregado, não conseguiu nenhum benefício social, como por exemplo, o ingresso no Bolsa Família. “Eles dizem que não saiu ainda na folha de pagamento. Eu vou aqui no CRAS com a morena e ela diz que ainda não saiu nem a folha do mês 6, o meu é mês 10. Toda vez que eu vou lá, ela diz a mesma coisa e que é pra eu tentar até julho, se não vier, esperar seis meses e tentar de novo” (Manu).

Convoca-se uma rede de proteção social com potência para ser ativada levando em conta as conexões com a saúde, para produzir novos dispositivos e arranjos para dar suporte aos problemas individuais e coletivos, contando com as redes vivas existentes na comunidade e as que também podem ser criadas.

Como exposto anteriormente, Manu vivia em outra área da cidade até casar-se com Ed e fala sobre seu acompanhamento de saúde em sua comunidade,

É tudo mais perto aqui, na Zona Leste é mais distante. Aqui, fiz um Pré-natal tranquilo, lá não, a minha prima tinha que acordar de madrugada. Aqui não, já é mais próximo, tenho o acompanhamento com ele, aqui no CRAS. Lá, ela não tem isso, tem que ir de vez em quando no CAIC (Centro de Atenção Integral à Criança), pegar ficha de madrugada. ... O acompanhamento que tenho no CRAS é o grupo de bebês [que a médica da ESF faz]. (*Manu*)

As contribuições de Manu para pensar a produção do cuidado foram sendo apresentadas pelos encontros e vínculos que passamos a tecer com ela, em especial quando transitamos pelos territórios que constituem a sua existência, pelos espaços que ela nos conduziu como guia. As pistas que passou a nos dar foram para o pré-natal, um grupo de encontro com grávidas, mesmo considerando que, para acalmá-la de fato, seria bem difícil – indica que os encontros precisam dar passagem às afecções entre grávida, trabalhador, equipe, e ter abertura para nos colocarmos no lugar do outro, considerando as fragilidades, medos e os modos de andar a vida, pois tudo isto interfere na micropolítica do cuidado. Quanto às maternidades, que compõem um dos pontos da linha de cuidado, há que se chamar atenção para tornar visíveis os esforços que os usuários fazem para se vincularem a elas, dar mais pertinência às tecnologias relacionais e às práticas de acolhimento que estas compõem. E o grupo de bebê, pela sua importância, é um dispositivo potente para produzir uma dinâmica que considere os múltiplos interesses e os vários pontos de vistas de seus participantes.

Contribuições para o debate: as redes vivas que operam a produção do cuidado

Pela trajetória de Manu fomos dando visibilidade a recortes da estratégia da Rede Cegonha e da Linha Guia de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Manaus.

Com nossa usuária-guia, fomos levados pelas tessituras das suas existências, que nos interessa, nuclearmente, quando estamos falando da produção micropolítica do cuidado em saúde, efetivada a partir de encontros intercessores e da produção de redes vivas; além da potência da tecnologia leve inscrita na relação, na micropolítica do encontro entre sujeitos, e nas possibilidades e afecções dadas neste acontecimento.

A produção do cuidado pelo ponto de vista de Manu, que vaza pela vida de outras tantas usuárias da rede de atenção materno-infantil, nos alerta para o quanto importam: os modos de andar a vida das cidadãs usuárias; os deslocamentos das ações que as fragilizam e as constroem na direção das que as singularizam e as acolhem; a potência das redes vivas e de fluxos que convocam os sujeitos; espaços que acolham e relações que vinculem profissional, usuário, equipe; o protagonismo como potência para romper as barreiras; dispositivos da gestão e do serviço que acionem coletivos dando passagens para os aprendizados com o mundo do trabalho, considerando que todos somos experimentadores e sabidos; tecnologias de cuidado que tragam a centralidade da cidadã usuária e seu bebê.

Consideramos o usuário-guia um importante analisador da micropolítica da produção do cuidado, que parte de um arranjo singular de investigação e tem potência para abrir para as redes instituídas de atenção, nas tramas que só conseguimos acionar pelos pontos de vista e a vista do ponto do usuário, e nos deslocamentos que eles provocam em nós, como sujeitos que tecem redes e produzem seus modos de existir.

Referências Bibliográficas

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; CHAGAS, M. S.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; VIANNA, L. "O pesquisador in-mundo e o processo de outras formas de investigação em saúde". **Lugar Comum** (UFRJ), v. 39, p.133-144, 2013.
- AMAZONAS. Secretaria Estadual de Saúde/SUSAM. **Plano Estadual da Rede Cegonha**, Manaus: Manaus, SUSAM, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação de Nascidos Vivos**. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos no estado do Amazonas, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acessado em 16 de fevereiro de 2016.
- BRASIL. **Censo Demográfico 2010**. IBGE. 2010.
- 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.
- DINIZ, S. G. "Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal". **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 2009; v. 19, n. 2, p.313-326.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. "O Uso de Ferramentas Analisadoras para o Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: O caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP)". *In*: MERHY, E. E. **et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p.135-170.
- GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisador IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MACHADO, A. **Poesias completas**. Madri: Espasa - Calpe, 1983.
- MERHY, E. E. **Cartografia do trabalho vivo**. 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**, Brasília, v. 14, p. 96-97, 2014.
- MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. *et al.* "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.
- PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; GIOVANNI, M.; ALMEIDA, P. V. B.; NETTO, T. L. F. "Rede Cegonha: Desafios e mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais". **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, Out. 2014.
- RODRIGUES, H. B. C. "A história oral como intercessor – em favor de uma dessujeição metodológica". **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. UERJ, RJ, Ano 10, n. 1, p. 190-201, 1. Quadrimestre 2010.

SCHIFFLER, A. C. R.; CAMPOS, A. E. A.; VIEIRA, M. M.; MENDONÇA, P. E. “Perspectiva da Utilização do Fluxograma Analisador no Ensino da Administração em Saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ”. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 1, n 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, p. 191-200, 2005.

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, 2015.

Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer

Nathália Silva Fontana Rosa
Marcio Costa de Souza
Raquel Miguel Rodrigues
Clara Oliveira Esteves

Introdução

Caminhar nas múltiplas redes, nos permitindo a porosidade de encontrar e (re) conhecer distintas formações de rede produzidas no cotidiano dos serviços em saúde e no cotidiano da produção da vida da pessoas, trabalhadores e usuários, seus arranjos e práticas, pede um olhar atento para este cotidiano como um espaço em que as redes são de fato produzidas e ressignificadas a todo momento. Este espaço, enquanto produção viva, ora é fabricado como um caminho determinado pelas redes formais de atenção à saúde, ora é produzido por andanças específicas, não em sobreposição, mas em uma construção singular, rizomática e constante.

Isso implica afirmar que, ainda que a organização das Redes de Atenção à Saúde – RAS estabeleça um ordenamento do atendimento aos usuários nas diferentes redes temáticas do SUS (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial etc.) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a), há encontros, afetos, interferências que, ao acontecer, criam outras possibilidades de caminhar nessas redes, extrapolando o que foi preestabelecido na busca da produção do cuidado e mostrando que essas redes são vivas (MERHY *et al.*, 2014).

O debate sobre a importância da organização das RAS no SUS se intensificou após a publicação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), em 2006, e da portaria 4.279, em dezembro de 2010. Essa portaria define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p. 1). Ainda, atribui o objetivo de “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p. 1).

Entretanto, o que observamos é que as políticas instituem uma lógica burocratizada, de procedimentos e protocolos, que definem certa previsibilidade para o caminhar e o agir de usuários e trabalhadores, que fabricariam uma rede institucionalizada, inteira e sólida, a partir de caminhos com esquemas pré-estabelecidos, a partir de diretrizes e requisitos para estar dentro e atendido pela rede.

Esta construção, segundo Merhy *et al.* (2014), sugere uma modelagem analógica, ou seja, com a noção de uma rede primária, secundária e terciária de cuidado, de

caráter contínuo ininterrupto para atenção. Porém, as redes, enquanto vivas e produzidas por incessantes caminhares, são fragmentárias e em acontecimento, podendo emergir sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas.

Na tentativa de organização da linha de cuidado à pessoa com câncer, em 2013, foi lançada a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer instituída pela Portaria 874, na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, seguindo a perspectiva das RAS. Em 2014, foi publicada a normativa para redefinição dos “Critérios e Parâmetros para a Organização, Planejamento, Monitoramento, Controle e Avaliação dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados na Atenção Especializada em Oncologia”, por meio da Portaria 140 de 2014. Na sequência, no mesmo ano, foi redefinida a “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS”, mediante a Portaria 483 de 2014. A política pretende organizar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governo da rede de atenção à saúde, implementada de forma articulada pelos três entes federados.

Entretanto, estamos de acordo com MALTA & MERHY (2010, p. 597) quando afirmam que essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. “Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita”.

Ao transitarmos pela rede de câncer do Estado da Bahia, tomada como analisador para este debate, percebemos que os processos de construção das RAS produziram uma série de entraves, que impõem aos usuários a produção de suas chaves de acesso. Entre a chave e a fechadura, entretanto, os usuários percorrem caminhos que tem em si uma quantidade de atravessamentos, que pretendemos refletir neste material. Assim, este texto tem como proposta apresentar algumas reflexões sobre o acesso (chave) e barreira (cadeado) à rede de atenção à saúde da pessoa com câncer a partir de uma macrorregião de saúde do estado da Bahia.

O nosso caminhar

A integração dos coletivos de trabalhadores e pesquisadores em uma proposta de pesquisa compartilhada, que aposta radicalmente que todos são pesquisadores como protagonistas do agir cotidiano no mundo do trabalho em saúde, abre inúmeras possibilidades de dar visibilidade aos múltiplos mecanismos que fazem nascer as redes de cuidado efetivas em diversos pontos e os modos como elas se entrelaçam com as redes instituídas.

Nesta direção, os pesquisadores foram construindo, ao longo do ano de 2015, a aproximação com uma associação social filantrópica que apoia pessoas com câncer localizada num município-sede de uma macrorregião do estado da Bahia. Adotaremos aqui a expressão “associação-guia” pela força analisadora que esse lugar produziu para nos aproximar dessa rede de cuidado. A ideia de tomarmos a instituição como “guia” é uma categoria analítica, uma das apostas da pes-

quisa, possibilitando que usuários, trabalhadores e outros atores sejam guias para a construção das diversas narrativas sobre a produção do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde.

As conexões entre os pesquisadores e as pessoas que habitam esse lugar (funcionários, voluntários, usuários, familiares) foram iniciadas a partir de visitas programadas com a gestora responsável para apresentação e autorização da pesquisa. A produção encontros e conversas se deu em diversos espaços da associação, desde observação na sala de espera, rodas de conversas com funcionários e voluntários em locais formais (como consultório e sala da direção) e informais (como a cozinha, área de lazer para as crianças); participação de eventos promovidos pela instituição até entrevista com uma usuária.

A associação funciona como uma casa de apoio que oferta diferentes tipos de serviços: moradia e alimentação para aqueles que residem em outro município e precisam de deslocamentos para fazer o tratamento de câncer na Unidade de Referência em Alta Complexidade (UNACON); entrega de cesta básica para aqueles que residem no município; doação de materiais como próteses, cadeira de rodas ou outros insumos segundo a necessidade clínica. Além disso, os usuários têm à disposição uma psicóloga, que atua diariamente no turno matutino, uma assistente social, semanalmente, e uma assistência jurídica. Portanto, alguns analisadores foram desenvolvidos a partir desses encontros que serão discutidos como platôs, por terem sido momentos de intensidade na pesquisa, que não têm uma ordem de relevância, mas que, ao contrário, produzem interferências e conexões entre si.

O endereço com chave: uma luta contra a barreira instituída na regionalização

Um platô para a qual a associação nos guiou foi a questão da regionalização dos serviços desta rede. Ao analisar as regiões de saúde na Bahia e a distribuição de serviços relacionados a essa linha de cuidado, observa-se haver uma grande concentração de serviços na Capital do estado, Salvador, e em algumas cidades de grande porte. Desta forma, percebe-se um vazio assistencial importante nas regiões central e oeste do estado, o que dificulta o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. Esse cenário evidencia ainda algumas distorções do próprio mecanismo de descentralização, ou da municipalização, assim como da própria ideia de regionalização, pois cidadãos de municípios da região oeste são obrigados a ser atendidos em Salvador, ainda que a distância possa chegar a 880 km. Logo, os processos de pactuação do estado não consideram a menor distância a ser percorrida pelo cidadão como um critério, o que estabelece na própria construção do acesso uma barreira no cuidar da pessoa com câncer. Aqui a regionalização aparece como outra dobra chave-cadeado.

A regionalização compõe uma das diretrizes do SUS, que implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.

A portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização das RAS, também traz elementos para pensarmos a questão dos territórios e da regionalização neste debate. O documento traz a ideia que “para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade”. Ainda, afirma que as regiões de saúde são:

(...) espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais e econômicas e sociais, de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. (...) Deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar estruturas que estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p. 3)

Entretanto, o que observamos é que os acordos das regiões priorizam os aspectos administrativos, sem contar os outros arranjos existenciais. Não existe, na prática, uma produção de mediação para desmanchar a barreira de acesso que foi produzida, por exemplo, pelo fato do serviço estar localizado em um determinado município sem regulação para outros que estão em um vazio assistencial.

Encontramos aqui, como já discutido por Abrahão *et al.* (2013, p. 134), a necessidade de se “abrir 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”.

Tomando as redes de cuidado produzidas por usuários e trabalhadores como dispositivo para pensar a rede de atenção ao câncer na Bahia, pode-se evidenciar que esse vazio assistencial no Estado pode interferir diretamente no sucesso da terapêutica das pessoas com câncer e na própria produção da rede de cuidado, além de favorecer perspectivas deturpadas da municipalização. Esses movimentos potencializam as gestões, tornando-se dispositivos de “prefeiturização”, nos quais se estabelece, a partir das relações de poder, um uso perverso do controle municipal sobre certos serviços, com arranjos políticos que, ao invés de facilitar o acesso, aumentam suas barreiras e dificultam a atenção à saúde. Em consequência desta situação, a resolubilidade das ações também será diretamente afetada negativamente. Portanto, faz-se necessária uma discussão intensa que desconstrua os vazios assistenciais e, proporcionem que a pessoa com câncer venha a ter um acesso ao tratamento com maior qualidade e justiça.

Os movimentos de regionalização precisam ser revistos levando em conta a necessidade de produzir diferentes arranjos de serviços, que sejam capazes de minimizar as desigualdades socioeconômicas e as barreiras geográficas. No que tange ao tratamento oncológico, existe a ausência de serviços de saúde em uma área importante do Estado da Bahia e para superá-la, observamos a produção de uma região-viva, que nos impõe o reconhecimento de que não somente gestores e prestadores estabelecem regionalidades e sim que distintos atores a produzem, muito além das regiões de saúde formais.

A prefeiturização, por exemplo, atravessa esse processo de regulação do SUS, sendo uma chave neste emaranhado do território e dos endereços. Como é o caso de uma criança que vivia a quase 800 km do município em que se situa a associação-guia e que foi regulada para um hospital infantil de referência desse local. Após realizar o tratamento indicado de cirurgia e quimioterapia, não pode dar continuidade ao tratamento de radioterapia, porque este deveria ser realizado na UNACON de outro município. Ou seja, químio e rádio para seu município de origem estão pactuadas com diferentes municípios-sede. Na organização da Rede de Atenção Oncológica, se define o conceito de complexo hospitalar como um conjunto de estabelecimentos de saúde com diferentes números de CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), localizados em um só município. Essa orientação objetiva que o doente de câncer obtenha um tratamento integral, pois entende que raramente os casos de câncer precisam de apenas uma modalidade terapêutica oncológica, sendo que muitas vezes os usuários devem submeter-se a múltiplas modalidades, em diversas combinações entre elas e em diferentes momentos da evolução da doença (BRASIL, 2010b).

No caso de nossa criança, ela e sua mãe entram em contato com a associação em busca de alguém que lhes forneçam o endereço local por meio de uma conta de água ou procedimento para mudança de título de eleitor para conseguirem seguir no tratamento. Inclusive, a associação passa a ser um local de moradia das duas durante o tratamento e a espera para o próximo encaminhamento. Vale a pena ressaltar que esta alternativa de acesso e orientação sobre a possibilidade da abertura desse cadeado foi indicada por um trabalhador do próprio hospital em que foi feito o tratamento, ou seja, o mesmo serviço de saúde, que faz parte do sistema de regulação, é a chave e o cadeado, diante do encontro com trabalhadores, esta dobra acontece, ou seja, ora é chave e ora é cadeado, instituídos micropoliticamente.

O que vemos é que a associação tensiona o acesso, enquanto o UNACON o racionaliza. De alguma maneira, estamos vendo que este ponto de atenção do município se serve da associação para ordenar o acesso – como se fizesse trabalho prévio de organização do atendimento para o UNACON. Como deveria ser o papel desses atores nas ações de regionalização, já que de alguma forma também atuam como co-gestores do cuidado dos usuários? Afinal, eles também fazem gestão.

O próprio desenho da rede funciona como um intercessor (DELEUZE, 1992, p. 156) aos trabalhadores, gestores e usuários quando se deparam com suas ofertas. A rede foi formulada com a expectativa de produzir “chave” para o “cadeado” dos serviços, no entanto, quando o cadeado se mantém para alguma oferta, como no caso da radioterapia acima citada, a própria barreira mobiliza à criação e ação. Portanto, a rede instituída apresenta esta força intercessora, na dobra chave e cadeado, com potencial instituinte para produção de novos arranjos. A questão que se coloca aqui é como no cotidiano das práticas de gestão e atenção à pessoa com câncer é possível visibilizar esses “arranjos” e torná-los componentes dos fluxos da rede.

Tanto a associação como os trabalhadores estão claramente nesse papel de produção de rede, das muitas redes que atravessam o cuidado. Ela é atravessada e demandada pela rede “oficial”, na figura do UNACON, pelas pessoas que chegam até à instituição, pelos profissionais que trabalham com ela. Neste sentido, essa instituição

também governa. O que se percebe no processo formal de organização das redes é uma produção de acordos baseados no que as tecnologias duras podem oferecer; já que, a vida das pessoas e a possibilidade de produção de redes não entram nos acordos administrativos. A possibilidade de construir rede que potencialize vidas não está claramente definida na pauta destas discussões, no entanto elas se produzem em ato e ao atender a necessidade ou o desejo de vida de pessoas e seus familiares. As linhas de fuga produzidas pelos sujeitos envolvidas nesta rede não aparecem nos sistemas de regulação formais, o que dificulta sua identificação e, conseqüentemente, sua inclusão como caminho possível de acesso.

Esta cena traz elementos para pensar este vazio assistencial e a questão do território, que deixam uma importante lacuna, revelando essas regiões vivas e as regiões mortas no cuidado oncológico da Bahia, e as formas por que podem ser construídas as redes de cuidado. Mas se o rastreamento cuidador não o fizesse, poderia não ser descoberto, e se não o fosse, não seria tratado neste município, mesmo sendo a região viva mais próxima e com acesso geográfico facilitado.

O território, neste sentido, se apresenta como uma produção intensa de agenciamentos, que se inicialmente são desconhecidos pelo próprio sistema de saúde ou pelas equipes, tecem suas redes de cuidado e não são capturados em um único e determinado espaço geográfico, provocando movimentos de desterritorialização que afetam usuários e também trabalhadores (MERHY *et al.*, 2014, p. 156). Esta desterritorialização se dá para além da busca do acesso em outros territórios, está atrelada ao processo de subjetivação dado/traçado pelas linhas de fuga produzidas pelo desejo de percorrer outra via, romper obstáculos, acessar um caminho de produção de mais vida. Tais elementos pedem passagem na linha de produção de redes de saúde e seus pactos, imprimindo uma abertura necessária para encontros mais frequentes entre seus diversos atores abertos ao que escapa da rede.

Outra chave de acesso: o diagnóstico anatomopatológico

Outro platô que se visibilizou a partir da “associação-guia” foi o tema do diagnóstico anatomopatológico, que geralmente se faz por meio da biópsia, como critério de acesso inicial para os serviços especializados em oncologia. Porém, a oferta pública oportuna dos exames necessários para a confirmação da doença se configura como uma barreira para boa parte dos usuários que buscam apoio na associação. Isso porque muitos enfrentam longos deslocamentos para chegar a esse município e são geralmente originários de locais muito precários em termos de ofertas públicas de exames diagnósticos. Aqui podemos perceber a dobra chave-cadeado que o diagnóstico pode fabricar, além da reprodução do modelo hegemônico de utilização do diagnóstico como forma de acesso instituído na maioria das unidades de referência especializadas do nosso país.

O critério principal para acesso aos serviços de oncologia é o diagnóstico anatomopatológico positivo, e a associação reproduz esse parâmetro para cadastramento das pessoas que se beneficiam das suas ações. Quando analisamos a biópsia como cadeado, entendemos que ela aparece como um definidor sobre a possibilidade ou não

de acesso ao cuidado oncológico, tornando-se um ponto de visibilidade da barreira de acesso estabelecida pelos serviços especializados. Se der positivo, a pessoa vai viver ou morrer com câncer, a depender dos arranjos que os serviços estão produzindo na política pública brasileira que podem garantir o acesso ou dificultá-lo. Considerando a força que exerce esse cadeado, nubla outras possibilidades de inter-relação de rede enquanto rede, seja do ponto de vista da Educação Permanente em Saúde, como dos apoios matriciais. É um cadeado cuja chave não pertence à atenção básica e, sim, a alguns outros serviços especializados, ambulatoriais ou especializados. Por isso arranjos cuidadores não são suficientes para arrombar esse cadeado.

Um aspecto relevante a ser destacado no estado da Bahia é que seu sistema de saúde, além de contemplar a população dos seus 417 municípios, ainda compõe a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco-Bahia, cobrindo no total uma população de, aproximadamente, 17 milhões de habitantes (estimativa do IBGE para 2015 da população do estado da BA somada à população adscrita da Rede Interestadual). Esta configuração impõe desafios tanto do ponto de vista demográfico e epidemiológico quanto do ponto de vista organizacional, que exige intensa articulação entre os diversos entes envolvidos nesta atenção.

De acordo com o Plano Estadual de Atenção Câncer da Bahia, disponível no sítio eletrônico da SESAB, alguns aspectos são destacados como fragilidades da rede: diagnóstico tardio; inexistência de fluxos pactuados entre os pontos de atenção; incipiente processo regulatório; déficit de unidades de alta complexidade (UNACON); déficit da oferta de radioterapia; produção insuficiente de cirurgias oncológicas; produção excedente de quimioterapia; desarticulação dos procedimentos e seus fluxos de referência na PPI; fragilidade dos sistemas de informação: SISCAN/ RHC/ RCBP; dificuldade das serviços em cumprir requisitos para habilitação; subfinanciamento; judicialização (Assistência Farmacêutica).

É possível identificar no diagnóstico apresentado no Plano que há a predominância da taxa de incidência bruta de câncer de próstata na população masculina e de mama na população feminina. Há também uma tendência crescente no que se refere à mortalidade por neoplasias nos últimos cinco anos, com predomínio de ocorrência na macrorregião de saúde leste.

Por um lado, observamos uma expansão importante da Atenção Básica nos municípios brasileiros, incluindo o Estado da Bahia, como um novo elemento que surge para integrar o processo diagnóstico/tratamento de câncer, ou seja, com a expansão do acesso a atenção primária, aumenta a possibilidade de diagnóstico. Só que não implica na resolubilidade da questão, pois, em algumas situações apenas designa com nome próprio a morte, que antes era de causa não definida e passa a ser por um câncer em determinado no corpo humano. Por outro lado, seguem vazios assistenciais e gargalos de atendimento nas capitais e nos grandes centros, como é o caso da Bahia, o que se transforma em um paradoxo neste processo. Ou seja, muitos usuários recebem uma suspeição inicial de câncer, mas só conseguem acesso a uma ponta da rede necessária, a Atenção Básica, gerando uma grande quantidade de pessoas que devem se deslocar por grandes distâncias para seguir com o protocolo da rede de atenção oncológica, incluindo a etapa inicial do diagnóstico que deve ser confirmado.

Chave redes “invisíveis” (médicos, por exemplo, que guiam o cuidado e acessam pontos da rede; a filantropia e a linha entre o público e o privado)

O terceiro platô visibilizado foi o tema das redes “invisíveis”, porém vivas, que são construídas nesse emaranhado. Como no caso que vimos anteriormente, trabalhadores foram os responsáveis por construir uma rede junto à associação para que a usuária conseguisse o endereço local e, conseqüentemente, o tratamento na mesma cidade onde já havia constituído vínculos.

O delicado processo de coordenação do cuidado se faz por meio de dois mecanismos principais. O primeiro deles é a criação de “pontes” ou pontos de contato entre as lógicas da profissão: médicos e enfermeiros e os outros profissionais têm de conversar para que o cuidado se realize. Uma coordenação “em ato”, o encontro de práticas, de saberes. Torna-se desafiador construir uma coordenação mais horizontal, mais regular e “institucionalizada” entre os vários profissionais, centrada no cuidado. A própria lógica, em si, da produção do cuidado, e sua micropolítica, remete a uma forma mais transversalizada de operar o cuidado, integrada em uma rede mais ampla de serviços, composta de vários pontos, ou várias “estações”. (MALTA; MERHY, 2010, p. 599)

Em outro caso que tivemos contato, essa questão aparece com bastante força. Trata-se de K, uma mulher com câncer de mama, que devido às pactuações regionais deveria ser encaminhada para o tratamento em Salvador, mas que busca a todo custo que seu tratamento seja realizado na cidade da associação-guia. K, pois, entende que este seria o melhor cuidado para si, tanto pela proximidade deste município da sua cidade natal, quanto pela relação que estabelece na própria associação. K, então, a todo o momento faz um percurso próprio, entre as redes públicas e privadas, com ajuda de pessoas chaves, sejam médicos ou mesmo outros trabalhadores da administração do hospital, que vão construindo juntos seu trajeto pela rede de câncer, contrariando as regras das pactuações regionais do Estado. K não só atravessou a rede de câncer, como também perpassou por outras redes em seu caminho. Durante seu tratamento, soube estar grávida, o que demanda da equipe uma atenção diferenciada e a construção de outras redes para seu cuidado.

Foi possível observar, ao caminhar com K em seu percurso, que ela busca por um cuidado acolhedor para si, o que pode também ter gerado uma série de entraves no início do seu tratamento. Também, vimos que esse caminhar fez como que ela não estivesse em nenhum momento dentro da lógica analógica de uma rede de atenção, seja a do câncer ou a da Rede Cegonha, ou mesmo da Atenção Básica, tomada como porta de entrada para a organização das redes de atenção. Ela, em diversos momentos, tem entradas nestas redes pelos serviços públicos, mas sua construção “digital” faz com que nenhuma dessas redes a reconheça como uma usuária. Essa construção, em muitos momentos, é pautada pelos próprios médicos, que desenham para a usuária uma rede seguindo a lógica do privado, travestida de uma lógica centrada no melhor cuidado.

Esta cena traz outra questão que atravessa esse debate, que é a constante, porém invisível para os usuários, relação que se estabelece entre o público e o privado na saúde. Não podemos perder de vista que a associação é uma entidade de caráter privado e filantrópico, e isso traz para a discussão a questão da filantropia tão presente na discussão dos serviços de saúde em Salvador e na Bahia.

A filantropia aparece como espaço hegemônico no campo da oncologia neste caso, pois a associação é filantrópica, a UNACON é um serviço de um hospital sem fins lucrativos, há um serviço pediátrico que atende em um estabelecimento público, mas gerenciado por outra entidade filantrópica. Esse predomínio filantrópico sobrepuja ou nubla a responsabilidade governamental na vida e pela vida das pessoas.

Os prestadores privados de serviço, muitas vezes em uma dupla militância entre o público e o privado, como os médicos, também são responsáveis pela regulação do acesso. As mesmas pessoas, com os mesmos protocolos, atuando no público e no privado, fazendo uma passagem livre de uma rede para a outra e produzindo regulações dentro do próprio SUS. Isso se relaciona com uma certa visão de “fidelização” da pessoa com câncer, que gera lucros para as instituições. Esta dupla identidade nos faz pensar que estas entidades de natureza privada se tornam públicas e as públicas foram privatizadas, sem a população em geral ter noção dessa situação, o que nos faz pensar do papel do Estado em sua dimensão regulatória e de produção de equidade.

O que fica (conclusões)

Tanto a associação, como usuários e trabalhadores estão nesse papel permanente de produção de rede, das muitas redes que atravessam o cuidado. Ela é demandada e atravessada pelas redes “oficiais”, que também funcionam como facilitadoras de portas de acesso à construção de muitas outras redes de cuidado que ganham visibilidade quando entramos na vida de usuários e trabalhadores, tomando-os como guias do processo de cuidado e também pelas redes não oficiais que estabelecem conexões que produzem caminhos para a conquista da chave para o cuidar.

Apesar da tentativa de construção das RAS como produtora de redes por meio da articulação de vários sistemas, sendo estes caracterizados como de apoio, técnicos, logísticos e de gestão, apostando na atenção básica como ordenadora do cuidado, muitas vezes, no cotidiano das práticas, esta não é a porta de entrada ou não consegue estabelecer a continuidade esperada para as RAS.

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, pp. 133-144, jan-abr de 2013.

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, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Informativa**, de 09 de novembro de 2010. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2003.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. “O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis”. **Interface: comunic., saúde, educ.**, Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

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.

A produção do cuidado no ‘longe muito longe’: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia

Nicolás Esteban Castro Heufemann

Julio Cesar Schweickardt

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Lysandra Nívea Farias

Tátia Lamara Magno Moraes

A pesquisa na Amazônia na perspectiva do ‘longe muito longe’

A Amazônia tem um imaginário poderoso e, antes mesmo de colocarmos algo no papel, as imagens já nos antecedem e dizem alguma coisa sobre esse lugar. A região é conhecida pela grande biodiversidade, pelas grandes distancias, pelos rios e lagos que cortam os territórios. Por outro lado, há uma imensa diversidade social e cultural que marca a Amazônia: diversas etnias com suas línguas, cosmologias, ritos e práticas culturais. A região também foi palco de diversas histórias de ocupação que se misturam com a colonização europeia, com os projetos de colonização mais atuais, com as migrações por conta dos projetos e dos movimentos econômicos. Portanto, não podemos falar de uma Amazônia única e homogênea, mas de várias ‘amazônias’ que se fazem realidade.

As categorias que criamos e tomamos emprestado estão relacionadas às particularidades desse território e às características dos grupos sociais que moram nesse lugar. Assim, surgiu a ideia do ‘longe muito longe’, inspirado no ‘louco muito louco’ fruto da pesquisa em saúde mental (GOMES; MERHY, 2014), para retratar o cuidado num território ribeirinho da região amazônica.

O presente texto tem o objetivo descrever a história de uma mulher grávida, residente numa comunidade ribeirinha do rio Madeira no município de Borba/ Amazonas. Ao mesmo tempo, buscamos compreender as redes de cuidado que se constituíram em torno dessa mulher, que se tornou uma usuária-guia na pesquisa e nos guiou pelas redes de atenção, serviços de saúde, redes de relações familiares e comunitárias. Nesse caso, consideramos que se constituíram redes vivas que se fizeram presentes e se apresentaram nos momentos de produção do cuidado.

Chegamos à Borba mediante uma longa caminhada de colaboração entre a gestão e universidade. O município é campo de estágio e vivência de estudantes de cursos da saúde e tem sido local de outras pesquisas colaborativas. Quando participamos da Conferência Municipal de Saúde, em 2015, levamos a proposta de desenvolver a pesquisa no município. Pensamos que a área ribeirinha nos daria uma boa oportunidade para pensar em como é fazer saúde no interior do Amazonas, mas também nos daria oportunidade de nos aproximarmos da realidade das pessoas e dos profissionais que fazem a saúde por meio da Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF. A gestão e os trabalhadores aceitaram o desafio de pensar em alguns casos complexos e desafiadores para os serviços de saúde. Desse modo, foram selecionadas algumas situ-

ações e juntos optamos por K, como a denominamos na pesquisa. Quando iniciamos a pesquisa, K deixou de ser um caso para se transformar na nossa usuária-guia.

Realizamos, junto com a equipe da UBSF, uma viagem até a comunidade e convidamos K para participar da pesquisa. Fizemos entrevistas com a usuária, agente comunitária de saúde, médico da UBSF, enfermeira (ex-coordenadora da UBSF), técnica de enfermagem, gestão e família. As entrevistas foram realizadas em lugares e momentos diferentes, sendo abertas e tendo como objeto o modo como se deu a produção do cuidado, os problemas e as respostas sobre a situação de K. As entrevistas foram gravadas com o consentimento das pessoas e, posteriormente, transcritas. As fontes de pesquisa foram as seguintes: usuária-guia, trabalhadores e gestores de saúde, prontuários da UBSF e do Hospital Regional de Borba.

Formamos a equipe Norte da Rede de Avaliação Compartilhada – RAC, em que tomamos a Rede Cegonha como objeto de avaliação. A Rede é Compartilhada porque foram convidados gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores e alunos para compor a equipe de pesquisa. A avaliação não parte dos referenciais clássicos de avaliação, mas segue uma lógica de abrir-se para as diversas fontes que temos quando olhamos os serviços de saúde pela lógica do cuidado. Nesse processo, todos avaliam e se avaliam como atores que produzem o cuidado. A equipe do Amazonas ainda tem dois outros grupos, um que tem as parteiras como membros da equipe e outro, com uma equipe da Estratégia da Saúde da Família – ESF em Manaus e uma mãe que narrou o seu percurso na rede de serviços de saúde. O referencial da pesquisa se construiu pelas categorias da micropolítica e pela polifonia de fontes orais e documentais. O projeto de pesquisa nacional tem como objetivos “colocar um olhar de lupa sobre a microfísica dos espaços de cuidado, e toda sua dinâmica que se expressa na micropolítica do trabalho. Este é o foco para que se possa perceber todos os fatores que influenciam no modo como o cuidado se realiza” (MERHY, 2013).

‘Viver bem é viver em Borba’

O slogan ‘viver bem é viver em Borba’ foi uma marca do município que tornou a promoção da saúde uma prática possível. No final da tarde é possível participar de uma das aulas de ginástica ou “zumba” numa das Academias da Saúde do Município, ou participar, ao amanhecer do dia, de uma caminhada com idosos. Além disso, o município colaborou com o Ministério da Saúde na criação da Unidade Básica de Saúde Fluvial e influenciou a Política Nacional de Atenção Básica. O município de Borba está localizado no Estado do Amazonas, à margem direita do Rio Madeira, distante da Capital do Estado a 215 km por via fluvial e 150 km em linha reta (atravessando a floresta). Possui uma área geográfica de 44.452,60 km², o que o torna o vigésimo município do país em extensão territorial (BRASIL, 2010). A população total do município de Borba, no ano de 2014, foi estimada em 38.688 pessoas, com taxa de crescimento anual estimada em 4,1% (2006 – 2009) (BRASIL, 2014).

Segundo a Lei Orgânica Municipal vigente, Borba divide-se em 03 distritos e 220 comunidades. Como na maioria dos centros urbanizados no interior do Estado, há grande concentração populacional na área urbana, porém parte desse contingente

é flutuante, mantendo intenso fluxo para a zona rural, considerando as ações de extrativismo e acesso aos serviços na cidade (BORBA, 2013). Não obstante, o grau de urbanização, segundo o percentual da população residente em áreas urbanas, foi de 41,3%: apesar das crescentes taxas de concentração urbana no Brasil, identifica-se lá predominância de moradores na área rural (BRASIL, 2010).

A economia do município de Borba é diversificada, mas há participação tímida da indústria, com importante fatia do mercado nos setores de agricultura (pecuária e extrativismo) e prestação de serviços (BORBA, 2013). A produção agrícola é, majoritariamente, do tipo familiar e com função de subsistência.

A atenção à saúde em Borba é marcada por demandas de uma população urbana e rural, majoritariamente cabocla, mas com etnias indígenas Munduruku dispersas em áreas de ramais e principalmente em encostas de rios, igarapés e lagos. Há a oferta de uma diversidade de aparatos de saúde aos municípios, como Unidades Básicas de Saúde (06 em região urbana, 02 para atendimento da população ribeirinha e 01 fluvial), Unidades de Atenção à Saúde Indígena (Polos Base Kwatá, Laranjal e IagopóAçú), Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS – 02), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF – 01), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA – 01), Rede de Frio, Pólo da Academia da Saúde (01), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS – 01), Unidade Hospitalar de Borba (01) e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF – 01) (BORBA, 2013). Há programas instituídos nesta rede de saúde formal que são pontos de apoio para a população, como o programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), Academia da Saúde e um voltado especificamente para a mulher gestante, o Programa Mamãe Nota 10.

O território líquido, a UBSF e o cuidado integral

Para a compreensão do analisador 'longe muito longe' se torna imprescindível o conhecimento do contexto do lugar, das pessoas e do serviço de saúde ofertado para a população no espaço do Rio Madeira, que permite um olhar mais ampliado do cuidado nos territórios da Amazônia. Eles são dinâmicos e complexos, possuindo rugosidades e nuances que nos remetem para a necessidade de pensarmos estratégias e políticas de saúde diferenciadas. Nesse sentido, o território amazônico constitui um espaço geográfico de múltiplas relações sociais e de poder, exigindo uma gestão e uma produção de cuidado que se movimenta como os banzeiros e as águas, pois o rio nunca é o mesmo quando se tem o olhar atento e perspectivo (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016).

O ciclo das águas e a mudança do cenário amazônico compreende um recurso importante na dinâmica das relações sociais dos ribeirinhos e das necessidades em saúde na região. O ciclo das águas é dividido em cheia, que inicia com as chuvas de novembro e segue até o mês de julho, quando as águas começam a descer; e a seca que inicia a partir de agosto, com menos chuvas, e pode se estender até janeiro, com o início da cheia. O ciclo das águas é ainda determinado pela localização, ou seja, o alto rio inicia a cheia mais cedo, e o baixo termina depois. Assim, é importante a referência do alto, médio, baixo rio. Isso vale para os principais rios da Amazônia (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016).

Segundo Fraxe (2000) e Witkoski (2010), a várzea é a planície aluvial formada por uma rede de rios, que está sujeita, parcial ou totalmente, às inundações anuais, sendo o seu solo constituído de sedimentos que são depositados anualmente nos rios. A várzea, segundo Witkoski (2010), é uma composição complexa entre terra, floresta, água e pessoas, formando uma paisagem humanizada. A escolha por caracterizar esse território é para exatamente buscar a diferenciação e a diversidade da região, mostrando uma categoria social que vive e convive com as águas e seus ciclos, cheias e secas que ciclicamente marcam o vale amazônico. Devido à alagação e aos sedimentos depositados, a várzea é uma área rica para plantações e para pasto. Assim, as atividades de subsistência não dependem da alternância da seca e chuva, mas do regime fluvial. Isso quer dizer que o *“ciclo anual é determinado pela enchente e pela vazante do rio, e não pela distribuição sazonal da chuva local”* (FRAXE, 2000, p. 47). As enchentes, ou melhor, os eventos de elevação excessiva dos níveis das águas dos rios na região que atingem as áreas de várzea e parte da terra firme, estão relacionados com o ciclo natural não catastrófico, uma vez que anuncia com antecedência o ciclo das enchentes. Isso também acontece para os eventos de seca, em que os ribeirinhos identificam os sinais da natureza (calor, intensidade de chuvas, níveis dos rios baseados nas projeções de anos anteriores). Neste sentido, os recursos hídricos simbolizam e materializam a vida do ribeirinho que habita tanto na terra firme quanto na várzea.

Muito se diz que o ribeirinho está no lugar errado quando se refere às frequentes enchentes que a região vem sofrendo nos últimos anos, ou seja, deveria ocupar uma área de terra firme. No entanto, a escolha de onde viver não é determinada somente por questões pragmáticas e pelos critérios da vigilância ambiental ou defesa civil. Afinal, os sujeitos permanecem e convivem com os “humores” das águas nos locais que já foram de pais e avós, mas também acontece a mudança porque o território é de movimento e de fluxos (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

No que tange às características naturais dos regimes dos rios e sua influência nas relações entre pessoas, observamos que as distâncias são evidências geográficas que podem ser redimensionadas pela ótica do ribeirinho. Nas comunidades ao longo do Rio Madeira existe geralmente uma escola, um centro comunitário. A comunidade é a referência das pessoas e a distância é medida pelo tempo de deslocamento. Assim, a medida de distância são as horas e não os quilômetros. Quanto maior a potência do motor, menor é a distância de um lugar ao outro, que é proporcional ao custo, pois quanto maior a potência, maior é o gasto de combustível (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016). O tempo e o espaço são relativizados, pois entende o tempo amazônico medido pelas condições do ambiente incorporado ao modo de vida do ribeirinho, que devem ser considerados nos modelos de atenção à saúde de populações dispostas na região.

Aqui apontamos o território, enquanto categoria de análise de políticas públicas de saúde que compreende a extensão da dimensão física e geográfica e das relações existenciais entre seres humanos e homem-natureza. Para Lima e colaboradores (2016), o analisador de políticas públicas de saúde para a Amazônia pode ser entendido por ‘território líquido’, visto como um analisador qualitativo dos cenários de atenção à saúde, presente na organização e no processo de trabalho adaptados à realidade amazônica. Nesse sentido, o território é o campo ou o espaço da micropolítica

do cuidado. Assim, observamos no percurso desta pesquisa que o território líquido compreende o território vivo das relações entre pessoas e a geografia regional, sendo que as políticas públicas ultrapassaram o espaço geográfico para um território do cuidado, onde atenção básica e as linhas de cuidado se fazem redes vivas.

Na reedição da Política Nacional de Atenção Básica foi contemplado um modelo technoassistencial que incorporasse os elementos do território líquido, movimentado pelo ciclo das águas no tempo amazônico, tendo como foco a atenção e acesso das populações tradicionais do Rio Madeira. Segundo a política, que tem como princípios a universalidade, por meio do provimento da acessibilidade, da construção do vínculo; a integralidade, por meio das ações da continuidade do cuidado, da gestão responsável, da humanização; a equidade e a participação social, foi criada a UBS Fluvial e a Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas (BRASIL, 2012). A ampliação de modalidades de equipes multiprofissionais e a oferta de programas de infraestrutura de UBS específicas para coberturas de ribeirinhos representam um avanço significativo de políticas públicas equitativas, na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção para diferentes populações e realidades do Brasil.

Ainda assim, a política somente incorporou e regulamentou o que a gestão de saúde dos municípios já desenvolvia na Amazônia. Antes das UBSF, existiam os barcos da saúde que eram o formato de oferta de serviços de saúde por meio de equipes multidisciplinares em área ribeirinha que migravam pelas comunidades para desenvolver ações de recuperação e assistência em saúde. Os barcos da saúde levavam as equipes para as comunidades, porém não possuíam infraestrutura e segurança tanto para equipe, quanto para os usuários, uma vez que trabalhavam nas escolas ou debaixo de árvores; não tinham uma agenda de oferta de serviços, o que conformava um serviço avulso do tipo “campanhista”, pouco resolutivo e sem credibilidade da população.

A diferença aconteceu com o advento das unidades básicas de saúde fluviais, sendo aqui apontadas algumas características: a) a UBSF possui registro junto ao cadastro nacional de estabelecimento de saúde; b) garantia do repasse de incentivo mensal para custeio da equipe de saúde e de apoio; c) embarcação apropriada com infraestrutura favorável para o desenvolvimento de ações de saúde pela equipe multidisciplinar; d) desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção, de recuperação e manutenção da saúde de famílias que vivem ao longo do Rio Madeira; e) modelo de atenção à saúde baseado na vigilância em saúde, do qual há acompanhamento das famílias de forma integral, com resolutividade e que atende às necessidades das pessoas.

A primeira UBSF do Brasil foi inaugurada em Borba, em 2013, permitindo experimentar o formato inovador de atenção à saúde na calha do Rio Madeira. O Igaracu, como é denominado na língua indígena, Canoa Grande, viaja cerca de 25 dias com a equipe multiprofissional embarcada em missão nas comunidades do Rio Madeira. Lima e colaboradores (2016), em seu estudo de abordagem cartográfica, relatam a imersão na realidade de populações ribeirinhas residentes às margens do Rio Madeira que procuraram espontaneamente o serviço de saúde no Igaracu e no processo de tra-

balho dos profissionais de saúde no encontro com famílias em suas residências. Neste estudo, foi possível observar o papel do Igarauçu frente às necessidades em saúde, representando a renovação dos modelos de atenção à saúde em populações específicas. Além disso, demonstrou ser um instrumento alternativo capaz de resolver problemas primários de saúde para populações distribuídas ao longo dos rios. A UBSF apresenta um alto grau de descentralização da atenção, com capilaridade adaptada à região, de forma a garantir a acessibilidade, o vínculo com a população ribeirinha e a continuidade do cuidado.

A equipe de saúde multiprofissional da UBSF tem uma relação muito próxima com os usuários, proporcionando a produção do cuidado diferenciada, para além da intervenção resolutiva, a partir de novas conjunturas micropolíticas do cuidado na relação profissional-paciente (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004). O cuidado à saúde desenvolvido no território amazônico tem o desafio da diversidade social e cultural, fazendo com que os trabalhadores da saúde sejam também intérpretes da cultura. Além disso, o itinerário do Igarauçu permite a proximidade com os modos de vida da população, pois é a Unidade e a Equipe de Saúde que se deslocam até os locais de produção e reprodução da vida social e cultural. O cuidado integral se dá, portanto, pela própria organização dos processos de trabalho da equipe multiprofissional, operando mediante diretrizes como a da vinculação da clientela (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004). Os trabalhadores sabem que estão lidando com uma população específica num território diferenciado, passando por um constante aprendizado em que a Educação Permanente em Saúde é uma prática cotidiana (LIMA *et al.*, 2016).

Neste sentido, abordamos os elementos constituintes do ‘longe muito longe’ a partir do lugar, das pessoas e do tipo de serviço de saúde ofertado para a população ribeirinha do Madeira. O cuidado integral alcançado pelo modelo tecnoassistencial de atenção em saúde diferenciado – Igarauçu – e o território líquido como analisador das políticas públicas equitativas em saúde representam categorias singulares que sustentam, em última análise, o ‘longe muito longe’, na medida em que permitem olhar o sistema de saúde apropriado ao contexto de especificidade amazônica e o grau de continuidade do cuidado, da integralidade da atenção à saúde, da capilaridade da assistência, com foco na redução das desigualdades de acesso aos serviços na região amazônica. O território amazônico em ato e em vida é o ponto de partida para se refletir os modos e processos de cuidado da equipe do Igarauçu junto à usuária-guia K.

Usuária-guia e as redes vivas na produção do cuidado

K é uma adulta jovem (23 anos), natural de Parintins, moradora das encostas do Rio Madeira, mais especificamente da Comunidade do Alexandre, é casada, tem três filhos, sendo cadastrada e acompanhada pela equipe da Unidade Básica de Saúde Fluvial Igarauçu. Durante sua terceira gestação, foi diagnosticada com hanseníase, tendo o tabagismo como hábito e um sangramento vaginal como risco real de complicações maternas e fetais. Nesse período, o pré-natal foi acompanhado pela equipe de saúde da UBSF, sendo compartilhado com a profissional especialista da Unidade Hospitalar do município e com outros profissionais de saúde da família da sede de Borba. Foram

ofertados os exames de rotina, além das medicações específicas do período gestacional e das doenças associadas. Tal oferta precisou de articulações e sensibilizações de outras equipes e o envolvimento da gestão local, como nos demonstra P1: “foi tudo bem articulado, conversei com a secretária de saúde se ela poderia viabilizar o combustível e ela concordou até o final da gestação, então a gente fez um acordo com a paciente que ela receberia um valor X de combustível; a gente até deixava lá durante a passagem da UBS fluvial e ela se deslocava pra Borba para receber a medicação supervisionada e fazer o exame pré-natal com a ginecologista; quando ela retornava, ela já retornava com o combustível, isso foi acertado e ficou viável até o final da gestação dela e do tratamento”.

Nesse contexto, a narrativa de K e tudo o que representou a sua história de gestação e cuidado extravasou o instituído como “padrão” para a atenção à saúde da mulher e, claramente, não poderia ser melhor representado neste estudo como a figura de usuária-guia K. Ela representou o desafio logístico do cuidado para a gestão da saúde local, uma árdua situação de gestante em área rural remota ribeirinha e, principalmente, um desafio da gestão do cuidado para os profissionais de saúde da UBSE, explícito na fala da profissional (P1): “Enquanto equipe de saúde, a gente sempre levantava algumas pessoas, alguns casos desses de risco mesmo, que a gente observava que se a gente não fizesse alguma coisa algo grave ali ia acontecer, então a gente discutiu e colocamos na mesa o que poderíamos fazer... então a gente viu que ela (K) era bem fragilizada”.

De forma singular, K apresentou-nos a sua rede de existência e de cuidados como uma “mão amiga”, marcadamente envolta em curvas, distâncias, tempos, sons e cores, que nos toca como um mapeamento de “ribanceiras”, de múltiplas formas e sentidos característicos da cultura ribeirinha amazônica. A usuária-guia, neste encontro, nos faz perceber não somente o quanto as redes formais podem ser porosas e articuladas, mas também a potência de uma rede viva informal, construída nos encontros de K com o outro, em distintos territórios existenciais. Este outro, de forma breve ou permanente, caminhou junto com K e foi construindo essa história. Estas outras pessoas são as nossas fontes. Esta pequena história de K, por ser atravessada pela história de outras pessoas, faz com que a escrita desta narrativa pretenda dar visibilidade ao invisível pelas narrativas que pretendem representar muitas Ks ribeirinhas que, em um momento ou outro da vida, se deparam com a necessidade de serem vistas, ouvidas e principalmente cuidadas.

No período da pesquisa, havia um “pano de fundo” não menos complexo e diretamente relacionado com a evolução de gestações tidas como de alto risco: a pobreza. Explicitado pela própria K: “(...) eu passei muita necessidade; quando a lancha vinha, eu agradecia a Deus, pois eles sempre me davam um quilo de arroz, macarrão e outro de frango, eu sabia que naquele dia eu ia comer bem. Eu padecia muito, porque tinha tempo que passava peixe e não passava, aí ninguém tinha malhadeira, aí quando a lancha chegava eu ficava alegre. Hoje a gente come bem (...)”.

A equipe de saúde protagonizou o cuidado numa situação limítrofe das necessidades essenciais à própria vida, o da fome. O cuidado foi gerado quando a equipe saiu do enfoque biomédico e pôde pensar a situação de K como uma vida que lhes

importava e que por isso precisava ser entendida e preservada. Nas palavras do ACS: “As condições da K eram condições assim, a renda dela era muito, muito pequena, não tinha renda porque quando eles tinham chegado da viagem que veio de Manaus eles não tinham terra pra trabalhar... essa fase o período aí é que a K, com o Lazaro, não tinha as condições financeiras, era muito pouca mesmo (....)”

Marcadamente, este caso se tornou multidão, quando a equipe de saúde da Igarçu envolveu-se diretamente para incluí-la no cadastro de famílias beneficiadas do Programa Bolsa-Família, no cadastro do esposo como pescador e benefícios associados para o período do defeso, além do apoio da secretaria da assistência social para o recebimento de alimentação e vestuário da mãe e do bebê. Nas lembranças de K: “(...) aí a enfermeira se preocupava muito comigo, a gente não tinha nenhum ganho, aí ela botou no toco e aí com um ralhinho ali e outro lá, até que eu consegui fazer o bolsa família, aí foi melhorando aos poucos...acho que o tempo ruim já se passou, aqueles tempos eram demais ruim (...)”

Uma outra forma de apresentação do pré-natal pela usuária-guia foi no contexto comunitário, com forte presença do preconceito nas relações; e da relação com a equipe de saúde da UBSF, destacando as lidas com o tratamento da hanseníase. Os desafios de adesão foram descritos pela profissional de saúde (P2): “Ela foi tomar o medicamento dela. Com dois meses tomando o medicamento, ela passou com outro problema que dizia que com o medicamento que ela tomava, ela ia abortar a criança, no caso. A criança não ia nascer normal, ia ter uma deficiência, ou ela abortava a criança. Ela parou de tomar o medicamento (...)”. Na relação estabelecida com a equipe nesse período, K destaca: “contei mentira pra enfermeira que eu tinha pegado o remédio lá aonde tinha que pegar, que já tinha acabado a minha cartela... ai eu disse que eu tinha pegado (...) ela perguntou: “tu já pegou o remédio K?” (...) eu disse já e acabou que contei mentira pra ela, só que quando chegou aqui não adiantou nada que ela me deu de novo o remédio... e lá vai eu tomar o remédio de novo.”

Para a equipe de saúde, notadamente, foram surpresa as falas de omissão de informações por parte de K no processo de tratamento e claramente as estratégias formais de cuidado não chegariam a um resultado esperado na preservação da vida de K e seu conceito. No relato de uma profissional de saúde:

(...) daí eu perguntava pro agente de saúde, cadê a K, porque que ela não vem? Porque ela não tem combustível para atravessar. Então eu pedia pra um rapaz que ia numa lancha de apoio busca-lá junto com o agente de saúde. Então perguntava – K porque você não veio? Ah enfermeira é porque não tinha ninguém lá em casa pra eu vim e a gente tá sem combustível. Então quando for assim tu avisa o agente de saúde que eu mando te buscar cedo, pra não ficar por último. Ela vinha fazer o pré-natal direitinho e eu já entregava o dinheiro pro combustível pra ela ir a consulta em Borba e aí ela vinha pra consulta comigo, uma consulta com o médico e a gente acompanhando o tratamento pra hanseníase e a cada consulta a gente observava que a interação com ela era melhor, ela falava mais, sempre negava que tinha parado de fumar, mas falava de outras coisas, o que tava sentindo, ela tinha muito medo de perder o bebê por conta da medicação, saia

totalmente orientada por mim e pelo médico mas quando ia pra comunidade, com as crenças, a doença, as pessoas falavam, então ela começava a internalizar várias coisas, que a medicação ia fazer ela perder o bebê, daí ela parava de fazer o tratamento. Quando o agente de saúde ia na secretaria dizia – enfermeira ela não tá fazendo o tratamento. Aí então, quando ela retornava, a gente conversava ou então mandava gasolina pra ela pelo agente de saúde pra ele levar ela lá, fora da data de consulta pra gente conversar com ela, aconteceu umas três vezes, falar com ela sobre tudo novamente e então ela começava de novo o tratamento (...).

No contexto comunitário a discriminação foi clara nas falas das fontes e fortemente na de K:

(...) acontecia é que eu chegava não podia ir pra casa da minha irmã, porque se eu fosse pra lá eu já ia passar minha doença e a Maria Alves é escandalosa né (...) aí eu ia pra lá, quando ela queria vir pra cá, ela não podia, o marido dela dizia que os curumin ia pegar doença... ficaram até proibidos de ir na casa da minha mãe, eles não podiam ir, nem ela (...) mamãe não podia ver os netos. Ninguém podia sentar aonde eu sentava, ninguém podia beber água no copo que eu bebia, ficava chato pra mim, foi um momento em que eu fiquei com raiva e fui me embora com a minha cunhatã, pra lá (Manaus).

K saiu de um lugar considerado 'longe muito longe', uma 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. O apoio da rede de relações, da Rede Viva de K foi fundamental no enfrentamento do preconceito, no âmbito comunitário, dos serviços de saúde e familiar. Na fala de uma profissional de saúde (P3): “então a gente procurava alguns pontos fortes dentro da comunidade, como o presidente da comunidade, a gente conversava com ele pra ele tentar ajudar a diminuir ou erradicar essa discriminação, nós fazemos a nossa parte, mas é difícil”.

No plano do cuidado com a equipe de saúde, ficou claro que a equipe como um todo foi protagonista na caminhada de K, porém o papel do ACS transbordou nas falas e no sentido pelos pesquisadores no momento do campo. Claro também foi que o longe muito longe se transforma e se mimetiza em um cuidado próximo e implicado pelo fazer de um comunitário ribeirinho agenciando um fazer saúde que se reconhece um promotor de saúde e, ao mesmo tempo, um vivente ribeirinho. Um dos profissionais de saúde (P1) destaca o seu papel:

(...) essencial, é um ator principal nessa história, porque ele estava ali na comunidade, ele sabia de tudo, ele sabia se ela tinha comida se não tinha, se ela tinha tomado a medicação se não tinha, às vezes fazia o transporte dela mesmo eu dando o combustível pra família dela, então ele se sentiu comprometido também e ele viu se não fosse ele, seria um pouco difícil a gente conseguir, e nós deixamos

isso claro pra ele. E a gente observou um mudança também no ACS a partir dessa história, ele se tornou uma pessoa mais comprometida e ciente do papel dele na comunidade.

K, de forma divertida, lembra dos encontros com o ACS:

(...) um horror (risos) (...) que tinha que ter segurança pra tomar remédio. Esse daí, se fosse preciso ele taria aqui todos os dias, pra ver se eu tava tomando o remédio... e quando era para tomar as duas pílulas, uma vez ele ainda mandou eu abrir a boca pra ver se eu tinha engolido mesmo... eu disse: não é nem criança (RISOS). “tu tomou K? tu toma direito?” (...) me dava muita raiva (...) todo final de mês, quando acabava o meu remédio, lá vinha ele com a cartelinha, mandava eu pegar um copo de água e me dava de uma por uma as pílulas (...) parece aqueles velho que precisa tomar remédio controlado (...) mas o Sérgio (ACS) me ajudou um bocado, quando eu precisava dele, ele me ajudava.

O ACS, nesta experiência, “saiu” do clichê clientelista de que suas ações se resumem a recomendações biomédicas, ou como mero mediador entre os serviços de saúde e a comunidade (PINTO; FRACOLLI, 2010). Percebem-se desafios intensos no seu cotidiano de cuidado, como o de lidar com situações para as quais a área da saúde não desenvolveu nenhum saber sistematizado, como a das condições precárias de vida. (SILVA; DALMASO, 2002). Aqui, o vivido, o cotidiano do trabalho com as suas rotinas e como lugar de aprendizagem, a interlocução com a equipe de saúde e com a comunidade, fizeram um diferencial importante no cuidado com K.

A atenção proposta pela Rede Cegonha foi insuficiente para dar conta das demandas de K, tendo o seu cuidado sido sustentado pelos múltiplos encontros familiares, comunitários e com a Equipe de uma Unidade Fluvial principalmente. As redes se tornaram vivas e geraram vida nas curvas dos rios, com toda a peculiaridade destes territórios existenciais, na sua dimensão simbólica e material.

O cuidado perto apesar do longe

K é uma rede viva, a equipe é uma rede viva, cada pessoa é uma potência na criação de redes de cuidado. A equipe de saúde da UBSF não permaneceu no instituído ou naquilo que está definido pelos protocolos, mas acionou também as suas redes para ampliar a capacidade de cuidar de K e sua família. Nesse sentido, as necessidades se limitavam ao trabalho da equipe e suas tecnologias de saúde, mas ultrapassaram os limites do caso descrito no prontuário. K não foi somente um caso, mas se tornou uma pessoa com necessidades concretas de vida e de saúde.

O cuidado em rede fez o ‘longe muito longe’ se transformar num ‘perto muito perto’, pois as necessidades de saúde e da vida de K não foram ignoradas. A comunidade ribeirinha, na calha do rio Madeira, no interior do município de Borba, distante de Manaus, não era mais um lugar distante, ou um ponto no mapa do Amazonas, mas foi mais um local que produziu o encontro entre diferentes visões de mundo e histó-

rias para construir uma experiência de cuidado. Os lugares das práticas, segundo Feuerwerker & Merhy (2011), acontecem pelos processos de subjetivação, mostrando-se como territórios de subjetividades que estão comprometidos com a produção dos sentidos para as mesmas práticas.

No mundo do cuidado em saúde, há a produção do afeto entre os sujeitos. A afetividade é produzida na relação de alteridade, entre subjetividades que se encontram no fazer saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2011). Percebemos, claramente, que houve uma afetação da equipe por K e de K pela equipe de saúde, sendo que o outro não era um estranho que tinha uma responsabilidade de cuidar, mas era um outro que se tornou próximo pelo acontecimento. Não há dúvidas que houve disputa e conflito dos planos do cuidado, mas foram negociados pelo projeto maior que era a saúde da criança e da mãe.

O nascimento da criança foi um acontecimento de produção da vida em si, e possibilitou a construção de caminhos e trilhas em que a saúde se fez realidade. A mãe e a criança produziram rede que enredou lugares e pessoas, transformando a vida de todos porque, como sempre nos ensina Merhy, “toda vida vale a pena”. Assim, não é um caso isolado que mereceu uma atenção especial, mas todas as pessoas são complexas e merecem toda a atenção e de modo integral. A experiência com K mostrou que a produção do cuidado aconteceu em ato, dando conta de uma situação específica num lugar também específico.

O cuidado se fez vida e transformou as práticas da saúde num determinado contexto da Amazônia. Desse modo, poderíamos relativizar o 'longe muito longe', mas ainda não podemos fazer isso porque ainda temos 'muitos longes' que precisam ser aproximados, tanto pela atenção como pelo cuidado, mas também temos 'muitos pertos' que precisam trazer o cuidado para o centro da atenção. Assim, o 'longe muito longe' não deixa de ser uma realidade na região amazônica, quando pensamos em termos de território, mas também vale lembrar que podemos estar próximos espacialmente, mas distantes da atenção e do cuidado.

A condição de morador de uma comunidade, de uma vida social e cultural faz parte do complexo jogo do cuidado. O contexto não é somente uma moldura dos determinantes sociais, mas forma o complexo cenário que é difícil de ser representado teoricamente porque é, antes de tudo, vivido. Aquele lugar e aquelas pessoas fizeram a escolha de viver ali, portanto, tem um significado e sentido estar ali, fazendo todo sentido que uma unidade de saúde se desloque para aquele lugar e produza tantas relações e experiências. O banheiro do cuidado inundou o cotidiano das pessoas, das famílias, da comunidade, dos trabalhadores, mostrando 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 na sua dimensão material e simbólica.

Referências Bibliográficas

- BORBA. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). 2013.
- BRASIL. IBGE **Cidades: Borba**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação da População e Indicadores Sociais. 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/1300805>. Acesso em: 01/07/16.
- BRASIL. **Censo Demográfico 2010**. IBGE. 2010.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. “Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?” *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. P. 439-460.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim – MG”. *In*: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 37-54.
- FRAXE, T. J. P. **Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas**. São Paulo: Annablume, 2000.
- 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.
- KADRI, M.; SCHWEICKARDT, J. C. “O território que corta as águas: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas” *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.
- 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. (Coordenador). **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**. Projeto de Pesquisa – CNPq. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.
- PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. “O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações praxicas”. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010; 12 (4): 766-9.
- 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.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. “O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde”. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, V. 6, n. 10, p. 75-96, fev 2002.
- WITKOSKI, A. C. **Terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais**. 2 ed. São Paulo: Annablume, 2010.

O encontro com o outro no ato livre e a gestão do cuidado na atenção domiciliar

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Flávia Helena M. de A. Freire
Tatiana Clarkson Mattos
Marcelo Gerardin Poirot Land
Amanda Rodrigues dos Santos

Introdução

Uma reflexão inicial acerca das possibilidades de se executar uma gestão do cuidado na atenção domiciliar pode iniciar-se exatamente pela definição precisa dos termos envolvidos no enunciado, quais sejam gestão, cuidado e a relação estabelecida pelo, no sentido de que é gestão do cuidado e não cuidado da gestão.

O Serviço de Atenção Domiciliar de Volta Redonda apresenta diversas características construídas em vinte anos de experiência de um conjunto extenso de práticas e elaborações teórico-práticas em relação ao cuidado de pessoas em seus domicílios. Essas experiências, bem como as tecnologias incorporadas e desenvolvidas pelas equipes, são acrescidas de uma intensa produção de vínculos, de afetos e sentidos, além de uma sabedoria coletiva em relação aos processos de sofrimento, limitação e morte.

No processo de construção da pesquisa compartilhada, neste encontro produtivo e intenso, ao longo de quase três anos, acompanhando-se as reuniões de equipe, acompanhando visitas domiciliares e discussões de casos, aprendeu-se mutuamente a se considerar a possibilidade de “pesquisar com”. Neste sentido, radicalizou-se a proposta de não fazer da equipe, ou dos cuidados vivenciados, nem objeto apenas, nem sujeito de pesquisa apenas, mas pesquisadores plenos, com suas perguntas, com seus desejos e inquietações e suas possibilidades de invenção de percursos metodológicos possíveis. Pesquisar com o outro refere-se a não pesquisar o outro, nem pelo outro, nem sobre o outro, mas tensamente procurar viver esta produção de conhecimento no espaço do encontro e do acontecimento. Assim, houve um conjunto extenso de encontros, acompanhando as visitas domiciliares e suas práticas de cuidados, suas discussões de projetos terapêuticos e suas dúvidas e disputas técnicas e afetivas em relação às possibilidades das pessoas sob seus cuidados. Também houve participação em reuniões de equipe em seus formatos formais ou em experiências inovadoras de processamento do que se ia vivenciando no cotidiano de práticas cuidadoras.

A importância desta ação de saúde para o SUS local é muito grande e seu volume de produção também. São duas equipes multiprofissionais que atendem de forma referida pessoas com incapacidade física transitória e perene em condições de acompanhamento domiciliar, cuidados paliativos e terminalidade da vida. Não se pretende aqui discutir essas características, nem mesmo os indicadores acerca dos desempenhos do processo de trabalho, nos quais o grupo goza de franca aceitação e elogios.

Ao longo deste processo de construção de conhecimento, poder-se-ia colocar em primeiro plano quatro questões, que podem remeter a um caminho compreensivo que nos permita apresentar e inquietar com esta experiência, que inclui grande multiplicidade de visões e pontos de vista acerca do outro e de si mesmos.

Estas quatro questões seriam:

A atenção domiciliar como missão transcendente e a beatitude como sujeito moral, ou seja, para se produzir esta intensidade de cuidado é necessário ver-se em uma missão espiritual? É necessária certa carga de despojamento, uma ética e estética de uma “vida santa” para se suportar a tarefa? E quem não suporta?

A inclusão da morte na vida, com respeito e reconhecimento e o encantamento com a morte. Respeitar a vida que existe na morte e lhe conferir dignidade pode produzir um encantamento, um apaixonamento pela morte?

A disputa acerca de “quem” é o usuário e de qual é o seu destino. É possível ter certeza sobre o destino (se é alguém que deve viver ou se deve morrer) adequado dos usuários? Como lidar com este dilema? Ele tem solução?

A disputa pelo “melhor” Projeto Terapêutico Singular. É possível construir um projeto compartilhado com usuários, cuidadores e equipes, considerando operar sobre tantas dúvidas?

Atenção domiciliar como missão transcendente e a beatitude como sujeito moral

No pensamento de Emmanuel Lévinas, a presença da face do Outro é antes de tudo uma experiência de vulnerabilização do sujeito, ou seja: nesta abertura desmedida e inexplicável para o outro – porque anterior à própria decisão de cuidar feita por aquele que cuida, não desejada por si mesmo – se oferece a pele desprotegida, “num nu mais nu do que o da pele que, forma e beleza, inspira as artes plásticas; nu de uma pele exposta ao contato, à carícia que sempre, e mesmo na voluptuosidade equivocadamente, é sofrimento pelo sofrimento do outro” (LÉVINAS, 2012, p. 99). Esta vulnerabilidade também se dá pelo estar-se “*à descoberto, como uma cidade declarada aberta ao inimigo, a sensibilidade, aquém de toda a vontade, de todo o ato, de toda declaração, de toda tomada de posição, é a própria vulnerabilidade*” (Ib.). Mas, este compromisso dado no encontro com a face do outro, que me impõe assumir a responsabilidade por ele, está feito antes de eu querer, antes de quem cuida desejasse cuidar e “*seu ser não consiste em se despir de si; não em morrer, mas em alterar-se em outramente que ser*” (Ib., p. 99-100). Aqui, “*O Eu (Moi), dos pés à cabeça, até a medula dos ossos é vulnerabilidade*” (Ib., p. 100).

Existem nestas considerações duas questões que se poderiam destacar: em primeiro lugar, esta obrigação, esta responsabilidade com o outro, desde que este outro de mim se aproxima, esta responsividade do sujeito tal qual na leitura dos salmos, cumpre o compromisso que já estava dado, é o inatural do ato, é o que livremente se extrapola como liberdade responsorial? Em segundo lugar, esta liberdade de acolher o que sou obrigado pela sua face em sofrimento, abre-se com todos os

perigos a uma hospitalidade? Mas, não pode haver uma hostilidade neste acolher escancarando as portas de minha sensibilidade e sentidos? (DERRIDA; DUFOUR-MATELLE, 2003).

Porém, uma das questões do acolhimento como hospitalidade, que Derrida (*Ib.*) coloca em tensão, é referente à língua que fala o que está sendo acolhido, pois se recebo em minha casa, em minha cidade ou meus sentidos, este outro estranho a mim, não posso partir do pressuposto de que ele me compreende no que digo. E, pior, se lhe compreendo em seu esforço de a mim dizer o que deseja, o que sente, o que sofre. Como produzir dizibilidade ao silêncio do outro? Qual é a dizibilidade que o outro oferece? Como traduzir o dito do outro? Como garantir a tradução de meus ditos?

Um dos aspectos caros do trabalho da equipe que pesquisou conosco estas experiências se refere ao seu agenciar-se diante do outro que está em uma inescapável possibilidade de morrer. O cuidado do outro em leito de morte, em leito de “passagem” como muitas vezes enfatizado pelas equipes, assume aspectos de uma Missão, de um “cumprimento” de sina missional, talvez um significado Kármico. É claro que houve uma reação negativa dos trabalhadores da equipe a esta noção de sina, de Karma, mas nem tanto em relação ao sentimento de estar em curso a realização de uma missão, que poderia não a fazer. Recusou-se em nossos intensos debates o caráter da obrigação, tal qual esta fosse um desqualificante de seus compromissos éticos diante de seus usuários. Pois, desde Kant, o pensamento ocidental parece supor que, para serem ditos atos éticos, uma de suas condições necessárias é que sejam praticados sem nenhum constrangimento além da determinação da vontade do sujeito. Estes atos seriam autônomos, ou seja, guiados por leis internas, livres de quaisquer influências oriundas das impressões sensíveis na mente. Esta condição parece ser mais normativa do que real e coloca-se além do mundo da vida. A novidade introduzida por Lévinas é reconhecer a possibilidade de um ato livre, apesar de compulsório. Assim, o conceito de cuidar como sendo um Ato Livre Passivo além de toda a passividade, sincero pela vulnerabilidade que se abre, talvez seja uma possibilidade de se produzir compreensão acerca da ética que vem antes de toda filosofia, de toda política e que não haja nada de mal em se sentir obrigado ao outro pela exposição à sua face. E aqui é necessário refletir que a condição final de autonomia do sujeito não é afetada pela novidade proposta por Levinas, pois a presença de uma compulsão para agir não significa uma obrigação final e definitiva de agir. Sou livre o suficiente para não me deixar afetar pelo sofrimento do outro. Se sou livre neste sentido de poder abandoná-lo a própria sorte apesar de ouvir seu chamado, deixar-me afetar pelo sofrimento do outro é definitivamente uma escolha ética autônoma porque sempre o tive sobre meu controle a etapa final do processo deliberativo que é a decisão de como vou efetivamente agir (LAND, 2001, p. 141-170).

Outro aspecto a que o trabalho da equipe nos remete é que este cuidado pode ser chave de acesso ao processo de entender e merecer a própria morte. Muitas vezes borrou-se a distinção entre preparar o outro que vai morrer, para vivenciar uma boa morte e o preparar-me para vivenciar minha boa morte. Viver na boa

morte do outro um preparo para a própria terminalidade vital do pesquisador. Mas como ficaria aqui a incondicionalidade do cuidado? Pois participar de um projeto de produção da boa morte pode não me garantir em nenhum aspecto a própria boa morte, a não ser em fantasia, ou não? Ou será que nestas traduções de dizeres difíceis algo para além de nossos corpos mutáveis pode produzir outros sentidos e outras perspectivas de existência?

Faz-se importante inserir formalmente a abordagem de Mendonça (2015), em que se desconstrói a noção de assistência e atenção, mas o cuidado permanece indesejável, em virtude de seu caráter simultaneamente de ingovernabilidade, como também de impossibilidade de execução, sem cálculos, sem expectativas, sem contrapartidas e completamente produzido em ato, com todas as suas inaturalidades.

Por vezes a equipe se depara com a necessidade de atenção e cuidado ao outro que está usuário “sem solução”, como no caso da dor sem atenuação, na perda grave de autonomia, no silêncio que se esforça por uma dizibilidade. Há aí, na práxis cuidadora da equipe, uma tentativa de produção e construção de uma “virtude”, ou seja: algo resultante dos esforços articulados de todos, de se suportar o destino (fortuna) que foi dado, como boa ou má sorte, mesmo a boa sorte em maus tempos e vice-versa. Há algo de construção do sublime em meio ao trágico: esta extrapolação do humano aceitável, mas sempre possível em seus extremos, uma superação da “desenganação” (que é uma ciência acerca de si de conotação sempre ruim). Estar desenganado é estar consciente, mas consciente apenas do que há de mal por advir. É não estar enganado ou iludido por uma esperança que não levaria a nenhum lugar, exceto à ignorância de si mesmo, sem possibilidades de construir algo para cuidar de si. Estar desenganado significa que não há esperança de viver, mas pode abrir possibilidades de se realizar o que se precisa realizar antes de morrer, pois às vezes as pessoas precisam de um “tempinho” para ajeitar as coisas, como diria uma das usuárias da equipe muito consciente do limite temporal de sua existência, pois a desenganação é necessária para cuidar das possibilidades da filha, da mãe, do marido e por aí adiante.

Por outro lado, há uma proximidade com a “beatitude”, como uma estética da sacralização do cuidado a este outro, que está usuário da atenção, e que se apresenta mais como dádiva do que como práxis, como uma doação que tensiona o cuidado como sendo algo apenas profissional, mas que pode demandar, ainda que de forma ingênua, que suas ofertas não possam ser recusadas. O outro é colocado como quem proporcionará um processo de sacralização de sua e da própria existência. Segundo Abbagnano (2012), o conceito de beatitude, ou seu sinônimo bem-aventurança, transita entre o religioso e o filosófico, sempre apresentando um componente essencial de contemplação. Esta contemplação cada vez mais se dirige a um aspecto de inatividade, até que “no pensamento moderno essa noção e as palavras beatitude e beato deixaram de ter um uso propriamente filosófico. Além de ter acepções religiosas pejorativas, é considerada útil por alguns psicólogos, que a empregam para indicar certos estados patológicos de alegria, caracterizados pelo completo esquecimento da realidade” (p. 124).

Convém expor que sacralização é o oposto da profanação, ou mundanização, é o ato de transformar alguma coisa ou alguém em algo da esfera pertinente aos deuses, das mesas sacrificiais, onde o que sofre está sendo expiado e o que “cuida” está em rito sacerdotal, expiando-o. Há sempre a possibilidade de produção de um *sacer*, alguém que já está dedicado aos deuses, não havendo mais como mantê-lo na esfera dos homens, pois já está destinado ao reino eterno. Para Agamben (2002), porém, a quem não lhe permitir a continuidade da vida, ou lhe proporcionar morrer, nenhuma pena haveria que ser estabelecida, por que ao *sacer*, também não é dado viver e matá-lo ou deixá-lo morrer não constitui crime. Por isso também não pode ser morto, pois uma vez dedicado, é pertencente aos deuses e apenas a estes cabem a consunção de sua morte. Para este autor, uma das possibilidades de produzirem-se linhas de fuga à biopolítica, que nos submete, é praticar a profanação, ou seja, a devolução do sagrado ao mundano, mais que ao próprio humano (AGAMBEN, 2007.).

A beatitude, não como santidade, mas como seguimento ritual, como gestualidade moral, pode trazer o perigo de um permanente julgamento acerca das capacidades de cumprimento desse ritual sacralizado, em que o julgamento moral dos membros possa ocupar um lugar despropositado na construção das tramas do cuidado pelo lado de dentro da equipe. Esta cobrança, que se apresenta em potencial, acerca das possibilidades de se produzir esta entrega ritual, poderia, ao se colocar como caminho alternativo, provocar um desvio do olhar e do comprometimento desde sempre à face do outro que sofre. Talvez a consequência de julgamentos morais baseados na performance ritual sacralizada, possa atuar como uma defesa àquela impensável abertura ao sentimento de outrem, seja lá qual possa ser tal sentir-se de si.

Poder-se-ia relacionar essas reflexões com os esforços de produção de cogestão, tal como Campos vem desenhando em sua teoria central, qual seja a Paideia. Temos visto nesses processos de produção algo semelhante, tal qual quando se supõe que o outro tem de aprender, numa pedagogia, num endireitamento, no qual o trabalhador tem que se tornar um sujeito melhor (CAMPOS, 2007; 2010): aqui também em (co) oração, no sentido de prece compartilhada, de enunciado de desejo comum, e (co) missão, se espera que o outro que é cuidado e aquele que aceita cuidar estejam prontos para participar de uma experiência transcendente de grande demanda de disponibilidade e dedicação, para além de uma experiência mística de despojamento e compreensão. Talvez se produza aí uma contra-desenganação, uma ciência de si sem ilusões e enganos, mas também libertadora das amarras de uma vida, que exilou ou eliminou a morte e o sofrimento de si.

A inclusão da morte na vida, com respeito e reconhecimento e o seu encantamento

A atenção domiciliar vem caminhando com potencial na oferta de uma modalidade substitutiva de cuidado. A operação do cuidado no domicílio das pessoas, que envolve todo o contexto singular do usuário (sua casa, sua família, seu espaço, seus pertences, seus vizinhos, seus amigos), possibilita a produção

de cuidado mais próximo e singularizado. Esse novo *setting* de trabalho, a casa, tem proporcionado às equipes um modo de conduzir o cuidado de forma menos tecnicista do que ocorre no espaço hospitalar, e mais subjetivado, quer dizer, mais próximo e envolvido com todo o contexto individual, familiar e social do usuário (FREIRE, 2012).

Foucault mostrou, no Nascimento do Hospital, que a medicina é uma prática relativamente recente, datada do final do século XVIII, neste espaço. Antes desse período, a prática médica se voltava predominantemente às consultas privadas e visitas domiciliares (FOUCAULT, 1981). Com a medicalização crescente, o cuidado às doenças tornou-se o foco principal de atuação dos médicos, e o hospital, lugar privilegiado de sua realização, esvaziando progressivamente o cuidado no domicílio. Assim, a medicina hospitalocêntrica se transformou na forma hegemônica de atuação das profissões da saúde. Freire (2012) comenta que Donnangelo (1979), ao se debruçar sobre o fenômeno da medicalização, propõe com pertinência que as raízes da medicalização não se localizam exclusivamente no ato do cuidado médico, mas, sobretudo, no campo da normatividade das ciências da saúde, por meio da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e de novas formas de controle da medicina pela sociedade, na organização das populações e das condições gerais de vida.

Estudos realizados no campo da Atenção Domiciliar por Merhy & Feuerwerker (2007) trazem o conceito de substitutividade como analisador desse campo, fazendo alusão à concepção de desinstitucionalização das práticas de cuidado. A transição do cuidado hospitalar para o espaço residencial exige a invenção de novos modos de agir e cuidar em saúde. Para esses autores, a *“substitutividade e a desinstitucionalização seriam elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes”* (p. 15).

Seguindo a linha do tempo, balizando-se inicialmente pelas práticas de cuidado no domicílio, seu posterior deslocamento para o hospital, nota-se também a captura dos processos relacionados ao morrer, tornando-se o hospital o *locus* adequado e legítimo para sua ocorrência com o advento dessa instituição. A nova transição das práticas de cuidado, que agora se observa, pautada na desinstitucionalização, não só desloca o cuidado para o retorno ao domicílio, como também desinstitucionaliza a morte para o espaço da residência e existência dos sujeitos. Ou seja, a morte volta a ter proximidade e naturalidade na vida dos usuários e seus familiares.

No campo das práticas referentes aos usuários em processo de terminalidade, pode-se perceber que a equipe disputa a devolução da morte ao território existencial da vida e que esta experiência, com ou sem sofrimentos, pode ser “harmônica”, na produção de seu bio-pertencimento. Há, nas equipes de atenção domiciliar, uma relação com o processo de morrer dos usuários em fase terminal da doença, no sentido de favorecer a devolução da morte ao território de pertencimento dos usuários em seu espaço de residência e de existência com seus familiares.

Há aqui uma estética de profundo respeito e consideração com o processo de morrer como sendo algo bom para o usuário e que esta “devolução” da morte à vida é o centro da devolução da dignidade na ocorrência da morte. Não soa estranha a

pergunta: “você está se preparando para morrer?” não seria de todo uma pergunta descontextualizada no *setting* dos usuários em cuidados paliativos. Ora, verificamos cenas aparentemente desconcertantes, em que as pessoas em processo de terminalidade investem em resolver os últimos problemas em que poderão interferir: reorganizar os arranjos familiares possíveis, particularmente diante de dificuldades extremas; a viabilização dos custos de mudanças inevitáveis nas vidas após a partida; ou mesmo a preparação para as partilhas, seja dos bônus, seja dos ônus; e muito mais. Isto sem abrir mão das possibilidades de alívio e redução do sofrimento. Esta desconcertação, desterritorialização do imaginário da morte, não seria de todo desejável, já que o evento é parte da integralidade do viver?

Nessas práticas se busca intensamente a ortotanásia, um investimento na morte adequada e justa, a “boa” morte neste sentido. Porém, aqui o analisador a ser operado é se não se está produzindo também, pelo seu avesso, uma tanatofilia, uma “paixão” pela morte, uma apreciação estética do fim de uma existência, diretamente confundida com expectativa da realização de uma nova existência.

Analisando etimologicamente a palavra ortotanásia, chega-se ao significado de “morte correta”, uma vez que “orto” significa correto e “thanatos” remete a morte. Logo a ortotanásia se compromete com os processos que envolvem produção de uma boa morte. De acordo com Felix *et al.* (2013) “na ortotanásia o paciente em fase terminal é direcionado pelos profissionais envolvidos em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida”. Não se trata de requerer a postergação da morte, mas de “evitar a utilização de procedimentos que aviltem a dignidade humana na finitude da vida” (*ib.*). Nesse sentido, a ortotanásia é comprometida com o desenvolvimento do processo de morte que acompanhe o seu curso natural. Assim sendo, as equipes comprometidas com cuidados paliativos na atenção domiciliar coadunam com a produção do cuidado almejando o curso da boa morte.

Por outro lado, um investimento missional e a cotidianidade do espaço relacional com o usuário e seus processos de morrer, no dia a dia do trabalho das equipes de atenção domiciliar, tende a produzir uma estreiteza na vinculação com as questões relacionadas e comprometidas com o morrer, que gera um certo encantamento com a morte em alguns profissionais da equipe. A noção da tanatofilia, compreendida como um amor pela morte (enamoramento), acompanha, em muitos momentos, as falas de alguns profissionais da equipe, e termina por direcionar modos de construção do projeto terapêutico de cuidado dos usuários. Será que o encantamento com a morte vivenciado na relação com o usuário pelas tecnologias leves impacta no desinvestimento de mais produção clínica, convocando a presença de mais tecnologias duras e leve-duras? Quer dizer: a tanatofilia poderá operar com uma certa abnegação e desaceleramento na busca de mais recursos terapêuticos que se agreguem ao Projeto Terapêutico Singular.

A tensão entre ortotanásia e tanatofilia, entre a boa morte e a paixão pela morte, nos leva a uma outra estética nessa discussão. Em uma busca do sensível, que a delicadeza desse tema aciona, nos aproximamos de Gilberto Gil em sua composição:

Então Vale a Pena

*Se a morte faz parte da vida
E se vale a pena viver
Então morrer vale a pena
Se a gente teve o tempo para crescer
Crescer para viver de fato
O ato de amar e sofrer
Se a gente teve esse tempo
Então vale a pena morrer*

(Gilberto Gil)



Quadro exposto na Igreja Nosso Senhor do Bonfim na Bahia (*A Morte dos Justos*) atribuído a Bento José Rufino Capinam e seu filho Tito Nicolau Capinam (primeira metade do Século XIX) (CAMPOS, 2003)



Quadro exposto na Igreja Nosso Senhor do Bonfim (BA): *A morte do Pecador* atribuído a Bento José Rufino Capinam e seu filho Tito Nicolau Capinam (primeira metade do Século XIX)(Ib.).

Na iconografia baiana, presente no coro da Igreja do Senhor do Bonfim, em Salvador, as duas possibilidades nesta representação de morte dual e na oposição entre o justo e o pecador, sensivelmente representam duas festas, sendo que o que se altera são os que festejam e os que se entristecem, os presentes e os ausentes no quarto de morrer.

A disputa acerca de “quem” é o usuário e de qual é o seu destino

Dado que existe certo desconforto entre os trabalhadores das equipes acerca da existência ou não de disputas e/ou opiniões conflituosas acerca do que se deve proceder, cabe esclarecer que a disputa em questão se dá no âmbito das tensões constitutivas, como demonstrou Merhy (1999), pois não há como não haver divergências quando o objetivo de usuários, cuidadores e gestores, bem como as redes de vínculos e suportes vitais, estão em produções de desejos distintos. Certamente há quem esteja morrendo e queira viver, como também quem insista em que viver da forma que se vive não está no escopo da dignidade. Só lhes resta às vezes negociar projetos terapêuticos como uma forma de se sentir mais potente em uma dura privação de autonomia. Estas disputas, nestes casos, não seriam nem boas, nem más em si mesmas. Onde e quando se dá o esgotamento da vida? Difícil resposta. Resposta apenas possível na singularidade do encontro cuidador. Mesmo assim, não restarão sempre dúvidas?

Verificou-se uma dinâmica de disputas que diz respeito a quem é o usuário e quais são as leituras possíveis de sua existência e qual delas pode ser a melhor: de seu ponto de vista e da vista do ponto de quem cuida? Esta questão refere-se aos possíveis “destinos” que podem estar em jogo (COSTA, 2011), ou seja, como definir o destino, ou desfecho adequado, para o usuário? Ele deve ser preparado para morrer bem? Ele deve disputar o seu desejo de viver? O que este outro-usuário tem a fazer? É possível negociar? Há recursos terapêuticos para desenvolver uma negociação vital relevante? Muitas vezes estas disputas estão acirradas devido ao elevado teor de divergência entre os trabalhadores nas equipes acompanhadas, mas também no trabalho em saúde em geral. É importante frisar que, na experiência de se divergir sobre o Outro, o Outro muitas vezes participa pouco, e os divergentes entre si ou perdem, ou vencem, havendo raros relatos de que é o melhor: nem alternativa “a” nem “b”, mas “c”, que não estava posta a princípio na divergência. É importante reconhecer que derrotar intelectualmente um posicionamento técnico não se deve confundir em hipótese alguma com práticas desrespeitosas, que não consideram o ponto de vista do outro como válido (MENDONÇA, LAND & MERHY, 2012; COSTA, 2011; MENDONÇA, 2008; HONNETH, 2003).

Esta dúvida é central da perspectiva da operação de uma técnica que não está fora das relações entre os técnicos e, em alguma medida, entre os técnicos e os usuários e suas famílias. O cuidado, como um agir totalmente político, está eivado por dúvidas e perspectivas distintas, marcado sempre por uma dose de incerteza, que quase nunca pode ser resolvida, pois se situa na divergência, pautada pela diversidade extrema que se vivencia sem aplicação óbvia e imediata de protocolos ou guidelines, pretensamente e talvez equivocadamente com poucas chances de se produzir erros.

A chance do erro, aqui, acompanha com muita proximidade a chance do acerto. A aposta e investimento no usuário são para uma boa morte, ou são para uma luta pela sobrevivência com a maior autonomia e o menor sofrimento? Parecem situações muito diversas, mas o que as equipes nos demonstraram foi que os limites são muito mais imprecisos do que se poderia imaginar. Conviver no cuidado com o outro traz esta tensão constitutiva, consistente ao não se poder saber exatamente qual é o prognóstico. Porém, mais importante do que isto é estar dedicado a uma escuta obediente, no sentido de completamente voltada para o outro e para o cuidar, apenas o cuidar, tal qual no *Im Shamoia Tishma* citado por Lévinas (1998, P. 133), ou seja, se tu me escutas, me entenderás muito mais. Mas, este escutar é uma *ob oedio*, ou seja, uma escuta de quem está voltado para o outro, inclinado para ele, não para ouvir o que se deseja ouvir, mas para o que o outro está a dizer, mesmo que incompreensível. Esta inclinação, esta tentativa de compreender o incompreensível, é o que Lévinas vai descrever como uma profunda misericórdia ao se escutar o outro e lhe obedecer (MENDONÇA, 2015; LÉVINAS, 1988).

Quando não há dúvida sobre o processo de se elaborar uma boa morte, o trabalho é síncrono e harmônico. O problema é quando se está em dúvida acerca do porvir e é claro que as experiências pessoais dos envolvidos não são as mesmas, bem como os seus quanta de poder, e também não o é na produção das decisões. Semelhante a outras experiências, também pode ocorrer a finalização da discussão ao se trocar uma “disputa” por um silêncio defensivo.

Fato bastante importante é que, no desenrolar das questões acerca do próprio trabalho, todos têm algo a pronunciar, todos se mostram portadores de saberes, mesmo que, de forma semelhante a qualquer serviço de saúde, existam opiniões que se qualificam mais para o protagonismo da elaboração dos projetos terapêuticos.

Sobre a disputa do melhor “projeto terapêutico singular”

O cuidado nessas situações é percebido pelos trabalhadores das equipes como sendo muito difícil, acrescido também pela mudança de referencial de território existencial, já que, na Atenção Domiciliar, há um deslocamento do lugar da produção de serviços e cuidados nas unidades institucionalizadas em direção ao domicílio do usuário, de sua casa, de seu espaço de viver, com seus arranjos e normas próprios. As negociações e formulações acerca das possibilidades de cuidado, que cursam neste espaço mais aberto e permeável, convocam ao desenvolvimento de tecnologias leves, com grandes investimentos afetivos e agenciamentos para o cuidar.

Porém, apesar de muito desenvolvidas nas equipes, estas tecnologias leves vão pedindo mais e mais tecnologias leve-duras, mais saberes estruturados, mais conhecimento das possibilidades de manejo clínico e terapêutico, bem como mais tecnologias duras, tais como: acesso às quimioterapias e radioterapias paliativas. A proximidade e compartilhamento de vidas e algumas decisões convocam os partícipes do cuidado à busca de possibilidades de manejo dos cotidianos sofridos.

Ao debatermos com os trabalhadores sobre como se expressam as diferenças entre tecnologias leves, leve-duras e duras, em seu trabalho cotidiano, percebeu-se que

se faz uso de tecnologias leves, relacionais, o tempo inteiro em que se está em situação de encontro e contato com as pessoas que são cuidadas em suas casas. Por outro lado, a formação específica que se tem como enfermeiro, técnico ou como médico, torna-se importante no ato do cuidado (tecnologias leve-duras), dado que alimenta os debates internos acerca de qual seja a melhor conduta clínica, diagnóstica e terapêutica, assim como o uso de tecnologias duras capazes de auxiliar neste cuidado, tais como o uso de exames bioquímicos e anatomopatológicos, tomografias, medicamentos e particularmente a quimioterapia e radioterapia, sejam paliativas ou não.

A composição da caixa de ferramentas também está sempre em disputa, não no sentido de uma guerra de saberes, mas no de se questionar em caráter permanente se não há nada mais que possa ser feito diante do que está “sem solução”, principalmente a dor e o sofrimento insuportáveis. É importante frisar que nas equipes se trabalha com o conceito operacional de dor total e é este parâmetro que qualifica o que se estabelece como insuportável. Conhecida por ser uma equipe extremamente sensível e acolhedora à situação de dor, sofrimento das pessoas e que se propõe a acompanhá-las no momento de maior fragilidade causado pela doença – assim como no da morte –, alguns pesquisadores-trabalhadores colocaram-se em extrema dificuldade e vivenciando limitação ao lidar com esses casos e situações, não conseguindo encontrar saídas nas suas próprias caixas de ferramentas.

Os corpos dos trabalhadores não são máquinas de (re)produção de cuidado, pelo contrário, estes corpos reverberam as histórias de vida que vão encontrando e, por vezes, são tomados pela tristeza, por paixões tristes produzidas nesses encontros, para usar a linguagem spinozista, e, conseqüentemente, experienciam uma profunda diminuição de potência e paralisia existencial. Reportou-se angústia livremente associada a certeza do fracasso dos projetos de formação pessoal para cuidar da saúde das pessoas, ao se deparar com sua própria limitação, ao nada poder fazer diante da morte e da extrema dor e sofrimento resultantes da doença e de todo o processo de perdas impostas.

Vive-se em meio a esses extremos, deparando-se com a finitude da vida apresentada pelo Outro. Em meio a tantas pessoas a serem cuidadas, não poucos são os momentos em que o próprio corpo se avaria. Estas avarias vão fazendo parte de um cotidiano sem amparo, que se difícil era a situação existencial dos “hóspedes” do cuidado, também difícil vai se tornando existir no corpo que “hospeda”. Parece fazer sentido o dito de Derrida (2003) de que, numa *hospitalité*, há irremediavelmente uma ameaça de *hostilité*.

Mas, o que faz mesmo sentido nisso tudo que se realiza? Está-se ali para cuidar das pessoas, garantir-lhes autonomia, mesmo diante de situações que demandam a construção de uma autonomia mínima em uma maior dependência, ou simplesmente, mais dignidade em seu processo de viver e morrer, talvez garantindo uma boa morte, sem o uso de maquinário e intervenções desnecessárias. Será que se consegue garantir isso? Está-se fazendo tudo que se poderia fazer pelo melhor cuidado das pessoas que são assistidas? A sensação posta por alguns pesquisadores-trabalhadores é de que “pode ser que não...”. O tempo todo há situações em que se questionam se não poderiam “estar seguindo por outro caminho...”.

O fato de uma vida ser determinada como “terminal” significa que ali não haverá mais investimento, ou somente que alguns tipos de investimentos serão substi-

tuídos por outros? Se uma pessoa assistida na rede de serviços por ser portadora de uma doença crônica degenerativa em estado terminal for diagnosticada como tendo também um câncer de mama, não haverá tratamento diante de sua situação prévia, ou seja, não se trataria o câncer de mama simplesmente por aquele esforço terapêutico não valer a pena? Essas questões o tempo todo aparecem e tomam a equipe. Sim? Não? Talvez? Tomam a equipe ruidosamente e nela silenciam também. Afinal, quem decide sobre que percurso tomar? Qual será o melhor projeto terapêutico?

Mesmo sendo uma equipe multiprofissional, quase sempre a conduta sobre a melhor terapêutica recai nas mãos dos médicos, ou são compartilhadas com os profissionais que com maior implicação e experiência a questionam. Mas a quem pertence a definição desse caminho? Ao médico? Ao enfermeiro ou técnico? Ao usuário e sua família? A quem pertence o cuidado, a escolha desse percurso? Mesmo com formações e conhecimentos diferentes, o cuidado parece pertencer a todos que cuidam, que se preocupam com esse outro. Como ele pode ser melhor partilhado entre todos, levando-se em consideração o outro na figura do usuário/família? A radicalidade da produção da autonomia impera sobre os posicionamentos não só de quem se depara e precisa viver seu processo de morte ou vida limitada, mas também da equipe que ali está, em conjunto, a cuidar.

Não são poucos os desafios de uma equipe que se dispõe a lidar com o processo de cuidado e morte do outro, em especial porque, para além de estudos sobre a morte e o morrer, este é um processo singular de cada história de vida... Talvez não exista um caminho certo e único a seguir sobre as máximas das diretrizes dos quais partilham os cuidados paliativos, sobre a não intervenção, as fases para a aceitação, ou mesmo o processo de transformação do qual espera-se que outro viva, ou mesmo nós, os que estamos cuidando, possamos viver. Nesse sentido, o cuidado passa a ser um mergulho partilhado a partir do encontro com o outro e a morte, uma parte importante desse percurso.

Conclusão

Como uma breve conclusão desta reflexão, retorna-se ao início e imaginamos se a atenção domiciliar é produção de vida na morte bem como de autonomias possíveis dentro das impossibilidades sentidas na dependência. Estas questões podem animar o grupo a prosseguir não apenas no trabalho de cuidar, mas no de elaborar-se permanentemente de acordo com o desejo que vai sendo produzido de cuidar cada vez mais e melhor. É importante salientar que a atenção domiciliar poderia ser circunscrita a uma complementariedade à atenção hospitalar, ou poderia, em uma certa razão de ruptura, apresentar-se como substitutiva, não como o que diante do hospitalar é domiciliar, nem o que diante do ambulatorial não é hospitalar. Criar, no sentido de uma poeys, de uma criação não pertencente ao Mesmo, ou seja, que não esteja construído em simples oposições constitutivas do mesmo jogo, talvez seja possível nesta experiência do encontro com um, Infinitamente Outro, abertura de novas possibilidades de realização da Justiça (MENDONÇA, 2015; LÉVINAS, 2014) em práticas de uma democracia por vir.

Este aspecto de abertura, de pesquisar com, mas também fundamentalmente de cuidar do outro, com o outro e com os outros, rompendo-se as práticas soberanas de cuidado, onde alguém, mesmo que sob responsabilidade do saber-fazer específico de equipes, possa estar convidado a compartilhar solidariamente o cuidado e os projetos terapêuticos que consigo são produzidos.

Referências Bibliográficas

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- AGAMBEN, G. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- BENJAMIN, W. **O anjo da história**. São Paulo: Autêntica, 2012.
- CAMPOS, M. F. H. **A Pintura Religiosa na Bahia, 1790 – 1850**. I Volume; Tese de Doutorado: Universidade do Porto/ Faculdade de Letras/ Departamento de Ciências e Técnicas do Patrimônio. Porto, 2003.
- COSTA, J. F. **O ponto de vista do outro**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.
- DONNANGELO, M. C. F. “Medicina na Sociedade de Classes”. *In: Saúde e Sociedade*. 2ª edição. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- FELIX, Z. C. *et al.* “Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2733-2746, 2013.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- FREIRE, F. H. M. A. **Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012.
- HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Edições 34, 2003.
- LAND, M. **A mente externa: a ética naturalista de Daniel Dennett**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- LÉVINAS, E. **De Deus que vem à ideia**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito**. 3 ed. Lisboa: Ed. 70, 2014.
- LÉVINAS, E. **O humanismo do outro homem**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MENDONÇA, P. E. X. **(Luta) em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde**. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- MENDONÇA, P. E. X. **Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas**. Tese de Doutorado: PPG Clínica Médica/FM/UFRJ. – Rio de Janeiro: UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2015.
- MENDONÇA, P. E. X.; LAND, M. G. P.; MERHY, E. E. “Luta por reconhecimento: o desrespeito om analisador na gestão”. *In: PINTO, S. et al. (Orgs.) Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda/RJ*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 275-300. (Saúde em Debate, 226).
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. **Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade**, 2007, disponível em www.hucff.ufrj.br/micropolitica .
- MERHY E. E. “O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

No meio do caminho: a produção do cuidado na UPA, entre a atenção básica e hospitalar

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

Caiu na rede é cuidado?

Partindo de uma análise que tem como referência os sujeitos e suas necessidades, e não um modelo assistencial previamente estruturado e definido, Cecílio (1997) aposta num modo circular de pensar o sistema de saúde. Para ele os sujeitos, na prática, acessam o cuidado de múltiplas formas na rede de serviços, formas muito além daquela que seria a “principal”, a Atenção Básica à Saúde (ABS), num modo mais piramidal de se pensar. O Decreto Presidencial 7508/11, de certo modo convergindo com essa ideia, traz algumas diretrizes para as redes de atenção à saúde, e reconhece como portas de entrada, além dos serviços de atenção básica, os de atenção à urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011a).

Radicalizando essa perspectiva na organização dos serviços, acreditamos que todos eles devem ser estações produtoras de cuidado responsáveis por captar o usuário, acolhê-lo na sua singularidade, inserindo-o na rede. Isto implica em produzir vínculo, iniciar seu cuidado e dar seguimento ao mesmo, orientando o usuário adequadamente e referenciando-o quando necessário para outro (s) serviço (s) da rede, responsabilizando-se pela continuidade. Nesta lógica enxergamos o cuidado sendo tecido em rede, mediante uma multiplicidade de conexões. Ele deve se fazer rizoma, é circular e não deve se limitar a formas piramidais e hierárquicas de organização (CECILIO, 1997; DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Desse modo, acreditamos que deva haver corresponsabilização pelo cuidado e pelo caminho que o usuário faz na rede de serviços. O encaminhamento de um ponto e outro deve envolver muito mais do que uma simples orientação, ou uma referência formal. Dizer apenas o “serviço certo” que ele deve procurar é lançá-lo em uma peregrinação que nem sempre realiza integralmente o acolhimento da sua demanda.

Na Rede de Urgência e Emergência (RUE), pensar a responsabilização do serviço na continuidade do cuidado dos usuários parece ainda mais problemático do que em outras redes de atenção. Isso porque muitos dos serviços dessa rede não são percebidos por trabalhadores e gestores, que também não se percebem a si mesmos como uma importante porta de entrada do sistema, e sim como um ponto da rede que

teria como responsabilidade exclusiva estabilizar o usuário em sua condição crítica de saúde. Por outro lado, esses serviços são reconhecidos por muitos usuários como importantes estações de cuidado, que têm porta aberta e alta capacidade de resposta imediata.

Para vários usuários, os serviços de pronto atendimento (PA) são referências para suas demandas assistenciais. No entanto esses serviços fazem uma clínica tipo queixa-conduta, com forte tendência medicalizante, modelo este que atende à lógica mercantil da saúde, fortemente propagada pela mídia. Apesar de não obterem acompanhamento longitudinal e um olhar mais preciso e ampliado sobre sua situação de saúde, geralmente os usuários conseguem, nos serviços de PA, atendimento no mesmo dia, com realização de exames e acesso a medicamentos, ofertas dificilmente possíveis na realidade da maioria dos serviços de atenção básica (BATISTELA, 2008; KOVASC *et al.*, 2005; GONÇALVES, 1994).

Tais movimentos e andanças dos usuários, nas suas tessituras de redes de cuidado em saúde, nos convocam a dar visibilidade aos serviços de Urgência e Emergência, buscando cartografar as várias paisagens que são ali produzidas. Assim, nos ocupamos de cartografar alguns encontros e suas afeções (FRANCO; MERHY, 2013; MERHY, 2002) no cotidiano de um serviço de urgência e emergência, que nos permitiram produzir algumas dizibilidades sobre a RUE em João Pessoa-PB. Para tanto, estamos produzindo encontros em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município.

Vivenciamos o cotidiano do seu processo de trabalho estando cada pesquisador dentro daquela UPA por cerca de quatro horas semanais, de março ao mês de julho de 2016. Observamos seu funcionamento e os múltiplos jeitos de se produzir cuidado que configuravam aquele território. Isso, principalmente, por meio de conversas individuais e rodas de conversa com trabalhadores, gestores e usuários. A partir daí conformou-se um coletivo de pesquisadores, que incluía duas diretoras e uma enfermeira chefe da UPA e três pesquisadores apoiadores que faziam parte da linha de pesquisa *micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde*.

Além disso, por diversas circunstâncias ocorridas ao longo desse período, alguns dos pesquisadores apoiadores vivenciaram momentos em que se tornaram também usuários e trabalhadores (médico residente) do serviço. Tais vivências permitiram uma “mistura” ainda mais intensa com aquele território existencial que ia sendo cartografado a partir das diversas afeções, implicações e sobre-implicações processadas ao longo das produções de visibilidades sobre o mesmo.

Nos reconhecendo in-mundizados e imersos no cotidiano do serviço (GOMES; MERHY, 2014) e por isso livres da suposta neutralidade científica, foi possível produzir narrativas de forma compartilhada entre a equipe de pesquisadores locais, tornando-nos todos seus coautores. Isso vem assegurando a aposta de compartilhamento da presente avaliação, na qual as produções de sentido para as experiências vividas são produzidas no, pelo e com o serviço. Com essas visibilidades, produzimos aqui, neste capítulo, dizibilidades que visam trazer (auto) reflexões sobre o lugar e papel da UPA numa rede de produção de cuidado.

Dando passagem às várias paisagens na produção do cuidado em uma UPA

A pressão assistencial da UPA é bastante alta, pois ali chegam a ser atendidos cerca de 12.000 pessoas mensalmente. O que chama muito a atenção de nós pesquisadores, principalmente os locais, além desse alto número de atendimentos, é o perfil dessa demanda que é atendida no serviço.

Há, logo que os usuários chegam, uma classificação de risco que os estratifica em quatro cores, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004): vermelho para emergências que precisam de atendimento imediato (prioridade 0), amarelo para urgências com atendimento assim que possível (prioridade 1), verde para quadros não urgentes, não prioritários (prioridade 2), e azul para consultas que poderiam ser ambulatoriais (prioridade 3). A maioria esmagadora da demanda que chega é classificada como verde ou azul. Dos 12.000 atendimentos realizados no mês de maio de 2016, por exemplo: 2.155 (17,95%) foram classificados como azul, 8.214 (68,45%) como verde, 1.530 (12,75%) como amarelo e apenas 26 (0,21%) como vermelho. Este quadro se agravou com a elevação sazonal de arboviroses, como a dengue, a zika e a chikungunya. De qualquer maneira, boa parte desses usuários, os “azuis” e os “verdes”, poderiam ser acolhidos e obter seu cuidado na atenção básica.

Nas vivências da pesquisa notamos que a UPA está cheia durante todo o horário comercial, e que há um pico no fluxo de atendimentos das 17h até cerca das 20h. Quando questionados, boa parte dos usuários relata que a procurou, ao invés da unidade de saúde da família (USF), por diversos motivos, que incluem: estar fora da cobertura de uma certa Equipe de Saúde da Família (ESF); a ausência de médico na equipe em que é adscrito; o número reduzido de atendimentos que a equipe realiza por turno; a falta de medicamentos na farmácia da USF e o horário reduzido de funcionamento que, com algumas exceções, é das 7h às 11h e das 12h às 16h, o que é incompatível com o horário de trabalho das pessoas, por vezes com um vínculo empregatício precário, e que não podem faltar ao trabalho para cuidar da sua própria saúde.

A baixa capacidade resolutiva da atenção básica frente à demanda espontânea compõe um conjunto de fatores que, na percepção dos pesquisadores, interfere diretamente na pressão assistencial sobre a UPA. Isso se deve, entre outros aspectos, a uma grande área adscrita a cada equipe de SF, o que gera uma grande pressão assistencial, pois são muitos moradores em cada área. Além disso, é frequente a organização de modos de operar o acolhimento com limitada potência para ampliar a clínica do conjunto dos trabalhadores, reduzindo a escuta a uma triagem que terá na realização de consulta médica uma das únicas ofertas de cuidado da equipe de saúde.

Em algumas circunstâncias, é a própria equipe da atenção básica que encaminha o usuário à UPA, por reconhecer que não tem como garantir atendimento resolutivo e imediato. Cenas assim são trazidas nas discussões dos pesquisadores que descrevem contextos, por exemplo, em que, apresentando prova do laço positiva, para a condução de usuários com suspeita – ou confirmação – de dengue, é preciso realizar hemograma a fim de ser avaliado no mesmo dia. Nessas situações, a equipe de saúde da família sabe que não teria condições de realizar tais exames fora de um serviço de PA, pois a rede de diagnóstico do município não garante a agilidade necessária.

Outras cenas pedem passagem nas discussões, como relatos de situações de urgência que poderiam ser atendidas na AB mas que não o são, por falta de equipamentos e insumos disponíveis, como em quadros de exacerbação de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), convulsões febris, pequenos cortes etc. Além disso, debateu-se muito nessas discussões da pesquisa a forte presença de discursos segundo os quais a AB é o local da prevenção e da promoção da saúde, e por isso não deveria ter o foco na assistência. Nesse sentido, a organização dos processos de trabalho centrada em atendimento por programas (hiperdia, puericultura, gestantes etc.) produz uma barreira de acesso a demandas espontâneas na ABS.

Por fim, e compondo o problema levantado acima, a equipe de pesquisa discutiu outro elemento: a construção governamental de fluxos que transferem responsabilidades para a UPA. Um exemplo disso é a aplicação de benzetacil que, segundo a Portaria 3.161/11 (BRASIL, 2011b), deve ser administrada na rede básica. Mas, neste município, a grande maioria das enfermeiras da AB, respaldada muitas vezes por outros profissionais das equipes, não aceita realizar tal procedimento por não terem disponíveis nas USF equipamentos para atuarem em casos de reação anafilática, tais como adrenalina injetável e demais medicamentos e equipamentos adequados para reversão de uma parada cardiovascular. Assim, atualmente, os usuários que precisam tomar tal medicação, como os portadores de sífilis, são encaminhados para a UPA.

Em todas essas produções de barreiras, os usuários são aconselhados pelos profissionais da AB a procurarem a UPA mais próxima, sem que seja, muitas vezes, realizado qualquer encaminhamento formal. Assim, o usuário chega na UPA sem nenhuma referência da AB, como se não tivesse sequer passado por lá.

Ao colocar em análise tais situações, os pesquisadores buscam produzir novas possibilidades de vistas do ponto (MERHY, 2014), reconhecendo outras questões que perpassavam a chegada de usuários com queixas classificadas como verdes e azuis no serviço. Tais processamentos permitiram a visibilidade da fragilidade na construção de redes pactuadas de cuidado, com compartilhamento terapêutico entre profissionais de diferentes pontos de uma mesma rede, tornando fragmentado não apenas o cuidado, mas o próprio sistema.

Mas tais arranjos/gambiarras (TALLEMBERG, 2015) não são produzidos apenas na relação entre a AB e a UPA. Várias outras situações do cotidiano deste serviço são postas em análise nas reuniões de processamento do vivido entre os pesquisadores locais. Em algumas dessas cenas é possível observar como a condição de “porta aberta” da UPA serve para a construção de redes informais de acesso dos usuários na rede de atenção. Assim, também foi possível recolher depoimentos de que o SAMU estaria aconselhando usuários a tentarem acessar a rede pela UPA, apostando que esta poderia ter mais facilidade para regular um leito, ou manter o usuário estabilizado enquanto não consegue uma vaga hospitalar. Além disso, hospitais de “portas fechadas” ou seja, que só recebem usuários referenciados pelo sistema de regulação do município, eventualmente encaminham usuários para a UPA para que esta solicite vaga para este mesmo hospital.

Esses arranjos nos fazem questionar o lugar da UPA dentro das redes de atenção à saúde. Apesar da Portaria 1600/11 (BRASIL, 2011c) prevê-la como um serviço de

pronto atendimento de complexidade intermediária entre a unidade de atenção básica e a rede hospitalar, não estaria ela mais para uma gambiarra no sistema, no sentido de acolher as demandas que não são acolhidas nos demais serviços?

Essa criação de gambiarras é estratégia cotidiana de usuários e trabalhadores de saúde para articularem saídas criativas às barreiras de acesso aos serviços, e garantir a oferta do cuidado. Elas são possíveis, porque a produção de saúde é fruto de um trabalho vivo, operado em ato, que permite infinitas invenções no manejo do trabalho (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Deste ponto de vista, o que era enxergado como um problema de “usuários de demandas azuis e verdes”, que não sabiam acessar a rede de serviços ou de serviços hospitalares de “portas fechadas”, passa a gerar incômodo no (as) pesquisadores (as) locais que, apesar de se sentirem impotentes, pautam tal debate junto ao grupo gestor da secretaria de saúde do município.

O cuidado é sempre um acontecimento, produzido no encontro

Por ser uma construção em ato, fruto do encontro entre usuário e profissional e mediado pelos contextos em que ocorre, a produção do cuidado na UPA é sempre um acontecimento, e não uma garantia *a priori* (MERHY, 2006). Nos processamentos do vivido, os pesquisadores puderam colocar em análise a produção do cuidado dentro da UPA, lançando novos olhares para os desdobramentos da classificação de risco. Na análise de tais desdobramentos, os pesquisadores identificaram o desencadeamento de vários sentidos que conformavam a personificação de diferentes tipos de usuários. Tal constituição de sentidos circula no serviço, e tende a orientar as ações profissionais, mas esta também é influenciada pela performance do usuário, mesmo porque, se o cuidado se dá no encontro, o usuário é copartícipe desta produção.

Tal discussão trouxe outras cenas que ocorrem em diversos serviços de saúde, descrevendo a situação de usuários que são tratados diferentemente de acordo com sua classe social, identidade de gênero, raça ou credo. Há ainda os usuários mais calados e passivos frente à rotina do serviço, e outros mais agitados e reivindicadores dos seus direitos, que exigem, muitas vezes no grito, o atendimento que esperam receber. As problematizações dessas situações permitiram reconhecer que assim se reeditam e atualizam práticas excludentes e barreiras de acesso, que até então pareciam invisíveis.

Dentre os tipos de usuários que transitam pelos corredores institucionais, construídos nas conversações cotidianas e informais, a equipe de pesquisadores conseguiu identificar os “usuários inadequados”. Eles chegam ao serviço com demandas classificadas como verde ou azul, portanto, para os trabalhadores da UPA, são usuários que poderiam ter sido atendidos na AB mas não o foram, por diferentes motivos, alguns já elencados aqui. Esses “usuários inadequados”, por terem menos prioridade na classificação de risco, esperam, às vezes, muito tempo. Quando desistem e saem do serviço sem atendimento, a equipe por vezes comemora como um alívio que “desafoga o serviço”. Há ainda a identificação de situações nas quais, quando o serviço está sobrecarregado, e a depender da equipe que esteja de plantão, não há sequer a possibilidade de escolha do usuário por esperar pelo atendimento.

Há então o reconhecimento, pelos pesquisadores, de que a produção de barreiras de acesso é também mediada pelas equipes, com suas subjetividades e suas condições objetivas de trabalho. Uma das pesquisadoras enfatiza fortemente que a barreira no acesso depende fundamentalmente da equipe de plantão e de sua capacidade de fazer uma boa gestão do trabalho na classificação de risco, chegando a apontar que, em certo dia da semana à noite, por exemplo, o plantão é sempre muito tranquilo. Além disso, outros pesquisadores apontam que esse movimento também é produzido por cada profissional a partir de uma avaliação sobre a vida do outro, definindo que algumas vidas teriam mais valor do que outras (MERHY, 2012), e mereceriam prioridade na oferta do cuidado.

Essas discussões dão visibilidade, para o grupo de pesquisadores, para o fato de que todos os trabalhadores são também gestores do seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2009). Esse reconhecimento, contudo, parece destacar, no discurso de algumas pesquisadoras, a tensão relativa à responsabilização dos profissionais de saúde pela qualidade do cuidado ofertado, sendo o perfil profissional bastante discutido quanto à habilidade em realizar adequadamente a classificação de risco, e de trabalhar em equipe.

O desgaste profissional também aparece nas análises, interferindo significativamente na produção do cuidado. A modalidade de trabalho em escalas de plantões é apontada, por diversos estudos, como um fator de precarização da qualidade de vida dos trabalhadores e da assistência ofertada (SOBRINHO, 2006). No contexto da UPA é evidente o desgaste, principalmente da equipe que trabalha na entrada do serviço: trabalhadores da recepção, do apoio e do acolhimento que experienciam no seu próprio corpo o desgaste físico e mental, adotando posturas corporais que denunciam o cansaço após algumas horas de trabalho.

Ao dar visibilidade a tais questões, a pesquisa desencadeia uma clara interferência no serviço, colocando-o em condição de disparar outras produções, de recolher distintos efeitos. A partir de então, têm sido pensadas e experimentadas estratégias de rodízio entre os trabalhadores da UPA, de tal forma que possam transitar por vários setores do serviço. Essas experimentações, contudo, têm sofrido resistências de parte de certos profissionais que, possivelmente por perceberem ameaçada a sua zona de conforto, se sentem também ameaçados e inseguros no manejo do seu trabalho. Assim, as primeiras tentativas de rodízio têm se dado com o grupo dos técnicos de enfermagem, categoria profissional com menor poder institucional e, por isso, mais suscetível a tais experimentações. Ao mesmo tempo, alguns pesquisadores têm se organizado na produção, aplicação e sistematização de um instrumento de avaliação da percepção dos trabalhadores em relação a este rodízio.

Seguindo nessas discussões, é apontado ainda pelo grupo de pesquisadores que, diversas vezes, a depender da equipe de trabalhadores de plantão na classificação de risco, do cansaço do profissional ou mesmo da quantidade de pessoas aguardando atendimento, os usuários podem sair do serviço sem mesmo uma orientação de cuidados ou efetivo encaminhamento para outro serviço que atenderia sua demanda. Isto ocorre até em alguns casos de usuários que tinham o risco classificado como amarelo, e que foram legitimados, pela própria equipe, como “adequados” à UPA.

Os pesquisadores, ao longo dos processamentos das cenas cotidianas, resgatam em suas memórias situações como a de uma adolescente que tomou grande quantidade 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 DPOC que, após estabilizada, volta para casa sem nenhum encaminhamento para acompanhamento da AB. A UPA novamente aparece como o local da queixa e das rápidas respostas, numa visão biomédica do processo de adoecimento e cura, se configurando como o lugar do remédio e não da escuta.

Assim, foi possível ao coletivo de pesquisadores colocar em análise a produção do cuidado para além do atendimento imediato na UPA, e nesse sentido, a produção de redes que articule diversos pontos de cuidado. Tal análise do cotidiano do serviço permitiu lançar luz à fragilidade na condução da atenção, e pôr os pesquisadores locais em movimento. Assim, tem sido pensada a construção de um instrumento de formalização de encaminhamentos, possibilitando, como proposto por Cecílio & Merhy (2003), que o serviço de pronto atendimento possa também captar o usuário na rede, fazendo sua referência para outras estações de cuidado mais adequadas para sua demanda.

Tais fragilidades na continuidade do acompanhamento a cada usuário servem para o grupo de pesquisadores darem visibilidade ao fato de que há não apenas um cuidado pontual e fragmentado, mas também um usuário “recorrente” no serviço. Um usuário que “bate e volta” e não é enredado, que fica num movimento que reproduz o cuidado centrado na queixa-conduta, e que vive uma baixíssima resolutividade. Segundo Puccini (2008), ao analisar os serviços de São Paulo-SP conhecidos por AMA (Assistência Médica Ambulatorial), esse tipo de atenção gera uma clientela fixa ao pronto atendimento, entre outros aspectos, por não precisar marcar a consulta, e obter o rápido atendimento à sua necessidade biológica.

Foi possível colocar em análise e dar visibilidade ao fato de que o constante retorno do usuário ao serviço – 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 primeiras análises cotidianas. 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 agora tentam se ver com isso.

Em meio à discussão sobre fragmentação do cuidado, com adequado encaminhamento, uma das pesquisadoras traz para o debate a portaria que institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), a 1600/11 (BRASIL, 2011c). No seu artigo segundo, parágrafo V, define-se como atribuição 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, 2011c, p. 2). O documento expressa também que o papel da UPA não é apenas estabilizar o sujeito, mas fornecer um diagnóstico inicial e encaminhá-lo adequadamente.

Entretanto, esta mesma pesquisadora identifica, ainda, que a própria portaria, no seu artigo 10/parágrafo II, coloca que a UPA é quem define *“[...] em todos os casos,*

a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade” (BRASIL, 2011c, p. 2, grifo nosso). Desta forma, a pesquisa aponta a ausência de normativa que proponha a necessidade de articulações da UPA com outras estações da rede de cuidado, como as USF, serviços da rede de atenção psicossocial, equipes de consultório na rua, entre outros. Este debate, em si pareceu funcionar como um apaziguador das angústias vividas pelos pesquisadores locais no enfrentamento de tais processamentos, sem, contudo, produzir paralisação, já que seguem as tentativas de produzir pequenas mudanças no cotidiano do serviço.

Nem sempre de portas abertas, mas às vezes a única porta aberta

Por fim, entre as cenas do cotidiano da UPA trazidas para os processamentos da pesquisa, colocam-se à vista a produção de um terceiro tipo de usuário: aquele “para o qual, todo esforço vale a pena”. Este é produzido quando seu risco é classificado como vermelho, e para ele, além do atendimento ser priorizado, há a garantia de permanência no serviço até que seja conseguida uma vaga em uma unidade hospitalar.

Neste momento do processamento das vivências, entra em debate outro ponto importante que marca a forma dos pesquisadores perceberem o papel da UPA na RUE. Trata-se da relação com a rede hospitalar do município. Enquanto serviço de pronto atendimento, a UPA deveria ter a retaguarda dos serviços hospitalares, e assim estar com eles articulada. Entretanto, os pesquisadores constataam uma série de dificuldades neste sentido. Uma dessas dificuldades refere-se à baixa disponibilidade de leitos hospitalares para as demandas da UPA, vista como equipamento sobrecarregado de atendimentos de usuários de outros municípios do estado. Alguns pesquisadores afirmam, inclusive, conhecerem casos de usuários de outros municípios que conseguem comprovar residência neste município (declarando morar com algum familiar) e cadastrar um cartão SUS.

Os problemas do parágrafo anterior referem-se, portanto, às tensões na regulação e na pactuação de referências regionais, sobre as quais as pesquisadoras-gestoras se vêem com baixa governabilidade. Mais que isso, revelam como as normalizações relacionadas às pactuações entre gestores de diferentes instâncias, visando produzir redes regionais (uma concepção necessária e que, reconhecemos, é bastante complexa, visto a configuração autônoma das esferas do Estado brasileiro), não conseguem responder à necessidade de cuidados. Diante disso, a população resiste com estratégias as mais variadas. Assim, geralmente, os usuários que furam as regras passam a ser vistos como o problema, e não como articuladores das redes de que necessitam, manejando os recursos de que dispõem.

Na carência de articulações, várias situações clínicas apresentam-se como sem saída: dificuldade de encaminhar usuários com infecções supurativas, ou necessitado de leito com oxigênio. Em situações difíceis de encaminhamento, um usuário que deveria permanecer na UPA por até 24h pode passar dias, e até semanas, na área “vermelha” do serviço. Neste cenário, são agora os profissionais e gestores da UPA que produzem as gambiarras para viabilizar acesso e garantia do seguimento do cuidado. São, assim, relatados pelos pesquisadores diversos movimentos individuais e coleti-

vos para produzir alternativas: vários profissionais usam seus próprios telefones para ligar para outros serviços, procurando colegas seus de trabalho que possam agenciar a transferência de algum usuário; ou quando uma gestora solicita vaga para um usuário num grupo de *whatsapp* composto por vários outros gestores de serviços hospitalares e o secretário de saúde, tendo clareza de que, agindo assim, está colocando o problema na mais alta mesa de negociações do município.

Mesmo assim os usuários muitas vezes permanecem muito tempo na UPA. Algumas invenções cotidianas dos trabalhadores, então, visam atender adequadamente aos usuários que estão sob seu cuidado, já que a UPA não dispõe de serviços como lavanderia, cozinha, nutrição, assistência psicológica e fisioterapêutica etc. Nesse âmbito acontecem então arranjos institucionais, como o fornecimento, por unidades hospitalares do município, de serviços de lavanderia, costura e alimentação, além de arranjos pessoais em que os acompanhantes são convocados a trazerem materiais de higiene para os usuários.

Destaca-se, contudo, que a produção de arranjos informais é permeada por negociações e trocas de favores, quando entram em jogo os vários poderes exercidos por trabalhadores, gestores e usuários. E nessas disputas de poder algumas vidas parecem valer mais do que outras (MERHY, 2012). Não são raras cenas, evocadas pelos pesquisadores, em que a prioridade de atendimento é garantida não pela gravidade do quadro clínico do usuário, mas por seu poder de negociação nos serviços. Numa dessas cenas, uma usuária, profissional da comunicação e com fortes influências políticas no município, após articular uma vaga para sua mãe numa unidade hospitalar, desabafa com uma gestora da UPA: “agradeço a Deus porque conseguimos a transferência”. E a gestora, que por vezes também lança mão de seu poder institucional para garantir atendimento para quem avalia como prioridade, responde: “pois então continue rezando para que Deus garanta a mesma sorte a uma usuária que, como sua mãe, precisa desse leito, mas o aguarda há 13 dias”. Situações como essas produzem o reconhecimento, nos pesquisadores, de que a produção das redes de cuidado se dá a cada encontro, em cada cena, com cada rede de pessoas, sendo o cuidado um acontecimento e não uma garantia (MERHY, 2006).

Com tais dificuldades, dissemos que apenas 0,21% dos atendimentos da UPA são classificados com prioridade “vermelha”. Isto ocorre, segundo a visão dos trabalhadores, não pela ausência de demanda desses casos, mas porque a área vermelha comporta apenas 3 pacientes, que, como também dissemos, permanecem na UPA muito mais do que as 24 horas previstas – dias ou até semanas, por falta de vagas em unidades hospitalares. A UPA, então, tem seu processo de trabalho atravessado pelas barreiras de acesso aos serviços hospitalares.

A tessitura de redes de cuidado de um serviço que se percebe ambíguo

Numa das rodas de conversa da pesquisa, uma das gestoras, bastante angustiada, afirmou que via a UPA como uma entidade bipolar: meio USF sem longitudinalidade, com um território não delimitado; e meio um hospital de pequeno porte, sem estrutura técnica e assistencial adequada. Esta mirada sobre o papel da UPA na

RUE produz alguns questionamentos dos pesquisadores sobre a própria relevância deste serviço na rede. Esta questão é foco de vários debates na saúde, com diferentes posicionamentos, como o de Puccini (2009), que claramente se coloca contra serviços com perfil limitado ao PA, como acontece com a UPA. Porém, os pesquisadores também reconhecem que, para usuários e gestores, a UPA é uma gambiarra que parece dar certo. Com ela, os usuários conseguem furar as barreiras tanto da AB como da rede hospitalar. Para os gestores, a UPA é um serviço importante, pois produz uma expressiva quantidade de atendimentos/mês e parece desafogar os hospitais de urgência e emergência.

Levando em conta tudo isso, reconhecemos que, nos caminhos do cuidado que os usuários trilham na rede, há muitas barreiras e becos sem saída, mas há também invenções, gambiarras e produção de novos caminhos. Dessa forma, a UPA comporta e oferece, em sua ambiguidade, visibilidades e dizibilidades sobre as redes vivas que não se limitam a rotinas e protocolos, e brotam como rizomas em que há alto investimento afetivo e dedicação dos trabalhadores, que instituem novas práticas, para além das instituídas, e possibilitam o cuidado integral aos usuários.

Referências Bibliográficas

- BATISTELA, S., GUERREIRO, N. P., ROSSETTO, E. G. "Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis". **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 121-130, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº 7.508**, de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080/90 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília: Presidência da República, 2011a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161**, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600**, de 07 de julho de 2011, que 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, 2011c.
- 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.
- CECILIO, L. C. O. "Modelos tecno-assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao círculo. Uma possibilidade a ser explorada". **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". *In*: Pinheiro, R; Mattos, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p. 197-210, ilus.

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

EPS EM MOVIMENTO. **Educação e trabalho em saúde**: a importância do saber da experiência. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>>. Acesso em: 14/06/2016.

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**. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2014.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, ABRASCO, 1994.

KOVACS, M. H., FELICIANO, K. V., SARINHO, S. W., VERAS, A. A. C. A. “Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro”. **J Pediatr (Rio J)**, v. 81, n. 3, p. 251-8, 2005.

MERHY E. E. **A cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY E. E. “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.

MERHY E. E. **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>. Acesso em: 15/06/2016.

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

MERHY E. E. “Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades”. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, June 2012.

MERHY E. E. **As vistas dos pontos de vista**. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf. Acesso em: 15/06/2016.

MOEBUS, R. L. N. “Habeas Corpus Sem Órgãos”. In: SIQUEIRA, M.; COCCO, G. (Orgs.). **Por Uma Política Menor**. 01 ed. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 2014, v. 1, p. 183-191.

PUCCINI, P. T. “As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde”. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2755-2766, 2008.

PUCCINI, P. T. “Sou contra unidades de saúde limitadas”. **Radis**: Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, nº 83, p. 15, 2009.

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.

TALLEMBERG, C. A. A. **Passagens de uma prática clínico-política menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ, 2015.

Caminhos da atenção domiciliar em Caruaru

Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida

Introdução

Este artigo resulta de um longo processo de construção de pesquisadores em torno de uma rede nacional que estudou a produção do cuidado nas redes. Trataremos do caso da rede de atenção domiciliar do município de Caruaru, no agreste pernambucano que é sede de macrorregião de saúde. Conhecido pela tradição de suas festas juninas, Caruaru abriga uma grande diversidade de atividades econômicas, desde a agricultura familiar de subsistência, a pecuária, até atividades industriais com importância regional. Destaca-se, na atualidade, a emergência da indústria da confecção com crescente participação na economia local e interferências na saúde da população. Tanto pelos agravos produzidos pelo trabalho, mas também por questões ambientais como a contaminação dos mananciais de água pela tinta resultante da lavagem do jeans nos rios da região.

É, portanto, o retrato de um novo processo de urbanização em curso no interior do nordeste brasileiro. Resultante dos grandes investimentos do governo federal na região, esta urbanização tem modificado rapidamente indicadores demográficos, econômicos e sociais. Exemplo disso é o processo de favelização da periferia da cidade e o alarmante crescimento da mortalidade por causas externas, impulsionados por homicídios e por acidentes com motos.

Durante o período da pesquisa o sistema municipal de saúde passou por grandes mudanças. Inicialmente o Plano Municipal de Saúde para o período 2014 a 2017 previa uma grande expansão e diversificação na oferta de serviços (SMS, 2014), que incluía uma expansão da atenção básica para 70% de cobertura. Havia planos, em parceria com a SES, de instalar unidades de pronto atendimento e promover melhorias no hospital. Previa também a implantação de outros serviços e a requalificação de redes como a rede de atenção ao parto.

Porém, os planos de expansão, sobretudo da atenção básica, estavam sendo revistos dada a falta de médicos. Há que se destacar, neste contexto, a importância do programa Mais Médicos em seus dois eixos de atuação: provimento de médicos e expansão do ensino superior. O primeiro permitiu inicialmente a cobertura real e o pleno atendimento da capacidade instalada do município e, posteriormente, a retomada do plano de expansão da atenção básica. Antes, o município possuía 42 equipes de saúde da família, das quais, mais de 20 encontravam-se sem médicos no final de 2013. Caruaru destinava 23% de sua arrecadação para a saúde, contratava médicos por concursos e já possuía plano de cargos e carreiras, mas mesmo assim não conseguia preencher todas as vagas e tinha dificuldades de fazer cumprir os regimes de trabalho contratados. Estas dificuldades na atenção básica repercutiam em toda a rede de serviços, nas iniciativas de regulação e atentavam contra o princípio da integralidade em suas várias dimensões. O segundo eixo possibilitou a criação do curso

de medicina, que também influenciou na expansão e qualificação da rede de diversas formas e apresenta interesse particular neste estudo.

Durante o período da pesquisa, a atenção domiciliar contou com 3 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e 1 equipe multiprofissional de apoio. Ao final de dois anos de pesquisa, o município atingiu antecipadamente a meta de 70% de cobertura da atenção básica, com reflexos em toda a rede.

A implantação do curso de medicina, em consonância com as novas diretrizes curriculares, ampliou os efeitos do provimento de médicos, apoiando a revisão e a ampliação de políticas como a regulação municipal e a política de assistência ao parto. Também foi a partir da universidade que esta pesquisa se articula e se apresenta como uma forma de produção de coletivos, perspectiva síntese das ações de integração ensino-serviço. Esta concepção é a de uma escola do SUS, palco de suas disputas e terreno propício para seus avanços e conquistas. Na relação direta com a atenção domiciliar, deve-se destacar as propostas de residências médicas em medicina de família e comunidade, clínica médica, cuidados paliativos e as multiprofissionais também em cuidados paliativos e na atenção básica.

A pesquisa

Apresentaremos a pesquisa como caminhada, perseguindo o objetivo de oferecer visibilidade e dizibilidade ao cotidiano de quem faz, de quem pede e de quem usa o SUS. Neste caminho dois dispositivos acompanharam o fazer-se pesquisador. A proposta de deslocamento do lugar do pesquisador para o lugar de pesquisador (in) mundo, questionando as possibilidades de subjetivação e limitação recorrentes nas pesquisas qualitativas, como sugerem Abrahão *et al.* (2014).

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. (p. 157-158)

E também o dispositivo da pesquisa interferência, discutido na linha de pesquisa e trabalhado no processo permanente de construção dos pesquisadores como uma perspectiva diferente da intervenção. A pesquisa interferência reconhece mudanças no ambiente institucional na medida em que também sofre interferências e se redefine em processo, mas admite que as mudanças são resultados das práticas das pessoas e dos encontros. Por isso, absolutamente ingovernáveis.

Os dois dispositivos apresentados perseguem uma coerência com uma noção primeira de rede que ganha várias tessituras durante o processo. Os dois conceitos, de rede e de pesquisa, ora se confundem ora se distinguem, mas continuamente ganham várias cores emprestadas pelos diversos atores que a produzem. Busca-se assim construir redes de análise-implicação na mesma gramática da produção do cuidado, rizomática, viva, pulsátil, vibrátil. Os objetivos da pesquisa são objetivos

do mundo do trabalho, (in)mundos, contaminados, infectados pelo cuidado e, consequentemente, contagiosos.

A proposta de usuário-guia produz deslocamentos no processo de produção de conhecimento. Impõe a necessidade de produzir um cartógrafo de redes. Mas onde encontrar esse cartógrafo? Como acompanhá-lo na sua pesquisa, na construção de um mapa imagético da rede de cuidados e relações que perpassam tanto o cotidiano da gestão, da assistência e da luta cotidiana pela produção de sua própria saúde?

Algumas pistas. Seu processo é livre e não necessariamente sistemático. Sua lente é imanente. É assim que retém, fotografa e filma os caminhos que percorre, fazendo parte do próprio caminho, da paisagem, dos contornos e dos atalhos. Seu mapa é da mais fina e leve gramatura, um tecido. É sobre um tecido afetivo que escreve com sua tinta de vários matizes, de vários devires. Há na construção do usuário-guia um devir gestor do cartógrafo que luta para fazer acontecer um plano, um projeto de cidade, uma dimensão do direito à saúde. Há um devir trabalhador que luta por reconhecimento, que se debate contra o trabalho morto e as amarras subjetivas da normatividade. Por fim, há um devir usuário, gente, pessoa, família, cuidador que luta para manter-se vivo, para viver mais e melhor.

Mas há também deslocamentos necessários para a produção dos usuários-guias em nós pesquisadores. Deslocamentos dos espaços de poder e crenças sobre a academia, sobre a ciência e sobre o próprio conhecimento. Podemos assim dizer que tomar o usuário como guia exige produzir um cartógrafo em permanente deslocamento, e seu deslocamento se dá por e sempre produzir interferências no mapa que pinta todos os dias. E como devires, nem sempre se encontram nos mesmos corpos o tempo todo. Portanto, para pesquisar redes nesta perspectiva, faz-se necessário produzir deslocamentos para produzir novas visibilidades, faz-se necessário produzir encontros.

Pactuação com a gestão

Os primeiros passos do caminho se deram por dentro da institucionalidade necessária à pesquisa e à relação universidade-secretaria municipal de saúde. As primeiras tratativas de implantação do curso de medicina se deram na perspectiva de sua construção compartilhada e também do SUS. A universidade proporcionou o provimento de médicos para atenção básica ainda antes da chegada de profissionais do programa Mais Médicos. Havia professores que participavam da gestão municipal em diversas atividades com destaque para a política municipal de educação permanente. A universidade também havia empreendido uma dinâmica compartilhada de construção de seu próprio perfil de professores a partir das necessidades do SUS, apontadas pelo perfil epidemiológico da região, da análise de concursos anteriores para médicos no município e no estado, e da escuta aos gestores municipais e estaduais.

A escolha do município foi comemorada pela gestão que vinha reunindo reconhecimento em vários encontros nacionais justamente em torno da atenção domiciliar. Acrescenta-se a isso o fato de os pressupostos ético-políticos do grupo de pesquisadores da linha de micropolítica do trabalho vivo inspirarem a gestão muni-

cial. Várias das políticas municipais já vinham sendo construídas em busca de uma dimensão cuidadora e compartilhada de gestão do cuidado. Desta forma, podemos dizer que a pactuação da pesquisa com a gestão municipal se deu em uma perspectiva não autorizativa, mas sim desejante.

Iniciado o caminhar, passamos às rodadas de apresentação da pesquisa aos trabalhadores da gestão e da atenção municipal. Praticamente todos os trabalhadores da atenção domiciliar estiveram presentes nos encontros quinzenais, assim como os apoiadores e a coordenação da atenção básica. A secretária municipal também esteve na maioria dos encontros uma boa parte do tempo. O objetivo era convidar os trabalhadores a integrar o grupo de pesquisa ou instalar um coletivo pesquisador na cidade. A primeira estratégia foi a de apresentar os textos de referência e colocar em discussão os dispositivos da pesquisa interferência e a noção do pesquisador in-mundo.

Nos vários encontros os trabalhadores permaneciam completamente calados, como quem reivindicasse, silenciosamente, o lugar de objeto da pesquisa. A afirmação silenciosa que perpassava os encontros era a de que: “você vieram aqui para pesquisar, estamos à disposição para sermos pesquisados”.

Percebemos um certo efeito de abafamento das falas pela presença das figuras de referência que descrevemos anteriormente. O rebuscamento das falas e a densidade dos textos utilizados para produzir deslocamentos do agir pesquisador também produziam um afastamento do grupo. O silenciamento era reforçado pelo papel que, paulatinamente, o curso de medicina foi assumindo na cidade. O pesquisador de referência em Caruaru foi durante todo o período da pesquisa o diretor da escola médica. O desafio de desconstruir o lugar de diretor da primeira escola médica da cidade, com todas as implicações e desvios semióticos inerentes, para o lugar de pesquisador (in) mundo passou a ser o principal mapa cartográfico que orientou os meses seguintes da pesquisa.

Nesse momento foi importante o efeito de rede de pesquisa com a intervenção do coordenador regional que propôs uma virada metodológica. Passamos então a discutir possíveis casos traçadores que servissem como mapas analíticos do processo de trabalho das equipes. Reunimos inicialmente 9 casos indicados pela equipe que serviram para colocar em discussão o dia a dia dos trabalhadores.

Os primeiros relatos dos trabalhadores, quando provocados sobre possíveis problemas ou nós críticos do processo de trabalho era a relação com os cuidadores. Encontramos uma encruzilhada cartográfica. Acompanhar as equipes para tentar encontrar os usuários diretos e indiretos do SAD em dois caminhos. O mais próximo possível do cotidiano das equipes, encontrando os trabalhadores nas bases e saindo com eles no carro da equipe e acompanhando cada caso em domicílio. E o caminho percorrido pelos cuidadores ou acompanhantes quando da admissão dos pacientes no programa. Os trabalhadores alertavam para a ausência de qualquer dispositivo na política nacional ou mesmo local que atendesse às necessidades dos cuidadores. Passamos então a acompanhar as rodas de terapia comunitária que eram oferecidas aos cuidadores dos pacientes.

Há ainda um terceiro caminho que chega e atravessa essa encruzilhada. O caminho que traçamos com as iniciativas de integração ensino-serviço no curso de

medicina. Mais especificamente a inserção no módulo de Prática Interdisciplinar de Educação Serviço e Comunidade e na residência médica de Medicina de Família e Comunidade. Esta inserção se deu institucionalmente de forma independente da pesquisa, mas permitiu o encontro com vários usuários e equipes em outros pontos da rede. A partir da atenção básica, em encontros que começaram antes mesmo da pesquisa e zigzagueavam por entre o acompanhamento das equipes do SAD, encontramos outros relatos e análise da rede. Os trabalhadores da atenção básica queixavam-se da dificuldade de acesso às equipes e de não poderem encaminhar pacientes para a atenção domiciliar. Queixavam-se também das altas que recebiam em seu território, sem pactuações ou repasses. Que recebiam casos de seus usuários, às vezes, sem contato com o SAD. Durante os dois anos da pesquisa estivemos semanalmente nas unidades de saúde da família de várias comunidades.

Genealogia da Atenção Domiciliar no município

A cartografia é um processo investigativo que não obedece necessariamente a uma linearidade de espaço, tampouco de tempo. No caminhar pela rede encontramos uma característica da atenção domiciliar presente nas narrativas das equipes sobre seus processos instituintes ou sobre como se viam no espaço/tempo da produção do cuidado e naquela rede. Esta maneira de contar a história do SAD em nós emergia na reflexão sobre o que fazia dessa rede uma organização cuidadora.

A iniciativa de organização da atenção domiciliar no município partiu dos trabalhadores com inserção em unidades básicas de saúde a partir da identificação das necessidades de usuários e suas famílias no cotidiano do serviço. Nas horas de folga e em arranjos não institucionalizados, o médico fazia visitas a pacientes que não tinham condições de se locomover até o serviço. A partir das necessidades articulava-se o atendimento por outros profissionais. Quando o Melhor em Casa foi lançado, o município já possuía um arranjo próprio, o que facilitou sua adesão e reconhecimento em nível nacional junto com outros municípios pioneiros como Belo Horizonte, Betim, Campinas, Londrina e Cascavel (OLIVEIRA NETO, 2016).

Reconhecemos uma tradição ou tendência dos municípios nordestinos, sobretudo no interior, de acompanharem literalmente os programas nacionais. Com serviços de menor complexidade tecnológica e redes mais precárias, os municípios do interior do nordeste se notabilizam na literatura por arranjos mais simples e de maior impacto sobre situações mais vulneráveis e de maior magnitude. A atenção básica e seus arranjos de equipes mínimas com ênfase em situações de grande mortalidade infantil por doenças infecciosas e desnutrição são exemplos facilmente reportáveis.

Essa genealogia nos faz acreditar em uma permeabilidade das equipes e da gestão às novas necessidades de saúde que as mudanças sócio-econômico-políticas produziram. Daí as condições crônicas, tanto clínicas como produto de causas externas, muito presentes na rede municipal. É interessante notar também como o deslocamento do conceito de tecnologias sugerido por Merhy (1997), pode promover deslocamentos nos sentidos de protagonismo e reconhecimento das equipes. O município

fazia-se notar por sua capacidade de enfrentamento de problemas complexos com tecnologias leves, da embriogênese à maturidade da rede de atenção domiciliar.

O Percurso dos cuidadores

Ainda quando nos encontrávamos no início da pactuação com as equipes para o acompanhamento de suas atividades, estivemos por um período discutindo seu processo de trabalho. Em todas as situações trazidas para a roda havia um elemento que vazava dos planos institucionais. Uma característica marcante dos arranjos de atenção domiciliar, o lugar dos cuidadores ou acompanhantes de pacientes. Uma interface forte com a política de assistência social, transladada pelo núcleo do serviço social na equipe. Uma necessidade sempre presente. Uma dificuldade para as equipes. Uma potência disruptora dos modos de produção do cuidado. As trajetórias errantes do cuidado traziam a dificuldade em trabalhar a negação de um paciente a seu quadro de paraplegia, seus maus tratos com a família. A iminência do abandono, a frustração da equipe em não encontrar tecnologias para esse plano de cuidados. Os afetos que se produziam na equipe por vidas que eram ressignificadas no cuidado. Cuidadores que abandonavam a própria vida, trabalho e relações para cuidar do outro. Afetos compartilhados por outros pesquisadores em outras redes de atenção domiciliar.

Ao discutir um encontro nacional com a equipe do ministério da saúde que acompanhava a pesquisa consolidamos a materialidade dessa análise. Ensaíamos um deslocamento para o lugar de formuladores da política nacional que nos pareceu sempre tão bem formulada. E se pudéssemos escrevê-la nós mesmos? O que acrescentaríamos? Medidas que dessem conta de apoiar as famílias. Financeiras, tecnológicas, cuidadoras. Este momento de reflexão expandiu-se como interferência para a gestão municipal, o que resultou na contratação de uma psicóloga, profissional ainda ausente no SAD Caruaru. Enquanto pesquisa nos dirigiu ao acompanhamento das atividades das equipes dirigidas aos cuidadores.

Acompanhamos as rodas de terapia comunitária por 6 meses. Aconteciam uma vez por mês na sede da secretaria municipal ou em algum equipamento hospitalar como policlínicas ou na base do SAMU municipal. As rodas seguiam à risca a dinâmica da terapia comunitária integrativa. A cada mês o grupo renovava-se completamente, dificultando a possibilidade de formação de vínculo entre os cuidadores, tratados ali como pacientes ou usuários, e entre eles e o terapeuta. Muitos cuidadores chegavam sem a noção exata da finalidade daquele encontro e tinham dificuldade de participar da dinâmica. A cada encontro, um e apenas um dos participantes conta a sua história, o que o trouxe ali. Esse relato de fato mobilizava muita empatia entre os participantes, mas a rotatividade dificultava a produção de rede de cooperação e solidariedade como o método propõe. O fato dos encontros acontecerem em unidades centralizadas também parecia um paradoxo diante dos propósitos da TC e das necessidades dos cuidadores expressas ali e pelas equipes nas rodas da pesquisa. Mas o maior paradoxo talvez esteja no fato de as rodas não fazerem nenhuma conexão com o trabalho das equipes do SAD nas casas, ou com as dificuldades encontradas na relação com os usuários e suas famílias. A psicóloga contratada não participava dos encontros de TC.

O acompanhamento das equipes

As equipes de atenção domiciliar se reúnem diariamente em bases de apoio. Salas em unidades de saúde de média complexidade, as policlínicas e no hospital municipal. Em uma delas há também equipes de saúde da família que também estão instaladas na policlínica. No primeiro momento procuramos entender o processo de trabalho da equipe. A primeira ideia era a de visitar as reuniões de equipe para com todos pactuar a dinâmica, e esta foi a primeira surpresa. Como uma equipe poderia funcionar de modo tão interessante sem reuniões de equipe? Esta discussão repercutiu nas rodas de discussão do encontro nacional de pesquisadores. Como um efeito de onda, percebemos este fenômeno em várias redes estudadas pela pesquisa (FEUERWERKER & MERHY, 2008). O processamento no encontro nacional remete à discussão sobre redes e a forças normalizadoras do processo de trabalho. Estávamos diante de redes vivas que se compõem nos encontros do cotidiano. Saindo das bases podemos assistir as redes pulsando, ou mesmo pulsar junto com a rede. Como em outros municípios já pesquisados, as reuniões, vivas, aconteciam no carro, no caminho para os domicílios. A perspectiva de pesquisa interferência nos permitiu construir uma relação de imanência, pertencimento com as equipes. Nosso objetivo nesse momento era o de viver e trabalhar com as equipes.

Nos domicílios o encontro com o cuidado foi flagrante. Era no cuidado que as profissionais de saúde, todas mulheres à exceção de um auxiliar de enfermagem, se encontravam e se produziam em ato. Primeiro possível usuário-guia identificado e acompanhado foi um paciente de 56 anos, que vive com diabetes e que havia passado por uma amputação há pouco. A indicação do acompanhamento se deu a partir do hospital na ocasião da alta. À primeira impressão, estávamos diante de um caso de competência da atenção primária. Mas a equipe não se pautava por protocolos ou critérios formais de classificação. Assumiu o cuidado de forma integral, com uma abordagem claramente hospitalar, mas essencialmente cuidadora, implicada, apropriada da história pregressa do paciente e de suas dificuldades. Chamava atenção a preocupação dos membros da equipe com a notícia de uma queda do paciente por má adaptação à nova situação. Por meio deste usuário acompanhamos um fluxo de descuidado que ainda persiste na região e que integra uma “rede regional de amputação”. Os pacientes identificados com lesões resultantes do pé diabético são facilmente encaminhados para dois serviços referência em cirurgia vascular. Os casos têm sempre a mesma resolução independente da gravidade. O paciente que acompanhávamos parecia resignado, a equipe não. Mas a implicação da equipe levantava uma questão: como é a relação com a atenção básica? Estávamos na área de cobertura de uma equipe e, quando questionamos a família, o relato é de que a agente de saúde visitava a família esporadicamente, mas médico e enfermeiro nunca havia estado lá. O plano se consolidou com a alta, mas sempre recebíamos notícias de seus hábitos alimentares, tão nordestinos. Da dificuldade de adesão à nova dieta e às aplicações de insulina.

Acompanhando um senhor de 91 anos, portador de um câncer de próstata, com seqüela de um acidente vascular cerebral, vítima de uma queda recente, com uma fratura de fêmur, função renal comprometida, em uso de sonda – um caso claro de

atenção domiciliar e de cuidados paliativos – nos contaminávamos com a atitude cuidadora da equipe. As tecnologias empregadas ultrapassam as fronteiras profissionais de competências específicas. A preocupação é a mesma independente do prognóstico, mas nesse caso acolhe a família em processo. A atenção à família acontecia inclusive fora do horário de trabalho, à noite ou nos finais de semana. A equipe antecipava a notícia de alta do serviço hospitalar com redes de comunicação informal constituídas pelos diversos vínculos que os trabalhadores possuíam em praticamente todos os serviços de saúde da cidade.

O acompanhamento dos casos mostrava a vinculação das equipes até depois da alta, mesmo em casos de óbito. Acompanhando outros casos, com outra equipe, encontramos uma paciente muito bem cuidada pela família que havia montado toda a estrutura de um *home care*. Ali víamos a satisfação da equipe em acompanhar uma paciente bem cuidada, muito mais que um sentimento de alívio por ter pouco o que fazer. Mas novamente um caso que impunha um deslocamento para o pesquisador em ato, outro caso de competência da atenção primária. A demanda apresentada era a de renovação de receita do antidepressivo, mas se desdobrou numa conversa sobre as cirurgias de correção de uma fratura de fêmur e as relações com os médicos ortopedistas. Vivemos o itinerário da paciente e da família com várias remoções aos serviços de urgência e emergência, muitas vezes a única porta de entrada que o sistema permitia. Mas ali, no domicílio as remoções ganhavam outras conotações. Como vimos em vários outros núcleos da pesquisa nacional, as equipes mobilizavam-se em torno das operações complexas que, muitas vezes, significavam levar um paciente para uma consulta em ambiente hospitalar. Também sofriam com o fracasso de uma intervenção e comemoravam o sucesso de outras.

Na ocasião do acompanhamento desses pacientes uma das médicas de uma equipe entrou de licença maternidade. Uma nova oportunidade de deslocamento para a pesquisa. O pesquisador em questão teve a oportunidade de substituir a médica na equipe. Tomamos esse processo como um investimento para a construção de imundização, apesar da condição de médico da equipe trazer consigo outros significados implicantes. Trocávamos assim o papel de professor e coordenador do curso de medicina pelo papel de médico da equipe e estes papéis, em alguma medida, se somavam. Mas esta foi uma oportunidade de desconstrução dos dois lugares e de experimentação de um agir coletivo construído pela equipe, enormemente apropriada dos casos e das histórias das famílias, mas sem o carimbo para as prescrições médicas. Ou seja, o poder de coordenação do cuidado permanecia nas alianças estabelecidas previamente. No conhecimento que tinham das dinâmicas familiares e na administração das demandas e dos fluxos vivos que produziam com as famílias.

Como médico (interino) da equipe as implicações se multiplicavam, se diversificavam, se ramificavam. Acompanhamos pacientes e seus cuidadores agora em um novo posicionamento, que permitia enxergar os diversos pontos da rede com outras vistas. Mas também à pesquisa e a seu percurso metodológico também se apresentavam novas perspectivas. Investimos na desconstrução do lugar de pesquisador, professor e diretor nos encontros e discussões de situações clínicas e da gestão do cuidado. Claro que sempre perpassado pela posição do médico que, mesmo no arranjo multiprofissional

do SAD, ainda encontra grande centralidade. No encontro com essa paciente acamada, após duas intervenções cirúrgicas para a correção de uma fratura de fêmur, fomos apoiados na intenção de deslocamento do poder médico no cuidado pelos resultados destas intervenções. A demanda da família para a equipe era apenas de material de consumo como fraldas, gases, pomadas, e a renovação da receita do antidepressivo. No intuito de compreender o caso, sua complexidade para construir a proposta inicial de plano de cuidado, percebi a emergência de uma outra implicação.

Os encontros com as equipes e as visitas aos usuários acontecia nas terças-feiras. Nas segundas estava sempre com os estudantes do primeiro período do curso e com residentes nas unidades de saúde da família, quando sentia emergir a espontaneidade da prática da atenção primária. Como parte da equipe, questiono naturalmente se aquela família é acompanhada pela saúde da família. Sim, e prontamente sabíamos qual era a unidade, quem era o agente de saúde e quem era o médico. Mas se, por um lado, a demanda da família era por suprimentos, que na prática implicavam despesas significativas e cuja obtenção implicava uma longa perambulação por vários serviços, a narrativa de como nossa guia chegara ali apontava para uma percepção bastante dura de seu itinerário de cuidado. A família entendia que o estado da paciente era resultado de um erro médico, de uma intervenção malsucedida que, além de lhe ter retirado a capacidade de locomoção, a havia deixado com muita dor. Uma segunda intervenção corrigiu o segundo aspecto, mas a matriarca da família jamais voltara a andar. Em seguida desenvolveria um quadro de demência e depressão. A família guardava uma péssima impressão do ambiente hospitalar e seus processos de cuidar, ao passo que não reconhecia na atenção primária autoridade, legitimidade ou vínculo que lhe fizessem confiar ou demandar por cuidado.

Vivemos assim um arranjo de rede viva em que o usuário elege sua porta de entrada, seu corredor e sala de estar. As relações construídas com a equipe do SAD também eram perpassadas pela resolutividade de alto valor simbólico e prático que o aporte de suprimentos possibilitava, assim como a capacidade de escuta e abordagem multiprofissional efetiva.

Usuários-guias

Com o tempo, o convite que fazíamos às equipes para se colocarem com pesquisadores ganhava conotação própria. As aproximações aos casos discutidos e a escolha dos usuários-guias passavam a ser mais densas, complexas e implicadas. A cada encontro, intercalado com os encontros nacionais de pesquisadores e separado por dias ou semanas, voltávamos aos casos e as casas cada vez mais implicados. As equipes passaram a destacar casos mais complexos, não do ponto de vista técnico-científico, mas das implicações e atravessamentos provocados em nós. O cuidado que saltava aos olhos nos primeiros encontros passou a ganhar regimes de dizibilidade, enunciado e imagem de uma prática viva.

Os casos trazidos não guardavam nenhuma característica clínica em comum como gravidade, complexidade ou desfecho. Mas eram casos que mobilizavam toda a equipe, transbordavam as fronteiras disciplinares, profissionais e pessoais. Acompa-

nhamos um usuário que havia sofrido um traumatismo raquimedular em uma festa da empresa. Seu lugar na família era central. A família acompanhara a ascensão social que o Brasil vivera nos últimos anos, mas nosso usuário-guia era o principal vetor dessa melhoria de qualidade de vida. O melhor empregado, numa empresa de porte médio, com carteira assinada e que já começava a progredir dentro da própria empresa. Na festa de confraternização de fim de ano mergulhou na piscina, bateu com a cabeça no fundo e fraturou uma vértebra cervical. Foi socorrido, mas como consequência da fratura ficou tetraplégico. A exploração deste usuário-guia é totalmente preenchida por várias implicações entre a equipe, o usuário, a família, os saberes, as esperanças, os resultados, enfim, os encontros.

Os achados radiológicos e clínicos sugeriam um mau prognóstico. A dinâmica da família se inverteu completamente. De provedor ou arrimo da família nosso guia agora demandava cuidados permanentes para tudo. Em cada etapa, encontro, notícia, clínica ou familiar havia implicação da equipe. O convívio com os trabalhadores fora do campo ou do domicílio, da rotina das visitas ou mesmo da discussão do caso, flagrava a preocupação legítima e a comoção. Apesar do mau prognóstico, a perspectiva cuidadora que articulava a equipe insistentemente construía planos de cuidado viáveis e esperançosos. Planos de cuidado que guardavam a prudência com relação aos resultados das intervenções tanto nos trabalhadores, quanto na família e no usuário. Paulatinamente pudemos ver avanços discretos no plano clínico neurológico, a fisioterapia oferecida pela equipe e continuada pela família proporcionou uma discreta recuperação dos movimentos e do tônus da musculatura do pescoço, o que permitiu que o paciente aos poucos mantivesse a cabeça erguida. Uma cadeira de rodas com apoio para a cabeça permitiu que o paciente deixasse o leito e pudesse tomar banho de sol e participar mais do dia a dia da casa. Contaminado pela perspectiva cuidadora da equipe assistimos o irmão do usuário assumir com delicadeza, compromisso e dedicação o lugar de provedor e cuidador do irmão. Na medida em que reunia condições para a alta, a equipe experimentava e compartilhava sentimentos de realização, reconhecimento, preocupação e até saudade. Neste caso, desde o início do acompanhamento pela pesquisa, estivemos na unidade de saúde. Uma unidade situada em uma zona de transição entre a zona urbana e rural da cidade. Fomos recebidos pela equipe como parte desta, os trabalhadores do SAD demonstravam familiaridade com o local e com as pessoas. Rapidamente surgiu um cafezinho e organizou-se uma roda para conversar sobre o caso e sobre a pesquisa. Em poucos meses o paciente recebeu alta, seguiu em acompanhamento da equipe de saúde da família, mas os trabalhadores do SAD nunca deixaram de falar dele, com notícias sempre atualizadas. O caso desse paciente é escolhido pela equipe como um dos usuários-guias acompanhados e que comunicava as interferências da pesquisa no cotidiano. A narrativa é formulada a partir de planos de afetação para muito além de caso clínico ou itinerário terapêutico. A resistência de manter-se vivo sem movimento autônomo algum, uma vida que se reivindica valer a pena, ser a sua própria obra, é a teia que constitui uma rede de cuidados e ressignificações.

Buscando os usuários-guias, revisitamos a história de um garoto que conta os caminhos de quem faz e usa o SUS no município. Uma história que ganhou noto-

riedade no noticiário local, marcada como reconhecimento da cidade à equipe e à gestão. Aos dois meses de vida, acompanhado com dificuldades por uma equipe de PACS, é referenciado a uma unidade básica para acompanhamento por equipe multiprofissional. Estamos em 2012 e ainda não havia SAD no município. Em visita domiciliar, como que traçando as primeiras trilhas do que viria a ser a rede estudada, a equipe encontra uma família em situação de grande vulnerabilidade social. Sete pessoas em um cômodo. A mãe da criança aceitava com resistência a visita do ACS e da enfermeira, apresenta-se como usuária frequente de álcool. Há outras pessoas na casa reconhecidas como dependentes químicos, usuários de outras drogas. Não há renda. A criança era portadora de uma malformação cardíaca e estava desnutrida.

A equipe escolhe esse como um caso a ser cuidado com atenção, mobiliza a gestão, articula acesso à rede de assistência social e viabiliza a aquisição de uma suplementação alimentar para a criança. Este é o momento da implantação do SAD e a equipe que atua na unidade de referência passa a compor o SAD e continua agora a acompanhar a criança com mais regularidade e com uma equipe maior. Melhora a vinculação com a família, a criança ganha peso e recebe alta da atenção domiciliar, passando a ser acompanhada pela equipe de saúde da família. Mas a equipe do SAD segue acompanhando informalmente o garoto e a família.

O pequeno usuário ousava desafiar a genética e a pobreza e, na sua resistência, instituiu uma rede de cuidados e uma política municipal. A implicação da equipe transitava livremente pelos arranjos institucionais de organização do processo de trabalho e até de compras públicas (pregões, dispensas, licitações...). Ajudou a inscrever não limites nos fluxos e protocolos de implantação porque confundia os níveis hierárquicos do sistema. Era um caso de alta complexidade que demandava uma cirurgia cardíaca que acessara e seguia acompanhado pela atenção básica, pelo SAD e por pessoas que permanentemente se deslocavam de seus papéis institucionais orientadas pelo cuidado.

Um grave incidente amplia e aprofunda a relação da equipe com o caso. A mãe da criança sofre um infarto agudo e morre. A tutela da criança é assumida pelo Estado e ela é encaminhada a um orfanato. A equipe segue acompanhando a criança e os fluxos de agendamento da cirurgia cardíaca que finalmente é agendada. Mas a condição clínica perde força na narrativa e dá lugar à comemoração da equipe pela adoção da criança.

Discussão

Voltemos à cartografia aqui ensaiada. Caminhamos por tortuosos caminhos buscando colorir com cuidado os tecidos afetivos que usamos como mapas. Procuramos construir planos de visibilidade, de dizibilidade do trabalho vivo em ato e de sua potência em instituir práticas de gestão, de atenção e cidadania. Tulio Franco (FRANCO, 2006) propõe três reflexões para se pensar a constitucionalidade das redes na perspectiva da micropolítica do trabalho vivo. A imanência das redes, ou seja, seu caráter constitutivo dos sistemas produtivos, o seu caráter rizomático e, por fim, autoanalítico. A genealogia da atenção domiciliar em Caruaru e os usuários-guias apre-

sentados trazem algumas formas, expressões da vitalidade do trabalho e contam, por si, a constitutividade das redes que operam neste território rizomático, ziguezagueando da atenção à gestão, da gestão à atenção. Juntas, estas características organizam-se como conhecimento construído em processo de um pesquisar (-se) (in)mundo. O caminho e os encontros do cartógrafo, ou dos cartógrafos e cartógrafas que foram se constituindo no próprio caminhar acontecem no plano autoanalítico das redes.

Estes planos de significações distorcem os desenhos de rede propostos e os emaranhados vivos dos caminhos traçados questionam a centralidade da atenção básica como ordenadora ou gestora do cuidado. Para este olhar imanente, rizomático e autoanalítico é difícil olhar para atenção domiciliar como uma rede específica, coordenada pela atenção básica. A inserção dos diversos trabalhadores do SAD nos serviços hospitalares, não só antecipavam a alta do hospital e a admissão no SAD, mas organizavam e produziam rede porque são movimento instituintes do trabalho vivo.

A atenção domiciliar, como propõem Silva *et al.* (2010), é lócus privilegiado de análise e produção de redes. Empresta potência para a construção de modelos assistenciais porque desafia as fronteiras da norma, dos protocolos. Os entrecruzamentos de vários serviços em um território fluido quando olhado dos vários pontos de vista produz a sensação de sala de espelhos onde cada ponto da rede pode visualizar-se e aos demais, e em diferentes ângulos. O cuidado e o trabalho vivo são o ambiente central desta sala. No acompanhamento das atividades das equipes encontramos interfaces entre atenção básica e os hospitais terciários, entre as famílias e o estado, entre trabalhadores e entre saberes.

Além dos casos indicados pelas equipes como usuários-guias recebemos o espelho de vários chamados da ouvidoria com relatos espontâneos de reconhecimento e gratidão. Durante os dois anos da pesquisa e pelas diversas implicações relatadas pudemos estar próximos também do cotidiano da secretaria de saúde. As pautas de integração ensino-serviço da universidade nos aproximavam do cotidiano da coordenação municipal de atenção básica e, em todos estes espaços, a atenção domiciliar nunca emergia como urgência cotidiana da gestão. É o lugar do não problema. Os arranjos de equipe respondiam basicamente às exigências do programa federal, mas organizavam processos de trabalho orientados pelo cuidado. Estes fatores emprestam potência ao trabalho vivo em ato e seu caráter ingovernável.

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 (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos)". *In*: 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. 176 p. : il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. 2008. "A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação da prática". **Revista Panamericana de Salud Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3: p. 180-188.
- FRANCO, T. B. "As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde". *In*: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.
- MERHY E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp; 1999. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>. Acesso em 17 maio de 2016.
- 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, p. 71-112. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- OLIVEIRA NETO, A. V. **Análise do programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde**. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília. 2016.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SMS DE CARUARU. **Plano Municipal de Saúde**. 2014-2017. Caruaru, 2014.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. "Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, jan. 2010.

A rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência: um caminhar para além do instituído

Clara Oliveira Esteves
Marcio Costa de Souza
Raquel Miguel Rodrigues
Nathalia Silva Fontana Rosa
Wendell Viana
Lea Mara Reis de Melo

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram desenhadas para favorecer o acesso e a continuidade do cuidado em saúde. Em relação à pessoa com deficiência, essa lógica diferenciada na produção do cuidado estabelecida pelas RAS foi expressa com mais força por meio do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano “Viver sem Limites”. Assim, com a instituição da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, espera-se favorecer a articulação entre os serviços de saúde, contemplando ações de promoção à saúde, identificando precocemente as deficiências e, consequentemente, prevenindo agravos, bem como realizando o tratamento e a reabilitação necessários (BRASIL, 2014).

Ainda, nessa nova lógica proposta por meio do Plano Viver sem Limites, não somente o setor da saúde deveria estar comprometido com ações voltadas para o cuidado à pessoa com deficiência, mas também a educação com políticas públicas inclusivas, a ciência e tecnologia com as tecnologias assistivas, o setor de infraestrutura urbana promovendo acessibilidade e mobilidade, dentre muitos outros (BRASIL, 2014).

A construção e a implementação desta rede no SUS impõem diversos desafios, como a pactuação interfederativa, financiamento para criação de novos serviços, organização, incorporação tecnológica e logística, gestão, formação, intersetorialidade, participação social etc. Nesse sentido, há previsão no fortalecimento e ampliação dessa rede de serviços de cuidado especializado, principalmente, mediante construções, ampliações e ou habilitações de Centros Especializados de Reabilitação (CER) aos quais a política atual se reporta.

Existia, até o final de 2015, um grande esforço por parte da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência de estabelecer um debate intenso acerca dos modos pelos quais o cuidado vai ser produzido. Isso porque a história da construção da atenção às pessoas com deficiências é marcada pela fragmentação, iniquidade e por perspectivas divergentes em relação às apostas terapêuticas, já que foram organizadas em resposta às demandas dos diferentes grupos, com capacidades distintas de pressão e conquista. Assim existe um desequilíbrio de oferta entre diferentes deficiências e o predomínio da oferta de serviços por instituições privadas sem fins lucrativos e menor oferta pública de serviços, em uma lógica fragmentada de assistência.

No entanto, apesar de todo esse esforço para organizar uma rede formal para oferta de cuidados à saúde, a experiência de cada sujeito é permanentemente definida e modificada pelo seu próprio agir cotidiano e pela busca de soluções práticas para os seus processos de adoecimento. A rede de cuidados produzida por uma linha construída a partir de manuais e orientações dos órgãos governamentais não são tomados, necessariamente, por trabalhadores e usuários para a construção de suas próprias redes vivas. Ao invés disso, o que se vê é que essas redes se produzem e se refazem a partir dos encontros e desencontros que a vida lhes apresenta (MERHY *et al.*, 2014).

Assim, a fim de entrarmos no mundo da produção do cuidado na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, mergulhamos nas redes de atenção, para, junto com os trabalhadores, identificar usuários que nos possibilitassem acompanhar seus caminhos na produção da vida e do cuidado. Apresentamos aqui recortes e reflexões a partir de nossa caminhada com a mãe de uma usuária-guia de um Centro Especializado de Referência (CER III) do município de Salvador – BA, que é referência para todo o estado da Bahia.

A nossa caminhada

Este trabalho se articula em torno de ações compartilhadas de um coletivo de trabalhadores e pesquisadores, no qual apostamos que todos são capazes de produzir conhecimento como protagonistas do agir cotidiano no mundo do trabalho em saúde. Dessa forma, temos a possibilidade de construir novas ideias e visibilizar os múltiplos mecanismos de produção das redes de cuidado efetivas em diversos pontos, assim como os modos como elas se entrelaçam com as redes instituídas (CERQUEIRA & MERHY, 2015).

Desta forma, este coletivo vem construindo, de março de 2015 até junho de 2016, a aproximação com um centro de reabilitação de referência para pessoas com deficiência no estado da Bahia. As conexões entre os pesquisadores e as pessoas que habitam esse lugar (trabalhadores, usuários, familiares) foram iniciadas a partir de visitas programadas com a gestão do serviço, momentos em que foi realizada uma apresentação e obtida autorização para a pesquisa. A produção desses espaços de conversa se deu em diversos locais do centro de reabilitação e por vários meios. Desde observação na sala de espera; passando por rodas de conversas com trabalhadores no CER e também nos municípios onde os usuários viviam; participação de eventos promovidos pela instituição e entrevistas com usuários.

O centro de reabilitação funciona como referência para todo o estado da Bahia e oferta diferentes tipos de serviços divididos em reabilitação intelectual, motora e auditiva, constituindo-se em um CER III. Este serviço atende cidadãos de todo o estado, o que implica para muitos deslocamentos de 800 km para serem atendidos. Foi no CER, por intermédio dos trabalhadores, que nos encontramos J. (a mãe) e Esmeralda (a usuária-guia).

Apresentação da usuária-guia

Esmeralda é uma menina de 5 anos, moradora de um município do Recôncavo Baiano, é portadora da síndrome de Dandy Walker. Pela condição com que convive,

Esmeralda necessita de reabilitação psicomotora e cognitiva semanal. Sua mãe, J., não consegue levar a filha ao CER com a frequência desejada e necessária, o que, segundo a equipe, é o que faz com que Esmeralda não tenha a evolução esperada. Além disso, nos dizem também que J. sempre traz delírios paranóides e persecutórios para justificar sua falta de assiduidade e esse é considerado um elemento que dificulta a sequência dos atendimentos.

A equipe reconhece que a produção do cuidado junto a essa usuária demanda ações dentro e fora da unidade de saúde, para conhecer mais de perto seu cotidiano e o de sua mãe, o que tornaria possível aproximar as ofertas da equipe à vida delas. Porém, ainda não tinham conseguido fazer essa aproximação.

Nesse sentido, com os convites produzidos pela pesquisa, promovemos encontros da equipe com o mundo de J. e Esmeralda, no município em que residem e, com isso, tivemos 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.

Nessas conversas e visitas, descobrimos uma grande rede de cuidados produzida por J. Ela 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; recentemente, começou a pagar aulas particulares de música para Esmeralda em um município vizinho, pois percebeu que ela gosta muito de música em casa – ela já tinha experimentado musicoterapia anteriormente e tinha sido interessante. J. recorrentemente vai à escola municipal em que Esmeralda está matriculada para saber se já contrataram o facilitador para fazer a inclusão de Esmeralda na escola regular e, inclusive, neste momento está acionando o Ministério Público para garantir o direito de Esmeralda estudar. J. sempre leva Esmeralda para brincar na praia e nos espaços públicos de lazer próximos à sua casa. Outra questão relevante é a conexão que J. tem com o momento atual do país, com as intensas manifestações políticas que vêm ocorrendo; demonstra saber o que acontece no mundo ao redor para, por exemplo, ter domínio sobre as condições de deslocamento até a capital ou outras localidades mais próximas.

Conhecemos, portanto, uma J. potente produtora de rede, que acessa e fabrica diferentes dispositivos de cuidado para Esmeralda em seu município. Intensa na tessitura da vida de ambas, acessa também espaços de lazer públicos e privados nas redondezas de onde mora. Uma J. que se mostra atenta aos acontecimentos sociopolíticos que a circundam e que interferem na forma como ela vai produzindo seus movimentos na vida, incluindo a organização da agenda de atendimentos de Esmeralda.

Ao percebermos esta J., abrimos conversa com os serviços do município em que moram, que já haviam sido acionados pela própria J., tanto na saúde como na educação, de forma a reforçar seus esforços para produzir uma rede de cuidados mais próxima fisicamente, sem que haja necessidade de deslocamento até a capital com tanta frequência.

Podemos perceber ainda a capacidade de J. de tecer redes para além da rede formal, estruturada pelos serviços de saúde e pensada pelos especialistas dos órgãos governamentais. Uma rede desenhada a partir do seu próprio modo de existir, a partir

dos seus interesses, e que por muitas vezes era equivocadamente interpretada como um não caminhar. Chamou a atenção a intensa construção de J. que, para cuidar da filha, caminha por três municípios, em serviços de saúde e em outros tipos de equipamento, como a escola de música, que está distante de ser considerada um ponto de atenção formal, mas, para J. e Esmeralda, se constitui como tal. É importante destacar que as equipes de saúde, que estão em dois dos três municípios em que ela transita, não tinham conhecimento destas produções de vida.

Percebemos o quanto as visitas ao território, em busca do encontro com a vida dos usuários, abriram visibilidade às redes produzidas por J. para além da formalidade, 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, produzidas por J. e Esmeralda. Ou seja, são encontros que produzem conexões tecidas na necessidade de pessoas que precisam de um olhar diferenciado, não aprisionado na clínica e mais perto da realidade de suas vidas.

O que essa usuária-guia nos fez ver?

1. A importância de nos conectarmos com o “fora” do serviço de saúde

Desde o início, quando começamos a acompanhar Esmeralda e J. junto com a equipe do CER, o primeiro entrave colocado pela equipe foi: “Como realizaremos visitas domiciliares? Temos recursos para isso? Não podemos deixar de atender, pois somos cobrados por produtividade...” Essas e outras falas da equipe demonstram como o modo de organizar o trabalho pode se converter em barreira para maior vinculação da equipe com os usuários, mesmo usuários que mobilizam intensamente a equipe. Eles têm dificuldade para ir ao território, dentro ou fora de Salvador.

A forma tradicional de organização destas estações de cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003) parece fragilizar estratégias de ampliação da caixa de ferramentas que a equipe possui. Neste caso, em se tratando de uma equipe experiente em práticas relacionadas à saúde mental, as barreiras, muitas vezes impostas pela gestão dos serviços, têm gerado angústia e tensionamentos de difícil manejo. Há certo aprisionamento ao instituído.

Entretanto, com os movimentos produzidos em nossos encontros, ficou claro para a equipe como foi possível disparar ações produtoras de vida a partir da aposta de realizar coletivamente visitas domiciliares. Ficou clara a necessidade de pensar estratégias nesse sentido: disparar processos contínuos com os municípios, investir na construção de relações colaborativas, especialmente com os trabalhadores de municípios muito distantes – já que a distância torna penoso o constante deslocamento dos usuários até a capital. A equipe reconhece que o trabalho terapêutico realizado diretamente com os usuários é fundamental, mas que esses ganhos, muitas vezes demorados, poderiam ter mais efetividade com intervenções mais diretas no território, acionando as equipes locais.

Então, a importância disso para descentralizar o trabalho aqui do serviço. Ela (a usuária) pode fazer o acompanhamento muito mais implicado, e não precisa

se desgastar e se expor tanto nas viagens até Salvador. Para ela é um sofrimento muito grande tudo isso, o perigo para ela é aumentado. Tem muitas crianças nessa mesma situação, que chegam de longe, viajam noite inteira, chegam dormindo, o que é muito prejudicial ao tratamento. Qual o ganho? Por isso a importância de uma articulação maior com essas localidades do interior. Esse trabalho no território é muito maior. Além disso, a ida ao território abrange muito mais do que apenas aquele caso específico.

(Fala de uma das trabalhadoras na oficina realizada com a equipe)

Portanto, a experiência na produção de encontros em um outro espaço, que não apenas dentro do centro de reabilitação, abre outras perspectivas, abre a possibilidade de apostas que podem disparar mudanças nos processos de trabalho em saúde e favorecer movimentos criativos por parte dos trabalhadores (MERHY, 2004).

Outro aspecto relevante que emergiu na oficina com a equipe, foi a reflexão sobre a possibilidade de os municípios do interior assumirem responsabilidades pelo cuidado dos usuários de forma compartilhada com o centro de reabilitação, utilizando estratégias de matriciamento em situações de usuários “complexos” e de difícil manejo. A equipe entendeu que os municípios também podem promover ações compartilhadas e cooperativas, embora admitam que eles próprios, mesmo em Salvador, não realizam essa produção de rede de cuidado com os usuários.

Forçar o município a nos fazer visita, tensionar para que sejam eles também os agentes. Que eles viabilizem, por exemplo, carro para levar trabalhadores daqui. Implicar o município no processo. Vai ser bom para ele também. Ele tem que mandar o usuário toda a semana para atendimento em Salvador e isso tem um custo para ele. No momento em que ele se implica, e que a gente possa construir com ele respostas para o atendimento do usuário, fica até mais barato para ele no futuro. Talvez o usuário não precise vir toda semana, pode ser acompanhado no município e vir de vez em quando para um acompanhamento mais geral conosco, como suporte.

(Fala de uma das trabalhadoras na oficina realizada com a equipe)

Essa reflexão da equipe, a partir das interferências da pesquisa, aparece na fala dos trabalhadores destacando a importância de compartilhar esses “achados” nos outros espaços da Secretaria de Saúde do Estado, abrindo possibilidades de autoanálise dos serviços e da gestão.

Percebemos que é importante (re)pensar a organização do cuidado nos serviços de saúde e inventar novos arranjos cotidianamente. Inclusive na perspectiva de problematizar a questão da produção e produtividade dos trabalhadores, reconhecendo que a realização de atividades de matriciamento e cuidado compartilhado no interior do Estado poderia ser contabilizada na produção dos trabalhadores, produzir aprendizagem das equipes dos municípios para continuidade do cuidado e para as equipes do centro especializado de reabilitação ampliaria muito o impacto do serviço. Desta forma, é necessário que se proponham novas práticas para o cuidar em saúde que

atendam às necessidades dos usuários e que possibilitem a existência de espaços de educação permanente como dispositivo de reflexão e inflexão da produção do cuidado em saúde.

Essa mudança no olhar para produção do cuidado na rede da pessoa com deficiência aparece de forma importante na oficina realizada com a equipe, quando trazem a comparação com a rede de saúde mental, que facilita e “contabiliza” as ações dos trabalhadores em articulação no e com o território em sua produção/produktividade. Há mais o que aprender com a luta antimanicomial, especialmente no que diz respeito às apostas na produção da vida, o não aprisionamento na clínica das doenças e a construção compartilhada com os usuários e seus familiares.

O debate sobre a implantação da política para a pessoa com deficiência no Brasil, Viver sem Limite, tem problematizado os vazios assistenciais por todo o país, na perspectiva de preencher esses “gargalos” assistenciais e de, pelo menos, contarmos com referências regionais que pudessem conformar pactos solidários entre municípios. A expansão da atenção básica nos últimos anos na Bahia, tem aumentado o acesso a diagnóstico, o que provoca maior estrangulamento dos serviços de referência na atenção especializada. Talvez aqui seja oportuno pensar, em como ampliar as ações da atenção especializada em matriciamento com a atenção básica. Neste sentido, este espaço de atenção especializada em reabilitação, como referência estadual, ao invés de esgotar-se somente na atenção direta, pode ter papel fundamental na ampliação de conhecimento e do manejo dos casos, além de fortalecer mobilizações para ampliar ainda mais o acesso para reabilitação.

2. A ampliação do olhar da Reabilitação para a Clínica do Corpo sem Órgãos

Outro aspecto que se mostra relevante para discussão da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência diz respeito à concepção de saúde dos trabalhadores.

Tradicionalmente, no campo da Reabilitação, as afecções de saúde são tomadas a partir do corpo biológico, ou seja, a lógica biomédica de identificação de doenças com uma localização no corpo impera no agir terapêutico, que toma como necessário identificar precisamente a causa da deficiência: o agente patogênico, o gene defeituoso, faltante ou excessivo, a lesão específica que dá origem àquela determinada forma de organização psicomotora, cognitiva, linguística etc. Nessa perspectiva, as ações de saúde, muitas vezes, ficam muito presas aos diagnósticos e aos protocolos elaborados para o seu manejo, mas não ampliam às ações de conscientização e sensibilização do usuário sobre as condições da saúde e/ou doença, nas ações de proteção à saúde, nem exploram a potência de vida que pode ser acionada com um olhar ampliado para aquela vida.

Indo ao encontro da produção de Merhy (2008), devemos assumir que a vida não se restringe ao biológico – ou ao corpo com órgãos –, mas que, antes disso, o corpo biológico é construído simbolicamente, sendo, portanto, um corpo marcado por diferentes processos de subjetivação. Nesse sentido, no que diz respeito à produção do cuidado em saúde, não interessa somente qual é o gene causador de determinada patologia, mas também, e, principalmente, como é que a “dona fulana de tal” constrói, no cotidiano de sua vida, tal patologia geneticamente determinada.

No caminho trilhado junto a Esmeralda, isso foi apontado claramente. Esta usuária vive com uma patologia geneticamente determinada – Síndrome de Dandy Walker. No entanto, a equipe é assertiva em dizer que suas habilidades cognitivas, psicomotoras e linguísticas não condizem com o quadro clínico esperado. Seu comportamento e atitudes são marcadas pelas experiências que a vida lhe apresenta, pelos caminhos que ela percorre em seu cotidiano, junto com J., sua mãe, não a delirante, inicialmente anunciada pela equipe, mas a operadora de cuidado para sua filha.

Além disso, a produção de agenda semanal no serviço não era compatível com o que era possível para J. em seu modo de existir na vida. Dessa forma, uma ação terapêutica centrada somente no “caso clínico” não era suficiente para incluir toda a complexidade da vida dessa usuária na rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência. Era necessário propor ações que fossem ao encontro das produções existenciais de J. e de Esmeralda, ações estas que pudessem produzir visibilidade à Esmeralda e sua mãe enquanto potências de vida, e não somente à síndrome genética. A respeito disso, a equipe reflete:

Eu nunca pensei em ouvir um fisioterapeuta falando dessa forma. Estou acostumada a ouvir o fisioterapeuta só falando da questão física, do paciente estar em uma atividade mecânica, onde o sujeito está ali de uma forma passiva e eu estou aqui para fazer o estica e puxa com ele. Mas a ida de uma equipe que tem vínculos com J. fez diferença e pode ter sido algo que empoderou J. diante da escola, por exemplo, quando ela menciona uma série de coisas que está fazendo com Esmeralda e que a escola não acreditava, como também falar de seu sofrimento e o peso diante das questões da filha. Neste momento, vimos quem é J. para além da mãe de Esmeralda.

(Fala de uma das trabalhadoras na oficina realizada com a equipe)

Essa reflexão problematiza o campo da reabilitação física em especial, mas não só, por ser muito forte a concepção da saúde restrita ao corpo com órgãos. Estas experimentações, trazem o convite de olhar para o sujeito e não para doença, nos diferentes entornos da vida e suas implicações com a sua deficiência. Assim, compreender o sujeito e os seus diferentes modos de produção existencial – ou o corpo sem órgãos – possibilita essas ações articuladas e integradas entre os diferentes setores como o da saúde, educação, desenvolvimento social etc.

3. A necessidade da Educação Permanente

Um terceiro aspecto relevante nestas reflexões foi a questão da formação como uma importante ferramenta política no campo da saúde, não só a formação continuada, mas, principalmente, a Educação Permanente.

Uma das trabalhadoras participante da oficina realizada com toda a equipe, que está no serviço desde sua criação, trouxe a memória sobre sua atuação, suas estratégias iniciais e as mudanças ao longo do tempo. Segundo conta, a ideia inicialmente construída era de um centro de referência para um apoio mais direto para todo o estado da Bahia; os profissionais saíam para as unidades, para municípios, realizavam

palestras, orientações, supervisão. Isso acontecia *in loco*, inclusive com os usuários. Entretanto, com o passar do tempo, isso deixou de ser feito e o serviço passou a ser um lugar exclusivamente de assistência direta. Mas, a equipe reconheceu a necessidade imperiosa de se ter espaços de Educação Permanente, não só com as equipes dos municípios do interior, como também entre eles próprios.

Estamos começando isso. Estamos discutindo com a coordenação etc., porque isso não era tão valorizado aqui dentro. Estamos mostrando que é importante. É difícil ter esse espaço de parar o atendimento para discutir casos. Essa conquista que a gente teve foi uma luta. Tem que ser assim, senão não consegue, não vamos além. Tirar uma manhã de atendimento tem muita pressão envolvida, financeira, principalmente, porque cai a produtividade.

(Fala de uma das trabalhadoras na oficina realizada com a equipe)

Estas reflexões problematizam as perguntas insistentes sobre para que e qual a necessidade de “perder uma manhã de atendimento”. O que está em jogo é a produtividade em detrimento dos espaços de conversa, acordos e pactos, discussão de caso, análise do cotidiano do trabalho em equipe multiprofissional. O trabalho em saúde é complexo e desafiador. Muitas vezes, nos vemos diante de situações de impotência, nas quais somos obrigados a nos reinventar para dar conta de produzir cuidado. Em outros momentos, simplesmente temos dúvidas quanto à melhor conduta clínica, quanto ao diagnóstico, prognóstico etc. Seja em um ou noutro caso, é certo que compartilhar as experiências vividas com os pares movimenta novas formas de pensar e, conseqüentemente, de agir na prática. Como coloca Merhy (2015):

quando somos invadidos por novos regimes de visibilidades e de dizibilidades, por campo de afetações não previsíveis, em muitos casos, mas previsíveis em outros, novas possibilidades de mundos são criados, e em muitos deles uma fragilidade se potencializa; da desprodução da vida, vira-se o contrário.

Compartilhar as experiências vividas é tão necessário na vida das pessoas que, dentro de um serviço de saúde, isso acontece mesmo que não haja um espaço formal para tal, como uma reunião ou similar. Essa conversa acontece no café, no almoço, no corredor, nos intervalos entre um atendimento e outro. Ou seja, essa reflexão sobre o vivido, tendo os pares como intercessores, está na ordem do dia, independe da formalização de espaços específicos para isso. No entanto, quando essas conversas acontecem periodicamente, com toda a equipe participando e acompanhando as discussões, a avaliação do processo de trabalho se torna mais possível, coletiva e abrangente. Por isso, a importância de abrir espaço institucional para esta movimentação.

É claro que ter reuniões de equipe não garante que o processo de Educação Permanente de fato ocorra, uma vez que essas reuniões podem ser facilmente transformadas em espaços burocráticos, de troca de informações engessadas, que não dizem respeito à vida do mundo do trabalho. Contudo, uma vez que se reconhece a impor-

tância e necessidade inerente a todos de compartilhar e processar as suas afecções diante do vivido, nada melhor do que fazer disso uma prática instituída/instituinte dentro do serviço.

Esmeralda nos aponta bastante para isso. Na ida ao seu município para conversar com a equipe do serviço de saúde local, ficou muito claro o impacto que esse momento de educação permanente teve sobre ambas as equipes (local e da capital). Foi um momento de reafirmações de algumas condutas clínicas, mas também de desconstruções de certas imagens cristalizadas a respeito desta usuária. Isso se constituiu como um importante momento de deslocamento das equipes, favorecendo uma maior aproximação com a vida pulsante. Além disso, a partir dessa conexão estabelecida em função de J. e de Esmeralda, foi possível abrir conversa sobre muitos outros usuários que compartilham o cuidado entre os dois serviços, e também, sobre outras muitas “Esmeraldas” que aparecem cotidianamente nos serviços de saúde. As equipes saíram desse encontro profundamente afetadas e potencializadas.

Portanto, promover espaços de Educação Permanente, ou reconhecer os movimentos (ainda que informais) de Educação Permanente já produzidos dentro dos serviços é algo fundamental que possibilita a autoanálise dos processos micropolíticos de trabalho. E isso, certamente, favorece a gestão de ações integradas, intersetoriais e ampliadas de cuidado.

Conclusão

Essa experiência na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em uma unidade de referência especializada nos faz pensar em diversos caminhos que precisam ganhar visibilidade, pois diante de uma usuária que inicialmente apresentava um quadro de deficiência intelectual e física sem muitas potencialidades, possibilitou reconhecer conexões e apostas produzidas por sua mãe e possibilitou à equipe um paralelo com a rede de atenção psicossocial. A luta antimanicomial muitas vezes tem produzido redes vivas, pois não são formadas apenas por estações de cuidado, mas por pessoas que transitam e têm seus desejos e aspirações, tanto as que usam os serviços, assim como as que produzem o cuidado.

A rede visibilizada a partir da rede viva produzida por J. que luta e disputa constantemente a produção do cuidado de Esmeralda. E devemos destacar que só foi possível enxergar J. e sua filha experimentando, junto com os trabalhadores, estar com elas em sua vida. Este movimento chamou a atenção da equipe sobre a necessidade de incluir em sua prática ações que extrapolem os consultórios e salas de reabilitação do centro de reabilitação.

No entanto, um componente aparece como barreira: a lógica capitalista de produção que é exigida dos trabalhadores. Afinal, como conseguir que esta ação fora das paredes dos consultórios e salas de reabilitação seja reconhecida como trabalho? Como fazer para inserir este trabalho na produção dos trabalhadores? São questões que aparecem no SUS – a produção e a produtividade como única medida para avaliar a atuação dos trabalhadores, sem analisar a qualidade e o sentido da produção dos trabalhadores.

Outra possibilidade importante que apareceu foi o matriciamento. Essa ferramenta para o cuidado em saúde, especialmente quando se trata de um centro de reabilitação de referência, pode ser uma estratégia potente para ampliar o cuidado e reestruturar a rede de atenção à pessoa com deficiência no estado, por ser dispositivo para cuidar e movimentos de aprendizagem e compartilhamento do cuidado em saúde.

Por fim, a concepção de saúde dos trabalhadores foi algo que se apresentou de forma intensa. É um assunto que precisa ser revisitado, que precisa ser discutido desde a formação até a produção do mundo do trabalho. As universidades devem (re)pensar a formação das profissões de saúde que atuam na lógica apenas da reabilitação, presas no corpo com órgãos. Há uma necessidade de ampliar o olhar sobre as pessoas que devem ser cuidadas, para não ficarem aprisionada e capturadas pelas tecnologias duras e se apropriar das tecnologias relacionais, como a escuta, o diálogo, o acolhimento, a multiprofissionalidade, a educação permanente e outras mais que possibilitem formar trabalhadores que enxerguem a dimensão relacional do cuidado. E no mundo do trabalho, espaços que construam a educação permanente como dispositivo de cuidado, como a possibilidade de (trans)formação constante e com sentido na vida dos trabalhadores e dos usuários dos serviços.

Portanto, esse caminhar por dentro da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência a partir do olhar dos usuários e dos trabalhadores de saúde nos permitiu enxergar para além da rede formal instituída, e refletir acerca de questões que estão diretamente ligadas as necessidades desses atores do mundo da produção do cuidado em saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 150p.

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

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. "A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência". **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar". In: Pinheiro R., Mattos R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p.197-210.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES-JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W.S. (Orgs.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.

MERHY, E. E. "A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle". **Lugar Comum**, n. 27, p. 281-306, 2008.

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. “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**, n. 1, v. 1, p. 07-14, 2015.

SILVA, S. F. “Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)”. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

As modelagens e a produção do cuidado ao parto e nascimento em João Pessoa

Ricardo de Sousa Soares
Adernanda de Rocco Guimarães
Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas
Luciano Bezerra Gomes
Juliana Sousa Soares de Araújo

Introdução

Este texto é sobre a mulher, a família, a beleza do parto e todo o amor envolvido na gestação e nascimento. Mas, infelizmente, também é sobre a violência sofrida pelas mulheres no nascimento. Entramos, a partir de vivências diversas, no cotidiano de uma maternidade. Nesta última sente-se, já nos primeiros minutos, o peso da assistência baseada na intervenção exagerada e sem evidência científica que a respalde. Entramos, a partir de vivências diversas, no cotidiano de uma maternidade. Dor, conforto, grito e ternura se misturam nos atos de cuidado. Talvez só por essas sensações o parto não parecesse ser assim tão diferente de outras necessidades da vida e da saúde, mas como todo processo de cuidado implica desejos e singularidades dos usuários e, por mais que a vida do trabalhador em um centro obstétrico possa ir criando suas capturas e fluxos de como responder a assistência ao parto, há sempre uma mulher que faz emergir uma reorganização desse cuidado. Cada partear e cada nascimento demanda um novo olhar da equipe de saúde, demanda amor, carinho e técnica. É nessa pluralidade de afetos que se encontram os conflitos atuais do modelo obstétrico, o fortalecimento e o reconhecimento do parir como algo natural na vida da mulher, navegando na resistência de uma hegemonia de procedimentos mecânicos e repetitivos do hospital.

O hospital como local e instrumento terapêutico como conhecemos hoje, vem de transformações no século XVIII quando deixa de ser um local onde os pobres iam para receber os últimos cuidados antes de morrer para um ambiente focado na cura. Para isso, passa por um movimento de deslocamento da prática médica para o hospital e por um processo de higiene e disciplinarização do espaço e dos corpos, assumindo papel de instituição de cura de doenças gerido pelo saber médico (FOUCAULT, 1985).

A maternidade, enquanto instituição, seguiu o mesmo modelo hospitalar intervencionista. Ao sair do domicílio para o hospital o parto recebeu um arcabouço de práticas que modificou a produção dos saberes e objetualizou a mulher, criando-se regras para um evento que antes era considerado fisiológico e comum à vida humana (SEIBERT *et al.*, 2005). Foram criadas ao longo dos anos regras próprias para a melhor forma de realizar um parto hospitalar, limpo, com a mulher na melhor posição para o médico intervir, com limitações de movimentos e restrições rígidas de ingestão alimentar e isolada da companhia de familiares ou parteiras que a ajudavam.

O deslocamento do parto domiciliar para o hospital não só modifica o aspecto ambiental, mas exclui do processo de cuidado a autonomia da mulher, a liberdade de movimentos, de alimentação e o saber ancestral das mulheres sobre si mesmas no parto. Além disso, o saber sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto também se modificou, de modo que o saber das parteiras foi deixado fora da maternidade e dentro dela o saber tecnocrático gerindo as práticas obstétricas. Nesse processo, a mulher “desaprendeu” a parir e carece de um profissional para “fazer” seu parto. Ao entrar no hospital, ritualize-se o parto: a mulher perde suas vestes, seu nome, sua identidade e autonomia, e ganha um número e uma roupa que a torna igual a todas as outras mulheres que também vivenciam a experiência do parto nesse ambiente. O que antes era um evento íntimo, doméstico e assistido por mulheres pares, se transforma em um evento patológico, frio, assistido por pessoas estranhas e alheias à história daquela mulher e de sua gravidez. Toda essa transformação do processo de trabalho se traduziu em violência obstétrica, trazendo danos para a saúde/saúde mental das mulheres no ciclo grávido-puerperal, podendo repercutir em toda a vida. O conceito de violência obstétrica que subsidia a discussão neste estudo está pautado como todas as formas de violência e danos à mulher no ciclo grávido-puerperal decorrentes do cuidado obstétrico (TESSER *et al.*, 2015).

Nas últimas décadas, vem ganhando forças o movimento da humanização do parto, sendo o foco de políticas recentes no Ministério da Saúde como a Rede Cegonha, que traz como objeto a qualificação do acesso e da qualidade, e o estímulo a boas práticas de parto e nascimento e ao resgate da autonomia feminina (MELO; DOS SANTOS; CRUZ, 2015). João Pessoa concentra a maior quantidade de partos do estado, em quatro maternidades com partos de risco habitual, sendo que três delas realizam partos de alto risco. Existe uma maternidade de maior demanda de partos de risco habitual e principal referência alto risco do estado, sendo um serviço importante para a análise da implementação de algumas ações da Rede Cegonha na mudança no modelo obstétrico. A partir de nossa inserção no hospital, tentamos analisar as diversas ações de incentivo às boas práticas e as resistências nas transformações no cuidado ao parto e nascimento nesta maternidade e suas relações com a rede materno-infantil no município.

Metodologia

Para estudar a Rede Cegonha, iniciamos imergindo na maior maternidade da Paraíba. Alguns dos pesquisadores já faziam parte do serviço. Para avaliar a produção do cuidado partimos da necessidade do pesquisador In-Mundo, nos propondo a nos deixar afetar e contaminar pelo nosso mundo e nesse processo sendo atravessados pelos diversos sujeitos/atores envolvidos no processo e cuidado do território, produzindo interferência no processo de pesquisa (ABRAHÃO *et al.*, 2014).

Iniciamos a pesquisa na maternidade em maio de 2015 com alguns pesquisadores apoiadores, vinculados inicialmente ao projeto de avaliação compartilhada do cuidado, os quais se propunham a articular a produção de um grupo de pesquisadores locais, composto por trabalhadores e gestores do serviço. Ao começar conhecendo os

diversos setores da maternidade, fomos mapeando as possíveis demandas de pesquisa existentes pelos vários atores que também incluíam professores da universidade que já atuavam na instituição. Adentrar o cotidiano dos serviços da maternidade representou ser afetado por um movimento muito bonito e guerreiro que é o movimento de humanização do parto.

Nossas implicações enquanto pesquisadores locais que atuaram na maternidade de janeiro de 2015 a março de 2016 foram se entrelaçando e criando diversas atividades desde as vivências práticas a oficinas e processos de educação permanente. Essas atividades se somaram aos potentes encontros informais e vivências no serviço que produziram diversas interferências que demandaram várias análises sobre o processo de trabalho e cuidado ao parto e nascimento. O conjunto de questões que foram problematizadas transcende as fronteiras da maternidade, gerando reflexões também para o modelo obstétrico e a implementação da Rede Cegonha no município.

Para este capítulo, destacamos alguns analisadores que surgiram relacionados aos seguintes aspectos: as reflexões sobre o parto e o nascimento, as dificuldades na mudança e implementação das boas práticas nos serviços, a inserção do acompanhante e o movimento de Doulas.

As fontes utilizadas no estudo foram diversas, sendo as mais relevantes: 1. A realização de entrevistas semiestruturadas com as usuárias, estudantes, profissionais de saúde e gestores da maternidade, compondo um total de 30 pessoas; 2. A realização de um grupo focal com 6 doulas; 3. A reflexão a partir do registro de nossas vivências em diários de campo elaborados a partir delas. A partir da realidade da maternidade, também foram realizadas conversas com gestores, profissionais de outros serviços de cuidado ao parto e nascimento, e assim sendo construídas reflexões sobre o cuidado à mulher e ao bebê no município.

Parto, modelagens de cuidado e violência obstétrica

Um silêncio fugaz precedia o apagar das luzes na sala de parto. Aos poucos a música, leve, toma conta do ambiente. A parturiente estava com muito medo de parto normal e com uma ideia fixa de ter cesariana, afinal foi assim com seu outro filho, e não haveria motivos de ser diferente com este. Até que, após o exame, a médica diz que a bebê está baixo e que não haveria condições de não ser normal. Aos poucos o apagar das luzes vai tirando a visibilidade de todo aquele equipamento hospitalar da sala de parto. Vão sumindo também os medos e dando lugar a um desejo esperançoso de um parto normal. A doula está ao lado da parturiente, e a enfermeira e a médica também estão na sala. Ninguém fala nada. E não precisa. O contato e a harmonia que se estabelecem no ambiente é como a música, invisível, mas não imperceptível, são sentidos e vivenciados. É nesse clima que o bebê percorre a sua trajetória de nascimento, nos seus giros, na sua dança. O parto aconteceu naturalmente na maternidade enquanto a equipe estava em uma maravilhosa sinergia, mostrando que não intervir é muito diferente de não fazer nada.

Esse parto foi relatado a partir de uma vivência por uma doula na maternidade. Não representa a maioria dos partos no Brasil, nem de nosso município, que se

aproximam muito mais do modelo tradicional nos quais as intervenções ainda são frequentes, as violências obstétricas não são raras e as escolhas e singularidades das parturientes ficam comumente em segundo plano. Entretanto o relato reproduz um desejo concretizado de incorporação de boas práticas de parto e nascimento no parto hospitalar da maternidade. Um horizonte possível. Exemplos como este revigoram a luta cotidiana por um cuidado compartilhado centrado na parturiente. As mudanças no cuidado ao parto e nascimento vem ganhando força nas maternidades e fora delas, apesar de ainda estarmos longe de termos um cuidado nesses moldes como hegemônico nas práticas de saúde. É incrível perceber como alguns direitos, que deveriam ser óbvios, são constantemente negados e justificados pela prática obstétrica hegemônica e inclusive cegando muitos de nós. Algumas das frases que discutimos na inserção dos estudantes e professores no serviço ajudam a ilustrar:

Ontem eu fiz o toque na mulher e não tinha pensado o quanto é invasivo nem pedi para realizar o toque.

Muitas ações que eu via e até reproduzia na maternidade, hoje vejo como violência, mas não pensava que era.

As mulheres são praticamente estupradas na sala de exames.

[Fragmentos das conversas]

E é assim que se reproduzem as violências obstétricas. Ao se ouvir a primeira vez que as mulheres eram estupradas ao fazerem o toque na sala de parto, pode parecer muito forte, um indubitável exagero. Para um estudante e mesmo para muitos profissionais de saúde, parece inconcebível achar que é violência submeter a mulher a um procedimento que garante ao obstetra conhecer a evolução do parto e saber se está próximo do momento de realizar o parto, garantindo a saúde da mulher e do bebê. O raciocínio do ponto de vista da realização do procedimento médico no modelo obstétrico tradicional parece lógico; e chega a ser visto até como ética a execução dos atos necessários para o acompanhamento do trabalho de parto. Entretanto, é fundamental considerar a autonomia da mulher e também a existência de outras formas de avaliar a evolução do trabalho de parto, a exemplo da avaliação da descida e centralização da ausculta dos batimentos cardíacos ao nível da sínfise púbica e da avaliação da linha púrpura como método auxiliar para avaliar a dilatação do colo uterino (NARCHI *et al.*, 2011). Não obstante, se imaginarmos a cena do exame de toque vaginal como é realizada na maioria dos casos (a cena pode ser descrita como uma sala fechada, mulher sem o acompanhante ou com ele em estado de silêncio e paralisação, uma pessoa penetra a vagina da mulher com os dedos e, em seguida, outra faz o mesmo procedimento. As demais observam e comentam sobre o ato, sem incluir a mulher nesse processo, sem lhe explicar sua necessidade e o seu desfecho!) e transferirmos essa mesma cena para um beco escuro na madrugada, qual imagem invadiria nossa mente?

Sobre todos esses procedimentos há uma grande discussão e poucos consensos, a ponto de a OMS recomendar em 2015, num guia prático, a episiotomia generosa (WHO, 2015), construindo uma grande contradição ao usar os dois termos juntos.

Para além da reprodução e da defesa do procedimento técnico, essa associação agrega um valor sublime, de bondade, na realização de uma laceração. De sorte, que o movimento de mulheres civilmente organizadas, pesquisadores e associações que defendem a autonomia e as práticas baseadas em evidências recomendaram a revisão desse guia, o que foi acatado pela OMS, daí o guia foi recolhido para revisão e até o fechamento deste estudo ainda não tinha sido republicado.

A camuflagem da expressão episiotomia generosa, associando à bondade com o ato de produzir lesão (sim! a episiotomia é uma lesão de segundo grau!), de certa forma, já está impregnada nos procedimentos e técnicas da modelagem tradicional hegemônica na obstetrícia. Para superar este contrassenso é necessário usar as lentes da abordagem de gênero ao analisar os procedimentos e técnicas obstétricas que tentam se justificar na cultura e são reproduzidas no contexto do processo de trabalho.

Os procedimentos invasivos rotineiros obstétricos são atravessados por uma violência de gênero, histórica e social, em que a mulher fica subordinada a uma prática que lhe tira o direito de escolha, o direito de recusar ser examinada por vários profissionais ou aprendizes, o direito de decidir sobre o corte vaginal.

Assim é importante retomar a reflexão sobre violência obstétrica já enunciada anteriormente, na qual a mulher é tratada grosseiramente pela equipe profissional, de forma desrespeitosa, agressiva e até com violência física, pelo simples fato de ser mulher. Essa violência é legitimada pelas práticas profissionais e naturalizada nos hospitais. Nesse processo, o profissional detém o saber e o prescreve, baseado em sua prática cotidiana e na reprodução destas práticas por outros profissionais, cabendo à mulher receber a intervenção sem o direito de discuti-la. Isso é ainda mais significativo quando analisamos a frequência do exame vaginal de toque para avaliar o progresso da dilatação. O Ministério da Saúde, preocupado com a frequência de atos de violência obstétrica, recomenda que o exame vaginal deva ser realizado apenas por um profissional, que sua frequência deva ser discutida com a mulher e não inferior a quatro horas quando o trabalho de parto é de risco habitual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Sobre realizar episiotomia os estudos apontam que seu uso rotineiro traz prejuízos à saúde sexual das mulheres (STEINER *et al.*, 2012; CARROLI; MIGNINI, 2009).

Existe uma crítica bastante repetida por alguns profissionais do município que relatam que o grande entrave das mudanças na modelagem de cuidado são os médicos conservadores. É importante destacar que o modo de atenção hegemônico está presente não só no médico, mas transcende as fronteiras das categorias profissionais e percorre toda a atenção prestada. Fomos percebendo isso em alguns momentos em que outras categorias profissionais disputaram deliberadamente com as doulas voluntárias:

Ela chegou, eu estava segurando a mulher, e se posicionou entre a mulher e eu, sem cumprimentar, simplesmente ignorando minha existência. Fez suas recomendações, que eram contrárias ao que a mulher queria, e saiu como se eu não estivesse nem ali.

[Narrativa da doula].

Discretamente aparece um burburinho quando a técnica de enfermagem ou a obstetra coloca o som do celular ou de uma caixinha de som própria:

Lá vem de novo aquela mania de botar pra tocar música de onda-do-mar.

[Narrativa da doula]

Uma técnica de enfermagem relatou que, em alguns momentos, se sente desconfortável porque algumas de suas próprias colegas queixam-se quando ela se aproxima mais de algumas parturientes para dar um maior conforto, como se isso não fosse algo pertencente ao seu trabalho. Dizem que não saberiam como fazê-lo.

Bem antes da maternidade, no pré-natal nas unidades de saúde, mesmo que tenham um cuidado centrado nas necessidades do paciente, muito pouco se pauta o nascimento. A importância do parto normal é discutida durante as consultas, porém questões relativas à autonomia da mulher e suas escolhas no momento do trabalho de parto e parto raramente são tratadas. Por exemplo, as equipes de saúde da família poderiam incorporar ao pré-natal algumas medidas reconhecidas como sendo boas práticas (WHO, 1996), tais como discutir com a gestante o plano de parto, o direito dela de participar das decisões, de expressar que não deseja a episiotomia como rotina, que quer seu acompanhante de livre escolha. As mulheres também sofrem muitas intervenções desnecessárias por desconhecerem os seus direitos, desconhecerem boas práticas de parto e, por muitas vezes, terem tido pouca informação sobre o parto em si. Isso passa longe das consultas de pré-natal. No modo de cuidado clássico nas maternidades a equipe de saúde se movimenta em torno dos procedimentos e condutas preestabelecidas. E claro, todo esse esquema de trabalho é centrado no médico e nas suas prescrições. Mas é possível verificar que, mesmo nos momentos em que o médico não está presente, muitas vezes carece de uma postura ativa de buscar as mulheres e tentar apoiar o trabalho de parto e de buscar formas não-farmacológicas de cuidado e de controle da dor. Neste sentido, existe uma forte reprodução desse modelo hospitalar tradicional de parto em toda a equipe multiprofissional.

O parto domiciliar planejado surge timidamente no município nos últimos anos como uma opção ao parto hospitalar, mas ofertado apenas no setor privado por algumas equipes multiprofissionais compostas por médica ou enfermeira obstétrica e doulas. Apesar de ser uma opção incorporada e incentivada em outros países, como na Inglaterra, e ser defendido por doulas e pelo conselho de enfermagem como uma possibilidade adequada, o parto domiciliar é ignorado enquanto uma opção no SUS pela Rede Cegonha (SOUZA; SCHEID, 2014; DELGADO NUNES *et al.*, 2014; SEIBERT *et al.*, 2014). Em 2012 o parto domiciliar foi alvo de uma forte repressão pelo conselho regional de medicina do Rio de Janeiro, entidade que se posicionou contrária a esta possibilidade, proibindo sua realização por meio de resolução, impedindo médicos de participarem de equipes de retaguarda, bem como da própria execução do parto. Esse caso ganhou grande repercussão nacional com a articulação da Marcha pelo Parto em Casa que ocorreu em 31 cidades brasileiras, desdobrando-se em um processo judicial em defesa do parto domiciliar (SEIBERT *et al.*, 2014).

O Direito ao Acompanhante

A partir de ontem que eu acompanhei o parto, eu vejo a minha mulher e o parto de outra forma.

[Narrativa de um acompanhante].

O direito ao acompanhante implicou mudanças significativas em João Pessoa. Atualmente, a Lei do Acompanhante é parcialmente cumprida na maioria das maternidades do município, mas esse direito não é efetivado em todo o momento do trabalho de parto, nascimento e puerpério em todas os serviços. Além disso, em algumas delas, ainda há uma dificuldade na aceitação do acompanhante masculino, com a alegação de proteção da privacidade das outras mulheres.

O acompanhante de livre escolha da mulher é recomendado nas evidências da OMS para o cuidado ao nascimento como uma prática útil e que deve ser estimulada (WHO, 1996). No Brasil, a lei que garante o acompanhante é a 11.108/2005, que altera a Lei Orgânica 8.080/90, para garantir a presença do acompanhante de livre escolha durante todo o trabalho de parto (BRASIL, 2005). Após 2 anos da portaria da Rede Cegonha, 8 anos da Lei 11.108/2005, 12 anos da Política Nacional de Pré-Natal e Puerpério (esta condiciona o direito às condições físicas da maternidade) e quase 20 anos da publicação da OMS, foi feita a Lei 12.895/2013, desta vez para incluir a obrigação de que as maternidades exponham um aviso em local visível sobre o direito da mulher ao acompanhante (BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; WHO, 1996).

É inegável que a exposição do aviso deve contribuir para um maior esclarecimento aos profissionais e as mulheres sobre o direito ao acompanhante. Mas mais do que isso, a necessidade de uma nova lei para obrigar a exposição da lei anterior é um importante sintoma de que, hoje em dia, às mulheres têm repetidamente sido negadas a lei do acompanhante. Na pesquisa nacional Nascer Brasil, os autores encontraram que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhantes, com apenas 18,8% das vezes sendo encontrados acompanhantes em todo o processo de cuidado à parturiente. A pesquisa mostrou uma significativa desigualdade no acesso a acompanhante, de modo que as mulheres pretas ou pardas, de menor rendimento, menor escolaridade e as usuárias do SUS tiveram um menor acesso a companhia (DINIZ *et al.*, 2014). A ausência do acompanhante foi de 20% em estudo em maternidades da Amazônia Legal e Nordeste (LEAL *et al.*, 2015).

Mesmo sendo bem regulamentada essa lei esbarra nas intervenções de algumas equipes de saúde. Durante os últimos anos, percebe-se uma mudança na postura em uma das maternidades da cidade. Inicialmente, não se permitia acompanhante do sexo masculino, já que os alojamentos não são individuais. Ainda assim, mesmo quando permitido, era inicialmente negada a presença do acompanhante durante o parto, na sala de parto. Nos últimos anos, passou-se a aceitar a presença do acompanhante nas salas de parto. E por último, ainda é muitas vezes negado o direito ao acompanhante durante as cesarianas e nas consultas na entrada da maternidade, na urgência obstétrica.

No início mulher não tinha livre escolha no acompanhante, era apenas acompanhante do sexo feminino. Após foi inserido o homem. O desafio atual é incluir rotineiramente na sala de parto e no centro cirúrgico. Na sala de parto ainda não é todos os profissionais que permitem, e no centro cirúrgico é muito difícil.

[Entrevista com trabalhador]

No momento atual a presença do acompanhante está parcialmente garantida em todas as maternidades do município. Entretanto, a garantia do acompanhante varia de acordo com a equipe e na maternidade em análise esta presença durante o parto já é bem consolidado. Em relação às cesarianas, aventam-se motivos como a falta de roupa para entrar no centro cirúrgico ou que o acompanhante não estaria preparado para observar um procedimento cirúrgico. Percebemos em nossa pesquisa que o acompanhante tem sido relatado como uma pessoa de grande importância para o apoio no trabalho de parto e parto. Os parentes próximos como a mãe, o marido ou parceiro têm sido as escolhas preferenciais das parturientes. Tem sido importante a permissão da presença do companheiro nesta maternidade, pois muitas vezes é ele a pessoa de maior confiança da mulher e participou e compartilhou momentos de grande significado afetivo na gestação. Em um estudo qualitativo em um hospital de Fortaleza, Oliveira *et al.* (2011) identificaram que ter o parto acompanhada de alguém que transmite confiança e segurança, pode ajudar a amenizar o medo, a solidão, apoiar no momento de dor e tornar o nascimento mais tranquilo (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O Movimento de Doulas

O Programa de Doulas se iniciou em 2012 a partir de um curso de formação para doulas, com uma parceria entre a secretaria de mulheres, a maternidade e a secretaria de saúde. Em julho de 2015 iniciou-se a quarta turma do curso de doulas. A parte final do curso consiste em um estágio de 6 meses com plantões mensais voluntários na maternidade. Após esse período, a proposta é que as doulas continuem voluntariamente na maternidade. Elas fazem reuniões mensais para discutir questões relacionadas ao trabalho e também produzem alguns encontros com a gestão e profissionais do serviço que atuam no cuidado à parturiente.

A doula tem um papel de apoio e cuidado direto com a parturiente mais intensamente durante o trabalho de parto, parto e puerpério, e tradicionalmente é um elo entre a equipe e a mulher. Um estudo analisando a percepção de doulas naturólogas sobre os cuidados perinatais destacou a visão do papel das doulas no conforto, em prestar um cuidado integral, individual e singular e na promoção da autonomia da mulher (SOUZA; SCHEID, 2014). Esta integração das doulas enquanto equipe que está assistindo o parto é mais intensa nas experiências de parto domiciliar. Na maternidade a participação das doulas consiste, em grande parte, no apoio direto e singular à mulher, havendo pouco interação com a equipe de saúde enquanto participante. Como as doulas trabalham prestando um cuidado a apenas uma pessoa por vez, elas realizam seu trabalho com mais frequência junto às mulheres que se sentem sozinhas no trabalho de parto e que desejam esse cuidado.

Apesar do programa de doulas voluntárias na maternidade ser uma iniciativa do instituto, inclusive sendo a maternidade parceira do curso, ainda existem resistências por parte dos trabalhadores à sua atuação. No início, esta presença provocou grande estranhamento na dinâmica do serviço, mas aos poucos vem se consolidando como um apoio importante para as mulheres. Algumas pessoas relatam que foi justamente após a inserção das doulas que se abriu um pouco mais e consolidou a presença do acompanhante na sala de parto nesta maternidade. Contraditoriamente, alguns médicos exigem que a parturiente escolha entre o acompanhante e a doula, queixando-se de muitas pessoas na sala de parto (pois também há a presença de estudantes de medicina e enfermagem).

Usualmente, ela escolhe a doula por identificá-la como mais preparada para o apoio. Se, por um lado, mostra a proximidade da mulher com a doula, por outro, revela uma percepção da doula como uma pessoa externa à equipe da maternidade. Em uma revisão sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e parto, Silva *et al.* (2012) encontraram um estudo que também apontava para resistências de parte dos profissionais à presença de doulas. Essa dicotomia do cuidado da doula e da equipe é também identificada pelas doulas na sua inserção nas maternidades. A presença delas foi identificada como bastante positiva tanto pelas equipes de saúde, pelas próprias doulas e pelas mulheres que foram cuidadas, dando um suporte físico e emocional, proporcionando um maior conforto, relaxamento e calma à parturiente (SILVA *et al.*, 2012).

O curso de doulas é bastante procurado por técnicas de enfermagem, algumas destas já tendo uma identificação forte com o parto e nascimento como área de trabalho, outras com o intuito de ampliarem suas habilidades em uma nova área de atuação e facilitar a busca de emprego posteriormente. Entretanto, não existe consolidado um campo de atuação para doulas remunerado nos serviços públicos do município. Mas existe uma área em ampliação que é a atuação no setor privado junto com as equipes que realizam parto domiciliar que ainda são poucas na cidade.

É possível observar na maternidade que a presença das duas funções, técnica de enfermagem e doula, acaba provocando pequenas mudanças no processo de trabalho, apesar de ser impossível assumir o cuidado individual que as doulas realizam e por terem tarefas a cumprir muito determinadas, é perceptível que algumas técnicas de enfermagem se aproximam de um apoio afetivo maior das parturientes durante o trabalho de parto e parto. São pequenas mudanças de práticas, mas que são importantes para abrir espaço para uma nova modelagem de cuidado.

Apesar de ainda existir resistências, a experiência com o Programa de Doulas é identificada por vários profissionais da maternidade como bastante exitosa e como uma iniciativa de destaque, indo ao encontro de práticas mais adequadas. O cuidado prestado pelas doulas promove um maior conforto, oferta outros meios de lidar com a dor, relaxamento e preparação para o parto. O espaço que elas têm ocupado de cuidado durante o trabalho de parto precisava ser preenchido, pois o cuidado da equipe de saúde se direciona muito para o momento do parto propriamente dito e para a sua identificação, ficando o partear como algo esquecido das rotinas profissionais só mobilizando as equipes em casos de maior sofrimento. A inserção dessa nova categoria

profissional, mesmo que atualmente se dê apenas em um serviço da rede, representa um contraponto significativo ao modelo obstétrico hegemônico.

No final de 2015, ocorreu a aprovação da Lei das Doulas no município, garantindo que elas pudessem doular qualquer parturiente em qualquer maternidade municipal, independente de ser pública ou privada e independente do direito de acompanhante. A mulher, antes da aprovação da lei, muitas vezes, abria mão do direito ao acompanhante para ter a doula ao seu lado como acompanhante. A aprovação da Lei foi bastante tensa, havendo articulação e disputa por parte de conselhos profissionais para barrar a tramitação da lei, acirrando os conflitos presentes no cotidiano dos serviços. Esse processo vem fortalecendo a legitimação da atuação das doulas e o reconhecimento do seu trabalho no cuidado ao parto.

Considerações Finais

As descobertas da pesquisa na Rede Cegonha, a partir de uma maternidade de grande porte, nos levaram a navegar pelas disputas no modelo obstétrico neste município paraibano. O cotidiano das vivências despertou várias questões como a fragmentação da rede, a difícil comunicação com a Atenção Básica e o movimento das doulas e da humanização do parto, tendo havido inevitavelmente uma identificação com pessoas comprometidas com a implantação das boas práticas obstétricas. Elas se envolveram ativamente na pesquisa, principalmente alguns gestores, profissionais de saúde, professores e estudantes que participaram intensamente como pesquisadores locais.

É nítida a presença cotidiana da violência e a hegemonia do modelo tradicional na atenção ao parto e nascimento, mas também é inevitável enxergar que o movimento por um cuidado ao parto vem se espalhando, multiplicando-se na resistência dos diversos trabalhadores, gestores, profissionais e estudantes que têm re-modelado o cuidado ao parto e nascimento no município. A corajosa atuação das Doulas ao entrar em conflito no cotidiano do cuidado tem sido uma exitosa estratégia de conquistar as mudanças na luta pelo cuidado.

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. e MERHY, E. E.. **Pesquisador IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005.

_____. **Lei nº 12.895**, de 18 de Dezembro de 2013.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. “Episiotomy for vaginal birth”. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 1, n. 1, 2009.

DELGADO NUNES, V. *et al.* **Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance**. 2014. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6886> >.

DINIZ, C. S. G. *et al.* “Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S140-S153, 2014. ISSN 0102-311X.

FOUCAULT, M. “O Nascimento do Hospital”. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. cap. IV.

LEAL, M. D. C. *et al.* “Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste”, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, p. 91-104, 2015. ISSN 1519-3829.

MELO, M. C. P.; DOS SANTOS, R. A. A.; CRUZ, D. D. “Trajetória de Humanização do Parto no Brasil a partir de uma Revisão Integrativa de Literatura”. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015. ISSN 1980-5861.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.459**, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011.

_____. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

NARCHI, N. Z. *et al.* “Utilização da ‘linha púrpura’ como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto”. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, p. 313-322, 2011. ISSN 1519-3829. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300012&nrm=iso >.

OLIVEIRA, A. S. S. *et al.* “O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas.” **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2011. ISSN 2176-9133.

SEIBERT, S. L. *et al.* “Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história”. **Rev. enferm. UERJ**, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.

SEIBERT, S. L. *et al.* “Movimento pelo parto domiciliar planejado na cidade do Rio de Janeiro em: ações do Coren-RJ”. **Revista Enfermagem Profissional**, v. 1, n. 1, p. 276-290, 2014. ISSN 2357-7444.

SILVA, R. M. D. *et al.* “Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2783-2794, 2012. ISSN 1413-8123..

SOUZA, S. V.; SCHEID, A. O. “Percepções de doulas naturólogas sobre gestação, parto e puerpério doulas”. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 3, n. 4, p. 43-52, 2014. ISSN 2316-915X.

STEINER, N. *et al.* “Episiotomy: the final cut?” **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 286, n. 6, p. 1369-1373, 2012. ISSN 0932-0067.

TESSER, C. D. *et al.* **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. 2015, v. 10, n. 35, p. 12, 2015-06-24 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: < <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013> >.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in normal birth: a practical guide**. Technical Working Group, WHO, 1996.

_____. **Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice**. WHO, 2015.

.....

Caminhos para
produção da pesquisa

.....

“Andarilhagens” agenciadas pela Rede Parteiras na cidade de Bujaru-PA

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 cidadão 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, portanto, são as afecções suscitadas no campo vivo, por dentro e por fora da RC e a partir dos encontros que vivenciamos em conexão com as redes vivas de existências, com o que chamamos de “Rede Parteiras” (RP); nas “andarilhagens” e conversações e, nelas, com o constante exercício de perceber os sinais que vinham desses territórios existenciais, os sinais das matas, dos ramais, dos quintais, do rio e dos igarapés, tão presentes na cotidianidade do “longe muito longe”⁵ 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 não apenas quem pede, mas quem faz e quem usa. Isso nos possibilitou uma certa multiplicidade nos modos de chegar ao campo propriamente dito.

Mapear as redes instituídas, por exemplo, com o fluxograma analisador, procurando perceber e sentir os sem sentidos na sua lógica bem estruturada e previsível como sinais (territórios geográficos e existenciais) das possibilidades de chegar a uma visibilização das redes vivas, nos fez pensar em quais seriam os atores chave para vermos essas singularidades existenciais e seus territórios. A nossa realidade amazônica nos fez perceber as parteiras tradicionais como nossas guias, por suas vinculações, com as mulheres grávidas e o cuidado na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, já que sua participação nesse cuidado está prevista pela Portaria Nº 1.459, que instituiu a RC, particularmente em regiões consideradas como vazios assistenciais (BRASIL, 2011).

Chegamos a elas com uma caixa de ferramentas conceitual que só servia para potencializar o encontro como método de pesquisar o mundo da produção do cuidado e da construção de conhecimentos aí inventados, e que hoje se configura como uma caixa-corpo que transbordou a maquinaria conceitual e vazou para os encontros. Aqui, tendo Deleuze como intercessor, recorreremos à Spinoza para, junto com ele, pensarmos o encontro como algo não da ordem do fortuito e do acaso, e dele nos contentarmos com suas consequências e definharmos a potência do outro e de nós

5 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.

próprios. Queríamos, ao invés disso, compor e aumentar potências de agir no mundo, produzir encontros que alterassem os corpos, afetando-os e efetuando-os em sua mistura e modificação, em ato.

Estava em jogo o exercício de produzir conhecimento que não tivesse sustentação em um certo universalismo, que extrai do objeto pesquisado uma verdade a partir de um espaço que se produz entre ele (*o objeto*) e o pesquisador – um entre – e que nega, inclusive, toda e qualquer outra produção que se faça para além do já sabido.

Os encontros trouxeram a vida e os saberes insurgentes, que não pedem passagem, para o cenário da pesquisa. Permitiram o compartilhamento de conhecimentos que, por sua vez, produziram interferências mútuas (em nós e nelas) nos modos de olharmos certas produções de cuidado em saúde. Nessa intersubjetividade constituinte da produção de conhecimento, fomos pesquisando *com*, ao invés de pesquisarmos *sobre*. Fomos construindo certa dialogicidade e horizontalidade no compartilhamento dos olhares, de saberes, a partir de perspectivas diferentes, mas não desiguais – apostamos na radicalidade do saber simétrico –, afinal, todos somos sabidos.

Se o mundo do cuidado nos permite experienciar a alteridade na relação com o outro, o modo de fazer pesquisa por nós assumido nos exigiu um radar ligado para rastreamos e nos lançarmos em teias como corpos que se jogam no mundo e sentem (corpos sensíveis) onde há vida em cada lugar, por onde quer que haja uma conexão.

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. Nessa perspectiva, nada mais propício para exercitarmos a experiência do vivido do que forjarmos encontros com aquelas para quem os elementos da natureza (água, terra, fogo e ar) ainda são os principais elementos para o entendimento do mundo, assim como o eram para o homem grego, já que não somos feitos de uma matéria outra que não seja o mundo; logo, estamos imersos nele e somos in-mundados pelos seus conteúdos e seus elementos.

Isso nos possibilitou 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” (SANTOS, 2013) e perceber certa cegueira da rede oficial em relação à RP, a ponto de nos perguntarmos sobre o sentido e a visão etimológica do par “Rede Cegonha” – seria de cegueira em relação a “Rede Parteiras” (RP)? Tal conjectura não as impede de existir para além do que se destinam, pois exercem um nomadismo existencial e assistencial no cumprimento daquilo que para elas é um compromisso ético político com a vida.

Com seu nomadismo, vão construindo e inventando novas possibilidades de produção do cuidado fundadas na tecnologia leve, muitas não previstas ou sabidas no mundo fora do mundo delas. Elas seguem atentas aos pontos de conexão que se abrem à produção do cuidado por dentro e por fora das redes, sejam elas “cegonhas” ou “visionárias”. Por isso “seguramos em suas mãos” para, junto com elas, nos deslocarmos, na medida do possível, da 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 – o não instituído era o que nos interessava.

A abertura para o campo: conexão vida!

Temos o entendimento de que o trabalho em saúde é uma micropolítica, enquanto modo singular e intensivo de se produzir encontros entre corpos em produções de si no e com o outro, demarcando os 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, pois aqui nesse nosso mundo de investigação, todos são pesquisadores.

Desse modo, para irmos ao encontro do grupo das parteiras tradicionais, na cidade de Bujaru (PA), rastreamos algumas possíveis linhas que nos levassem a elas, até encontrarmos um de nossos alunos, do curso de Enfermagem. Ao falar da pesquisa, relacionando-a ao tema abordado em uma das aulas ministradas no 5º semestre daquele curso, eis que ele (que depois se tornou um importante guia pela cartografia “geoafetiva” pelo campo por nós empreendido), que também é vereador naquela cidade, se colocou imediatamente à disposição para intermediar o encontro.

Posteriormente, em uma conversa mais detida 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 próxima data da reunião do grupo. Fomos ao encontro delas.

Chegado o dia, fomos à cidade de Bujaru-PA. Estrada, estrada, estrada, balsa. Fomos diretamente à UBS. 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 festivo e que também passou a ser muito mais especial para nós.

Além da Técnica de Enfermagem, naquele momento coordenadora das reuniões, estavam presentes 18 parteiras das cerca de 32 esperadas para aquele encontro. 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 aquele 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 para, junto com elas, olharmos para o modo como algumas delas se produziam na relação com as mulheres grávidas que as procuravam, bem como para as interfaces entre esse modo de cuidar e a rede de atenção instituída como Rede Cegonha (RC), naquele pequeno município paraense.

Durante a rodada de apresentação, ficaram entusiasmadas em compartilhar conosco pelo menos uma parte muito pequena 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 partear, 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 submete o campo das tecnologias leves, relacionais, a um lugar bem secundário no mundo da produção do cuidar do outro.

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 naquelas redes vidas de vidas em multiplicidades, anteriores 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 rodovia 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 era 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 daquela rodovia, 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 disseram 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, porque 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 cidade 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 participando das atividades programadas para aquele dia.

Ao final daquela manhã, já com as horas avançadas e com a grande maioria delas já tendo que pegar suas respectivas conduções para voltar à sua morada, um convite também nos foi feito: o de conhecermos suas experiências vividas diretamente em suas respectivas comunidades. De certo que com o nosso desejo de adentrarmos, de nos aproximarmos daquele devir multidão que cada uma daquelas mulheres evocava, o convite foi aceito. E como o encontro é acontecimento, deixamos que nossos desejos, mais uma vez, se colidissem e produzissem em nós encontros spinozianos felizes, pois logo percebemos que elas não tinham nenhum tipo de ressentimento pela vida, muito menos precisavam de miséria ou de impotência para se promoverem e forjarem a sua propagação.

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 e nos produzem

como potência para ação; 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, deixando-se afetar por nossas ofertas e nos ofertando outros modos de cuidar que vêm 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 de partejar, do que é o cuidado e quem são esses que cuidam.

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 estávamos pesquisando e na qual caímos – “Caiu na rede é cuidado!”⁶

Aqui, estamos pensando o fora como experiência. E por que não dizer de experiência de desobediência? Tal como 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 apresentavam 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. Elas produzem saber não dominado e não hierarquizado pela pretensão universalidade de uma verdade que se funda a partir da redução do objeto e no não reconhecimento de outros saberes. Seu saber é transversalizado e, por isso, produz desconforto e distribui relações de saber-poder; cria redes de sustentabilidade e produção de vida (MERHY, 2013). 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 teve que se reinventar nas “andarilhagens”, acompanhados pelas parteiras-guias – parteiras-pesquisadoras.

Um pouco da caixa de ferramentas e seus transbordamentos pelo campo

Nos dois meses que se seguiram ao nosso primeiro contato com o grupo de parteiras de Bujaru aconteceram mudanças significativas na gestão da saúde no município. Isso fez com que os encontros cessassem, deixando de ocorrer na Unidade Básica de Saúde, com a dinâmica e periodicidade anteriores. Não sabemos ao certo o motivo da suspensão, pelo menos oficialmente falando, temos que a pequena ajuda de custo (R\$ 30,00) dada a elas para que pudessem participar dos encontros foi suspensa. A Técnica de Enfermagem, antes coordenadora das reuniões, relatou por telefone que havia assumido um projeto junto à secretaria de educação, que tentava vincular as duas áreas.

6 Expressão utilizada por Emerson Merhy, durante o encerramento do II Seminário Nacional da Pesquisa RAC, em São Bernardo do Campo (SP) – Abril de 2016, ao fazer referências à intensa reinvenção de rede de produção de cuidado inventada por trabalhadores no âmbito do SUS.

Frente a essa nova realidade, 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 à 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 nos acompanhou em campo – pesquisa interferência.

Não queríamos intervir naquela realidade, como alguém que chega com uma missão, a de olhar para ela e, a partir de uma perspectiva, da sua perspectiva, geralmente sacerdotal, messiânica e salvacionista, arranjar condições para mudá-la e imprimir nela o que se tem como “a verdade” – que perigo! Não queríamos, portanto, “amarrotar as experiências e os casos” que ali existiam. Queríamos, isso sim, produzir e nos produzir em possíveis contaminações e criar dispositivos de problematização do vivido. Para tanto, nosso tempo era e sempre deverá ser outro, alargado; uma espécie de recusar-se, fazer hora e ir na valsa, mesmo quando o tempo acelera e pede pressa. Precisávamos de tempo para perceber; precisávamos ter esse tempo “pra perder”. E o corpo pedindo um pouco mais de alma, sabemos, a vida não pára e é tão rara⁷. Por isso, tínhamos certa disponibilidade para o nada, numa radicalidade contrária ao “ser bem sucedido” e ao “dar certo”⁸.

Para tanto, investimos na 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, que ficam à espreita na invenção expressiva que jorra dos encontros dos corpos, nos vários cenários que a investigação foi se constituindo.

Se assim o é, os ruídos estavam criados e caberia a nós colocá-los em análise, problematizá-los. Por isso, nos coube perguntar se estaria aqui um desconforto, um “abalo sísmico” ocorrido no gerenciamento dos encontros das parteiras tradicionais feito pela gestão em saúde do município. Sem termos necessidade de respostas para essa questão, seguimos nossos movimentos “andarilhando” pelo campo com elas, fazendo 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. Portanto, se quisermos falar de “uma metodologia” que deu

7 Lenine – Paciência (2006).

8 Ideias baseadas na fala do Prof. Dr. Alexandre Henz (UNIFESP), na mesa redonda intitulada “Interferência nos processos de subjetivação: questões para pesquisas compartilhadas” – I Seminário Nacional da Pesquisa RAC, no Rio de Janeiro (UFRJ).

sustentação ao nosso campo, essa foi o encontro. Uma pressuposição de abertura ao outro, num constante exercício de produção de visibilidades e dizibilidades que não se permitem vaziar, dado os “*a priori*” que nos capturam cotidianamente.

Naquele encontro desconfortante e desconhecido, em meio aos abalos sísmicos, as marcas em nossos corpos foram sendo produzidas e produtoras de movimentos que transbordaram até das nossas incertezas, e as inscrições no nosso corpo deram o tom aos movimentos seguintes. De certo modo, usamos essas inscrições como nosso mapa de afeto, mesmo sentindo o desconforto diante de tamanha multiplicidade de existência em um território onde se tentava ocultar a vida.

Rolnik (1993), chama de “marcas” esse estado de desequilíbrio e desassossego em nosso corpo frente ao desconhecido e que nos convoca a criarmos um outro corpo, que nos intima a nos tornarmos outros. Essas marcas, salienta a autora, são sempre gênese de um devir. E vão sempre se reatualizando e produzindo novos contornos frente à novas conexões.

Em outras palavras, o sujeito engendra-se no devir: não é ele quem conduz, mas sim as marcas. O que o sujeito pode é deixar-se estranhar pelas marcas que se fazem em seu corpo, é tentar criar sentido que permita sua existencialização – e quanto mais consegue fazê-lo, provavelmente maior é o grau de potência com que a vida se afirma em sua existência. (ROLNIK, 1993. p. 03)

Em segundo lugar, a sustentação do exercício de desaprendizagem, 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 interrogando, 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”. Percebemos que aquela insígnia de “parteiras tradicionais” era apenas uma das máscaras usadas por muitas delas e, por isso, vazamos dessa prescrição experienciamos 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 para pesquisar, 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 possível 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, produzindo uma polissemia de cuidado, numa espécie de “pesquisadores parteiras guias interferência”.

A primeira dessas in-mundices, da qual passamos a narrar abaixo um pouco do que ela nos pegou, foi a experimentação para a qual chamamos de “roda de conversa entre parteiras”, realizada como parte da agenda da pesquisa RAC, frente *loco* regional Norte, dentro do Encontro Regional Norte da Rede Unida, realizado em Manaus (AM), em setembro de 2015.

Naquele momento já nos fazíamos acompanhar delas desde dezembro de 2014 quando, numa espécie de surto criativo como o dos “loucos muito loucos”, tivemos a ideia de engravidar a Rede Unida com mais essa invenção. Topado o coito, era ora de convidarmos uma das parteiras para acompanhar a gestação e ela própria participar do parto coletivo, junto com outras parteiras do Amazonas e do Acre que lá estariam, numa espécie de produção de vida em ato.

Após termos conversado com a Técnica de Enfermagem que coordenava as reuniões do grupo de parteiras para sabermos detalhes do endereço atual da casa daquela a quem chamaremos aqui, provisoriamente, de “parteira desobediente”, partimos no rastreamento em busca do endereço de uma de suas filhas. Primeiro alguns contatos telefônicos e, posteriormente, no seu local de trabalho até, finalmente, em sua própria residência.

Depois de algumas explicações sobre nossa intenção com sua mãe, que também já sabia de nosso interesse, finalmente fizemos mais uma parada em sua casa com a esperança de sermos levados até à presença dela. Iniciamos uma breve conversa e logo percebemos que a mesma ainda estava meio reticente quanto à ida de sua mãe para Manaus, pois esta nunca tinha viajado de avião e nem saído do estado, além da alegação de que sua mãe teria que contar com atenção especial com relação ao seu estado de saúde, já que estava tomando medicamento para hipertensão arterial e por “ela ser muito teimosa”, e às vezes deixar a família preocupada quando “não dá notícias por onde anda”.

Feitos alguns outros esclarecimentos sobre nossa intenção e de reafirmarmos o compromisso de cuidar devidamente da parteira desobediente, sua filha, já mais confiante, nos acompanhou até à casa de seu outro irmão, onde a parteira desobediente

estava passando boa parte de seu tempo para cuidar de sua saúde e da do marido, já que sua morada fica em São Judas (Sítio Nazaré), uma das localidades para além da cidade, ainda às margens da rodovia PA-140, à altura do km 35.

Fomos recebidos por ela própria, que veio abrir o portão de madeira da casa simples, também de madeira, localizada no Bairro Novo, surgido a partir de uma antiga fazenda que foi loteada pelo seu proprietário. O bairro, ainda com estrutura precária, com ruas de chão batido e com uma geografia que foge ao padrão convencional dos bairros mais planejados, naquela época do ano ficam secas e empoeiradas, e quando algum carro passa com uma pressa a mais, vai deixando atrás de si um rastro de poeira que invade as casas e nos deixa sem ver o que está à nossa frente.

Falamos da importância da participação dela na roda de conversa entre as parteiras e no processo da pesquisa como um todo. Esta, que sempre se mostrou determinada a seguir conosco no projeto, revelando que “sonho que se sonha só pode ser pura ilusão, sonho que se sonha junto é sinal de solução!”. Estava bastante entusiasmada e mobilizada a participar do evento e falar sobre suas experiências na arte de partejar, já que também contava com o apoio do marido, que manifestou certa preocupação inicial, mas em seguida concordou, “já que esse é o trabalho dela”, disse ele.

Chegado o dia da viagem, partimos novamente para a cidade para apanharmos a parteira desobediente. Dessa vez fomos recebidos pelo seu esposo, que já estava nos aguardando, junto com ela. Sua bagagem já estava arrumada, pronta para partir rumo a Manaus. Antes, porém, nos fala um pouco de suas dúvidas com relação ao que levar... sua preocupação era com relação ao peso da bagagem! Acabou levando uma pequena bolsa, mas com muita bagagem de vida, sua caixa valise que nos surpreendia a cada momento e nos enchia de expectativas quanto ao momento experiência que havíamos planejado.

Estar na companhia da parteira desobediente, na realidade, passou a ser sempre um grande acontecimento; bastou conhecê-la um pouco mais para chegarmos a essa conclusão e ficarmos sempre atentos aos seus movimentos. Nos despedimos e voltamos para Belém, agora, mais atentos do que nunca. Já em sua companhia, que para nós é digna de muito respeito pela potência que muitas vezes reside na força fraca por ela exercida nas suas relações, nos entreolhávamos e, como se nos fizéssemos uma pergunta implícita e cúmplice acerca daquele acontecimento que estávamos produzindo e que iríamos produzir. O que era mesmo aquilo que estávamos vivendo? Tínhamos dúvidas sobre o que viria; mas ao mesmo tempo, nos invadia uma euforia que ecoava, de novo em silêncio e em ruídos. E embalados pela certeza de que a parteira desobediente era uma multidão que nos permitia chegar próximo a cada uma daquelas muitas “desobediências” que a compunham, seguimos em frente e para dentro do mundo para além da prática do partejar, mas nem por isso afastado dessa prática.

Estávamos diante de mais uma abertura para mais um encontro, pois até as horas que antecederam o embarque para a cidade de Manaus (AM), tivemos uma excelente oportunidade de conhecer um pouco mais essa mulher que acreditamos que trasborda vida nas vidas que ela põe no mundo e que muitas viagens, encontros, entrevistas, e prosas seriam necessárias para adentrarmos um pouco no universo dessa cuidadora, pois quando fala de vida e das vidas que pôs no mundo, fala de si, do

quanto gosta de ser tratada com respeito e carinho. Em outras palavras, podemos afirmar que para a parteira desobediente, toda vida vale a pena ser vivida, princípio que adotamos na RAC e em nossas apostas micropolíticas. “Eu acredito que a mulher quando tá grávida, ela deve ter toda a atenção e cuidado para que ela se sinta confiante e veja aquele momento como um momento feliz”.

Ainda no trajeto de Bujaru até a nossa casa, onde aguardaríamos a hora da viagem, ela nos falou de sua vida, da família alargada e dos demais parentes que estão fora da comunidade, mas sempre ocupando um lugar na sua rede de atenção, fala sobretudo, e com um tom nostálgico e com um grau de incorformismo, sobre alguns momentos em sua vida que gostaria de retomar, ou que pelo menos, pudesse ter tido outro fim, a exemplo de um projeto que funcionava “muito bem sobre manipulação e preparo de medicamentos extraídos das plantas”, onde um grupo de mulheres da qual fazia parte, plantava, cultivava, manipulava e vendia “remédios caseiros na praça matriz da cidade de Bujaru”. Ao falar sobre o fim desse projeto, que envolvia a sua família também, principalmente o companheiro que passou a se dedicar ao plantio e manuseio das ervas, fala que o que mais lhe causou revolta foi a forma como foi entendida por parte de alguns religiosos, em particular de um padre que se referiu àquela ação como sendo “macumba”, numa demonstração clara de “intolerância religiosa característica dos tempos atuais e desconhecimento do projeto e de seus efeitos na vida das pessoas”, conclui ela.

Nessas andanças e invenções do cuidado, a parteira desobediente nos apresenta algumas composições musicais que, junto com outras mulheres, já em outro movimento, compunha e cantava em suas rodas de conversas e na hora dos partos. Sentada no sofá, já em Belém, a conversa descamba para essas canções, quase todas de cunho emancipatório e de resistência do povo negro, do trabalhador camponês e das mulheres, aspectos esses que marcam fortemente sua fala. A cada composição ela faz questão de contar a história da mesma e dizer a autoria, geralmente dela, e de uma de suas companheiras do movimento de mulheres.

Já em Manaus, os momentos que antecederam a conversa entre parteiras foi um misto de ansiedade, expectativas e curiosidade para vermos, em ato, os saberes se entrecruzarem e se constituírem como saberes comuns que vêm produzindo vidas há milhares de anos, mas que têm sofrido, cada vez mais, a investida do saber científico, que coloca na “vala dos comuns” tudo aquilo que não coaduna com a captura do corpo pelos instrumentos e normativas do saber estruturado.

Desde que saímos de Bujaru, carregamos conosco o desejo de produzir o encontro entre elas, entre elas e nós. Um encontro que imaginávamos que deveria funcionar na perspectiva da ordem do acontecimento, coadunado até pela proposta da pesquisa. Para isso, o desafio maior era promover um espaço de conversa que transbordasse o instituído... o momento, então, se produziu como uma grande experimentação que, por mais que tivéssemos uma certa intencionalidade na produção daquele momento (e sempre temos), ele se fez como tal a partir da nossa capacidade organizativa de termos criado um espaço de informalidade suficiente para que as parteiras presentes protagonizassem de forma efetiva (e afetiva) aquela roda, cercadas que estavam de pessoas dos mais diversos saberes que ali estavam tão maravilhadas quanto nós,

frente àquele turbilhão de saberes tão sabidos quanto qualquer outro que ali se fazia conectar com os delas.

No início da roda, a parteira desobediente tomou a cena e convidou a todos para “A Farinhada” (“*Quem entende de farinha vem aqui pra peneirar...*”). Preparada por ela, marcou o início do que podemos chamar de uma *autopoiesis*, de um mundo de dança, canto, lugares, toada, história, música, encontros, redes vivas e muitos outros mundos. Bem no estilo do que ela se apresenta no mundo e in-mundo, podemos afirmar, sem correr nenhum risco, até porque correr risco não nos assusta, que é impossível defini-la. Ela vaza todas as prescrições e perfis a ela atribuídos, fazendo destes, como o “parteira desobediente”, apenas um perfil provisório. E, logo de início, é bom que isso fique bem claro!!! Esse encontro, essas afecções e esse caminhar com ela para a Rede e em rede, não tem a pretensão de defini-la, interpretá-la ou qualquer coisa do gênero.

Queremos caminhar com todas as desobedientes que há, queremos a multidão, mas também o uno, o duplo e tudo mais que couber nessa vida de trasbordamentos e vazão, mas também sabemos que ela não é só transbordamento. Em uma aproximação mais amiúde, percebemos que ela é esvaziamento também. Ah! como é bom sentir essa sutileza, essa insustentável leveza de estar desobediente.

Disse ela no último dia do evento: “Ana, sabe de uma coisa: eu não quero ir no passeio de barco. Eu tava interessada mesmo era na avaliação do evento, eu gosto desse momento, que é onde a gente faz a avaliação e vai pensando nos próximos passos. Eu quero ir pro hotel, a minha cabeça tá fervilhando e eu preciso descansar, foi muita coisa que aconteceu aqui”.

Nesse momento ela fez um gesto de levantar a ponta do dedo indicador e apontar para a cabeça, o suficiente para atendermos a sua saída de cena, estratégica! Não importa; ela é assim e a compreendemos! Pedido legítimo!

Enquanto estava em cena, sempre nos surpreendia com as muitas vidas e atravessamentos que lhe compõem. Para a roda de conversa trouxe crachá de parteira, histórias de mulheres e de crianças que “pegou”; trouxe sabedoria milenar sobre o uso da medicina das plantas e, junto com as demais, nos ensinou o uso das tecnologias leves, e até duras, como a ultrassonografia bioenergética que aprendera com os padres italianos que também passaram por sua comunidade. Trouxe os vários filhos que tem “espalhados” na cidade de Bujaru e comunidades próximas; trouxe composições próprias que falam sobre a luta de mulheres e os vários Brasis. Sua força e alegria contagiou quem pensava que ali iria se conversar apenas sobre o ato de partejar, ou que seria uma roda de conversa entre parteiras. Ela vaza o tempo todo, trasbordou, trouxe sonho e realidade.

A parteira desobediente parteja, canta, manipula plantas, corre, faz artesanato, coordena movimento de mulheres, de adolescentes, escreve, compõe, faz farinha e labuta na roça... e pesquisa! “Quando o Gui e a Ana me convidaram e disseram o que era, eu larguei e fui catar tudo que eu tinha de produção...” Ela fala da produção de vida a partir da inventividade que lhe acompanha e transita nas tecnologias e na micropolítica do cuidado com a leveza com que ela se constitui. “Ana, eu não sei parar, não tem quem me prenda”. Mas bem sabe que não pode forçar a máquina, tem a prudência típica dos sábios. “A máquina, ela tando muito forçada ela quebra”. Diz ela, com toda serenidade que lhe é peculiar.

Conviver com essa multidão que nela é pura existência, é também acionar a multidão em nós; há uma identificação e um estranhamento a cada encontro e a cada “despedida”. Inicialmente estávamos chamando-a de “parteira-guia”, depois “parteira pesquisadora” etc. Mas ela, sem nada dizer verbalmente, disse, por meio de seus deslocamentos: eu não caibo na roupa que vocês têm na valise da RAC, mesmo ficando feliz em ser chamada de “pesquisadora” ou “desobediente”.

A sutileza e a força dessa desobediência é algo digno da escrita de um livro. E ela quer escrever um. Nós escrevemos um pouco mais sobre essa desobediência das parteiras que apareceu em uma passagem bíblica com a qual ela nos brindou na roda de conversa, em Manaus (AM)⁹. Teve passagem bíblica na roda de conversa, sim senhor! E não satisfeita, encerrou aquela roda que girava em torno dela e ela em torno de nós, nos atravessando o tempo todo, com uma canção chamada Ordem e Progresso, que é pura desordem e excesso.

Nesses tempos de pouca força de resistência, essa canção é mais do que uma convocação para pensar um Brasil onde caiba os brasileiros de mãos calejadas, como diz a canção. Segue, então, a letra que, assim como tantas outras, marcam o seu modo de existir e produzir vidas:

*“Esse é o nosso país / Essa é a nossa bandeira / É por amor a essa pátria Brasil /
Que a gente segue em fileira / Queremos mais felicidades / No céu deste olhar cor de
anil / No verde esperança sem fogo / Bandeira que o povo assumiu / Amarelos são
os campos floridos / As faces agora rosadas / Se o branco da paz se irradia / Vitória
das mãos calejadas / Se o branco da paz se irradia / Vitória das mãos calejadas*

*Esse é o nosso país / No verde esperança sem fogo / Bandeira que o povo assumiu
/ Queremos que abrace essa terra / Por ela quem sente paixão / Quem põe com
carinho a semente / Pra alimentar a nação / Quem põe com carinho a semente /
Pra alimentar a nação / A ordem é ninguém passar fome / Progresso é o povo feliz
/ A Reforma Agrária é a volta / Do agricultor à raiz / A Reforma Agrária é a volta
/ Do agricultor à raiz”*

Preparamos um ambiente que pudesse ser acolhedor para pôr na roda a conversa entre elas, e a roda de conversa, em seu ápice nos acolheu, acolheu a todos de forma muito intensa. Vibrávamos ao sentir o quanto, elas, de fato estavam conversando entre si, trocando experiências, vivências e até fazendo perguntas mútuas sobre sua arte de partejar, e todos nós ali, aprendendo sobre o trabalho vivo em ato e a inventividade no cotidiano do trabalho de parto, literalmente.

A forma como cada uma aprendera a partejar é algo surpreendente, ainda que apresentem um certo comum. Como não se surpreender com uma fala que diz, em nome da vida, e pela vida: “O meu primeiro parto foi com um animal, o parto de uma cadela. O meu segundo parto foi com gente!”

9 Ver o capítulo intitulado “A desobediência das parteiras”, escrito a partir de parte das experiências vividas com ela pelos autores.

A roda girou, girou e nos pegou! Reverberou em nós e ainda ressoa. Girou novamente e nos levou para além Rio (Amazonas) e se transformou em “Rede RAC”, nome batizado por uma das parteiras do Amazonas para dizer da conexão/parceria entre a pesquisa e as apostas da Rede Unida, que tem pautado e bancado em seus encontros o encontro entre as parteiras e produzido diferença nos espaços de troca entre elas e entre elas e nós e tantos outros profissionais da saúde que apostam em formas diferentes de produção do cuidado às mulheres grávidas.

Assim, fomos para Campo Grande (MS), em março de 2016, para o 12º Encontro Internacional da Rede Unida, cujo tema foi: *Diferença sim, desigualdade não: pluralidade na invenção da vida*. E contou com a participação de parteiras dos estados do Pará, Amazonas, Rio Branco e Região do Centro Oeste.

Ali, novamente fomos tomados por invenções e experimentações onde nossas diferenças produziram marcas nos nossos corpos e nos possibilitou encontros absolutamente singulares e de reconhecimento da potência da vida daquelas a quem qualquer vida sempre vale a pena. O modo como tratam o viver é da ordem da coragem e da aposta radical na vida alegre, no processo de gestação pleno de vitalidade, alegria, saúde. E, sobretudo, o modo singular que cada uma inventa para garantir que o momento do parto possa ser de plenitude para a mulher, seja esse parto realizado na cama, na rede, no igarapé, no barco ou até mesmo no interior de um transporte coletivo, como foram alguns relatos que surgiram na roda, composta por parteiras indígenas, quilombolas, ribeirinhas, inclusive por um parteiro indígena que aprendeu o “ofício” com sua mãe, da etnia Tembé.

Com suas histórias, cirandas e suas canções e composições, foram tecendo o encontro dentro do encontro e desenhando uma Rede RAC naquele Campo Grande. Depois de terem percorrido os territórios líquidos dos estados do Norte e os territórios árido e semi-árido do Centro Oeste, forjaram espaços privilegiados de trocas de saberes e lutas envolvidos na arte de partejar, o que possibilitou uma gestação muito particular e desejada por todos, que foi a criação da Associação Brasileira de Parteias Tradicionais da Rede Unida, ali no I Encontro Nacional de Parteias Tradicionais. Nada mais significativo para todos, que tal gestação tenha se dado num espaço privilegiado dentro daquele congresso, a Tenda Paulo Freire!

Para elas, bem como para nós, tal movimento significa um ganho ético político importante no que diz respeito ao seu processo de autonomia e reconhecimento local do que consideram como um saber que “não pode se perder” – eis, diríamos, a inversão operada pela pesquisa interferência – conhecer para intervir. In-mundices que nos sujaram e contaminaram nossos “corpinhos”, e das quais não queremos assepsia.

Podemos, nesse ponto de nossa escrita, nos perguntar sobre a caixa de ferramentas que trazíamos para operar a pesquisa. Bem, essa caixa continua existindo, mas agora não mais a reconhecemos; tornou-se estranhada – não cabemos mais na roupa que cabíamos. Apesar de ainda a sentirmos, foi necessário operarmos em outras ferramentas, inventadas e reinventadas em ato, a partir da nossa caixa corpo. Ou como nos oferta Cruz (2016), uma “caixa de ferramenta para sentinte”, pela incompatibilidade de nossa caixa epistêmica em transformar o que queríamos conhecer. Tivemos

que sentir, vibrar enquanto corpo; descentrar nossos corpos, vazá-los por territórios sentintes, guiados por nossas “bússolas viscerais” (p. 63)

A nossa valise se ampliou. Pesquisadores in-mundo, descobrimos, são xeretas e bisbilhoteiros. “Vadetezum!” E 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.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar**: conversações sobre o governo de si e dos outros. 2016. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 236.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. Trad. Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

_____; 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.

MERHY, E. E. “O cuidado é um acontecimento e não um ato”. In: FRANCO, T.B.; _____. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. (Saúde em Debate; 236).

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.

NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

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.

ROLNIK, S. “Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico”. **Cadernos de Subjetividade**, v. 1, n. 2, p. 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade. Programa de Estudos Pós Graduações de Psicologia Clínica, PUC/SP, set./fev. 1993.

A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente

Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Heloisa E. Santos
Paula Monteiro de Siqueira
Mariana Leite
Angela Aparecida Capozzolo

Construir um processo compartilhado de pesquisa, que possibilitasse a todos marcar seus lugares e suas apostas, mas também, que todos se colocassem em análise. Sobre isso queremos falar aqui. Sobre nossa experiência com essa montagem.

A entrada não foi difícil em nenhum dos três campos que nos cabiam. Tínhamos relações de simpatia e compartilhamento, em maior ou menor grau, com os gestores nos três lugares (São Paulo, Campinas e São Bernardo). Isso fez diferença, pois, *a priori*, todos desejavam nossas presenças lá. Tinham interesse em fazer coisas conosco. Respeitavam – até desejavam – nossas possíveis contribuições. Isso abriu um espaço gigantesco para nossa entrada, ainda que sempre, deliberadamente, muito cuidadosa.

Num primeiro momento, o combinado era convidar todos: gestores, trabalhadores e usuários para serem pesquisadores. Pesquisadores de si. Com a nossa facilitação. No entanto, já com os gestores, mas também com os trabalhadores, por mais que esclarecêssemos nossas apostas, as palavras “pesquisa” e “avaliação” convocavam em todos a repetição. Todos mesmo – nós e eles. Avaliação como julgamento de valor. Pesquisa como as pesquisas tradicionais com separação entre sujeito e objeto; academia como autoridade, detentora de saberes e da autoria dos conhecimentos produzidos na pesquisa. Um conceito indissociável do outro.

Desmarcar esses conceitos de nossos corpos deu e ainda dá trabalho. Por mais que tivéssemos conversado sobre a importância do mergulho total no campo, de nos produzirmos como pesquisadores/trabalhadores in-mundo (GOMES & MERHY, 2014), de nos misturarmos e produzirmos reflexões compartilhadas com todos os que eram produtores das redes e do cuidado em saúde, os afetos que cada ida ao campo mobilizava em nós eram intensos e analisadores de nossas capturas em relação ao lugar de pesquisador.

Para conseguirmos voltar ao campo com a porosidade necessária aos encontros, precisávamos de muitas horas de processamento. Caso contrário, nosso corpo marcado já produzia filtros e barreiras de contato e escuta em nossas próximas idas ao campo. Nossos incômodos facilmente nos colocariam no lugar de juizes, detentores de um saber x, apreciando o que estávamos vendo/vivendo no campo. Isso frequentemente acontece nas pesquisas e também no cotidiano do trabalho em saúde nas relações entre gestores e trabalhadores e trabalhadores e usuários. Relações de saber-poder (SLOMP JR e FEUERWERKER, 2015).

Com processamento queremos dizer que semanalmente precisávamos relatar e debater o que havíamos vivido, colocando nossas implicações em análise. Mas, du-

rante muito tempo, mesmo que conversando e trocando ideias e inquietações com gestores e trabalhadores locais, estávamos nós no papel de observadores e eles no de efetuidores do trabalho. Ainda que já todos modificados pelas mútuas afecções.

Somente quando entramos no campo em São Bernardo, a nossa relativa exterioridade aos campos em Campinas e São Paulo ganhou visibilidade. Em São Bernardo, boa parte dos pesquisadores éramos de antemão implicados: gestores, trabalhadores ou consultores da secretaria. Todos, em graus diferentes, nos sentíamos coautores da produção daquela rede. Quando agregamos outros gestores/trabalhadores para a pesquisa, ficou evidente que ali estávamos efetivamente pesquisando a nós mesmos. A pesquisa tinha que criar, no entanto, espaços diferentes dos que já existem para pensar sobre o trabalho. Diferentes pela composição, pela armação, pelos participantes – porque era importante produzir novas visibilidades e dizibilidades, novos estranhamentos e também reconhecimentos (MERHY, FEUERWERKER e SILVA, 2012).

Daí, modificamos o modo como vínhamos operando nos outros dois campos: apesar de já haver trocas constantes com os trabalhadores, participação ativa em suas reuniões, intensificamos os esforços de produzir espaços coletivos e compartilhados de reflexão, partindo de casos/situações/observações que a pesquisa suscitava. E mudamos a formulação para o convite: a pesquisa se oferecia como um possível dispositivo de educação permanente para que colocássemos juntos nossas experiências em análise (a deles trabalhando, nós observando misturados, carregando em nós outras experiências, inclusive como trabalhadores e gestores). Essa outra formulação revelou-se fundamental: primeiro pelo reconhecimento de que não somente durante a pesquisa, mas sempre, a experiência de trabalho no SUS possibilita a produção de conhecimento. Todos aprendem pela experiência. Mesmo que individualmente e sem necessariamente se colocar em análise. A diferença aqui, com a pesquisa, era a oferta de alteridade e de coletivo – que são marcas importantes para a aprendizagem pela experiência (LARROSA, 2014).

Isso não queria dizer não conversar sobre os problemas, estranhamentos, desconfortos e discordâncias. A diferença é que passamos a conversar sobre tudo isso coletivamente com nossos parceiros e não sem eles. A problematização passou a ser feita com eles e não sobre eles. O que nos interessava era a montagem dos processos e não os julgamentos acerca dos processos. Olha só o que fizemos! Por que nesta cena fizemos assim e na outra não? Por que aqui conseguimos e ali não? Quais os agenciamentos em questão? Quais as capturas? Quais as potências? Muito mais interessante e produtivo do que concluir que as práticas observadas eram boas ou não, segundo tal ou qual critério ou referencial teórico.

Não foi fácil operar essa mudança nos campos. Em alguns lugares não conseguimos nunca – por conta do modo como as relações foram construídas, por conta da falta de interesse do gestor em sustentar o debate e a problematização das práticas de gestão e de cuidado etc. Em outros, a possibilidade de a equipe entrar em EP aconteceu praticamente no fechamento do campo – e vem se sustentando (e quem resistia eram alguns trabalhadores nesse caso). E em outros, ainda, foi possível e muito produtivo. Trazemos agora para este texto uma dessas experiências, “em que a EP rolou”.

Num dos locais de pesquisa no município de São Paulo, após uma rápida passagem pelos espaços coletivos da gestão (de um lugar que atualmente se chama supervisão, mas que corresponde ao que antigamente chamávamos distritos), passamos a ir aos serviços e a alguns espaços coletivos locais. Um desses espaços coletivos era uma reunião de microterritório – um espaço que reúne gerentes e/ou trabalhadores de diferentes serviços da saúde e de outros setores, que foi fabricado para discutir justamente as situações complicadas, os casos difíceis, que são aqueles que interrogam nossos saberes, arranjos e ofertas habituais – e que são muitos, atualmente, em todas as redes.

Um dos casos discutidos nesse espaço tornou-se um usuário-guia da pesquisa. Usuário-guia. Um usuário que nos possibilita explorar muito mais do que os itinerários terapêuticos. É uma tentativa de produzir visibilidade e dizibilidade aos modos como os usuários se enfrentam com seus sofrimentos, que redes fabricam, como se veem com o cuidado/descuidado que a saúde lhes oferece, como isso afeta os processos de produção de suas existências etc. Temos adotado essa estratégia em várias das nossas pesquisas cartográficas e o usuário-guia se constitui muitas vezes em um muito poderoso interrogador das lógicas instituídas, abrindo questões surpreendentes (MERHY, FEUERWERKER e SILVA, 2012).

Neste caso, o usuário-guia foi (é) o Rambo. “Trata-se de uma pessoa que vive em situação de rua há aproximadamente 40 anos. Morador da região central de São Paulo, portador de transtorno mental, é acompanhado há mais de 10 anos por uma equipe de Consultório na Rua. 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 interações. Quando perguntamos por seu nome diz: *‘Fala você, vocês não são meus donos!’*”

Seu caso é recorrentemente levado ao espaço do Microterritório porque seu modo de se produzir no mundo interroga fortemente os arranjos instituídos. Ele não se encaixa. Não quer ser cuidado. Não quer consultas nem acompanhamento. Não quer morar em abrigo. Quer sua vida como é. Em função desse estranhamento todo e de situações de sua tensa convivência na rua e com a vizinhança, por duas vezes já, Rambo terminou sendo internado involuntariamente para “sua própria proteção”. Agora já está de volta a seu espaço habitual, seu mocó de madeira e lona, suas pombas, seu espaço aberto. Apesar de tudo e, com muito investimento, a equipe do consultório de rua conseguiu refazer laços e tem atualmente relações cordiais com esse usuário, que segue interrogando nossos instituídos.

Um texto a respeito das questões e desconfortos que esse usuário nos suscita foi elaborado. O artigo foi produzido em conjunto por pesquisadores-pesquisadores, gestores-pesquisadores e trabalhadores-pesquisadores locais. A própria produção do texto foi dispositivo para muitas reflexões e autoanálises entre todos os participantes.

O texto foi usado, na sequência, como disparador para uma oficina para colocar a saúde mental em análise nessa mesma supervisão/“distrito”. Participaram dela gestores, trabalhadores dessa supervisão, pesquisadores e gestores de outras supervisões.

Apresentamos aqui duas narrativas (a quente) sobre a oficina.

Narrativa 1:

Lemos juntos o artigo Por Água Abaixo.

Foi perceptível que a leitura e seu conteúdo faziam sentido para os que estavam ali. Algumas daquelas pessoas, inclusive, tinham participado e compartilhado o cuidado do Rambo.

Após a leitura do texto, uma das profissionais que o acompanhou, leu uma poesia que havia feito pensando nele.

Falar dos invisíveis
Dos que não têm voz
Voltar o rosto pra aqueles
Tão distanciados de nós
o desejo do outro
Não condiz com o que a gente sente
Dar um passo pra trás pra poder ir em frente
Por que tanta necessidade de rotular com CID?
Chamamos agressividade o que não passa de revide
Compulsória, involuntária, é só o que existe?
Situação de rua problema que persiste
A loucura impera
No fim da nova era
A rede desespera
Não sabe o que espera
Hospitalização ou quem sabe uma cela
Intervenção agora mais tarde caixão e vela
Pretensão daquele que tem poder
Do sim do não daquilo que vai ser
Estão tão perdidos sem ter o que fazer
Olham pro lado quem poderá nos defender?
De nós mesmos, das leis, da política
Loucura na rua situação é crítica
Há quem critique quem não sabe o porquê
Ficou louco foi pra rua?
O contrário pode acontecer
Mas quem vai dizer ?
Quem sou eu pra julgar?
Quem sabe perdido chegue em algum lugar
Mas quem vai prender?
Quem pode tirar?
Liberdade de ir e vir
Ou de ficar em algum lugar

Mas quem é você pra querer mudar
O desejo do outro de ser ou estar?
Mas quem vai medir? Quem pode curar?
Nosso louco desejo de tudo enquadrar
Apelação do mal
Gente que se promove
Às custas dos outros
Daquele que sofre
Filma, entrevista, selfie fotografia
Ajudei um pobre boa ação do dia!
Vai pra sua casa com dever cumprido
O desejo do outro sequer foi ouvido
Se situa doidão repito e digo
Respeito é pra quem tem
Somente assim eu sigo
Prossigo, caminho em frente
Junto comigo vários loucos
Elo da corrente
Respeitando o ser individualmente
Seu desejo sua escolha isso é prevalente.

Ruth Roots (trabalhadora do SUS)

A poesia fez total sentido. Foi quase que um complemento para o texto. Forte, intenso e envolvido nos afetos que o cuidado com o Rambo trouxe para ela.

Depois da leitura, dividimos os profissionais em 5 grupos. A discussão foi tão rica que muitos dos relatores disseram que não conseguiriam sintetizar a conversa e contavam um pouco como tinha rolado... Uma das profissionais falou que foi uma inovação dividir o grupo em grupos menores para a reflexão, que isso nunca tinha rolado lá...

A linguagem da Saúde Mental – aberturas... As pessoas não pareciam incomodadas com a quantidade de perguntas sem respostas que o texto trazia, que o Rambo evidenciava na sua forma de ocupar o lugar que queria e de indagar o que e como faziam as coisas com ele. Elas pareciam muito mais preocupadas em se aproximar das perguntas, se interrogar mais, olhar para a produção do SUS e do cuidado das pessoas em situação de rua.

Afinal, o que é morar na Rua? O que é habitar a Rua? A disputa pelo cuidado – as capturas e as possibilidades que os desejos e os sofrimentos trazem. O que é o louco? Quem é o louco? Quem fica esperando um dinheiro que nunca vê de fato, que nunca pega em suas mãos, mas que é número que pode ser até vermelho, numa tela ou num papel no final do mês e que gasta esse dinheiro para “viver” e nunca de verdade o vê? Trabalhar por um dinheiro que nunca se materializa? Será que nós não somos os loucos? Foi a fala de um dos profissionais...

A interlocutora de saúde mental “X” disse o quanto foi legal produzir o texto jun-

to, que normalmente os pesquisadores vão, olham e saem e que eles ficam “sem saber de nada”, mas que dessa vez foi diferente.

Eles falaram muito sobre o que é ofertar cuidado para pessoas na rua, sobre como fazer isso se temos poucas possibilidades; que os albergues têm muitas regras e que os moradores não querem ir para lá porque na rua tem sua identidade mais respeitada e liberdade, coisa que não tem nesses lugares. Afinal, o que é correr riscos?

Falaram de como é “perverso” quem trabalha com saúde mental ser o “detentor” da resposta para resolver ou curar a loucura nesse contexto de tão poucas possibilidades de construir coisas diferentes em política públicas para esta população. O que senti – espaço fértil. Os grupos foram para fora do auditório da fábrica de cultura, sentaram no chão, no sol, no palco. Um jeito menos enrijecido de se colocar corporalmente. Havia compartilhamento, mesmo percebendo que um ou outro não concordava ou era mais calado.

Foi uma manhã gostosa, harmoniosa, leve (apesar da densidade e do impacto que casos como o Rambo trazem). Apoiadoras de outras supervisões foram e as da supervisão Y adoraram o texto e o queriam para trabalhar no fórum de saúde mental de lá. Nós oferecemos para fazer algo com a mesma dinâmica lá e elas parecem ter gostado da ideia.

Fiquei pensando no quanto ainda a saúde mental é um lugar diferente dos outros na saúde pública; no quanto ocupar outros espaços como a fábrica de cultura é legal.

Como foi legal ver os usuários vendendo seus. Em alguns momentos se aproximavam da porta, entravam, escutavam e saíam. Profissionais e usuários tocando, cantando, antes da reunião e no intervalo. Música.

No final, uma roda com usuário tocando e cantando junto com os trabalhadores. Uma certa sensação de que para eles, não tinha problema o caso trazer os afetos, que incluem os incômodos; ao contrário, pareceu que eles preferiam muito mais olhar para os afetos, os desejos e os sentimentos que o Rambo trazia, mesmo que fosse para ficar com mais perguntas do que respostas.

Narrativa 2:

Escolhemos o do Rambo, pois acreditamos que mobilizaria mais aquele público (profissionais da saúde e da assistência social). Com 1h30m para o trabalho, dividimos o grupo em 5 subgrupos, que se espalharam pelo anfiteatro e pelo jardim do parque. Leram e discutiram o texto e depois nos juntamos para recolher as produções dos subgrupos.

Seguem minhas anotações sobre o que recolhemos dos subgrupos:

- Como colocar o usuário como “ator ativo”; os sujeitos não são incapazes de decidir.
- Há uma complexidade do campo de cuidado em saúde: diferentes expectativas: as demandas sociais; o que a mídia produz como expectativa; o que a população também espera.
- Vínculo como principal ferramenta de trabalho;
- A questão do desejo do paciente e a relação com a autonomia;

- Aquilo que promove o menor risco para a pessoa, segundo o ponto de vista dos trabalhadores de saúde, nem sempre é o que produz maior conforto e bem-estar para o usuário;
- Lidar com o preconceito e o estigma;
- A internação serve a quem? Ao usuário? Ao trabalhador? À sociedade? Pode ser uma política higienista.
- O que fazer depois da internação?
- Colocar os trabalhadores no lugar de dar “conta” da loucura é algo complexo; é algo perverso, pois seriam necessários muitos outros recursos e articulações do que os disponíveis nas “redes”. Necessidade de outras políticas além da Saúde e Assistência Social, como moradia, alimentação, trabalho...
- A oferta que é feita, é, muitas vezes, única. Se o usuário não se “adapta”...
(isso sempre me lembra a música do Raul Seixas... É fim de mês
- É Fim De Mês - Raul Seixas - LETRAS.MUS.BR)
- Importância da rede do sujeito;
- Rua como lugar de pertencimento;
- Enlouquecer na rua ou enlouquecer e ir para a rua???
- Necessidade de avaliação contextualizada das pessoas;
- O que é o projeto terapêutico singular e como elaborá-lo? (necessidade de se rediscutir isso)
- E os outros usuários que a gente não vê? que não chamam atenção?
- Por que temos que acabar com o sintoma? Por que não pode delirar?
- Este usuário colocou em evidência a rede que falha.

Comentários da pesquisadora:

Os trabalhadores, muitos dos quais participaram dos cuidados ao Rambo, se reconheceram nas questões do texto e gostaram muito da produção.

Ao final, algumas pessoas, inclusive apoiadores de outra supervisão, vieram pedir o texto e autorização para usar em outros Fórum de Saúde Mental. Propus usar como disparador em uma roda de conversa, mas a reação foi negativa.

Foi um encontro bem intenso, deixou mais questões, mas acho que a ideia era essa mesmo. E teve a devolutiva que para mim foi fundamental, de que conseguimos construir a pesquisa com os trabalhadores, ao contrário das outras pesquisas que normalmente só vem, observam e vão embora.

Em primeiro lugar, vale ressaltar que os trabalhadores problematizaram de modo bem interessante a cena e suas questões. Ela fala de incômodos que já são seus, mas agora foi produzido espaço e a abertura para produzir dizibilidades, para colocar isso em discussão. Claro, é possível problematizar sua problematização. Ir além. Essa oficina é só um momento de um debate que precisa seguir, abrir possibilidades, mudar o jogo.

Mas a oficina produz outras visibilidades: perceber como é interessante (e desnecessário) evitar julgamentos absolutos, pois a mesma equipe cuida bem em deter-

minadas cenas e não consegue cuidar em outras etc. O mesmo grupo que produziu Rambo na impossibilidade, constrói uma oficina em compartilhamento intenso com os usuários e se abre para discutir os limites do que havia produzido. Diferentes afecções, diferentes possibilidades, diferentes produções. O processo de trabalho se dá em acontecimento, a mesma equipe é muitas, o mesmo trabalhador é muitos, o mesmo usuário é muitos. Em diferentes encontros, diferentes afecções.

Qual dessas composições é “a que merece ser retratada como a verdade sobre essa equipe”? O reconhecimento da multiplicidade que atravessa esses processos evidencia a baixa potência analítica de retratos pontuais/cenas isoladas diante da complexidade da produção do cuidado. De novo, para nós, importa mais a montagem do que o juízo de valor. A análise da montagem ajuda a pensar, interrogar e a produzir possibilidades.

A construção compartilhada do texto foi um dispositivo muito interessante e também tenso. Trouxe os incômodos para a cena, as diferentes estratégias de construção das relações, as diferentes maneiras de se afetar diante de um problema, visibilidades parciais. E tudo pôde ser conversado, mesmo tendo sido necessário dar um respiro em alguns momentos. Tempo para pensar e se reposicionar. Foi importante sustentar o desconforto com delicadeza para que ele pudesse ser trabalhado. Falar sem matar e ouvir sem morrer.

Mas também é fundamental reconhecer que a gestão dessa supervisão em particular é uma direção que aposta na conversa, não se assusta quando problemas são apresentados e por isso tira proveito de perguntas instigantes. Nós lá trazemos observações e perguntas sobre questões que “passam batidas” no cotidiano. Eles aproveitaram e aproveitam. Sozinhos não estavam armando espaços de reflexão, nós contribuimos para isso.

Em outros lugares da pesquisa, levou tempo para a abertura para a problematização se efetivar. Movimentos de vai e vem, abertura e fechamentos. No final, armaram eles próprios uma estratégia de EP na sequência das problematizações que a pesquisa suscitou.

Diferentes gestores dentro de uma mesma gestão sustentam isso de modos diferentes, ainda em lugares que a aposta geral seja de construir espaços coletivos e auto-analíticos. E o contrário também ocorre: mesmo quando a gestão maior não aposta, gestores locais e equipes podem sustentar movimentos mais reflexivos e de invenção.

Em São Bernardo, a pesquisa abre outras dizibilidades em relação a determinados processos. Incômodos não ditos são ditos. Outros continuam indizíveis... Outras perspectivas e explicações para certas montagens dos processos apareceram.

Mais que tudo, a noção de processo ganha visibilidade. Muito embora haja gestores e trabalhadores que se ocupam no cotidiano da armação, da produção de arranjos e convites, que cuidam, acompanham os processos, esse trabalho é invisível para quem não se ocupa dele. Principalmente para os gestores “formuladores das palavras de ordem”, gestores centrais, sobretudo.

A dinâmica do vai e vem, a necessidade de retomar debates e rever processos. O que parecia bom e suficiente num momento, no seguinte já não é mais: ou porque a formulação utilizada se revelou insuficiente ou porque novos problemas ganharam

visibilidade. Trabalhadores novos chegando o tempo todo, mudanças na composição das equipes levam a mudança nas relações, nas apostas e contribuem também para que seja necessário retomar debates e processos. Diferentes lugares da secretaria entrando nas apostas em tempos diferentes. Operando de modos diferentes, apesar de compartilharem a aposta geral (SUNDFELD, 2016).

Ótimas ideias da gestão só saem do papel quando fazem sentido para os trabalhadores. Para os usuários também. Se a construção (dos planos de trabalho, dos projetos terapêuticos) não for compartilhada, não fizer sentido para todos os envolvidos, está instalada a disputa. Silenciosa ou explícita. Aliás a disputa existe sempre porque sempre há diferenças de perspectivas, apostas, valores, implicações etc. A pesquisa produz visibilidades sobre as disputas. Ao menos sobre algumas delas. Ajuda a recolher efeitos produzidos a partir de diferentes processos. Efeitos que surpreendem, que abrem novas questões. Trabalhadores e usuários também tem ótimas ideias – muitas vezes para surpresa dos gestores...

O modo tradicional de pensar e fazer gestão trabalha no plano formal. Mas uma secretaria de saúde é constituída por muitos outros planos. A pesquisa ajuda a produzir visibilidade a esses outros planos, ao emaranhado de fios que configuram os desenhos de diferentes situações (BERTUSSI *et al.*, 2011).

Porque esta não é uma pesquisa que faz recortes pontuais, nem se baseia somente nas declarações dos diferentes atores, no modo que eles representam os processos e as relações. Não toma uma cena e generaliza. Nem está interessada em generalizar. Acompanha processos, produz novos lugares de escuta, abre espaço para conversa, para outras vozes, interroga e se deixa interrogar, estranha e capta estranhamentos, ajuda a colocar as implicações em análise, coloca suas próprias implicações em análise. Ajuda a que os diferentes atores sistematizem suas experiências coletivamente. Processem experiências coletivamente. E assim produz conhecimento a partir de um compartilhamento. In-mundo. (MERHY, FEUERWERKER & SILVA, 2011).

E, por isso mesmo, neste tipo de pesquisa, como no trabalho em saúde, as coisas não são sempre iguais, nem lisas, nem estão resolvidas. Dependem das relações, das montagens, da delicadeza com que tratamos as diferenças, os ruídos, as disputas.

As políticas de saúde como têm sido produzidas no SUS (de modo centralizado, afirmando, não somente os princípios e diretrizes, mas também os arranjos e os modos de fazer) fabricam regularidades (FEUERWERKER, 2014). Por isso certas cenas se repetem do Oiapoque ao Chuí. Mas são singulares os modos como cada lugar resiste, inventa, abre brechas e produz outros sentidos. Ou não. Interessa-nos interrogar as regularidades, os dispositivos de captura instalados com mais intensidade por umas políticas do que por outras. Mas também nos interessa reconhecer as linhas de fuga, as invenções, a multiplicidade de relações e de cenas, em que escapando ou sucumbindo ao instituído, gestores, trabalhadores e usuários fabricam o SUS no cotidiano.

É a produção de visibilidades e dizibilidades sobre essas intensidades que constituem a montagem do SUS no cotidiano, sem a pretensão de haver recolhido tudo, que pode nos ajudar a todos a fabricar novas possibilidades. Compartilhadas. In-mundo.

Referências Bibliográficas

BERTUSSI, D.; BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. “Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios”. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre, Editora Rede Unida, 2015, p. 461-486.

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

LARROSA, J. **Tremores. Escritos sobre a Experiência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014. 1ª. ed, 2ª. Reimpresão.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. e SILVA, E. “Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental”. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 8(1):25-34, Enero - Abril, 2012.

MERHY, E. E. GOMES, M. P. C. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SLOMP J. H.; FEUERWERKER, L. C. M. “Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1795-1803, 2015.

A pesquisa RAC MG e interferências no território de BH

Alzira de Oliveira Jorge

Daniel Emílio da Silva Almeida

Kênia Lara Silva

Mônica Garcia Pontes

Ricardo Luiz Narciso Moebus

Roseli da Costa Oliveira

Roseni Rosângela Sena de Oliveira

A pesquisa se apresentando

A Pesquisa Rede Nacional de Avaliação Compartilhada (RAC), realizada a partir de demanda do Ministério de Saúde, surgiu da necessidade de avaliação da implantação das políticas de Redes Temáticas em Saúde tendo como principal objeto a produção do cuidado nos serviços de saúde (MERHY, 2013). Para sua realização, os saberes e vivências dos usuários, gestores e trabalhadores foram tomados como válidos e buscou-se fomentar novas experiências em saúde nas quais todos pudessem construir conhecimentos de forma mais simétrica, menos hierarquizada, aceitando e valorizando as diferenças, sem que o saber de um subsumisse o do outro (MERHY, 2010). A aposta feita era que, ao se levar em consideração os saberes, experiências e desejos de todos os atores do processo de produção de cuidado em saúde, seria possível perceber a produção de riqueza a partir das diferenças, valorizadas pelo perspectivismo (VIVEIROS DE CASTRO, 2008; LATOUR, 1994).

A equipe envolvida nesta pesquisa posicionou-se, então, diante do desafio de exercitar a desaprendizagem, se desterritorializando de construções teóricas prévias e se abrindo para a produção do conhecimento em ato, de forma a se contaminar pelo mundo dos sujeitos em ação, e in-mundizar-se (GOMES; MERHY, 2014). Os pesquisadores se colocaram no exercício de ir além do modo tradicional que estabelece uma separação entre sujeitos e objetos sob investigação. Indagávamos sobre a produção de pesquisadores locais, produtores de diferentes cenários do mundo do cuidado e ansiávamos por uma completa mistura e in-mundização do conjunto de pesquisadores com o contexto e realidade dos trabalhadores, gestores e usuários da rede de serviços, conforme nos propõe Abrahão *et al.* (2014). Cabe destacar que o processamento coletivo do conhecimento elaborado a partir dos diferentes olhares e perspectivas desses sujeitos pesquisadores foi utilizado como um conceito-ferramenta e que, por fim, todos foram considerados como pesquisadores implicados e sobre-implicados, passíveis de supervisão.

Independente da fonte utilizada, o mais importante da metodologia dessa pesquisa é o usuário constituindo-se como centro do processamento da construção da investigação. Nesta acepção, a fonte primordial e fundamental, considerando todos os instrumentos utilizados na pesquisa, foi sempre o usuário, com sua história de vida contada de diversas formas e sua fala (narrativa de si), compondo o que denomina-

mos de usuário-guia. Esse recurso metodológico é bem mais do que uma narrativa produzida a partir do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, incorporando todos os encontros que atravessam esta relação: com outros profissionais, com a família, com outros serviços de saúde, com os amigos, com o bairro etc., envolve todos os encontros que a vida vai produzindo, inclusive do usuário com ele próprio (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Este usuário é chamado de guia porque sinaliza e vai mostrando como as redes vão sendo (ou não) tecidas no cotidiano dos serviços, e nessa caminhada, seja na utilização dos serviços ou na construção das suas redes existenciais, vai se configurando em um produtor de REDES VIVAS.

Em Minas Gerais, os encontros que se sucederam ao longo da pesquisa nos levaram a usuários muito especiais e, ao mesmo tempo, muito comuns em nossas redes de serviços: Marias, Josés, Gils, como tantos outros, totalizando 7 usuários-guias acompanhados em dois distritos sanitários de Belo Horizonte.

Nossos movimentos, ricos de afetações, não traziam a intenção de gerar intervenções institucionais estruturadas, mas de escutar os ruídos gerados pelo processo de trabalho em saúde, nos abrindo para as múltiplas possibilidades de visibilidades, expressão e escuta, sempre no sentido de provocar os coletivos frente ao preceito ético de que toda vida vale a pena (MERHY, 2015).

A Produção do Campo em Belo Horizonte

A pesquisa RAC em Minas Gerais (RAC MG) estava prevista para acontecer em três municípios: Belo Horizonte, Betim e Montes Claros. De fato, num primeiro momento, fizemos um contato com todos os secretários de saúde para apresentação da proposta da pesquisa. Fomos muito bem recebidos e esses manifestaram interesse em participar conosco do processo da pesquisa.

Contudo, a trajetória do coletivo de pesquisadores, conectada à história de construção do SUS em Belo Horizonte foi decisiva para se iniciar a pesquisa neste município. Ademais, a proximidade desta localidade em relação ao ponto de encontro dos pesquisadores e a presença de um conjunto importante de atores estratégicos conhecidos por vários pesquisadores forneceram possibilidades de experimentação e construção de um caminho mais fluido para a realização da pesquisa.

Uma vez definido o local de início dos trabalhos, apostamos na entrada pela gestão. Sabíamos de antemão que esta escolha apresenta múltiplos vieses, em especial quando se trata de uma pesquisa avaliativa. No nosso íntimo, revelávamos que há sempre uma expectativa nas apostas e estas são sempre interessadas. A clareza de que nossas conduções são cobertas de subjetividade levou-nos a dar visibilidade a nossas apostas e, nessa direção, partimos ao encontro dos gestores, que nos conduziram aos trabalhadores e estes aos usuários.

O município de Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais, apresenta grande diversidade territorial. Em seu entorno estão os 34 municípios que, unindo-se à capital, formam a região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). A população de 2.502.557 habitantes (IBGE, 2016) confere a BH o panorama da sexta cidade mais populosa do país (BELO HORIZONTE, 2015). Com a municipalização

e descentralização de Belo Horizonte, o município está dividido em nove regiões administrativas. Cada regional possui um território bem diversificado, com populações heterogêneas e diferenças culturais, sociais e econômicas importantes. Nesse contexto, foi desenvolvido em Belo Horizonte um Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) no intuito de proporcionar atendimento à totalidade da população com equidade. Baseado nos princípios do SUS, o IVS é uma combinação de diferentes variáveis num indicador que busca reunir informações relevantes que traduzem as desigualdades intraurbanas, identificando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, o que favorece a proposição de ações intersetoriais (TURCI, 2008).

A rede de saúde de BH conta com mais de 200 unidades distribuídas por toda a cidade (BELO HORIZONTE, 2015). A atenção básica no município é reconhecida como coordenadora do cuidado, composta por unidades básicas de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população. Atualmente, a Atenção Básica de Belo Horizonte possui cerca de 590 equipes de saúde da família que atuam em 147 Centros de Saúde, com uma cobertura estimada em 85% da população total da cidade. Como suporte para essas Unidades, no nível regional, o município possui ainda Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centros de Especialidades Médicas (CEM), referências para Centros de Reabilitação (CREAB), farmácia distrital e laboratórios próprios e conveniados.

Assim, diante do contexto de organização do município de Belo Horizonte e das construções, até então, possíveis para a equipe de pesquisadores da RAC MG, os primeiros encontros na área de abrangência desta pesquisa deram-se com o Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o grupo gestor, constituído pelos nove gerentes dos distritos sanitários, cujo cargo é denominado Gerente de Nível 1 (G1). Na primeira reunião com os G1, após a apresentação da pesquisa, dois gerentes dos distritos sanitários se apresentaram como voluntários para o início da pesquisa em Belo Horizonte. Esta oferta dos dois distritos abriram as portas e facilitaram todos os encontros e interações com as equipes, usuários e famílias.

Nesse momento, os representantes da gestão municipal, considerando particularidades locais, optaram por trabalhar prioritariamente com a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) em um distrito, e em outro, trabalhadores e gestores propuseram atentar o olhar sobre a atenção básica.

Em diferentes momentos a equipe de pesquisadores, os trabalhadores e gerentes dos distritos sanitários e de suas unidades de saúde e, ainda as referências/assessores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde encontraram-se em busca da definição de nossos usuários-guias. Nesses momentos ainda não tínhamos nos deixado levar por esses usuários. Entretanto, no decorrer de nossos encontros, a busca por uma representação com forma, com delineamento, foi se rompendo, ao mesmo tempo em que os atores e suas narrativas se misturavam.

Nesse percurso, o primeiro momento constituiu-se de uma reunião para apresentação da proposta e pactuações com participação dos pesquisadores, assessores da SMSA/Nível Central e gerentes de distritos. Em um segundo momento, foram realizadas reuniões para a apresentação da proposta e construção de metodologias para início dos trabalhos, com participação dos pesquisadores, gerentes e algumas refe-

rências técnicas coordenadoras de projetos nos distritos. Essas reuniões permitiram as primeiras aproximações e discussões sobre questões que afetam a construção das redes de atenção do ponto de vista de quem está na gestão do distrito.

No terceiro momento foram realizadas as Oficinas com o Colegiado Gestor Distrital para apresentação da proposta, construção de metodologias e levantamento de casos, com participação dos pesquisadores, gerentes (Gerentes Regionais de Saúde dos distritos e gerentes de unidades de saúde existentes no território), técnicos de saúde lotados nos distritos sanitários e profissionais que atendem na APS – níveis médio e superior – e em outros equipamentos de saúde dos distritos (num total de 80 a 100 trabalhadores de cada distrito). Nessas Oficinas foi construído um quadro com “casos” que as equipes vivenciam e que, do ponto de vista de quem está atuando no cotidiano do serviço, são desafiantes e poderiam se constituir em disparadores da pesquisa.

Os “casos” foram levantados a partir da reflexão das seguintes questões: serem potencialmente mobilizadores de diversos pontos das redes (mobilizam equipes, família, a rede de saúde, as redes sociais etc.); evidenciarem problemas ou gritos do cotidiano; aqueles usuários que são invisíveis, “tombam” na equipe ou incomodam; ou aqueles cuja visão do usuário foi considerada na construção das redes, evidenciando a dinamicidade, a magnitude da rede viva/rede quente e que, portanto, ampliaram a discussão sobre a produção do cuidado.

Esses foram alguns dos “critérios” para a composição de um quadro de casos levantados nas primeiras oficinas, discutidos nos centros de saúde e retomados na segunda oficina para a definição de prioridades de inclusão na pesquisa. Importante atentar para a produção coletiva que já se delineava nesse momento da pesquisa. Alguns trabalhadores do município estreitavam seus vínculos com os pesquisadores e as conexões criadas refletiam no formato que as oficinas ganhavam.

Consoante às singularidades locais, as discussões nas oficinas foram ricas e chegou-se ao consenso de que, ainda que nem todos os casos fossem incluídos na pesquisa, o levantamento por si só permitiu a análise dos pontos que afetam a atenção primária e a RAPS. Estávamos diante de limites impostos à produção do cuidado. Quando o foco inicial era o cotidiano de trabalho na atenção primária, por exemplo, deparamo-nos com limites impostos pelos usuários que exigiam cuidados tradicionalmente requeridos à saúde mental, como aqueles associados ao uso de drogas e situações com arranjos familiares considerados “frágeis”.

Trabalhadores e gestores dos dois distritos sanitários escolheram casos que consideravam complexos. Os diferentes atores concordavam em defini-los como usuários que já haviam mobilizado vários equipamentos da saúde e outros serviços, assim como as equipes já haviam realizado diversas tentativas de condução com o envolvimento de vários atores, mas sem alcançar o que desejavam.

A equipe de pesquisadores optou por iniciar o trabalho de campo simultaneamente à produção teórica. Essa aposta fez com que, nessa fase da pesquisa, a equipe tivesse muito mais tempo envolvida em campo do que em discussão teórica. A retomada para uma análise sustentada pelos referenciais teóricos aconteceu à medida que as indagações surgiam na construção dos usuários-guias. Utilizamos múltiplas fontes para essa produção: narrativas de gestores, gerentes, trabalhadores, usuários,

familiares e de outros atores que, de alguma forma, contribuíam para movimentar a vida desses usuários.

Em dado momento, a temática da avaliação representou uma tônica para alguns gestores que demonstraram grande interesse em saber os objetivos reais da pesquisa. A equipe de pesquisadores foi então cuidadosamente construindo um vínculo, explicitando a premissa de realizar um trabalho participativo e avaliativo da produção em saúde e das redes de atenção à saúde, demonstrando a realidade do que está sendo construído, mas buscando o fortalecimento e contribuição fomentadora de processos educativos e propositivos para mudanças dos processos de trabalho, no que tange à melhoria da qualidade de vida e produção do cuidado em saúde.

Os pesquisadores atuaram no campo junto aos trabalhadores e gestores e percorreram os equipamentos de saúde responsáveis pela assistência a esses usuários escolhidos. Os encontros foram marcados por conversas e reuniões com gestores de diversas unidades de saúde, trabalhadores e familiares que eram os responsáveis pelo convívio mais próximo com esses usuários-guias. Além disso, buscaram realizar uma escuta da narrativa de si desses sujeitos e de seus familiares, que ecoavam histórias de vida carregadas de símbolos e sentimentos variados.

Afetados pela pesquisa e compreendendo que a lógica da metodologia é o encontro, nós, os pesquisadores e os trabalhadores que mais se aproximaram do nosso convívio fomos nos misturando ao cotidiano de trabalho e à dinâmica da vida dos usuários do SUS de BH. Assim, os encontros foram se produzindo. Encontros dos pesquisadores entre si; do coletivo de pesquisadores com o coletivo de gestores; do coletivo de pesquisadores com o coletivo de trabalhadores da saúde em BH; e de todos estes com os usuários e familiares.

O pesquisador in-mundo já não estava mais sozinho e foram surgindo múltiplas fontes de acesso ao conhecimento sobre os usuários-guias.

Interagindo e nos misturando/imundizando com a rede

Fomos provocados à produção de um coletivo que se potencializou e ampliou em cada encontro. Vários trabalhadores, gerentes e referências distritais que queriam participar de todo o processo conosco, e não apenas das reuniões nos distritos e centros de saúde, foram compondo esse processo de descoberta e andamento da pesquisa e, em meio a uma diversidade de experiências, contribuíram para ativar o nosso olhar. Os encontros permitiram, desta forma, um movimento de abertura para captar os diferentes pontos de conexão das redes vivas a partir dos trabalhadores, gestores e usuários. Fomos delineando formas que buscavam a ampliação do olhar para o, até então, imperceptível, invisível no cotidiano do mundo do trabalho. Nesse processo, fomos reconhecendo *“o quanto no cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado”* (MERHY, 2015, p. 10).

Ao adentrar os espaços dos serviços confirmamos que não seria fácil focar em uma única rede de atenção, até porque no dia a dia, considerando a diversidade e complexidade das necessidades de saúde dos usuários, identifica-se que eles utilizam

os serviços de várias redes. Além disso, eles constroem as suas entradas nas redes/ serviços, segundo seu conhecimento, as estratégias já identificadas como eficientes e seus próprios jeitos de andar a vida.

Iniciamos a nossa inserção em um campo aberto em nós e no conjunto de gestores, apoiadores dos distritos, gerentes dos centros de saúde e trabalhadores, com grandes expectativas entre todos os envolvidos no processo, e buscando construir vínculos de confiança.

Ao mesmo tempo, nós, pesquisadores, fomos tomados por uma tensão, pela novidade da metodologia, a pesquisa interferência que se sustenta no rompimento com as formas costumeiras/dadas e muito conhecidas por nós.

Outro ponto de angústia era o fato de estarmos em Belo Horizonte, lócus de atuação e militância de muitos dos pesquisadores. A construção do Sistema de Saúde em Belo Horizonte foi fonte de muitas inspirações e conquistas. Mesmo diante de mudanças de projeto político, a construção de trabalho vivo, no qual estamos intimamente implicados, tem se mantido em um grande número de atores que compõe o universo do mundo da gestão e da produção do cuidado. Essa história parece ter facilitado o envolvimento de um conjunto de trabalhadores em propostas desafiadoras. Neste sentido, a pesquisa foi assumida como força fraca (MENDONÇA, 2015), deixando em nós uma sensação de acolhimento e, ao mesmo tempo, de grande responsabilidade. É necessário, também, reconhecer que o município investigado passa, no momento, por muitas tensões e disputas de projetos, o que se reflete no cotidiano dos gestores, dos trabalhadores e de quem usa os serviços.

Ante a intensidade dessas inquietações, percebeu-se que as escolhas dos usuários foram feitas diante de uma expectativa e de um pedido, tanto da gestão quanto dos trabalhadores, de uma certa “ajuda” na busca de novos caminhos para aqueles que eram considerados por eles como casos complexos, de difícil manejo e que provocava, até mesmo, um sentimento de esgotamento por parte das equipes locais na condução dos mesmos. Essa expectativa de apoio técnico ou consultoria, colocado sobre os ombros do coletivo de pesquisadores, foi sendo desconstruída no caminhar da pesquisa, nas vivências em ato da busca de outros caminhos e projetos para os usuários-guias, num processo de experimentação conjunta.

Vale destacar também que, se por um lado nosso vínculo com a rede de BH, facilitou nossa entrada e mistura com trabalhadores e gestores, por outro lado produzia também algum constrangimento, sendo possível apontar alguns incômodos, como, por exemplo, quando nos deparamos com a fragmentação e descontinuidade da produção do cuidado evidenciado no acompanhamento de alguns usuários pela pesquisa.

Os encontros e interferências em BH

Conforme íamos vivenciando as múltiplas possibilidades que a RAC nos trazia, fomos nos abrindo para as interferências que a pesquisa foi produzindo nas suas transversalidades. Entendemos então que a transversalidade rompe com a dicotomia de uma dimensão verticalizada na produção do conhecimento para uma dimensão atravessada por múltiplos planos de afetações. Os encontros ganharam amplitude,

algumas vezes inesperadas, com o poder de nos afetar profundamente na produção da pesquisa.

A construção do que é um usuário-guia nos tirou do terreno do pesquisador asséptico/neutro para um convite de um novo modo de produção do conhecimento, tendo o usuário como produtor essencial, a partir do qual devem ser buscadas as trilhas das suas conexões existenciais e do cuidado em saúde. No decorrer dessas elaborações foram provocadas as afetações e a geração do conhecimento, não neutro e nem imparcial, embora transitório e em processo permanente de construção.

Ficamos especialmente afetados com o sofrimento dos trabalhadores da atenção básica, que externavam sua angústia ao terem dificuldade de lidar, isolados, com os usuários considerados por eles como “complexos e difíceis de manejar”. Em seus relatos encontravam-se os portadores de sofrimento mental em geral ou aqueles que também são usuários de álcool e outras drogas, ou mesmo aqueles em vulnerabilidade social ou familiar importante, como os nômades, errantes ou ainda aqueles cuja rua é seu principal refúgio. (JORGE; PONTES; FERREIRA, 2016).

Com o tempo fomos ampliando nosso olhar sobre quem eram esses usuários e percebemos que os trabalhadores também foram produzindo um novo olhar. Os casos tornavam-se sujeitos, partícipes da construção de um cuidado integral, que vai além do cardápio ofertado pelos serviços e busca identificar e produzir outras redes existenciais. Estas consideram a diversidade de formas de andar a vida e, inclusive, atentam para as vivências nas ruas das cidades. Quando as equipes conseguiam enxergar os usuários para além dos muros das unidades de saúde e se abriam para estes novos modos de produção, maior proximidade e confiança eram estabelecidas com resultados em seus projetos terapêuticos e de vida.

Por outro lado, também em alguns guias vivenciamos equipes completamente capturadas pelas redes, temáticas ou não, o que levava ao cerceamento de ofertas e exclusão de usuários de alguns serviços. As redes existentes apresentavam-se amarradas a fluxos, protocolos e normas que cumpriam um papel meramente burocrático, controlavam e dificultavam o acesso do usuário e normatizavam sua vida, como se isso fosse possível. Observar essas contradições levou o coletivo de pesquisadores a discutir se, nessas situações, não seria fundamental transgredir para melhor cuidar. (JORGE; PONTES; FERREIRA, 2016).

Defrontar-se com a máquina de normatividade, disciplinarização, controle e regulação da vida e dos modos de viver dos usuários instigou os pesquisadores a refletir sobre como fazer avaliação sem disparar a “máquina inspetor geral”, tão comum que às vezes se confunde com o próprio campo do agir em saúde (MOEBUS, 2016).

Ademais, afetou-nos a percepção de certa “exclusão” e descontinuidade de cuidado justificadas pela mudança do usuário para uma nova área de abrangência ou por “não cobertura” de determinadas regiões consideradas, *a priori*, de baixo risco, fora dos limites que marcam o alcance de uma equipe de saúde em Belo Horizonte. Começamos a questionar a noção de território sobre a qual estávamos nos debruçamos. Geográfico, geopolítico ou, mais que isso, lugar de existências que se produzem e se recriam (GUATTARI; ROLNIK, 1986)? Nessa concepção de território em BH não se encaixavam alguns dos usuários considerados “complexos”, em especial os nômades:

que circulam pela cidade; que moram na rua ou a têm como lugar de refúgio; que não tem 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”* (SILVA; MOEBUS; FERREIRA, 2016). Em nosso percurso, vimos 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. Tema importante a ser trabalhado com este campo e em processo de discussão e devolução para o conjunto da rede municipal.

Vale destacar que, na pesquisa, ao sairmos em busca de fontes que possibilitassem a construção dos usuários-guias, identificamos a recorrente pobreza dos meios clássicos de registros, que são excessivamente centrados em prontuários e informações que consideram apenas a perspectiva dos técnicos e que pouco diz das singularidades e narrativas dos usuários (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2016), em especial dos usuários-multidões (MERHY *et al.*, 2014). Este achado nos colocou como desafio o enriquecimento da construção das memórias constituídas nos serviços, a incorporação das narrativas dos usuários e da narrativa de outros atores, como familiares, trabalhadores e gestores, assim como uma maior centralidade na constituição de narratividades coletivas, vivas e em ato.

Em nossas experimentações foi possível presenciar algumas modificações nas ações cotidianas dos trabalhadores. Essas observações ocorreram à medida que nós também nos aproximávamos dos usuários e, em nosso percurso metodológico, aprimorávamos a utilização destes como nossos guias. Esta ferramenta permitiu-nos encontrar a rede de saúde e suas diversas redes de atenção temáticas (ou não) existentes, demonstradas na delicadeza de suas interseções, de seus limites, enfim, revelando-nos a construção de intensas redes vivas nestes momentos. Fluidas e flexíveis, essas redes foram vistas para além dos centros de saúde, dos equipamentos e dos protocolos e, num processo dinâmico, concederam um novo e ampliado olhar a nós e às equipes. A complexidade dos casos, quando acompanhados em suas singularidades, em determinados momentos foi avaliada pelos trabalhadores como um convite à ressignificação de suas práticas. Percebeu-se um deslocamento da leitura de um caso clínico à implicação com os usuários-guias. Imersos nas diversas manifestações produtivas destes usuários, os trabalhadores sentiram-se autorizados a cuidar sob a perspectiva do sujeito, não mais do serviço. Neste caminho, usuários e suas famílias/cuidadores também fortaleceram sua autonomia e força fraca (MENDONÇA, 2015) vislumbrando espaços de vida e sobrevivência mais plenos.

Outra questão que nos mobilizou refere-se a uma série de deslocamentos e conflitos produzidos a partir das relações de poder. Ocupamo-nos de uma inquietude durante os encontros com os usuários, com os trabalhadores de saúde ou nos encontros com trabalhadores e usuários. O inédito saber do outro, que vem de fora e de forma inesperada, surpreendeu-nos, pois, até então, nos posicionávamos como pesquisadores tradicionais, revestidos com o manto do saber formal reconhecido e, portanto, condutor de práticas esperadas. Isso produziu em nós, pesquisadores, uma diferente

aposta e um reposicionamento do nosso papel na compreensão de como se aprende e como se conhece. Num primeiro momento olhamos um cenário e imaginamos, a partir dos nossos conceitos, ‘um caos’. Entretanto, ao adentrarmos, ouvirmos no entre, fomos descortinando a riqueza das vidas, das produções que, cotidianamente, reformulam os territórios existenciais (SANTOS; OLIVEIRA; PONTES, 2016).

As diversas relações vivenciadas por nós nesta pesquisa permitiram-nos perceber que a experimentação da metodologia do usuário-guia em Belo Horizonte acrescentou, abriu e estimulou os coletivos, que passaram a refletir sobre a potência das redes sendo construídas/desconstruídas no dia a dia dos serviços. Esse processo permitiu aos gestores, trabalhadores e pesquisadores reconhecerem que a vida requer muito além do que é preconizado em protocolos, normas e diretrizes, e que estes mecanismos normatizadores acabam, muitas vezes, sendo utilizados para favorecer apenas arranjos burocratizantes e dificultadores do acesso e da continuidade na produção do cuidado. Na tentativa de transpor esse evidente fracionamento no atendimento às necessidades dos usuários, nós constatamos que as redes não podem ser capturadas por temas, ciclos de vida ou divisões exatas, visto que, por serem redes, se constituem sempre em movimento e sempre em construção. *“As redes vivas são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam”* (MERHY *et al.*, 2014).

Se a definição coletiva dos usuários a serem acompanhados pelos trabalhadores e gestores favoreceu a nossa inserção no campo, esse arranjo também se mostrou potente, criando possibilidades e rotas de fuga, com a construção de diferentes caminhos, desconhecidos no momento inicial, mas com forte potência de criar furos no muro e novos encontros, superando nossos limites e potencializando as decisões em atos. Assim, nessa inserção tivemos bons encontros, com diferentes intensidades, mas todos com produção de trabalho e cuidado em ato.

Por outro lado, identificamos também alguns problemas ou desencontros ao evidenciar que, em muitos momentos, há falta de potência de construção de redes em BH. Fragilidades tornaram-se evidentes na dificuldade de acesso dos usuários de saúde mental às urgências clínicas, na falta de apoio matricial suficiente para o manejo dos pacientes mais exigentes, seja por serem portadores de sofrimento mental ou usuários de álcool e outras drogas ou mesmo por terem problemas familiares e sociais muito importantes, com reflexos sobre a capacidade destes usuários e suas famílias em lidar com suas vidas e necessidades de saúde. Quando as equipes não conseguiram ampliar o seu olhar para novas possibilidades, para além dos protocolos e muros das unidades de saúde e enxergar o usuário como sujeito e construtor de redes existenciais, estes encontros expressaram redes duras e capturadas.

É necessário registrar que vivenciamos muitos momentos de construção de rede viva nos serviços aonde a pesquisa vinha acontecendo. Porém, dentre as diversas interposições que foram se tornando evidentes, afetaram-nos de maneira ímpar as manifestações de alguns trabalhadores, que expressavam certo esgotamento diante de um trabalho que não tem fomentado de forma suficiente os espaços coletivos de decisão e a construção de saberes conjuntos e tem arrefecido a criatividade imprescindível no cuidar em saúde. Diante de um cotidiano fatigante de trabalho para servidores e

gestores e de uma grande demanda pelos serviços de saúde nas portas de entrada do sistema, o centro de saúde e suas equipes vivem a inquietação pela criação de estratégias distintas, as quais requerem, de quem se propõe a cuidar, mais do que ser um mero pactuador de projetos terapêuticos clínicos.

Os caminhos que íamos experimentando na rede também nos revelaram a imprescindibilidade de nos debruçarmos sobre a construção das vidas que seguem, daquelas que se interrompem ou mesmo se tornam insuportáveis, pois é esse o território do cuidado. Deparamo-nos com trabalhadores, usuários e familiares tecendo caminhos em ambientes que desafiam as possibilidades mais tradicionais de produção de vida. E estes mesmos sujeitos nos mobilizaram ao evidenciarem seus momentos de impotência.

Nesses territórios de produção do cuidado vivo em ato, tendo as redes de atenção como dispositivo, a pesquisa atuou como espaço potencializador da construção de coletivos que permitiram pensar o cuidado do outro e a defesa da vida, numa implicação que reconhece e considera os diferentes saberes e pontos de vista tanto de usuários quanto dos trabalhadores envolvidos. Reconhece também as multiplicidades de existências que há em todos nós, nas potências e impotências manifestadas nas diversas situações vivenciadas.

Todo esse trajeto não foi sem dor, em especial diante dos limites expostos pelos trabalhadores ao abrir a porta do serviço e tendo como realidade uma estrutura nem sempre adequada, cerceada por uma diversidade de fluxos, protocolos e oferta limitada de serviços, além de muitas dificuldades para responder a todas as necessidades apresentadas pelos usuários e suas interconexões, que ultrapassam em muito o simples consumo de uma ação de saúde.

Além do mais, apesar de todas estas dificuldades e limites, encontramos equipes de saúde altamente criativas e inventivas na busca de novos arranjos e alternativas para manejo desses usuários. Em outras vimos o oposto: onde o diagnóstico ou os fluxos e protocolos institucionais, de certa forma, rotularam o destino e as possibilidades desses sujeitos usuários e inibiram outros projetos ou caminhos em direção a mais saúde e vida.

Reconhecemos que esses encontros geraram implicações diferenciadas no conjunto de trabalhadores – alguns deles se integraram ao grupo de pesquisa como pesquisadores – e, ao longo do tempo, fomos construindo vínculo e comprometimento, de maneira que todos os atores (trabalhadores, gestores e pesquisadores) envolveram-se num verdadeiro processo de educação permanente. As oficinas, reuniões de equipe, acompanhamento dos usuários-guias, construção coletiva das narrativas demonstraram uma crescente produção coletiva. Esta constatação foi verificada pelos pesquisadores, bem como pelos trabalhadores e gestores em um seminário que avaliou o trabalho da pesquisa e as interferências produzidas.

Ao nos abirmos para os acontecimentos como elementos provocadores que nos convidam a novas formas e possibilidades de agir conosco e com o outro, compartilhamos e produzimos novas formas de conhecimento e renovação (MERHY, 2015). Esse processo exige atenção e afetações para sair da repetição e produzir diferenças. Multidões de usuários que procuram os serviços e invadem o cotidiano dos trabalha-

dores parecem se repetir todos os dias nos serviços. Entretanto, produzir a diferença nos encontros com essas pessoas potencializa os processos de educação permanente. Essa é uma potência na qual se deve apostar.

Salienta-se que resultados mais potentes e duradouros têm sido constatados nos locais em que os trabalhadores explicitam demandas por espaços coletivos de compartilhamento e reflexão; onde se aposta cotidianamente nos encontros entre usuários-trabalhadores, trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-gestores e na participação social.

Espaços reflexivos de educação permanente aparecem em uma rede como a de Belo Horizonte. Um investimento recente na capacitação de trabalhadores, através de oficinas na atenção básica, confirma a insuficiência das formas tradicionais de “capacitação”, “formação continuada” ou “educação continuada”. Esses formatos não dão conta de processos vivos, criativos e produtores de saberes que acontecem de forma permanente nas práticas do cotidiano em saúde e que, portanto, exigem espaços ininterruptos de reflexão e análise crítica em serviço.

A busca por uma reflexão incessante, pela “educação permanente”, coloca nossos modos de atuar, seja como pesquisadores, trabalhadores ou gestores, numa análise contínua. Nosso empenho é uma tentativa de enxergar algumas pistas que nos parecem ajudar nos deslocamentos, na “desterritorialização”, ainda que parcial, incompleta, flutuante, variante.

Em síntese,

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 [...], onde vamos aprendendo cada vez mais a não saber, mas mantendo a angústia da busca e construindo coletivamente novos saberes a partir de novos olhares. (SANTOS; OLIVEIRA; PONTES, 2016)

Ao dançar essa música, não estivemos sozinhos. Muitos trabalhadores se implicaram integrando a equipe de pesquisadores, outros foram colaboradores, informando, articulando reuniões e encontros. Cada um implicado na sua medida com a pesquisa.

Assim, esta experimentação por meio da RAC MG mostrou-se potente para a construção de um trabalho coletivo com as equipes em busca de novos modos de cuidar. Fica o desafio de continuar produzindo interferências no trabalho em saúde, a partir do conjunto de multiplicidades e complexidades existentes, por meio de arranjos que coloquem sempre o usuário como um guia para a reflexão sobre a potência das redes que se constroem e desconstroem no dia a dia dos serviços.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. *et al.* In: “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: Editora Rede Unida, 2014, p. 155-170.

ALMEIDA, D. E. S.; OLIVEIRA, R. C. **O Desafio de Constituir Narrativas e Memórias – As Aberturas para as Singularidades dos Usuários-guia**. Livro 1 da RAC, 2016 (no prelo).

BELO HORIZONTE. Prefeitura. **Secretaria Municipal de Saúde. 2015**. Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa/estruturadasecretariamunicipaldesaude>. Acesso em: 07 jul. 2015.

EPS EM MOVIMENTO – Entrada Experimentações – **Usuário Guia**, 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>> Acesso em: 15 jun. 2015.

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. 176 p.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da População Residente nos Municípios Brasileiros com Data de Referência em 1º de Julho de 2015**. Disponível em: <http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160211.pdf> Acesso em: 4 jul. 2016.

JORGE, A. O.; PONTES, M. G.; FERREIRA, V. L. **Encontros e Desencontros na Contrução das Redes**. Livro 1 da RAC, 2016 (no prelo).

LATOUR, B. **Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

MENDONÇA, P. E. X. **Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas**. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

MERHY, E. E. “Desafios de Desaprendizagens no Trabalho em Saúde: em busca de anômalos”. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.) – **Cadernos Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG), 2010.

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. 07-14, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

MERHY, E. E. **Relatório Técnico do projeto de 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**. Brasília: SAS/MS, outubro de 2013.

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, 2014.

MOEBUS, R. L. N. Livro 1 da RAC. **Redes Pesquisadoras em Nós e os Nós Dessas Redes**. 2016 (no prelo).

SANTOS, M. A. L.; OLIVEIRA, R. R. S.; PONTES, M. G. **Deslocamentos a Partir dos Múltiplos Olhares**. Livro 1 da RAC, 2016 (no prelo).

SILVA, K. L.; MOEBUS, R. L. N.; FERREIRA, V. L. “Sobre e Sob o Território: ente a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado”. **Livro 1 da RAC**, 2016 (no prelo).

TURCI, M. A. “Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte”. **HMP Comunicação**, 2008, 432 p.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Coleção Encontros**. Rio de Janeiro: Azougue Editoria, 2008.

O pesquisador, o objeto e a experimentação: a produção do conhecimento in-mundo

Ana Lúcia Abrahão
Maria Paula Cerqueira Gomes
Magda de Souza Chagas
Maria Amelia Costa
Nereida Lúcia Palko dos Santos
Mary Ann Menezes Freire
Leila Vianna
Patrícia Albuquerque
Monica Rocha
Simone Mendes Carvalho

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada pelo esforço de coletivos de trabalhadores, que imprimem sua própria e singular forma de agir, e sobretudo de significar o sistema, em um movimento permanente da trama política e prática no campo da saúde. Uma intensa atividade resultante da articulação de trabalhadores, usuários e gestores na dinâmica de um conjunto de Instituições que tem uma enorme potência de se produzir continuamente com novos arranjos, experimentações na produção do cuidado. Instituições, como um conceito que não designa elementos sólidos, concretos, mas como as forças que atuam na constituição dos arranjos, negociações, decisões, pactos que sustentam territórios de interesse e se estabelecem sobre as forças instituídas e instituintes. Referimo-nos aqui à força instituinte como aquela que provoca o instituído, aquilo que desloca o que está posto. Como instituído compreendemos o estabelecido, de caráter fixo, solidificado, centrado em pilares sólidos de certezas. As duas forças encontram-se em constante movimento de construção e desconstrução, no processo de produção de um sistema de saúde universal.

Nesta dinâmica, do instituído e instituinte, os cenários das práticas e ideias presentes em uma Instituição ganham expressão no meio social, conformam arranjos que produzem espaços de comodidade, mas que também nos provoca a sair da “zona de conforto”, nos faz experimentar o diferente, nos lança a territórios desconhecidos, ou, mesmo diante da repetição, cria a possibilidade de fazer diferente.

Diferença em uma política que sustenta a Instituição SUS, em que o instituinte e o instituído encontram-se entrelaçados no movimento das forças micropolíticas e macropolíticas, que no seu desenho produzem novos territórios e por vezes se des-territorializam completamente. Neste movimento, inauguram-se novas propostas de programas, diretrizes e novas práticas no campo da saúde. A política de Redes de Atenção à Saúde (RAS), como tantas outras políticas, não nasceu como algo exclusivamente pensado pelo ou a partir do Ministério da Saúde e sim como fruto de experimentações de profissionais e gestores, justamente na tentativa de construir oferta de

serviço e cuidado que atendessem às necessidades dos usuários, na dinâmica micropolítica, de garantia de acesso, responsabilização e vínculo.

De modo geral a proposta da RAS está inserida em um cenário de fragmentação intensa dos serviços e de suas ações assistenciais, com financiamento público insuficiente, associado a baixa eficiência no emprego dos recursos disponíveis. Como resultado identifica-se a redução da integralidade da atenção em saúde e fragilidade na gestão, como também no campo da formação, com uma qualificação de profissionais desconectada das necessidades de saúde da população. São problemas graves, como a pulverização dos serviços no âmbito municipal e regional.

Nessa conjuntura engendram-se as recentes diretrizes da política nacional da RAS que seguem na direção da construção de um sistema que tenha por base as redes de cuidado e parte do pressuposto de que estas atuam como linhas de produção, acionadas pelos trabalhadores no âmbito do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. A política endereça principalmente os processos de produção formal das redes de atenção, baseando-se em critérios populacionais, regionais, indicadores epidemiológicos e de economia de escala para sua definição.

No entanto, as redes são operadas a partir de processos de trabalho estruturados pelos trabalhadores na sua micropolítica, isto é, a partir de diferentes projetos que se interpõem em um intenso processo produtivo, em redes, em que é operada uma importante capacidade inventiva do trabalhador, o que agrega grande possibilidade de realização ao SUS.

Essa perspectiva de inventividade e criatividade de profissionais e gestores na construção ou constituição das redes de atenção à saúde não ganham visibilidade ou reconhecimento nas políticas e nas pesquisas orientadas por análises do campo macropolítico.

Interessam-nos as experiências em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, com foco nas inovações no modo de produção do cuidado e os numerosos casos de usuários que vivenciam formas e modos de cuidado singulares, esse é o mote desta pesquisa nacional, organizada sob o mote de uma rede de avaliação compartilhada (RAC) em que avalia quem pede, quem faz e quem usa. Estudo que demanda estratégias metodológicas diferenciadas na sua condução e produção.

Este investimento, provoca algumas indagações: O que os gestores e os trabalhadores gostariam de avaliar, a partir da sua própria produção? E o usuário? Qual seria o valor atribuído ao cuidado produzido? Independente da resposta, se extrai uma consequência, qual seja, na medida em que os próprios gestores, usuários e trabalhadores se interrogam, o quê, sob o ponto de vista deles, eles avaliariam e analisariam na produção do cuidado em ato. Por outro lado, tais perguntas produzem um deslocamento importante para a própria pesquisa – os gestores, usuários e trabalhadores passam de “sujeitos a serem pesquisados” como variável da avaliação, no sentido mais normativo da produção da pesquisa científica, para sujeitos da investigação, em que o objeto da pesquisa é composto por vários pontos de vista, incluindo aqui a implicação do pesquisador – que trataremos adiante.

Numa pesquisa em que todos perguntam e produzem respostas, faz parte da estratégia metodológica esse deslocamento, essa passagem/produção de participantes

da pesquisa, para pesquisador, na condução de sujeitos epistêmicos. Um trânsito de idas, voltas e dobras na produção do conhecimento.

Neste texto destacamos o exercício e a experimentação das pesquisadoras na constituição micropolítica dos arranjos para uma investigação que convoca mudanças paradigmáticas na construção do conhecimento.

O exercício de pesquisar

Ao tomarmos como objeto de investigação a avaliação da produção do cuidado e não uma avaliação sobre os efeitos do cuidado, ou ainda, avaliação sobre os indicadores epidemiológicos dos impactos do cuidado para as condições de saúde da população, estamos assumindo que o que interessa nesta investigação é o cuidado produzido no encontro que ocorre entre o usuário e o trabalhador da saúde. O que nos remete ao deslocamento do lugar de pesquisador que observa e interpreta para um lugar que é produzido no espaço/tempo do encontro. Encontros que acontecem entre aquele que demanda o cuidado e o trabalhador de saúde nos seus locais de trabalho, e com os gestores em diversos espaços, inclusive nos espaços informais de gestão em que a vida cotidiana acontece.

Pesquisar a produção do cuidado em redes de atenção nos convida à experimentação de modos de investigação que sejam capazes de produzir análise a partir do ato cuidador. Nesta direção, optamos por uma orientação que não aparta sujeito e objeto, mas que implica o pesquisador no seu objeto, convocando-o a experimentar a multiplicidade de mundos e almas, convidando-o para se encharcar de mundos e vidas (ABRAHÃO *et al.*, 2013).

Estas considerações foram as bases de sustentação durante a dinâmica das oficinas do coletivo das pesquisadoras, do nosso grupo loco-regional. O debate travado ao analisar as possibilidades de construção de um estudo neste plano, tornou visível a perspectiva de se realizar uma pesquisa em acontecimento.

No decorrer dos debates, considerar o encontro como nosso principal recurso, e ao mesmo tempo o lugar do sujeito pesquisador na sua dimensão epistêmica, corroborou para a proposta de estudo em que não há separabilidade entre o sujeito pesquisador e o objeto a ser pesquisado, o que significa reconhecer que a investigação se dará em acontecimento, “sempre qualquer coisa que acabou de passar ou que vai se passar, simultaneamente, jamais qualquer coisa que se passa” (DELEUZE, 1969: 79).

A pesquisa então, se efetua em acontecimento, movimento em que vamos nos produzindo nele, mas, ao entrar nesta efetuação, nas palavras de Deleuze (1969) conseguimos produzir contra-efetuação, para não perder o que mais de profícuo possa haver nesta produção. Um duplo movimento que não se revela apenas na descrição do que se passou, mas que construa debates, e que ganhe concretude e outras formas de dizibilidades do acontecimento.

Deste modo, na medida que avançamos na pesquisa como acontecimento, produzimos marcadores para a compreensão de uma metodologia cujo método do estudo é forjado, em ato e nos acontecimentos decorrentes dos encontros, aqui nesse caso, no encontro entre os diferentes pesquisadores.

O que nos remete ao deslocamento do lugar de pesquisador que observa e interpreta, para o encontro. Assim, se assumimos que a consolidação metodológica dessa pesquisa se dá em acontecimento, no ato da própria pesquisa, é importante considerar que teremos que forjar outras ferramentas metodológicas e conceituais para além das já descritas na formulação do projeto. Passamos a considerar que o olhar do outro nesse encontro compõe o território da investigação, e é necessário considerar como abordagem para a pesquisa o perspectivismo. Viveiros de Castro (2002) adota o perspectivismo ameríndio que tem como base reconhecer o lugar do outro e suas formulações/reflexões, não se tratando de buscar a reflexão sobre o outro e sim a reflexão do outro. Aqui está expresso um princípio interessante, em que não é o sujeito que tem o ponto de vista do objeto e sim de que o ponto de vista cria o sujeito, ou ainda que será sujeito quem se encontrar ativado pelo ponto de vista. Deste modo, o estar em linha com o outro deixa claro que todos são sujeitos.

Assumir a provocação do encontro como principal elemento da investigação é horizontalizar as vistas, ativando os sentidos, e se lançar em um processo ativo e intenso de processos de subjetivação, estando e entrando nos mundos em produção. A investigação nessa lógica de construção é composta por vários pontos de vista, incluindo aqui a implicação do pesquisador.

Uma pesquisa em acontecimento que propõe o encontro em uma perspectiva ameríndia para investigar a produção de cuidado em redes de atenção. Uma primeira reflexão disparada do exercício de pesquisar.

A construção do nosso coletivo pesquisador e a fabricação de sua caixa de ferramentas

Desde o início de nossos encontros, em dezembro de 2013, ocupamos parte significativa de nossas agendas em explorar alguns conceitos ferramentas que sustentam as direções de trabalho dessa pesquisa. A nossa aposta foi a de que esse exercício exploratório ativasse a construção do coletivo pesquisador. Partilhamos o entendimento de que esse exercício seria fundamental não só para a expansão dos nossos encontros nos serviços de saúde, uma vez que conectaria todos nós à direção de trabalho ativada a partir de uma pesquisa em acontecimento, mas, também para colocar em trabalho as nossas implicações e sobreimplicações.

Estar sobreimplicado é estar cego aos movimentos do campo, ou seja, tão implicados que podemos não conseguir criar outras sensibilidades para acompanhar os processos. Já que implicados todos nós estamos em um grau ou outro, pois estamos envolvidos com as instituições, as quais estamos inseridos, não se tratando de engajamento e comprometimento. Segundo Moceau (2008), o que nos cabe na realidade é a análise das implicações.

A análise de implicação é necessariamente um trabalho coletivo. Eu não posso analisar minhas implicações sozinho em meu canto. Os dispositivos de análise que construímos são, pois, sempre coletivos e geralmente temos vários analistas

em cada intervenção. Sempre presente no trabalho de análise, podemos distinguir dois tipos de implicações, primárias e secundárias. Para simplificar, podemos dizer que nossas implicações primárias são nossas implicações dentro da própria situação de intervenção e as implicações secundárias são nossas implicações do campo de análise (MONCEAU, p. 22).

A análise das implicações primárias e secundárias acompanharam a investigação como uma construção coletiva, sustentando a contra-efetuação da dinâmica do acontecimento, para não perder o que mais de profícuo pudesse haver nesta produção. Uma produção das várias formas de existir no mundo para além da que estamos habituados nos serviços, criando outras sensibilidades para acompanhar os processos, foi sendo entremeada, na medida que nos deparávamos com as nossas *sobreimplicações*, como afirma Moceau (2008) a dificuldade ou impossibilidade de analisar as implicações, pois estamos tomados de tal forma por nossas implicações que não conseguimos nos deslocar das nossas verdades.

Logo cedo percebemos que estávamos sobreimplicadas e que precisávamos, coletivamente, olhar as marcas de nossas trajetórias profissionais e políticas em nossos corpos, por consequência em nossas formas de olhar e entender os serviços oferecidos nas redes de saúde que estávamos percorrendo e produzindo. Este exercício foi fundamental e atravessou toda a pesquisa.

Esse movimento de olhar as marcas de nossos trabalhos nas redes e em nós e de problematizá-las, possibilitou a abertura de novas frentes de análise não só dos espaços, de estudo que estavam se iniciando com os trabalhadores e usuários, mas também de um olhar sobre cada um que compõe o coletivo e das relações que estabelecemos na produção dos encontros. Olhar novamente o já visto e abrir novas zonas de visibilidade, novas produções de acontecimento e fabricação de diferentes tipos de redes, produzir novos sentidos para esse já visto se tornou um exercício frequente em nossas reuniões.

Foi assim que aos poucos nossa caixa de ferramentas ganhou forma, visibilidade e funcionalidade. Na medida em que tomávamos em análise nossas implicações e sobreimplicações sentíamos a necessidade de conhecer e estudar conceitos capazes de dar sentido as nossas perguntas e inquietações. A cada encontro, a cada debate, a cada ida a campo, narrativas foram produzidas com a intenção de provocar conversa e reflexão tanto do próprio pesquisador como do coletivo-pesquisador.

A Narrativa como ferramenta de alteridade e de produção de conhecimento

Optamos por incluir desde do início da construção do campo e nos nossos debates o exercício da Narrativa, como ferramenta de análise das implicações e elemento de reflexão teórica da nossa constituição de coletivo pesquisador. Uma escrita livre, um registro no papel daquilo que nos passa e nos acontece nos encontros. Os acontecimentos da existência e da experimentação, sendo narrados e atravessados pelo ato da escrita, como um exercício de alteridade. Outro exercício de alteridade foi estarmos no campo de pesquisa sempre na companhia de outro pesquisador, outros

olhos, outras percepções, outros recolhimentos e afecções, que foram processados e registrados em narrativas que podiam ser da dupla ou individuais, o que importava era a afirmação do exercício de alteridade.

O uso da narrativa aqui, não está vinculado à narrativa de história de vida, potente instrumento de pesquisa no campo da história e da sociologia, aqui a nossa perspectiva é a narrativa como uma ferramenta de produzir deslocamentos em nós, provocar com a escrita os sentidos da experimentação e na leitura a análise das nossas implicações e a construção de conhecimento produzidos no encontro.

A escrita e a leitura das narrativas têm se mostrado potentes para observar o uso dos conceitos-ferramentas no ato da pesquisa e ao mesmo tempo registrar de forma intensiva e extensiva os efeitos da produção do cuidado em rede.

O exercício da produção de narrativas de cada pesquisador após as reuniões do grupo loco-regional é uma experiência viva de “alfabetização na língua menor” (DELEUZE, GUATTARI, 2003). Aprendemos a apreender no jogo da linguagem, as linhas dos afetos, a mobilização dos desejos e os saberes circulantes. Nessa alfabetização os pesquisadores experimentam os conceitos “ferramenta” em sua funcionalidade – o conceito serve para tornar visível a “funcionalidade” do fenômeno e não para descrevê-lo subtraindo-o de qualquer acontecimento. Um conceito não explica o fenômeno, mas o coloca na ordem dos acontecimentos e dos agenciamentos do mundo da vida. Aí está a funcionalidade de um conceito quando diante de problemas de um determinado fenômeno. *“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 [...]”* (DELEUZE, GUATTARI, 1982: 27-28).

Essa perspectiva de experimentar os conceitos em sua funcionalidade frente ao fenômeno de investigação é pedra angular no nosso exercício de investigação, e o uso das narrativas foi fundamental. Inicialmente no processo de provocação-convite ao pesquisador a novos encontros com o serviço. Em seguida, para os trabalhadores que se inseriram nessa dinâmica, com as discussões prévias à entrada no campo de pesquisa propriamente dito, para a constituição da nossa caixa de ferramenta conceitual necessária ao trabalho da pesquisa. O que cada pessoa recolhia destes encontros era registrado em forma de narrativa e compartilhado. Este exercitar construir narrativas nos preparava para seu uso como ferramenta de pesquisa. O segundo momento foi o uso da narrativa no campo de pesquisa, em que o próprio registro e a leitura e releitura expressavam alteridade, além do compartilhamento com os demais pesquisadores e as novas provocações. As narrativas foram construídas pelas pesquisadoras possibilitando a elaboração de um dos planos que tomamos nesta pesquisa, pois como nos diz Réne Schérer:

[...] liberar todo pensamento daquilo que o entrava e o deforma. Impulso de liberação, de desembaraçamento, igualmente válido naquilo que chamamos de prática da vida cotidiana ou na política: desembaraçar-se das divisões e regras artificiais, dos poderes, das instituições, dos impedimentos, das representações, das ideias feitas, dos clichês; de tudo que desvia e bloqueia os processos postos em movimento. Desembaraçar-se de tudo o que imobiliza, que sedentariza: palavra-

-refrão. Se há algo, antes de tudo, que aprendemos com ele, que dele guardamos, que é sua marca própria e sua luz, é exatamente esse apelo a reativar sem parar o movimento. (RÉNE SCHÉNER, 2005).

Entrar em contato com as narrativas, tanto as que elaboramos, como as que recebemos oralmente nos relatos e histórias de usuários, profissionais e gestores, nos fizeram trabalhar outros tempos, a reflexão sobre nós mesmos, assim como foi uma oferta silenciosa para cada um autocompreender-se e explicar-se. Ao mesmo tempo uma estratégia de acesso às afecções, às biografias dos participantes, uma ferramenta especialmente potente para quem vive o constante desafio de estar com o outro em situação de fragilidade, que demandam de reconhecimento. O que não chegaria (e nem ofertaríamos) de outra maneira. (CABRAL, 2015; SERPA JÚNIOR *et al.*, 2014; GROSSMAN; CARDOSO, 2006).

Para Walter Benjamin (1987) o ato de narrar é artesanal e envolve dar espaço ao tempo e à escuta. Bastante propício para o que precisamos construir no campo enquanto pesquisadores. Nossas experimentações com o(s) outro(s) ocorreram após longo processo de observação, silêncio e escuta, o que o tempo contemporâneo tem subtraído das pessoas, inclusive nos encontros entre usuários e trabalhadores. O tempo contemporâneo, a urgência, a pressa em resolver e seguir rapidamente para o próximo momento, o evitar se envolver com as mazelas do outro, estes são motivos para Benjamin considerar que a narrativa, faculdade de trocar experiência, está fadada à extinção.

O homem de hoje não cultiva o que não pode ser abreviado. Com efeito, o homem conseguiu abreviar até a narrativa. Assistimos em nossos dias ao nascimento da *short story*, que se emancipou da tradição oral e não permite essa lenta superposição de camadas finas e translúcidas, que representa a melhor imagem do processo pelo qual a narrativa perfeita vem à luz do dia, como coroamento das várias camadas constituídas pelas narrações sucessivas (BENJAMIN, 1987, p. 206).

Fabricando as ferramentas na caixa

Dessa forma, certo exercício de *desaprendizagem* foi o primeiro a ganhar um espaço considerável em nossa caixa de ferramentas, pois as narrativas se tornavam um convite ao desaprendizado do nosso suposto saber. Logo percebemos que para seguir na pesquisa era preciso disparar processos de problematização e ressignificação de nossas certezas sobre o campo já sabido em cada um de nós. Era preciso desaprender o já sabido sobre os municípios pesquisados para poder olhar de novo, ver aquilo que jamais foi visto, recolher novas produções do mundo do trabalho e das redes vivas. Sustentar em ato uma pesquisa que tem como direção de trabalho uma avaliação compartilhada requer sustentar no cotidiano de nossas ações o reconhecimento de que não só o gestor fabrica redes, mas o trabalhador, o usuário e os espaços de produção de coletivos em funcionamento nos territórios.

O pesquisador foi provocado intensamente no exercício de desaprender, desapegar, desconstruir, problematizar e colocar em análise as marcas, os constructos cen-

trados e estabelecidos como verdades. A provocação ocorreu com o intuito de novo olhar-corpo-pesquisador, olhar que acompanhasse as nuances e detalhes do outro, os ditos no silêncio, as cargas das afecções, o que afrontasse o instituído e criasse novas e diferentes formas de estar no encontro com o outro. O processo de desaprender não ocorreu rapidamente e nem ao mesmo tempo com todos, porque o que se encontrava ensinado, em certa medida, dificultava o reconhecimento de outros arranjos, outras perspectivas (DELEUZE *et al.*, 2011). As reuniões semanais operaram como uma de nossas alteridades, onde cada pesquisador de cada campo relatava suas inquietudes, alegrias de bons encontros, dificuldades e desconfortos, ampliando o olhar aos movimentos do campo, na direção de desenhos que nos guiassem na produção de cuidado estabelecida nos encontros que estavam sendo produzidos em acontecimento, como um mapa das subjetividades desejanter.

Para desenhar os mapas das subjetividades desejanter, foi preciso fabricar ferramentas de pesquisa que nos auxiliassem a produzir dispositivos capazes de abrir espaços para a interrogação sobre o processo de produção do cuidado que experimentávamos e ao mesmo tempo, para a problematização e deslocamentos produzidos. Espaços analíticos que não se limitassem a recolher apenas a descrição, a constatação e afirmação do que já acontece. Esse tempo de construção no/do coletivo pesquisador nos ensinou que para olhar as tramas e significados da produção do cuidado das redes em movimento no interior das Instituições é preciso também olhar em nós como essa produção se atualiza e se presentifica.

Nesse exercício de desaprender, problematizar e colocar em análise nossas marcas, destacamos dois trechos das narrativas produzidas por dois pesquisadores que falam do que estamos chamando de construção do coletivo pesquisador:¹⁰

(...) Momento muito importante de reflexão! Pude acender um sinal de alerta de que não estava devidamente conectada com a pesquisa como achei inicialmente. Em um primeiro momento, acreditei que tudo, aparentemente, estava arrumado. Penso que o meu envolvimento intenso no PPSUS me dava uma acomodação para essa próxima pesquisa.(...)

(...) Mesmo tendo participado do 1º Seminário da pesquisa e de todas as conversas que tivemos na Linha, formais e informais, não me senti incomodada o suficiente para sair daquele estado de arrumação. Foi surpreendente perceber que participar do PPSUS facilita muito o entendimento em algumas questões na pesquisa. Entre elas destaco estar mais apropriada da metodologia e de alguns importantes conceitos. Porém, atrapalha em outros aspectos como estar completamente embaraçada com o tema da saúde mental, colocando-me numa posição paralisante diante as singularidades de outros temas.(...)

10 Alguns pesquisadores desse coletivo participaram de uma pesquisa anterior do PPSUS intitulada “ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO A CRISE NAS REDES SUBSTITUTIVAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. No decorrer dos encontros foi possível perceber as marcas que essa pesquisa havia deixado em alguns dos pesquisadores. Aos poucos as diferenças entre as pesquisas foram percebidas e, conseqüentemente foi possível também entender o quanto os pesquisadores que estiveram a frente dessa pesquisa precisavam se despir deste pesquisador construído a partir do PPSUS.

Assim, foi possível como nos diz Réne Schérer (2005) *“Desembaraçar-se de tudo o que imobiliza, que sedentariza: palavra-refrão. Se há algo, antes de tudo, que aprendemos com ele, que dele guardamos, que é sua marca própria e sua luz, é exatamente esse apelo a reativar sem parar o movimento”*.

Nesse exercício de olhar em nós essa produção para poder olhar nos outros e nas redes encontramos outro conceito ferramenta, a noção de afecção espinoziana. Isto porque toda experiência de assistência, de gestão, assim como a da própria vida é uma experiência com as afecções da existência ou com isso que se produz a partir de nossa posição no mundo, como corpo em encontro com outros corpos que assim se afetam de modo alegre/triste, não em contraposição um com o outro, mas em processo de afetar-se. Reconhecer essas afecções em nós e nos encontros nas redes traz para a cena as produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar e gerir. Sobre sentidos dos processos coletivos em ato e a forma como suas redes são fabricadas com vistas a produzir o cuidado em saúde.

Em conexão com o exercício de desaprendizagem e com a noção de afecção o próprio conceito de rede passou a ser explorado de outra forma. Houve um deslocamento do reconhecimento de uma rede somente a partir de seus fluxos e protocolos para o de sua fabricação como rede viva, mutável, dinâmica, imprevisível, em acontecimento, em ato a partir de cada encontro entre o trabalhador, os usuários e a gestão. A partir desse entendimento da rede como um espaço de produção de vida, o encontro da pesquisa nas redes produziu muitas zonas de visibilidade e dizibilidade da forma como essas redes operam muito antes da escolha mais formal de um caso/situação traçadora.

Outro conceito ferramenta que aos poucos foi ganhando força entre nós foi a própria noção de coletivo. A partir de nossos encontros, reflexões, idas às redes, o sentido do conceito de coletivo se transformava entre nós. Ganhou outros sentidos e se tornou um conceito ferramenta fundamental para a nossa ação. Paulatinamente começamos a operar a noção de coletivo como um espaço múltiplo que para ser potente precisa se abrir à inclusão das diferenças, dos diferentes e das tensões constitutivas do mundo do trabalho e da produção do cuidado. Aprendemos que coletivo não é sinônimo de grupo, de unidade, ou de homogeneidade. Ao contrário, devem rachar com toda tentativa de se fazer um. Coletivos devem sustentar o múltiplo, e, sendo assim, é um dispositivo importante na produção de redes vivas e quentes. **Surge aqui um primeiro elemento importante para se operar com pesquisas que se reconhecem In-munda, a capacidade das diferentes redes de produzirem dispositivos para ampliar a produção coletiva e assim conectar de formas mais potentes as linhas de cuidado.**

Nesses exercícios de desaprendizagens do coletivo fomos descobrindo também algumas “ferramentas-funções” que podem contribuir para os processos de análise das redes de cuidado. A ideia é que essas ferramentas auxiliem a operar no interior destas lógicas institucionais, tornando-as ruidosas, abrindo espaços para recolher as experiências que fazem também o trabalhador e o gestor pesquisador. Algumas dessas funções da/na rede ganharam força entre o nosso coletivo, entre elas destacamos a função dispositivo.

O encontro com os coletivos: a função dispositivo das redes

Uma das iniciativas do nosso grupo-local na direção de ampliação do coletivo de pesquisadores, foi o mapeamento político dos atores da Secretaria Municipal de Saúde que estávamos envolvidas e a Secretaria Estadual de Saúde, para posterior contato e convite para a participação da pesquisa, considerando que quando falamos de campo não estamos nos referindo somente a um espaço geográfico ou ao local de um serviço, mas a um território que além do seu espaço geográfico é lócus e passagem das relações micropolíticas tanto as interpessoais, marcadoras dos encontros, como as institucionais e de poder.

Essa reflexão no sentido de “definirmos para nós” o que seria o campo dessa pesquisa, uma pergunta importante para essa primeira configuração foi norteadora para esse debate: como entrar nas redes? – no sentido micropolítico rede é campo. Quanto mais discutíamos por onde, ou por qual aparelho para cada uma das redes que entraríamos “no campo da pesquisa” mais elas se dissipavam (se borravam umas com as outras) pois é impossível não se deparar com o cruzamento de muitas redes. Um signifiante que ganhou destaque e foi atravessando a nossa produção, foi a diversidade dos encontros que produzimos e a diversidade de sujeitos que estavam em produção.

Nesses encontros nas redes é preciso reconhecer a pluralidade. Conexões em rede onde o exercício de se aproximar, necessariamente convocam cada um a refletir sobre seus processos de trabalho e, conseqüentemente sobre o lugar que cada um ocupa na produção do cuidado. Para explicar este movimento tomamos emprestado o conceito foucaultiano de dispositivo, como “*demarcar um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações (...) o dito e o não dito são os elementos do dispositivo*” (FOUCAULT, 1979, p. 244). Como aquilo que engendra movimento produzindo novos sentidos e significações no cotidiano.

Pode-se entender um dispositivo como um conjunto de linhas, um novo, composto de matizes e naturezas diferentes. Esse conjunto multireferencial, multivetorial, forma processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se afastam quanto se aproximam uma das outras. Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas. Os dispositivos são como máquinas de fazer ver, de fazer falar o múltiplo, de trazer para cena o plural. São formadas de linhas de luz, linhas de fala, linhas de força que afetam e fazem afetar, abrindo novos enunciados, novas possibilidades de sentido e significação. Conhecer a capacidade das redes em se produzir como dispositivo possibilita verificar diferentes planos de exploração da fabricação das linhas de cuidado, uns mais procedimentos-centrados, outros usuários-centrados, outros gestores ou profissionais-centrados. Outros tantos atravessados por disputas que atualizam diferentes maneiras de operar essas linhas.

Uma consequência de explorar a capacidade que essas redes têm em operar enquanto um dispositivo é verificar aquilo que podemos chamar de potência para fabricação de redes quentes. Ou seja, redes em permanente mudança, construindo novas linhas de cuidado de acordo com a necessidade dos usuários, não como algo original, antes nunca visto, mas como criação, como re-invenção. Como possibilidade de criar

com o que já se tem, com as tecnologias de cuidado disponíveis, outros agenciamentos antes não pensados.

A (re)(des)construção dos objetos e dos pesquisadores... Os experimentos, as dobras... As implicações do pesquisar em coletivo

Tecer novos arranjos nesse processo de pesquisar, num movimento de construção ou constituição das redes de atenção à saúde, com foco nas diversas formas de produção de cuidado e de vida requer compreender coletivamente o trabalho em saúde e suas tensões, produzidos nos encontros. Tensão entre o trabalho vivo em ato que ocorre no exato momento da atividade produtiva e criativa, inscrito nas diversas relações, no mutável momento de seu encontro. E trabalho morto, expresso por meio dos instrumentos, normas e saberes, produzidos anteriormente e disponíveis para serem utilizados. Esse modo de fazer, previamente estruturado, pode “capturar” o trabalho vivo em ato de tal modo, que o trabalhador não exerça sua ação de maneira autônoma e criativa. Essa captura diminui as possibilidades de responder à singularidade de cada encontro e às necessidades de cada usuário. A tensão opera o tempo todo no cotidiano dos serviços, nos vários encontros: dos trabalhadores entre si e deles com os usuários e com gestores (MERHY *et al.*, 2003).

Olhar para as tessituras presentes no trabalho em saúde através dessas novas lentes permite aprofundar-se ainda em outra forma de tensão, a constante disputa entre os interesses de cada trabalhador e os interesses dos usuários, interferindo na definição da organização do processo de trabalho. Então, a produção do cuidado e da integralidade depende “da possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde para neles atuar a força instituinte do usuário, mesmo não estando ele fisicamente ali” (MERHY *et al.*, 2003, p. 31). Dessa forma, se faz necessário enfrentar tais tensões constitutivas do trabalho em saúde cotidianamente, reconhecendo que a “saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitante conforme os sujeitos colocados em cena” (MERHY *et al.*, 2003, p. 35).

O exercício de se experimentar em grupo e singularmente nesta dobra do perspectivismo e da implicação, tem possibilitado, ao grupo de pesquisadoras um reposicionamento de conceitos, reconstrução de outros e avanços importantes na construção de conhecimento sobre a constituição de redes dentro dos serviços. A produção de um campo de pesquisa que rompe com a dicotomia objeto/pesquisador, colocou em “destaque as micropolíticas imanentes” (RODRIGUES, 2011, p. 236) do processo de cuidar, deixando vir para a cena os acontecimentos ruidosos, repetitivos, silenciosos e/ou silenciados, presentes e constitutivos das conexões e arranjos produzidos entre os pesquisadores.

A experiência é ‘isso que me passa’ (LARROSA, 2011, p. 5) e vem para inquietar quem passa por ela, para além de suas representações, sentimentos, projetos o qual não depende do seu poder ou da sua vontade. Nesse sentido, como analisadores à luz da produção de conhecimento oriundo da experiência, do lócus da produção do cuidado, surge uma formação de grupo na mistura, produzida pelo pesquisador, trabalhador e usuário.

Construir um coletivo de pesquisadores-trabalhadores implicados e revestidos por essas reflexões e aprofundamentos requereu um esforço por parte de todos os envolvidos, pesquisadores, profissionais, gestores e usuários. Mudar as lentes para a construção de novos objetos e novas formas de olhar/pesquisar pressupôs a troca de ferramentas e a compreensão das multiplicidades existentes em cada um dos envolvidos.

Assim, está se configurando, pois estamos em processo de produção da investigação, uma produção intensa de conhecimento, entre os pesquisadores e por parte de quem faz o cotidiano acontecer, de quem está ligado ao processo de cuidar, pois é a prática o lugar da produção de conhecimento (MERHY, 2013). Na construção da investigação, buscamos ir para além da lógica do apreender *“o engendramento daquilo que, ao tornar-se ‘objeto’, se vê sujeitado às ações de outro e/ou outrem”* (RODRIGUES, 2011, p. 236) em suas diversas racionalidades, lógicas e sentidos. Partimos do entendimento de que o usuário não se encontra na condição de objeto e sim se localiza no lugar do protagonista do seu próprio modo de existir. Produz suas próprias conexões e modos de estar na vida.

Tais reflexões ganham corpo quando visualizamos um mundo da rede de cuidados pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de conhecimentos, tomando o outro que chega a este mundo – muitas vezes o usuário – como seu objeto de ação, como alguém desprovido de saberes, 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 ‘a melhor forma de viver’. Esse encontro e sua assimetria não provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saberes e de formas de vidas, onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros (MERHY, 2009).

Estamos partilhando os encontros com uma escuta e debate a partir dos micro-processos de cuidar, com muita negociação entre os serviços. Nesse sentido, o desafio de conhecer o usuário, identificando os equipamentos por onde transitou, bem como as suas conexões existenciais, ou seja, os vínculos, contatos que ele constrói além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, nesta experimentação em ato no plano do cuidado é viver o nomadismo e o acontecimento no ato. Nesse exercício de olhar em nós essa produção para poder olhar nos outros e nas redes, encontramos conceitos-ferramentas, que nos auxiliam, como a noção de afecção espinoziana. Isto porque toda experiência de assistência, de gestão, assim como a da própria vida, é uma experiência com as afecções da existência ou com isso que se produz a partir de nossa posição no mundo, como corpo em encontro com outros corpos que assim se afetam de modo alegre ou triste.

Dessa forma, fez-se necessário um exercício constante para entender os diversos envolvidos, nessas novas formas de olhar e fazer, enquanto redes de existências, que produzem-se ‘em-mundos’, ‘in-mundizam-se’ (ABRAHÃO, 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, que lhes são o tempo todo impostas. Nesse sentido, teve-se uma dobra que operou

a todo instante, a partir de tensões constitutivas, que colocou todos nós em um processo de afecção e negociação.

Reconhecer essas afecções em nós e nos encontros nas redes traz para a cena as produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar e o gerir. Sobre sentidos dos processos coletivos em ato e a forma como suas redes são fabricadas com vistas a produzir o cuidado em saúde. Em conexão com o exercício de desaprendizagem e com a noção de afecção, o próprio conceito de rede passou a ser explorado de outra forma, considerando a dimensão micropolítica das experiências cotidianas.

Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora. É trazer o lugar dos processos de encontros, processos estes intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento (MERHY *et al.*, 2014).

Há um deslocamento do reconhecimento de uma rede somente a partir de seus fluxos e protocolos para o de sua fabricação como rede viva, mutável, dinâmica, imprevisível, em acontecimento, em ato, a partir de cada encontro entre o trabalhador, os usuários e a gestão. A partir desse entendimento da rede como um espaço de produção de vida, o encontro da pesquisa nas redes vem produzindo muitas zonas de visibilidade e dizibilidade da forma como essas redes operam.

Enxergar tais redes, na sua micropolítica, funcionando sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vem nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho, como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para a produção do cuidado (FRANCO, 2013).

O trabalho vivo para além dos processos normativos revela movimentos para produzir o cuidado em casos que eram de “fracasso” para casos de “sucesso”. E como isso acontece? Acontece no cotidiano do trabalho das equipes, na medida em que para desvelar a “caixa preta do outro” é preciso conhecer a sua história para que o cuidado seja mais palpável, mais concreto e possível.

Essa forma de descortinar as redes e (re)conhecê-la tem alterado nosso modo de construir e costurar os conhecimentos sobre as formas de produção do indivíduo/coletivo em si, e sobre as formas de se produzir cuidado, refletido na construção de estudos (MERHY *et al.*, 2014) que temos realizado, de modo compartilhado, com os protagonistas – diferentes indivíduos e grupos – dos processos de cuidado no campo da saúde.

Deixar-se guiar pelo outro e aprofundar-se na micropolítica dos encontros faz com que também nos tornemos pesquisadores ‘in-mundo’ (ABRAHÃO, 2013), num

percurso investigativo onde abrimo-nos às nossas próprias narratividades disparadas pelas afecções que o campo de estudo agencia em nós.

Apontando perspectivas

Este movimento de produção de conhecimento in-mundo nos convoca a partilhar os encontros com uma escuta e debate a partir dos microprocessos de cuidar, com muita negociação entre os serviços. Nesse sentido, o desafio de conhecer o usuário, identificando os equipamentos por onde transitou, bem como as suas conexões existenciais, ou seja, os vínculos, contatos que ele constrói além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, nesta experimentação em ato no plano do cuidado é viver o nomadismo e o acontecimento no ato. Nesse exercício de olhar em nós essa produção para poder olhar nos outros e nas redes encontramos conceitos-ferramentas, que nos auxiliam, como a noção de afecção espinozana. Isto porque toda experiência de assistência, de gestão, assim como a da própria vida é uma experiência com as afecções da existência ou com isso que se produz a partir de nossa posição no mundo, como corpo em encontro com outros corpos que assim se afetam de modo alegre ou triste. Reconhecer essas afecções em nós e nos encontros nas redes traz para a cena as produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar e gerir. Sobre sentidos dos processos coletivos em ato e a forma como suas redes são fabricadas com vistas a produzir o cuidado em saúde. Em conexão com o exercício de desaprendizagem e com a noção de afecção o próprio conceito de rede passou a ser explorado de outra forma. Há um deslocamento do reconhecimento de uma rede somente a partir de seus fluxos e protocolos para o de sua fabricação como rede viva, mutável, dinâmica, imprevisível, em acontecimento, em ato a partir de cada encontro entre o trabalhador, os usuários e a gestão. A partir desse entendimento da rede como um espaço de produção de vida, o encontro da pesquisa nas redes vem produzindo muitas zonas de visibilidade e dizibilidade da forma como essas redes operam.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; CHAGAS, M. S.; GOMES, M. P. C.; 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.

BENJAMIN, W. **Obras escolhidas-Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense. 3ª ed., 1987.

CABRAL, M. J. *et al.* “Apresentação e Abertura”. In: FERNANDES, I.; CABRAL, M. J.; CASAL, T.; CORREIA, A.; ALMEIDA, D. (Orgs.). **Contar (com) a Medicina**. Lisboa: Edições Pedagogo Ltda. e Centro de Estudos Anglisticos da Universidade de Lisboa; 2015.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. 34, 2011. Vol. 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Kafka para uma literatura menor**. Lisboa: Assírio e Alvim: 2003.

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. "O que é conceito?" *In: O que é filosofia?* São Paulo: Ed. 34, 1982. p. 27 – 28.
- DELEUZE, Gilles, **Logique du Sens**, Paris: Minuit, 1969.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FRANCO, T. B. "As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde". *In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. 1ª ed. p. 226-242.
- 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.
- GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. A. "As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico". Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2006; 30(1):6-14.
- LARROSA, J. "Experiência e alteridade em educação". Rev. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 2, p. 04-27, jul/dez 2011.
- 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. 153-164, out. 2014.
- MERHY, E. E. **As práticas de cuidado na saúde**. Vídeo, Encontro regional Sul da Rede Unida, de 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". Rio de Janeiro: **Divulgação em Saúde para Debate/Fiocruz**, n. 52, p. 153-164, out. 2014.
- MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
- MONCEAU, G. "Implicação, Sobreimplicação e Implicação Profissional". Rio de Janeiro: **Fractal Revista de Psicologia/UFF**, v.20, n.1, p.19-26, Jan-Jun, 2008.
- RODRIGUES, H. B. C. "Intercessores e narrativas. Por uma dessujeição metodológica em pesquisa social". São João Del Rei: **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais/UFSJ**, v. 6(2), p. 234-242, 2011.
- SCHÉRER, R. "Aprender com Deleuze". Campinas: **Revista Educação e Sociedade/Unicamp**, vol. 26, n. 93, p. 1183-1194, Set./Dez. 2005.
- SERPA JUNIOR, O.; CAMPOS, R. O.; MALAJOVICH, N.; PITTA, A. M.; DIAZ, A. G.; DAHL, C.; LEAL, E. "Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário". Rio de Janeiro: **Physis**, 2014; 24(4):1053-1077.
- SERRES, M. "Criar". *In: SERRES, M. Filosofia Mestiça*. (Trad. Mª Ignez Duque Estrada). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, p. 9-44, 1993.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. "Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena". *In: VIVEIROS DE CASTRO, E. A inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosac Naify, 2002. p. 345-399.

Enquadrilátero: a educação permanente em saúde como estratégia de encontros que tecem redes vivas*

Emmanuela Mendes Amorim
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Luciano Bezerra Gomes

Experimentar o estudo das redes em saúde na perspectiva de diferentes olhares – gestor, trabalhador, usuário – é um desafio pertinente, complexo e estratégico uma vez que redes vivas em saúde são forjadas por diferentes pessoas que constroem as redes no seu cotidiano (MERHY *et al.*, 2014).

Nestes escritos pretende-se abordar o modo como foi fabricada a pesquisa Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) em Recife-PE. É uma cartografia do modo como se forjou a pesquisa, os encontros e desencontros rumo ao ponto-objeto redes vivas. Trabalharemos isso em quatro planos. Primeiro falaremos da pesquisadora apoiadora diretamente responsável pelo desenvolvimento da pesquisa nesta cidade, trajetórias e implicações com as redes vivas no território de encontros e desencontros. Depois, dos diferentes pesquisadores locais, suas inserções no SUS e implicações na trajetória das redes em Recife-PE. No terceiro movimento, trabalhamos misturando os pontos no plano do encontro: as RAC Saúde Mental-Atenção Básica e RAC Rede Urgência e Emergência no encontro rumo ao usuário-guia; misturando as RACs. Quarto movimento: o *Enquadrilátero*, a RAC Aranha da Educação Permanente tecendo redes vivas.

Primeiro ponto: a pesquisadora RAC Brincante em Cartografia de Rede em Saúde

Embora a elaboração do texto seja de vários autores, vamos trabalhar este ponto com foco na pesquisadora diretamente responsável pelo trabalho de campo em Recife-PE, já que sua trajetória influenciou o modo como se teceu a rede de pesquisa. E, em certo modo, na primeira pessoa.

As implicações dessa pesquisadora apoiadora com a construção do campo da RAC Recife foram processadas tendo como interferência, pelo menos: a) os debates nos espaços de Educação Permanente da RAC Ariano Suassuna, que integra os pesquisadores que atuam nos estados da Paraíba e Pernambuco; b) os debates entre os participantes da própria RAC Recife; c) discussões entre os autores desse capítulo. Ou seja, as reflexões construídas a partir desse primeiro ponto não são uma construção “em si mesmo”, mas sobretudo foram marcadas intensivamente por pessoas dos vários territórios da RAC.

Um documentário foi fundamental para a compreensão de meu lugar de pesquisadora RAC: *Tarja Branca* (2013), que traz diferentes pessoas falando de sua experiência sobre o brincar. Eu que sempre gostei do sorriso, das brincadeiras de bonecas

* Este texto é parte da produção da tese de doutorado de Emmanuela Mendes Amorim.

e jogos. Na brincadeira, as pessoas podem ser qualquer “coisa”, podem ser professora, médica, mãe, flor, árvore, carro de corrida, pássaro, avião.

Há também uma parte do filme muito bonita em que as pessoas são convidadas a ver um pouco de seu eu-criança, momento em que todos se desarmam. Foi esse desarmar que abriu um território da multiplicidade do encontro de tantos olhares de um *olho vibrátil* (ROLNIK, 2006). A alegria transbordou das pessoas diante daquelas imagens. Esse olhar de criança está dentro do corpo de cada um. Deixar esse olhar-criança-brincante potencializar a vida foi o convite.

O nome do documentário traz uma relação com o *território do cuidar*. “Tarja branca” contrapõe-se aos remédios “tarja preta”, prescritos por médicos para pessoas em situações de sofrimento psíquico intenso. Por outro lado, *Tarja branca* é o contraponto em que todos podem ser qualquer coisa que a imaginação permitir, apontando para a potência de vida em sua plasticidade.

O filme me fez atualizar meu eu-criança, que ama o brincar. Essa parte de mim, que sorri e me faz refletir sobre como é bom ter compromisso com o brincar, com o jogo, com a descoberta. Assim, produzi fôlego e inspiração para provocar este texto e contar esta história de experimentações enquanto pesquisadora, apesar das dores de um estudo em que o corpo de quem pesquisa é o território para explorar potências de vida e morte que há nos encontros e nos cuidados em saúde (GOMES; MERHY, 2014; ROLNIK, 2006).

Diante desse filme, transbordou em mim a lágrima. Nasceu a leveza da escrita brincante comprometida com a vida. Dessa sensação brotou a leveza de um corpo que se deixa afetar pelas emoções. De não temer o desconhecer, pelo contrário, reconhecer que o que importa é se lançar. *Tarja branca* foi o remédio para despertar minha imaginação para o desconhecido das redes em saúde, mas que tem como baliza o comprometimento ético com o estudo das redes a partir do encontro. *Tarja branca* é a página em branco para ser escrita em diferentes mãos e perspectivas.

No final do filme toca uma música: “A minha vida é andar pelo mundo”. O enquadre da câmera vai abrindo, captando fotos dos participantes do filme que são crianças, imagens enquadradas em diferentes molduras. Destaque para a “Moldura” do quadro cuja imagem remete a um devir-criança potência de vida em plasticidade.

Sendo meu corpo território de afecções a serviço do estudo das redes, torna-se estratégico falar um pouco sobre minhas andanças, que forjam meu olhar. Sou de Recife-PE, cidade do Movimento *Mangue Beat*, da década de 1990, “a cidade da lama ao caos, das pontes entre diferentes territórios de desigualdade”. Sou de um território cujo chão é de lama e também berçário para seres vivos que vivem na lama como caranguejo, que anda de lado e se joga na lama para se proteger das ameaças. Da formação em psicologia, passando pelo mestrado na Unicamp (AMORIM, 2008), até chegar no doutorado atual na FSP-USP, andei por muitos caminhos (pernambucano sempre diz “Pernambuco falando para o mundo”): trabalho na rede, trabalho na gestão em diferentes lugares do Brasil, trabalho no Projeto VER SUS Brasil. Em 2013, voltei para Recife para trabalhar como apoiadora em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), atuando na estruturação de Programas de Residência em Saúde. Compondo doutorado e trabalho, passei a integrar a equipe de

pesquisadores da RAC PB-PE, batizada RAC Ariano Suassuna, ícone compartilhado destes estados irmãos. Também na RAC Ariano reencontrei velhos e eternos amigos e construí novas amizades que foram cruciais para superar a dor da solidão de quem pesquisa.

A RAC foi fundamental para que meu corpo de pesquisadora-brincante atualizasse o meu devir nômade (DELEUZE; GUATTARI, 1995) e implicado com as redes vivas. A RAC foi como uma aranha que proporcionou espaços de contato e territórios de abraços, apertos de mãos, conversas em bares, táxis, metrô. A RAC promoveu o encontro para um estudo implicado com a dimensão ético-estética das redes vivas em saúde para o SUS e abriu espaço para que eu pudesse fabricar e experimentar a pesquisadora-brincante, buscando superar as durezas da academia hegemônica, tendo como estratégia o deslizar por entre possíveis teias do encontro enquanto método. Ao mesmo tempo, apostar no encontro enquanto método é atuar no que não é estruturado, o que pode ser aterrorizador para muita gente, por isso o meu devir brincante foi tão importante para superar essas desestruturas.

Por estar trabalhando na Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE-SES/PE), mais especificamente dialogando e construindo projetos para qualificação das Residências em Saúde da SES-PE, foi estratégico traçar o diálogo da entrada da RAC a partir dos Programas de Residência. Essa vivência trazia a potência da formação em serviços, uma formação teórico-prática potente em provocar os diferentes sujeitos sobre o processo de gestão do cuidado em saúde.

A aposta para a entrada da RAC Recife foi, então, a partir desse lugar da pesquisadora, com forte implicação com a Educação Permanente em Saúde em seus quatro planos do quadrilátero da formação em saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diante das sinuosidades percorridas para viabilizar a pesquisa nesta cidade, aspecto muitas vezes esquecido ou considerado como elemento inadequado para constatar nos textos acadêmicos derivados de processos investigativos, serão apresentados alguns pontos marcantes da *pactuação do trabalho de campo*.

Tal contextualização explícita algumas das opções realizadas no cenário singular em que se operou esta pesquisa, que envolvem a construção simultânea do campo e dos próprios atores que a desenvolverão. Entre elas, tendo destaque a delimitação de um grupo de pesquisadores locais que tem como figuras centrais os profissionais cursando residência médica e multiprofissional. Ou seja, apostou-se na construção do campo em serviços em que atuassem profissionais residentes da área da saúde, em razão de sua condição híbrida de profissionais em formação no processo de trabalho. Muitas vezes, os serviços e profissionais de saúde que convivem com programas de residência sustentam o interrogar-se pelo e para o trabalho no cotidiano do cuidado em saúde.

O primeiro momento de entrada no campo da pesquisa RAC em Recife foi estabelecido entre o coordenador locorregional da RAC Ariano Suassuna e gestores da Secretaria de Saúde de Recife, uma assessora da Atenção em Saúde e coordenadora da Saúde Mental do município, no primeiro semestre de 2014. Nesse momento, foram explicados os trâmites de pesquisa junto à Secretaria Executiva de Gestão do Traba-

lho e Educação em Saúde de Recife (SEGTES-SESAU/Recife). Contudo, o cenário político daquele momento foi bastante conturbado em função das eleições nacional e estadual, principalmente após a morte do então candidato à Presidência da República, Eduardo Campos, ex-governador do Estado. A pesquisadora, na época trabalhadora do serviço público estadual e moradora de Recife-PE, vivenciou essas afetações do cenário.

No primeiro semestre de 2015, o diálogo foi retomado com a SEGTES/Recife. Ao mesmo tempo, também se promoveu uma apresentação da RAC para Coordenadores de Programas de Residência em Saúde de Recife, uma vez que profissionais residentes são lotados em diferentes serviços das redes de saúde. Investir na parceria com profissionais residentes se mostrou potente: incluíamos profissionais geralmente inquietos, já inseridos nos serviços e em conexão com a pesquisadora apoiadora. O arranjo envolveu uma oferta: a equipe de pesquisadores RAC Ariano poderia participar ministrando aulas de módulos teóricos para Programas de Residência, além de orientar Trabalho de Conclusão de Curso de Residentes participantes do grupo RAC Recife. Trabalhadores residentes viravam pesquisadores; pesquisadores viravam trabalhadores da formação.

Várias reuniões objetivaram envolver na pesquisa Coordenadores de Programas de Residência em Saúde de Recife, Programa de Residência em Saúde Coletiva do CPqAM/Fiocruz e o Programa de Residência em Saúde Coletiva da Escola de Governo em Saúde Pública da SES-PE. Muito trabalho para explicar o que era a RAC, seus referenciais e apostas teórico-metodológicas. Era estratégico trazer um grande número de pessoas para essa contextualização, e convidar os que desejassem ser pesquisadores locais da RAC. Nesses encontros, se falava de conceitos como micropolítica do cuidado em saúde; gestão do cuidado em saúde; pesquisa de avaliação em saúde tendo o encontro como método (FEUERWERKER, 2014; FRANCO; MERHY, 2013; MERHY, 2002).

Paralelo a esses encontros, também se procedeu aos trâmites das documentações com gestores de Saúde Mental e SAMU de Recife para viabilizar o desenvolvimento das duas frentes de pesquisa previstas para Recife: a interface entre a Saúde Mental e a Atenção Básica; a produção do cuidado na Rede de Urgência e Emergência.

Na pactuação do trabalho de campo formal, o diálogo ocorreu com retomada das conversas com as coordenações de saúde mental e do SAMU. No caso da pesquisa sobre interface entre Saúde Mental com a Atenção Básica, a coordenação indicou dois distritos sanitários característicos pela diversidade de equipamentos em saúde da Rede de Atenção Psicossocial de Recife (RAPS). Seguiu-se conversa com profissionais de referência para a RAPS dos distritos e com as gerências dos CAPS. Em seguida, foi marcado um dia na reunião de equipe para que todos fizessem o debate em torno de um usuário potencial para ser usuário-guia da pesquisa.

No decorrer do processo, houve uma reorganização de entrada no campo de pesquisa, a partir da interlocução da pesquisadora apoiadora com pesquisadores locais vinculados de alguma maneira com os serviços, enquanto profissionais residentes, trabalhadores ou gestores em saúde. Assim, em um dos CAPS indicados pela Coordenação de Saúde Mental, não foi possível prosseguir com acompanhamento de

usuário-guia, uma vez que os residentes pesquisadores locais não estavam mais participando desse espaço como campo de prática. Da mesma forma, outro distrito acabou sendo incluído em virtude de ser espaço de prática de uma das residentes pesquisadoras locais, e por ser também um serviço que a própria pesquisadora já conhecia de outras formações e atuações em saúde.

Outra importante entrada no grupo da RAC Recife foi da coordenadora do Consultório NA Rua de Recife, psicóloga que havia cursado graduação com a pesquisadora apoiadora. Essa coordenadora convidou um dos trabalhadores para participar das reuniões de Educação Permanente da RAC Recife. Pelo caminho da RAC no Consultório na Rua se chegou a um usuário-guia: morador de rua com transtorno mental atendido pelo Consultório NA Rua.

A partir do CAPS indicado pela profissional residente pesquisadora local, que também era um serviço conhecido pela pesquisadora apoiadora em suas vivências anteriores, foi possível se chegar a uma usuária-guia que recebia cuidados tanto de profissionais do CAPS como da Estratégia de Saúde da Família.

Na *RAC da Rede de Urgência e Emergência*, a entrada no campo ocorreu pelo SAMU Recife. Uma das profissionais que trabalha na regulação do SAMU Recife havia trabalhado com o coordenador locorregional da RAC Ariano em outras épocas e espaços de trabalho no SUS, tendo sido convidada por ele para participar da RAC Recife. Ela escolheu atuar como pesquisadora local RAC na RUE Recife e também convidou residentes do SAMU, de modo que dois deles integraram o grupo de pesquisadores locais.

Ou seja, a montagem da equipe de pesquisadores envolveu muitos convites e um emaranhado de relações prévias, que abriam espaços de confiança e possibilidade de apostas sintonizadas.

No processo de permissão para a pesquisa junto ao SAMU, houve duas submissões de pedido de autorização na SEGTES/Recife não aprovadas pela coordenação do SAMU. As justificativas indicavam a necessidade de delimitação mais precisa do modo como ocorreria a coleta dos dados. A pesquisadora apoiadora e a pesquisadora local trabalhadora da urgência atuaram em conjunto na escrita de um projeto específico para a coordenação do SAMU, e a pesquisa só foi aceita depois de adequações na explicitação da metodologia. Indicar que o método é o encontro e usuário-guia, entre outros elementos heterodoxos da RAC, não era suficiente para termos a permissão para realização do trabalho de campo no SAMU. Nesse local são mais comuns pesquisas com o uso de questionários, ou coleta dos dados do serviço; então, o que se indicava como falta de clareza talvez fosse um estranhamento em relação ao método. Também – e principalmente – buscava-se uma descrição de atividades de pesquisa de campo que não significassem eventuais problemas para a ação do SAMU, numa potencial observação dos pesquisadores, por exemplo, no acompanhamento de salvamento *in loco* do SAMU, o que não seria permitido por conta da segurança dos pesquisadores e de prejuízos ao atendimento de socorro.

Depois do debate em torno das negativas, decidiu-se refazer a solicitação para a gerência do SAMU, apontando para alternativas como a realização de diários de campo dos pesquisadores locais do SAMU, debates nos encontros da RAC Recife, e tam-

bém grupos focais com trabalhadores do SAMU Avançado e SAMU Básico. Nesses grupos, seria feita indicação de possíveis usuários desse serviço, e, se esse sujeito fosse encontrado, convidado e permitisse, tentar-se-ia construir um usuário-guia. O projeto foi aceito pela coordenação do SAMU na terceira tentativa de submissão, e ocorreram os grupos focais. Mas não se conseguiu chegar a um usuário-guia, de modo que as reflexões produzidas se concentraram no registro dos trabalhadores como guia.

Também se pretendia entrar em outros serviços da RUE Recife que estão sob gerência da SES-PE; chegou-se inclusive a contactar a SEGTES-SES/PE, mais especificamente a Diretoria Executiva de Educação em Saúde, e a levantar alguns serviços estratégicos. Esse movimento, entretanto, não se consolidou, por vários motivos, como a não participação de trabalhadores da SES-PE no grupo da RAC Recife e o esforço dispendido para a aprovação do projeto no SAMU-Recife. Houve, na prática, uma priorização do SAMU pela RAC RUE, por considerá-lo um destacado serviço, já que suas potencialidades e dificuldades em operar conexões nessa rede poderiam representar analisadores potentes para o estudo de redes vivas.

Ao apresentar todo esse trabalhoso caminho, vale sinalizar o quanto ele foi importante para uma pesquisa que se propõe a ter o *método traçado pelo encontro*. Em primeiro lugar, por ter deixado claro que, ao mesmo tempo em que se fez necessária a articulação formal e a tramitação de autorizações seguindo as normas previstas, foi na constituição de outros pactos que a pesquisa foi, efetivamente, viabilizada. Parte importante do apoio que se teve foi baseada nas relações prévias entre os proponentes da pesquisa e alguns dos interlocutores formais. Mas especialmente, a relação com os trabalhadores que se tornaram pesquisadores foi um processo de abertura para inclusão de novos atores. Por fim, os sucessivos recuos e avanços na tramitação formal da pesquisa, se em certos momentos indicavam fragilidade institucional na execução do estudo, por outro lado permitiram que outras estratégias potentes se tornassem mais evidentes, sendo a inserção fundamental dos residentes como pesquisadores o traço mais marcante dessa construção do campo da RAC. Assim, não só a pesquisa se enriqueceu com tais participantes, como também a formação dos residentes agregou, com ênfase diferenciada, vários elementos conceituais e relacionados à produção de conhecimento que a RAC mobiliza.

Além disso, todas as etapas foram processadas no grupo de pesquisadores locais e com pesquisadores da RAC Ariano Suassuna que atuavam em outras frentes de pesquisa, nas cidades de João Pessoa/PB, Caruaru/PE e em Petrolina-PE/Juazeiro-BA. E nas conversas de orientação. Pode-se ressaltar ser esse um arranjo de gestão de pesquisa muito trabalhoso, mas sendo o encontro o método, este foi tomado como guia diante de limitações e potências de uma pesquisa de redes vivas.

Misturando as RAC Recife no plano do encontro

No cenário da RAC Recife, desde o início se partiu do território da Educação Permanente, uma vez que esse era o lugar em que se encontrava esta pesquisadora apoiadora. O diálogo com Coordenadores de Programas de Residência e Profissionais Residentes foi uma aposta. E, em cada reunião de EP, se buscava produzir compreen-

são de que a RAC também deveria ser vista como uma oportunidade para se desencadear interferências na construção do cuidado (MOEBUS, 2015).

Na RAC Recife, a relação da pesquisa com pesquisadores que eram também trabalhadores nos serviços de saúde se daria a partir da Educação Permanente no diálogo entre gestores, profissionais residentes e trabalhadores da rede interessados em refletir e escrever sobre o modo como processavam o cuidado. Mesmo que muitas pessoas estranhassem conceitos da RAC como *cartografia*, *micropolítica*, *usuário-guia*, *o encontro como método*, *pesquisa interferência*, esses eram problematizados como *conceitos-ferramentas* para afetar as diferentes pessoas que passaram pela pesquisa e vivenciam o cotidiano das redes de saúde. Mesmo que se sentisse e se considerasse que nem todos os participantes das rodas de conversa sobre a RAC escolheriam compor a equipe de pesquisadores, esperava-se que alguns ficassem e compartilhassem a aposta nessa nova forma de estudar redes em saúde.

Nesses momentos de convite para composição de grupo de pesquisa, tentava-se aproveitar o estranhamento diante da proposta da RAC e dos seus referências *práticos* para se instituir um território de diálogo e de disputa ético-estética para a problematização de algumas concepções e apostas (sobre cuidado, sobre pesquisa, sobre avaliação em saúde...) e de construção de redes vivas. Com essa postura de convite aberto, investia-se na aposta de que qualquer espaço da RAC era um território de encontro, mesmo que se necessitasse sempre falar de novo... de novo... de novo sobre o que era a RAC e os seus conceitos-ferramentas.

Dos vários encontros com o grupo de pesquisadores locais da RAC Recife, escolheu-se destacar neste escrito um momento dessas oficinas-convite que contou com a presença de vários pesquisadores apoiadores da RAC Ariano Suassuna, profissionais do SUS-Recife e residentes em saúde. Foi construído e ofertado ao grupo um texto-provocação, que articulava uma breve contextualização dos momentos anteriores da RAC, e a apresentação de alguns conceitos-ferramentas a partir da perspectiva de um “Abecedário”. Inspirando-se antropofagicamente na entrevista Abecedário, de Gilles Deleuze, conduzida por Claire Parnet, construiu-se um texto “Abecedário e a Caixa de Ferramentas RAC Recife”.

Nesse material havia como conceitos iniciais para marcar o encontro a *Carta de Formação de Compromisso* e a *Construção de Agenda*. O primeiro corresponde à estratégia de formação de acordos entre diferentes atores envolvidos em um projeto, e o segundo se refere à importância do estudo das redes em saúde para o cenário político da atualidade, em que é estratégico agregar diferentes olhares para a produção de redes.

Depois se destacou um trecho da entrevista em que Deleuze aborda alguns conceitos de sua perspectiva filosófica, e espera que a referida obra seja publicada apenas após sua morte. A partir dessa provocação anedótica de Deleuze (o riso, talvez seja um chiste provocador de vida nessa minha estratégia de pesquisadora), destacaram-se alguns trechos do texto In-Mundo (GOMES & MERHY, 2014). E dessa busca-garimpo destacaram-se conceitos, em ordem alfabética: afecção, agentes institucionais, analisador, efeitos da pesquisa, fontes de conexão do usuário-guia, implicação, intercessores, kit pesquisador, pesquisa em ato, pesquisa interferência, pesquisador local, ponto de vista objetivo, transversalidade, e usuário-guia.

A leitura se iniciou então pela letra “a”, e após a leitura de cada conceito surgia um debate. Até que um dos participantes fez a provoca o: “Por que não começamos a ler do final? Poderíamos refazer a leitura pelo conceito usuário-guia, que acho que   o mais provocador da pesquisa e o elemento mais potente. O que acham?”. Todos se olhavam, iam e voltavam com as páginas do texto, e foi-se então construindo um consenso: era rumo ao *usuário-guia* que seguiam nossos passos. Qual a defini o desse usuário-guia, elemento inovador para o qual se voltam os investimentos dos múltiplos olhares da RAC? O movimento de encontro ao usuário-guia era uma aposta no transitar de rizoma das redes vivas, e tal conceito-ferramenta traz a potência de provocar as pessoas para pensar e agir em redes vivas (MERHY *et al.*, 2014; DELEUZE, GUATTARI, 1995).

Mudamos, então, o andamento da leitura de conceitos. Depois do debate sobre usuário-guia se falou em *pesquisa interferência*, uma vez que as intercessões, desvios do campo, no processo de trabalho da equipe cuidadora, acabam “vazando” a intencionalidade do estudo, apontando para o olho vibrátil: “outros caminhos são possíveis...”. Na RAC não se está buscando uma pesquisa interven o porque não se parte de um pesquisador detentor de um saber-fazer capaz de interferir em determinado objeto de estudo, mas todos se afetam nesse encontro do campo da pesquisa (MOEBUS, 2015).

O usuário-guia   provocador da *transversalidade* do cuidado, uma vez que, para cuidar de uma vida enquanto acontecimento, provocam-se, ao mesmo tempo, elementos verticais (instituidos) e horizontais (instituintes) de modo que esses planos sejam deslocados e afetados transversalmente. Daí a transversalidade   um conceito articulado ao de rizoma do e ... e... e... (dentro das reticências transborda vida incomensurável, mas sentida em acontecimento e afec o) (DELEUZE, GUATTARI, 1995).

De transversalidade passou-se ao conceito de *intercessores*, que se constituem como interferências, artifícios que provocam a diferencia o de saberes, acontecimentos que deslocam os diferentes planos das rela es de saber-poder. Os intercessores desterritorializam, abrindo espaço para novos territórios de modos de existência. Não   o que converge, mas o que diverge, produz desvios e vai abrindo outras potencialidades de vida (mais uma vez rizoma...) (DELEUZE, GUATTARI, 1995).

No processo da RAC há que se considerar a *implic o* do pesquisador (MERHY, 2004). Ele   corpo que se afeta e afeta esse território dos encontros. Cada um traz suas afec es, pertencas, referências, motiva es.

As *fontes de conexão do usuário-guia* são justamente a busca por todos os pontos de vista sobre o usuário e as vistas do usuário sobre si em rede viva (MERHY, 2004).

E voltando ao começo, após ter se redimensionado a leitura, retomamos os conceitos de *analisador*, que   tudo aquilo que revela acontecimentos, no sentido de provocar ruptura, agregar fluxos, em potência de reflexões e interferências (LOURAU, 2004).

Afec o   o estado de um corpo sofrendo a aço de outro corpo, configurando uma mistura de corpos a partir dos encontros, modificando-os, aumentando ou diminuindo sua potencia de agir no mundo (DELEUZE, 2002). Esse conceito-ferramenta   inspirador.

Esses conceitos vivenciados em interferência foram potentes porque apropriados por meio de um momento de Educa o Permanente, no encontro. Naquele instante, os conceitos foram alvo de estranhamento e, nesse estranhamento, foram se

construindo diálogos possíveis, explorando, na medida do necessário, as várias apostas dos pesquisadores.

Também, em vários momentos, se buscou misturar as RAC Saúde Mental-Atenção Básica e RAC RUE. Entre os efeitos da RAC, foi potente a aposta de construir o campo de estudo contando com a parceria dos pesquisadores locais, até porque seria impossível fazer de outro modo um trabalho dessa grandeza, no que se refere ao objeto: redes de atenção em saúde.

Essa vivência da RAC acabou por despertar no corpo da pesquisadora apoiadora a necessidade de vivenciar seu eu-brincante-pesquisador, atravessada por essas mobilizações das oficinas de brincar com os conceitos. Situar os conceitos é de extrema importância quando se pretende que os mesmos sejam conceitos-ferramenta para transitar nas redes, ter o dinamismo para seguir os territórios dos usuários, e até mesmo tentar construir outros territórios. Assim, com a lida e a vida na RAC, inventou-se um neologismo: *enquadrilátero*.

Enquadrilátero: a RAC Aranha da Educação Permanente tecendo redes vivas

A RAC Recife, então, começou com um ponto (a pesquisadora-brincante), abrindo trincheira rumo ao objeto redes vivas em saúde. Com apoio de pesquisadores apoiadores da RAC Ariano Suassuna foi aberto espaço de Educação Permanente convidando preceptores, residentes e profissionais que desejavam produzir conhecimento sobre as redes em seus espaços de trabalho. Em diversos momentos se percebeu a potência desse ir e vir da pesquisa do encontro enquanto método, assim, os pontos-pessoas foram se ligando e formando uma teia. A RAC Recife foi construída enquanto RAC Aranha da Educação Permanente.

Para uma aranha formar sua teia, ela vai desenhando pontos de conexões reunidos numa trama sem métrica preestabelecida. A distância entre os pontos e a área em que ela venha a dispor a teia depende da articulação dos planos que servem de base para essa arquitetura singular. É assim também a vivência da cartografia enquanto território de atravessamentos e afecções em uma pesquisa interferência para se produzir redes vivas. Por meio do traçado da RAC Aranha da Educação Permanente em Saúde, foi possível forjar um território de vivência dos/nos encontros e desencontros da RAC, mas há que se destacar que a produção dessa teia partiu de um enquadre.

No campo da clínica na psicanálise e na psicologia, o termo enquadre do *setting* terapêutico se refere a elementos que balizam o encontro entre terapeuta e usuário do serviço. Catani (2013) pondera que, na linguagem coloquial, enquadre significa: dispor em um quadro, emoldurar, ajustar-se às regras ou regulamentos, numa referência a certo estado de aprisionamento. Já para a psicanálise e psicologia, o termo se refere ao estabelecimento de um *contrato entre terapeuta e paciente*, de modo a favorecer e oferecer limites ao trabalho terapêutico nessa relação.

O termo enquadre pode estar relacionado à estratégia de proferir, expor oralmente, no diálogo entre terapeuta e paciente, o acordo entre eles para o tratamento. Assim, por meio do enquadre se potencializam efeitos para o tratamento. Nessa perspectiva clínica, torna-se relevante construir o enquadramento junto ao paciente, pois

diante do enquadre   possível perceber eventuais “ruídos” na rela o terapêutica, e o manejo desses ruídos podem produzir efeitos para o tratamento.

Mesmo que haja uma assimetria de lugares entre o terapeuta e o paciente, esta opera o não se pauta por posicionar um superior ao outro, mas como dois elementos diferentes e que se complementam, tal como duas peças de um quebra-cabeças. Assim, mesmo que se identifique um “suposto saber” do terapeuta em rela o ao “paciente”, esse são   suposto. A clínica como arena para a rela o entre diferentes, que exercem seus poderes no processo de cuidado, aponta para a importância do enquadre como território para as rela es entre as pessoas que compoem esse encontro e seus efeitos.

Na vivência da RAC Recife, de encontros e desencontros para construir conhecimentos por meio do diálogo entre diferentes, trabalhou-se por dentro desse vai e vem rumo   contratualiza o para a composi o da equipe de pesquisadores, e também no diálogo com os diferentes participantes do estudo. Na produ o da pesquisa, os elementos do quadri tero (gestão-aten o-ensino-controle social) perpassavam o caminhar do coletivo de pesquisadores. Como na clínica, os vários atravessamentos e afetos das pessoas no encontro provocaram interferências que, na medida do possível e por meio do encontro, foram processadas, e os acordos foram revisitados para compor os desejos e as responsabilidades. Por último, se no campo da clínica há o papel da supervisão como um terceiro que auxilia na compreensão desse processo relacional, no campo da pesquisa a RAC Aranha Educa o Permanente forjou-se no encontro entre os pesquisadores, para que na grupalidade pudessem compartilhar as reflexes em torno do vivido na pesquisa. Assim, no processamento entre pesquisadores, buscava-se ressignificar, no território das afec es, o (des) encontro com o “objeto” estudado.

Os afetos foram estratégicos para que várias pessoas entrassem nessa teia da RAC Aranha EP. Nesse “*enquadri tero* da Educa o Permanente” a grupalidade foi construída a cada encontro, no debate sobre conceitos-ferramentas que fossem potentes para qualificar o cuidado. E assim foi construída a RAC Aranha EP, pontos se encontrando ou se afastando, corpos e afec es no território de buscar entender, olho vibrátil buscando as tais redes vivas, e mirando em potenciais usuários-guias. E mesmo que a pesquisa tenha uma finaliza o formal, essa RAC Aranha EP permanecerá no cotidiano das pessoas.

Tantos foram os afetos e interferências vividos pela RAC Recife, que acabou levando a pesquisadora a brincar na leveza do traço desenhado por conceitos-ferramentas em diálogo com as pessoas que compuseram diferentes momentos do processo. Construiu-se o neologismo-conceito *enquadri tero*: mistura antropofágica dos quatro planos do quadri tero (ensino, gestão, aten o e controle social) para desmontar olhares cansados ou cegos, arriscando-se ao traçado ao invés do decalque,   tarja branca ao invés da captura da tarja preta, e ao (des) montar conceitos-ferramentas para uma clínica da vida.

Referências Bibliográficas

AMORIM, E. M. **(Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas-SP**. SP. [s.n.], 2008.

_____. **Redes em saúde mental: perspectivas e encontros rumo a redes vivas**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. 2016. 133 pág.

BRINCANTE (filme). Direção: Walter Carvalho. Elenco: Antônio Nóbrega, Rosane Almeida. Gênero: Documentário. Brasil. 93 min. 2014.

CATANI, J. “A função do enquadre analítico no contexto hospitalar: possibilidades e limites de atuação”. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, jan./jun., p. 25-31, 2013. ISSN: 2177-093X.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. “O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

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

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

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e informação**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

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.

LOURAU, R. “Objeto e método da Análise Institucional”. *In*: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau: Analista institucional em tempo integral**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 66-86.

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

_____. “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de 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; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004. p. 21-45.

_____. “As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. 2014”. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf> Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *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. “Pesquisa Interferência desde Heisenberg”. **Diversitates International Journal**, v. 7, p. 54-61, 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

TARJA Branca: a revolução que faltava (filme). Direção: Cacau Rhoden. Produção: Estela a Renner, Marcos Nisti e Luana Lobo. Maria Farinha Filmes. 2013. (90 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-xRt_7A8Jgc

Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco: potencial instituinte para a produção de redes vivas

Raquel Miguel Rodrigues
Emmanuela Mendes Amorim
Claudia Cavalcanti Galindo
Nancy Oliveira Brandt
Barbara Eleonora Cabral
José Denes Rufino
Nathalia Silva Fontana Rosa
Márcio Costa de Souza
Clara Oliveira Esteves

Introdução

*“O meu caminho eu escolho
Tirando o cisco do olho
Enxergo longe, me arrisco
Sou como o Rio São Francisco
Faço no tempo viagens
No espaço da noite e do dia,
Indo, fluindo às margens
De Pernambuco e Bahia
Andando por todos os lados
Sincretizando os Estados
Arrematando as costuras
Na integração das culturas
Assim como o rio promovo
O abraço que a gente precisa
Em busca do que é mais novo (...).”*

(Moraes Moreira).

A *Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco-Bahia*, também conhecida como *Rede PEBA*, compõe o conjunto das redes de atenção à saúde em estudo nos estados da Bahia e Pernambuco, produto da articulação prévia de ações e serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência, entre os municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), cidades conturbadas, separadas fisicamente apenas pela ponte Presidente Dutra (FESF 2015; PERNAMBUCO, 2015; BRASIL, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012).

Durante o seu processo de implantação, foram incluídos outros municípios de microrregiões de ambos estados marcados pelos vazios assistenciais para leitos de

urgência e emergência (BRASIL, 2009, p. 20). A questão dos vazios assistenciais em certas regiões do Brasil é tema recorrente em projetos de investimento para a qualificação do SUS, como o *QualiSUS-Rede*, que se inserem na agenda das Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde – PESS (BRASIL, 2011a, p. 11; BRASIL, 2011b, p. 19; GUSMÃO-FILHO *et al.*, 2010; CECÍLIO, 2001).

Destaca-se que essa característica inter-regional e, nesse caso, interestadual da *Rede PEBA*, é pioneira no Brasil (ao lado da RID, que reúne municípios de Brasília, Goiás e Minas Gerais) e apresenta singularidades quanto ao seu processo de construção e funcionamento, pautas que pretendemos enfrentar neste texto.

A construção de um campo de visibilidade discursiva (FOUCAULT, 2008) que possibilite estabelecer diálogo com todas as possíveis fontes que conectamos pressupôs, 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).

Todas essas fontes narrativas e os seus processos de enunciação serão *guia* (SILVA, 2007) neste estudo, categoria analítica que compõe a *caixa de ferramenta* (MERHY, 2002, p. 57) da pesquisa. Neste sentido, o *guia* funcionará como *intercessor* (CERQUEIRA & MERHY, 2014) para a pesquisa pelo seu potencial instituinte para produção de *interferência* (ABRAHÃO *et al.*, 2014, p. 141) e, conseqüentemente, de novos arranjos de rede.

Como entramos nesse campo

A implicação deste grupo de pesquisadores com o tema nasce da experiência em gestão de saúde, a partir da percepção de que, dentre os diversos desafios do cotidiano nesse plano, a regulação ganha dizibilidade e visibilidade 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* (NEGRI, 2002 *apud* GONÇALVES, 2016, p. 144), produzindo ou não redes vivas.

Nesse sentido, partimos da concepção do *pesquisador in-mundo* (ABRAHÃO *et al.*, 2013) enquanto sujeito *implicado* (LOURAU, 2004), na direção de “abrir espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes” (ABRAHÃO *et al.*, 2013, p. 134).

Este *perspectivismo* (VIVEIROS DE CASTRO, 2011) nos convida a sair do registro do contato, que marca parte dos estudos voltados a temas relativos à saúde das populações, e a pensar esses quadros descritivos como constituídos a partir dos encontros entre *alteridades* (LÉVINAS, 1997). Em se tratando de produção do mundo do trabalho, da saúde, da vida, a implicação de quem participa do campo de pesquisa deve ser componente do mesmo e não viés. Afinal, não é em ambientes estéreis que aparecem cronologicamente os sentidos e devires, são nos territórios de registro produzidos nos acontecimentos da vida, da vida cotidiana das pessoas que operam o cuidado.

Desta forma, localizamos as nossas fontes, no sentido da *dobra* (DELEUZE, 1992, p. 200) *fonte-guia* a partir de nós mesmos, a partir do lugar de intercessão de mundos que íamos encontrando/produzindo no campo.

Para tal, buscamos identificar e produzir espaços de conversação lançando mão de uma busca inicial por fontes secundárias (no sentido de já estarem sobrecodificadas e disponíveis) para abrir passagem para os encontros.

Na esteira dessas formulações, o *encontro* aparece como tapete, como membrana, como uma superfície de passagem para a linguagem dos afetos. Para Franco (2015, p. 104), os encontros que temos ao longo da existência, em dado tempo e espaço, são base para “a formação contínua e ilimitada de subjetividades”, o que interfere no nosso agir cotidiano, incluindo aqui, nosso agir em saúde. Portanto, podemos entender aqui que o encontro em si é governado pelos afetos, na medida em que se permite ter mais ou menos porosidade para o acontecimento.

Considerar o encontro como superfície de passagem para os afetos, sejam estes bons ou ruins, é matéria-prima para a tentativa de se visibilizar redes construídas em ato, como no caso das redes de atenção à saúde (RAS). No sentido de se tentar construir imagens e conceitos sobre as RAS, a formulação da imagem – “*giro sem fim*” – proposta por MENDONÇA (2015, p. 51) contribui para a compreensão desta aposta metodológica:

os encontros e desencontros vão acontecendo, entre trabalhadores e usuários, entre gestores e trabalhadores em um *giro sem fim*, que apesar dos desejos de se aplicar alguma normalização, se mostram incontroláveis, se colocam em outra superfície distinta dos mecanismos de controle.

Isso implica afirmar que, ainda que encontrássemos um pacto definido por instrumentos normativos, a organização das RAS estaria se moldando neste cotidiano que pretendemos visibilizar. A ideia do “*giro sem fim*” é oportuna para trazer luz ao constante processo de negociação necessário às propostas de se constituir redes, principalmente as da saúde que contemplam regiões geográficas de dimensões muito maiores do que se compararmos com outros países que também possuem sistemas universais como o nosso.

Ancorado na formulação de MERHY *et al.* (2014) que essas *redes são vivas e múltiplas*, tecemos diferentes arranjos com gestores, trabalhadores e usuários, a fim de promover diversas entradas neste campo de pesquisa em Juazeiro e Petrolina. Apresentaremos as três entradas produzidas que, embora parciais, pois ainda estamos no percurso, serviram de cenário para a produção das fontes que nos guiaram, intensamente atravessadas pela regulação de diferentes pessoas e territórios.

A Equipe da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) como Guia

O processo de criação da *Rede PEBA* ocorreu em setembro de 2008 por portaria ministerial (BRASIL, 2008), que constituiu o Grupo de Trabalho (GT) para “implementação” da Rede, compreendendo as regiões de Juazeiro – BA e de Petrolina – PE.

Esta proposta já sinaliza que havia um movimento em curso anterior à estruturação da proposta do *QualiSUS-Rede*.

Este GT foi composto por representantes da Secretaria-Executiva – SE/MS; Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS; Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS; Secretaria de Estado de Saúde da Bahia (SESAB); Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco (SES-PE); representantes dos municípios envolvidos; um representante do COSEMS; um Apoiador Local do Ministério da Saúde; caso necessário, representante das Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras.

O GT adotou uma dinâmica de funcionamento por meio de oficinas que favorecessem o alinhamento conceitual e metodológico, a pactuação dos compromissos, a elaboração do Mapa de Saúde da Região; a formulação dos Objetivos, Metas e as principais Linhas de Ação. Havia a aposta de também efetivar previsão de custos para a implantação dos componentes acima mencionados até a assinatura de um Termo de Compromisso Interestadual como etapa final do processo, elementos identificados em atas de reunião do GT.

O primeiro espaço de construção da RAC PEBA foi o diálogo e construção de encontros e produtos construídos entre pesquisadores apoiadores e locais da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL). Identificava-se que tal espaço era potente porque constitui-se como uma estação de trabalho construída para operar as idas e vindas das pessoas da região do PEBA que necessitam de cuidados em serviços especializados. Os dados da Regulação representavam uma espécie de termômetro, que poderia nos apontar para as dificuldades de se operar uma rede pactuada entre gestores. Quais eram as potências e dificuldades desse dispositivo? Como eram os acordos firmados entre os gestores nacional, estaduais e municipais no sentido de conformação de uma rede interestadual? Que tipo de problemas a regulação enfrentava no seu cotidiano?

Foram vários encontros construídos entre pesquisadoras apoiadoras e trabalhadores da CRIL, ocorridos bimensalmente no último ano (2015-2016), e alguns trabalhadores passaram a integrar a equipe de pesquisadores locais da RAC PEBA. Estes, por viverem o cotidiano da Rede PEBA, alguns desde os primórdios de sua implantação, também trouxeram algumas pistas para encontros com outros guias rumo à RAC PEBA, tal como correntezas de um Rio ora com tormenta, ora com calmaria.

Contextualizando a construção de dispositivos da Rede PEBA, em 2010, dois anos após a criação do GT, foi instituído o *Colegiado de Gestão da Rede Interestadual de Saúde Pernambuco e Bahia – CRIE*, após aprovação da Comissão Intergestora Bipartite – CIB (de ambos estados) e iniciou-se a discussão para a *Programação Pactuada Integrada – PPI*. Este tipo de gestão foi pensado como uma tentativa de democratização na tomada de decisões que envolvem os dois estados.

Logo, os encontros do GT passaram a ser sistematizados nessa nova instância de *cogestão* – CRIE. Trata-se de um dispositivo de pactuação entre gestores de diferentes instâncias e aponta para uma governabilidade agregando diferentes atores políticos de diferentes esferas (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Pernambuco e Bahia e Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco e Bahia).

O CRIE, portanto, seria um *dispositivo de gestão da Rede PEBA* sendo composto atualmente pelos Secretários Estaduais de Saúde dos estados da BA e PE, por dois representantes de cada uma das seis microrregiões Petrolina, Cabrobó, Ouricuri, Ipu-bi, Salgueiro, Cedro, Juazeiro, Senhor do Bonfim, Pindobaçu, Paulo Afonso e Chor-rochó, tendo um total de 16 membros, entre titulares e suplentes. É coordenado de forma alternada pelos Secretários Estaduais de Saúde dos respectivos estados.

Esse espaço de pactuação para gestores enfrenta o desafio de regular os leitos de urgência e emergência de uma população de quase dois milhões de habitantes, total atual estimado (IBGE, 2016) da população referenciada. Ademais, tal configuração, que envolve 53 gestores municipais e 2 estaduais, impõe desafios importantes para sustentar espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde quanto dos usuários para orientar, reconstruir e combinar propostas para tomada de decisão.

O primeiro produto do CRIE, construído após três oficinas macrorregionais com a participação de diferentes gestores que integravam o referido colegiado, foi a implantação, em 05 de agosto de 2011, da primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) do país, com sede no município de Juazeiro/BA (BRASIL, 2012, p. 05).

Importante destacar que a CRIL é também um *dispositivo de gerência da Rede PEBA* pois, a partir dos acordos firmados no Colegiado entre gestores, no CRIE, que, por sua vez, criou a CRIL para operar a gerência da oferta de leitos. Essa era uma necessidade imediata que buscava atender à necessidade dos serviços, ficando a pactuação formal, de acordo com os pesquisadores locais, “para um segundo momento”. No Quadro 01 abaixo, apresentaremos um breve resumo das ações identificadas relacionadas ao processo de implantação da CRIL.

**QUADRO 01 – Breve histórico da implantação
da Central de Regulação Interestadual de Leitos, CRIL.**

PERÍODO	ACONTECIMENTO
Set/2008	Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008 que institui Grupo de Trabalho para implementação do Projeto.
Abr/2009	Assinatura da Carta do Vale do Médio São Francisco
Abr/2009	1º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mai/2009	Assinatura do Termo de Compromisso entre os Estados sobre a Rede de Alta Complexidade em Oncologia
Dez/2009	2º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mar/2010	Início do processo de discussão para formulação da PPI Interestadual. Apresentação das Diretrizes para o Plano Diretor de Investimentos – PDI 2010/2013
Mar/2010	Instituição do Colegiado de Co-Gestão Interestadual – CRIE

Mai/2010	Início da elaboração dos projetos de acordo com as prioridades elencadas no PDI
Jan/2011	Assinatura do Pacto Intergestores pela Implantação da Rede Interestadual de Saúde
Jan/2011	3º Fórum Macrorregional da Região de Saúde do Vale do Médio São Francisco
Mar/2011	Definida a Implantação da 1ª Central de Regulação Interestadual de Leitos do Brasil, em reunião do CRIE
Ago/2011	Inauguração da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), primeira do Brasil

Fonte: Pesquisadores locais, CRIL, 2015.

Nesse sentido, existem dois dispositivos que operam a Rede PEBA, um *dispositivo de gestão* que é uma instância colegiada de pactuação entre gestores, espaço de acordos políticos; e um *dispositivo de gerência* que deve operar as decisões de fluxos pactuados pelos gestores políticos. A CRIE e a CRIL compõem um corpo da Rede PEBA, de um lado gestores necessitam compatilhar suas condições de oferta de leitos em um cenário de saúde-doença-intervenção ao mesmo tempo que dispõem suas necessidades na rede, de outro lado a regulação opera o fluxo, sendo acionada para otimizar a regulação de usuários

Assim sendo, uma fragilidade relacionada da Rede PEBA está na lacuna dos acordos construídos na CRIE, que deveriam funcionar regularmente de modo a se constituir em um espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde. Embora as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) dos estados tivessem aprovado o seu Regimento Interno em 2010, de acordo com as Resoluções CIB/Bahia nº 89/2010 e CIB/Pernambuco nº 1.471/2010, este colegiado já não se reunia desde 2013.

Apesar da ocorrência de dois encontros mais recentes do CRIE, um em 2013 e outro ao final de 2015, o fortalecimento deste espaço nos parece fundamental, o que impõe à CRIL a tomada de decisões, muitas vezes fragilizada por ser ferramenta da rede e não a rede em si. Tal fato é solicitação frequente dos trabalhadores: “(...) realizamos na CRIL o que deveria ser pactuado no CRIE, o apoio inicial que tivemos já não existe mais, desde 2013 não temos reunião regularmente (...)” (pesquisador local, junho de 2015)”.

Nesse sentido, reflete-se que a CRIL é uma instância de gerência para regulação dos leitos, mas para que seu trabalho seja efetivado é necessário uma pactuação entre gestores que compõem essa rede. E como a mesma é dinâmica, com entrada e saída de prestadores, redefinição de perfil de serviço, potenciais mudanças de situação de saúde-doença da população, são dinâmicas as influências nos arranjos da rede, sobretudo em um contexto interestadual. Esses elementos apontam para a governança regional da rede.

Em situações vividas nesse processo há relatos de pesquisadores locais que são bem expressivos do que ia acontecendo, no cotidiano do serviço: “(...) como não havia novas pactuações diante das mudanças da oferta de prestadores de serviços, a própria equipe se viu produzindo acordos com prestadores locais de serviços, o que não garante o acesso” (fala de pesquisadores locais).

É importante ressaltar que não houve, até o momento, a produção de um documento único ou termo que pudesse sistematizar todas as pactuações produzidas no percurso. Nesse sentido, até então não foi construído um Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) ou algum outro dispositivo de gestão de rede anterior que formalizasse os acordos construídos pelos gestores que participam da Rede PEBA. Também se ressalta o extenso intervalo para as reuniões do CRIE, que é a instância de pactuação entre gestores, que poderia forjar, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, ferramentas de pactuação entre gestores articulados com o governo da Rede PEBA. A dificuldade de garantir esse espaço de pactuação foi abordada na pesquisa, entretanto, não se conseguiu construir um consenso sobre essa dificuldade.

Nesse cotidiano da pesquisa da RAC na CRIL, alguns problemas foram apontados. Um deles foi o aumento crescente do número dos óbitos por causas externas com destaque para os acidentes terrestres envolvendo motocicletas, em que o álcool está presente em muitos casos. Esses dados, por sua vez, são pistas para a necessidade de construção de pactuação para Rede de Urgência e Emergência (RUE) articulada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Outra dificuldade apontada foi a indefinição da região para assistência ao parto, o que tem gerado tensionamentos nesta rede ainda pactuação. A Rede Cegonha que não foi uma das redes prioritárias, no projeto inicial, ficou fragilizada neste percurso. Ao mesmo tempo, no decorrer dos encontros da pesquisa com pesquisadores locais, visitas a unidades de saúde, sobretudo serviços de referência para saúde da mulher e materno-infantil, e debates sobre indicadores era apontada a fragilidade da assistência ao parto ou à saúde materno-infantil. Nesse sentido, em decorrência do esvaziamento do CRIE como dispositivo da gestão, fica a cargo da equipe da CRIL promover articulações para fora da rede PEBA, diretamente com gestores dos serviços de saúde, ou mesmo com gestores dos municípios e, até mesmo, das SES.

Com relação à gerência dessas unidades de saúde da Rede PEBA, também é importante identificar a forma de contratação dos trabalhadores, uma vez que a depender da gestão e formas de contratação de trabalhadores pode haver fragilização do processo de cuidado. Como potencializar linhas de cuidado com profissionais de saúde com vínculos precários?

Vale mencionar que o processo de contratação dos trabalhadores para atuação junto à CRIL sofreu alterações. Atualmente há duas formas de contratação: a Bahia contrata por meio da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-BA), enquanto Pernambuco contrata pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE .

De uma forma geral, considerando toda a vivência e encontros na RAC PEBA, entende-se que a instância da CRIL passou a ser a *Rede PEBA* e não seu dispositivo. Tal fato tem acarretado muita angústia entre os trabalhadores e tensões constantes com a gestão dos serviços. Mesmo que ocorra implicação dos trabalhadores da CRIL

e também dos serviços, com seus trabalhadores e gestores particularmente mobilizados para promover a assistência e o cuidado à saúde da população, é estratégico construir um espaço de contratualização para garantir linhas gerais para atender as necessidades das redes. Agora não se trata mais de regras codificadas, como no saber, nem de regras coercitivas como no poder, mas de regras facultativas que produzam a existência de vida nesta rede, mobilizando pessoas.

Importante destacar que a relação construída na RAC PEBA, a partir dos encontros com profissionais da CRIL, foi sendo produzida em acontecimento. Este material, por exemplo, é resultado desse processo. A transição de trabalhadores para pesquisadores locais da RAC, foi se delineando a cada encontro em que emergiam os desejos que se percebiam comuns, numa produção pactuada de uma ética em que todos ali apostariam. Essa ética diz respeito às regras facultativas da subjetivação, concerne às práticas de si, ao construir relações que resistam aos códigos do saber e do poder e que possam criar um pensamento que responda às urgências enfrentadas no dia a dia.

Todos os materiais produzidos, como este texto e os que estão em produção, parecem responder ao agenciamento coletivo de enunciação que a proposta que uma pesquisa, que aposta no encontro e na defesa da vida, evoca. O acontecimento, como matéria de expressão, se instala entre o enunciado e as práticas que os corpos realizam. Nessa relação de forças que podemos associar às práticas que os corpos realizam, estamos produzindo vizinhança com as produções em ato no cotidiano do trabalho e aproximando outros atores nessa composição.

Nessa direção, foi possível construir pactuações para que a equipe da CRIL acolhesse, além das pesquisadoras apoiadoras, os profissionais Residentes em Saúde da Família da UNIVASF, na construção de produções que fizessem sentido para enfrentar problemas, tendo como objeto outras “redes de atenção na Rede PEBA”, mais precisamente no que se refere ao cuidado materno-infantil (Rede Cegonha) e ao de saúde mental (RAPS).

Esta composição da rede de pesquisadores locais permitiu a abertura de outras frentes de atuação da pesquisa para além do espaço da regulação, da dobra acesso-barreira. Na sequência, descreveremos essas outras frentes, todas em conexão, no “giro, sem fim”.

O Fórum da Luta Antimanicomial como guia

Partindo da urgência de que as RAS prioritárias na Rede Interestadual seriam as relacionadas com a urgência e emergência, atenção psicossocial e cegonha, entendíamos que era necessário ampliar nossas frentes para além da regulação interestadual.

Como segunda conexão que realizamos, concomitante com a conexão com a equipe da CRIL, em maio de 2015 identificamos uma docente da UNIVASF, militante da luta antimanicomial que pudesse nos aproximar da RAPS da Macrorregião. Dois motivos principais nos levaram ao encontro dessa fonte/rede, um deles foi a identificação da existência de um sanatório em pleno funcionamento no município de Juazeiro-BA, cujos leitos eram regulados pela CRIL. O outro motivo, era a conexão pré-existente de uma das pesquisadoras apoiadoras com a docente da UNIVASF que

fora participante de uma mesma formação da Educação Permanente em Saúde (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

A Luta Antimanicomial no Sertão do Submédio São Francisco tem se constituído de forma gradual, a partir de uma parceria entre atores/autores da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e das redes locais de atenção à saúde mental, sobretudo das cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, por meio de ações extensionistas. Estes movimentos levaram à constituição do Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS) na região, com destaque a ações que têm estimulado o debate em torno da consolidação da reforma psiquiátrica e dos seus desdobramentos nas esferas da gestão, do cuidado e da formação do profissional de saúde (CABRAL *et al.*, 2013, p. 81).

A primeira roda de conversa ocorreu em outubro de 2009, o núcleo foi sendo gestado a cada encontro, tendo herdado a marca da ousadia. Não havia uma sede fixa, utilizando-se espaços da universidade e/ou das redes de saúde das duas cidades. Entretanto, a identidade almejada era clara (ainda que em trânsito contínuo, como toda identidade...): ser movimento social, escapando-se a determinações institucionais e burocráticas, por vezes perversas ou acachapantes (CABRAL *et al.*, 2013, p. 86).

Tem-se apostado na produção de outras sensibilidades e compreensões em torno da loucura entre os participantes das ações promovidas, contribuindo para reconstituir o seu lugar social de modo mais positivo, produtivo e inclusivo (CABRAL *et al.*, 2015, p. 75). Podemos destacar como principal produto/ação do Núcleo a realização de seis edições do *Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão (FMA)*. Esse grifo/destaque nosso brotou das potências que experimentamos nas duas edições de que participamos – em 2015 e 2016.

As discussões e a aproximação com o dia a dia dos serviços, sob diversos pontos de vista, promovidos pelos Fóruns, que são anuais, mobilizando uma média de 400 participantes da região, têm sido de extrema importância para o processo de educação permanente de seus participantes e de todos envolvidos na pesquisa.

Em março de 2015, realizamos contato eletrônico com a docente da UNIVASF e esta imediatamente nos inseriu na programação das rodas narrativas que ocorreram no V Fórum de Mobilização Antimanicomial (FMA) do Sertão, em maio de 2015. O registro que na ocasião foi realizado pela docente foi “fiquei e estou muito mobilizada pela proposta da pesquisa”. Apesar da mesma conhecer a pesquisadora apoiadora apenas virtualmente, esta conexão permitiu a abertura de um espaço durante o FMA para a mediação de uma roda narrativa. Neste espaço apresentamos a pesquisa e dialogamos com trabalhadores da saúde, mas também da educação, acadêmicos de cursos de graduação e de programas de residência. Foi nesse momento, que ampliamos nossa rede de pesquisadores locais e saímos do Fórum com agenda da pesquisa com os residentes da UNIVASF.

Foi, portanto, no Fórum, um dos primeiros territórios de encontro das pesquisadoras apoiadoras com pessoas que viriam a compor o grupo de pesquisa. Este território de encontro potencializou provocações no campo da educação permanente em saúde como uma política de formação em ato, produzindo no encontro entre as pessoas que constroem as redes vivas.

Durante as duas edições do FMA, foram abertos espaços de diálogo e construção de conhecimento, seja na condução de rodas narrativas, ou mesmo ampliando a capacidade de produção de encontros com as alteridades que se reconheciam no campo.

A entrada de residentes como pesquisadores locais provocada pelo encontro no Fórum foi uma das primeiras *interferências* que conseguimos experimentar. Um encontro ativador de potências, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência.

Uma outra *interferência* provocada em nós, enquanto pesquisadoras apoiadoras, foi a mistura a que o FMA nos convida com trabalhadores da rede de atenção psicossocial, com movimentos sociais como o Libertando Subjetividades (PE) e a Associação Metamorfose Ambulante – AMEA (BA) e, principalmente, com usuários da rede. Na última edição, ocorrida em junho de 2016, as pesquisadoras apoiadoras conduziram uma roda narrativa contando com a presença majoritária de usuários de saúde mental nos municípios de Juazeiro e Petrolina. Considerando-se a significativa dificuldade de sustentação da participação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental em encontros que sejam fora do instituído pelos serviços, esse momento da pesquisa foi fundamental para nos guiar para um espaço de diálogo com usuários e outras pessoas que participam do cotidiano dos serviços de saúde mental.

O Fórum como guia foi aqui considerado, por permitir mapear lugares, instituições, práticas e saberes, na construção das memórias dos seus viveres e no reconhecimento das mesmas. Esse duplo, essa dobra, de se afetar pelo/no encontro com o outro na diferença tem marcado os encontros que emergem desse lócus privilegiado de produção de encontros.

Em um dos momentos, dos Fóruns, na finalização de uma ágora e na concentração para as saídas promovidas no último dia do evento, vários participantes uniram-se numa grande roda, numa mistura alegre e colorida, entre as cores das fantasias e os baquetes de instrumentos de percussão, que soavam de maneira improvisada. Ficou construído ali um território de encontro em que não importava de qual lugar se falava, sendo valorizado o sentido comum que integrava as pessoas naquele instante. Em meio à euforia e ensaios de grito de guerra para sair às ruas, o microfone esteve disponível para todos, a fim de maximizar o que ecoava naquela concentração: era necessário fazer caber na sociedade modos singulares de existência, pois isso é marca da vida! Poder brincar em público, no acontecimento do encontro que atravessava as ruas, no coletivo, transbordando para as ruas com os tantos sentidos de loucura, relativizando o peso que foi atribuído a essa experiência a partir de sua redução à doença mental, ao mesmo tempo em que se pleiteava uma rede de atenção integral a quem necessita de cuidados nesse âmbito, surgiu como uma possibilidade de abertura e ampliação de visão, produzindo outras sensibilidades (CABRAL *et al.*, 2013, p. 88).

Outro registro importante ocorrido no último FMA, foi a passeata que realizamos em cortejo alegre pelas ruas de Juazeiro-BA. Anunciando, numa fala coletiva, expressões pela liberdade e de “manicômio nunca mais”, fomos em marcha dançante, num coletivo colorido de professores, alunos, residentes, trabalhadores, usuários para

a porta do Hospital Psiquiátrico de Juazeiro, vulgo sanatório, entoar frases preñes de desejos de democratização, de partilha, de reconhecimento que funcionou, mais uma vez, como exercício ético-político.

Deixar o espaço “protegido” da Universidade e desfilar pelas principais ruas da cidade, *in-mundo* nas práticas de si e de novos modos de partilha e encontro tem sido a direção perseguida nesse espaço do FMA e de todas as janelas e portas que possam se abrir.

Residência Multiprofissional em Saúde como guia

A conexão com os residentes dos Programas de Residência Multiprofissional da UNIVASF, em especial da Saúde da Família, foi realizada por meio das atividades desenvolvidas durante o V FMA. Este momento foi fundamental para conseguirmos “abrir” conversa com outros atores locais e fazer o convite para a pesquisa. Tal aspecto reforça a construção de uma pesquisa compartilhada que pressupõe que todos são pesquisadores a partir da noção de que todos são protagonistas 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 brutas, ora rugas ora lisas.

A presença dos profissionais residentes nos espaços de ensino, pesquisa e atividade profissional tem se apresentado como *dispositivo* para a produção de conhecimento. Por terem esta característica híbrida, os mesmos, apresentavam maior porosidade para o encontro com os usuários e com a *caixa de ferramentas* da pesquisa. Pensar essa articulação nos levou a propor uma oficina com os residentes na sequência, para apresentação da *caixa de ferramentas* e discussão de propostas articuladas para a produção da pesquisa compartilhada.

A partir dessa oficina, ampliamos a possibilidade de transitar na atenção básica através da participação de profissionais Residentes do Programa de Residência em Saúde da Família passando a compor o grupo de pesquisadores locais. Três profissionais residentes estão construindo seus Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) com apoio da RAC PEBA.

Realizamos uma agenda mensal, com leituras programadas de temas que conversam com a pesquisa, como o pesquisador *in-mundo*, a *pesquisa interferência*, o *usuário-guia*, bem como nos debruçamos sobre a construção dos problemas de pesquisa que pudessem atender à aposta ética em comum, que passava sempre pela defesa da vida e reconhecimento mútuo da produção de novos modos de existência.

Dessas conversas, construímos três estudos que estão em processo de conclusão. O primeiro trata de dar visibilidade a um usuário-guia da saúde mental de uma equipe de saúde da família (ESF). Após a oficina, os residentes nos apresentaram alguns “casos” que poderiam funcionar como guias na pesquisa, visto que, a maioria dos residentes, se interessaram pela proposta desse conceito-ferramenta. Todos os casos

foram apresentados e, a partir daqueles que mais circularam na rede e que mais demandaram o cuidado das equipes, foram identificados dois possíveis usuários-guias para a pesquisa. Ao final, o critério utilizado pelos residentes para a escolha final foi a implicação da situação com o debate da luta antimanicomial. Foi então escolhida uma cena que ocorreu com um destes usuários: diante de “uma crise” o usuário se viu nas portas do sanatório para ser internado, salvo às pressas por um familiar que impediu a internação. A trajetória nômade desse usuário está sendo construída coletivamente pelas pesquisadoras apoiadoras e residente no campo com o usuário e com a equipe de saúde implicada nesse processo.

Diante da complexidade desse caso, agora guia da pesquisa, a segunda proposta de TCC surgiu do desejo de outra residente de considerar o cuidado da usuária-guia enquanto ferramenta para promoção de encontros com a equipe de saúde da família envolvida de alguma maneira com a usuária e sua família. Aqui desenhamos o segundo problema de pesquisa que passou pela construção coletiva de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário-guia como dispositivo de Educação Permanente em Saúde (EPS). A sistematização de encontros mensais com a ESF tem tomado o fluxograma analisador produzido pelos caminhos percorridos pelo usuário-guia como uma dobra dispositivo/analizador da produção do cuidado produzido pela equipe.

O terceiro problema de pesquisa que apareceu nos encontros com os residentes foi o interesse de dar visibilidade ao acesso-barreira à assistência ao parto para as mulheres da Região Interestadual. Aqui construímos uma proposta compartilhada com a equipe da CRIL que tem apoiado tanto a construção do problema quanto na produção de indicadores que possam visibilizar aspectos mais estruturais desta rede. Em se tratando de uma rede ainda em pactuação, o estudo da Rede Cegonha, neste TCC, tem como pauta de problemas estudar efeitos da pactuação interestadual de leitos obstétricos e seus limites e possibilidades no campo da produção de indicadores de saúde e na produção de novos atores sociais na disputa de certos modelos assistenciais. Esta pauta tem produzido, além da análise de indicadores de saúde a partir de estudo quantitativo, encontros sistemáticos com gestores locais do Grupo Técnico sobre a Rede Cegonha, tanto no estado da BA quanto em PE, estão em fase de conclusão.

Considerações finais

A influência gerencialista (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2000) no governo dos “pactos” de regionalização tem capturado as práticas dos atores nos espaços insituídos como no caso das *Comissões Intergestoras Regionais – CIR*. Para além da produção de novas normas, um dos desafios que se coloca na Rede Interestadual passa pela capacidade de promover espaços de encontros e pactuações, voltados para facilitar o acesso aos usuários desta macrorregião. Para ser efetivo, esse processo precisa reconhecer a dimensão micropolítica do trabalho em saúde e suas singularidades, construída no cotidiano dos serviços.

A adoção de ferramentas estruturadas e “tradicionais” para a composição das regiões de saúde tem ignorado os caminhos que os usuários percorrem para garantir o cuidado à saúde. Nesse sentido, pode-se identificar em muitos estados brasileiros a

conformação de regiões de saúde a partir das regiões administrativas intraestaduais com pouca articulação com as realidades sanitárias dos territórios vivos por onde os usuários percorrem.

Situamos que entramos no campo da RAC PEBA como quem entra em um rio, apostando nas margens, tentando nos tangenciar em diferentes encontros, com diferentes pessoas em diferentes lugares. Se a Rede PEBA é uma aposta em uma rede que extrapola territórios formais e instituídos e busca dispositivos construídos por diferentes atores, buscou-se esse território do perspectivismo para a produção do encontro a fim de se visibilizar redes, vivas ou não.

E no caminhar da RAC PEBA encontramos alguns territórios que insistem, teimam até, em produzir redes vivas, buscando se qualificar nesse caminhar-processo. Assim, foi possível mapear três movimentos em acontecimento rumo à produção de redes vivas: A Equipe da Central de Regulação Interestadual de Leitos, o Fórum da Luta Antimanicomial da Vale do São Francisco e os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Dialogar com a equipe da CRIL trouxe a perspectiva de um dispositivo de gestão que necessita de respaldo e articulação das instâncias gestoras formais. A fragilidade dos pactos das redes possíveis, ou pelo menos pactos que atendam às demandas mais urgentes do cotidiano dos serviços de saúde, aparece como analisador.

Estar no espaço do Fórum da Luta Antimanicomial foi se deixar afetar pelas provocações de uma multidão de corpos, que não tem marca (decalque) de quem é gestor, trabalhador, usuário ou familiar, sem identidade, sem universal, mas que extravasa nas ruas da cidade gritando que cuidar vai além dos muros do manicômio. Nesse acontecimento das ruas o encontro produz/reluz a potência do desejo, da arte e do conhecimento que se forjam em ato.

E na produção da pesquisa junto a profissionais residentes implicados com trabalhadores, gestores e usuários foi se forjando um movimento micropolítico rumo à produção do conhecimento e não à reprodução de um saber-cópia-decalque.

A perspectiva desse arranjo de entradas no campo tem propiciado encontros e desencontros que vão acontecendo em ato, forjando pactos que, mesmo provisórios, tensionam a dobra acesso-barreira aos leitos de urgência e emergência da Macrorregião pioneira na relação interestadual de redes em saúde no Brasil.

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, jan-abr de 2013.
- 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.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Ministerial, nº 3.125, de 07 de dezembro de 2006. **Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS e define competências**. 2006.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008. **Constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro – BA e de Petrolina – PE**. 2008.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Diretoria de Programa. **Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde – PESS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 100p.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Ministerial, nº 396, de 4 de março de 2011. **Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais**. 2011b.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011: regulamentação da lei n. 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.
- _____. 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 março de 2015.
- BAHIA. DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO. **RESOLUÇÃO CIB Nº 020/2012** Aprovar o eixo estruturante e o objetivo geral do Subprojeto do QualiSUS-Rede denominado Tecnologia da Informação – Uma proposta de Integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco.
- _____. DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO. **RESOLUÇÃO CIB Nº 070/2013** Aprova a transferência do Município de Canudos, da Região de Saúde de Serrinha, para a Região de Saúde de Juazeiro.
- _____. DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO. **LEI Nº 13.204 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014**. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências.
- _____. FUNDAÇÃO ESTATAL 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. Resoluções nº 1836 em Pernambuco e nº 20/2012 na Bahia.
- CABRAL, B. E. B.; COSTA, M. L. de S.; LIMA, G. R. N. de; MELO, J. R. S.; SANTOS, G. R. dos. “De como o Sertão do Submédio São Francisco ganhou um núcleo de mobilização antimanicomial: da história aos desafios atuais”. **Extramuros**, Petrolina-PE, v. 1, n. 1, p. 81-96, jan./jul. 2013.
- _____, B. E. B.; SANTOS, G. R. dos; LIMA, G. R. N. de; COSTA, M. L. de S.; MACHADO, L.; MELO, J. R. S.; TENÓRIO, K. S. “Apoio à Mobilização Antimanicomial no Sertão do Submédio São Francisco: articulando saberes e ativando redes na atenção psicossocial”. **Extramuros**, Petrolina-PE, v. 3, n. 1, p. 75-80. Edição Especial, jun. 2015. Resumo expandido.

CECÍLIO, L. C. O. "As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde". In: PINHEIRO R., MATTOS R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO; 2001.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário guia**. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia/at_download/file>. Acesso em: 22 ago 2015. 2014.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GONÇALVES, J. G. **A Lei nº. 12.732, de 22 de novembro de 2012 e seu efeito no cuidado aos pacientes oncológicos**. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

GUSMAO-FILHO, F. A. R.; CARVALHO, E. F.; ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C. "Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus)". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1227-1238, June 2010.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". **Cad. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.16, n.1 [cited 2015-09-19], pp. 95-105 .

LÉVINAS, E. **Entre Nós**: Ensaio sobre a alteridade. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

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

MENDES, Á.; LOUVISON, M. C. P.; IANNI, A. M. Z.; LEITE, M. G.; FEUERWERKER, L. C. M.; TANAKA, O. Y.; DUARTE, L.; WEILLER, J. A. B.; LARA, N. C. C.; BOTELHO, L. A. M.; ALMEIDA, C. A. L. "O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise". **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, jun. 2015.

MENDONÇA, P. E. X. **Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas**. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

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

_____, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. "Redes Vivas: múltiplas 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.

NEGRI, A. "Para uma definição ontológica de Multidão". **Lugar Comum**, 2002, p. 15-26.

OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. G.; REIS, A. T. "O monitoramento e a avaliação na gestão do Ministério da Saúde". **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**. 2013;5(1):114-129.

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.

_____. **Plano diretor de regionalização do SUS/ PE**. Recife: Secretaria de Saúde; 2011.

SEIXAS, C. T. **A enfermagem brasileira frente ao envelhecimento populacional: cenários possíveis para 2025**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

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 Colect**: 12(1): 113-123, ene.-mar. 2016.

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

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Encontros**. Rio de Janeiro: Editora Azougue, 2011.

.....

Educação permanente
em ato

.....

Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros

Kathleen Tereza da Cruz
Stefanie Kulpa
Renato Baduy
Clarissa Terenzi Seixas
Rossana Staevie Baduy
Josiane Vivian Camargo de Lima
Maria Lucia da Silva Lopes
Helvo Slomp Júnior
Carla Vanessa Alves Lopes
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Claudia Tallemberg

Este capítulo narra retrospectivamente a trajetória desse coletivo na pesquisa RAC, recuperando encontros e conversas realizadas ao longo do processo de investigação. Procuramos tornar visíveis nossos deslocamentos em relação àquilo que ou não sabíamos, ou não podíamos ou não queríamos dizer, pensar e sentir (LARROSA, 2011). Estes são os ingredientes que temperam esta narrativa sobre nossos encontros.

Estava sol quente em dia de céu azul, azul. Chegamos à casa de Loris e ela estava em sua cadeira de rodas debaixo de uma grande sombra de árvore, em frente a sua gaiola 2 m x 2 m com cerca de cinquenta passarinhos. Azuis, brancos, verdes, amarelos, em um colorir sem fim devido ao incessante voar de galho em galho. Ininterrupto também eram os cantos e piados. Loris passa algumas horas ali, às vezes, observando-os, ela nos conta. Lembro-me de estar ventando um ar agradável, interrompendo o calor sentido ao longo do dia. Estávamos em quatro para a visita, mais Loris. A enfermeira ia cuidando da ferida que Loris tem no calcanhar, a fisioterapeuta fazia exercícios em seus braços e ombro, e todos íamos proseando sobre a vida ao som dos passarinhos. Sentia-me muito vivo, tranquilo e confortável ali. Não conseguíamos parar de olhar as combinações infinitas que os passarinhos produziam na gaiola. Brincamos com Loris, dizendo que agora entendíamos porque ela passava horas nessa sombra. Aquilo era hipnotizador e alegre. Assim nos sentíamos. Seus netos são os cuidadores, levando comida, limpando e mudando os galhos de lugar de vez em quando. Havia alguns gravetos e galhos da árvore que nos fazia sombra caídos na grama. Peguei um e comecei a tentar equilibrá-lo na grade da gaiola, queria criar mais um lugar para os pássaros pousarem. Ainda conversávamos todos e Loris ficava a me observar em minhas tentativas. Nessa atividade, de repente, me ganhou um sentimento de fazer parte, de composição. De alguma forma eu pertencia àquele lugar e grupo. Observei as pessoas em volta de Loris, observei-me, de algum jeito todos estavam mexendo em seu mundo. Loris sorria e às vezes reclamava do cansaço que a fisioterapia

lhe dava. Ela estava permitindo que mexêssemos em seu mundo e achava graça. Agora já fazíamos parte. Eu achei a vida gigantesca.

(Pesquisador(a) 1 – Narrativa “Intermezzos – Os Passarinhos”)

Os acontecimentos (muitos!), a “vida gigantesca”, nos pediam conversa, troca e nos mobilizaram a fabricar muitos espaços-encontro entre nós. Um trabalho intenso de produção de narrativas, algumas vezes solitárias, outras coletivas, sobre o vivido nos encontros com os usuários-guias e suas redes pessoais, com os trabalhadores dos serviços de saúde envolvidos com os usuários-guias, com os trabalhadores da gestão envolvidos com a rede de saúde investigada. Fazíamos muitas conversas em diferentes momentos e lugares, presenciais ou não: durante os encontros mensais dos pesquisadores(as) da RAC nacional, todos os meses nos municípios onde ocorriam as investigações e com maior ou menor regularidade em encontros virtuais. O arranjo desses encontros dependia das necessidades e das possibilidades: por vezes estávamos todos, outras nos reuníamos nos subgrupos, trios, duplas. As conversas maiores, menores ressoavam em nós de diversas formas: dúvidas, tristezas, alegrias, entre tantas outras sensações que pediam passagem, pediam língua.

Buscamos tornar visíveis os deslocamentos ocorridos durante nosso processo de imundização no campo da pesquisa, no sentido descrito por Cerqueira Gomes & Merhy (2014). Foram tantos murmúrios produzidos por tantos de nós, pelos desconfortos sentidos, pelas sensações que não entendíamos, por aquilo que nos acontecia nos vários encontros vividos na pesquisa, que se tornou claro, logo nos primeiros meses do trabalho, o quanto precisávamos de espaços-encontro para dar voz e pensamento ao que sentíamos ao longo do caminhar. Era o que fazíamos! Convidávamo-nos a narrar a experiência como “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (LARROSA, 2002, p. 21).

Quantos de nós estávamos nesses encontros? Considerando nossa multiplicidade, o quanto somos muitos, havia sempre uma multidão. E diante de quem (ou “quems”?) essa multidão estava? Como funcionávamos frente às cenas vividas? Interrogávamos sem parar... Foram muitas afecções recolhidas desses encontros, nos quais nossos corpos interagiam intensamente, modificando-nos mutuamente. Foi o que aconteceu conosco, a pesquisa potencializou nossa capacidade de tirar proveito do fato de que somos afetados e afetamos quando nos encontramos com alguém, com outro corpo. Passamos a compreender a vida como uma potência única em cada ser. Descobri-la e conectar-se a ela em cada encontro era o nosso desafio, visto que não podemos conhecer a nós mesmos e aos corpos exteriores senão pelas afecções que os corpos exteriores produzem sobre o nosso (PELBART, 2003; DELEUZE, 2002).

Na RAC Sul, vivemos bons encontros, desses que aumentam nossa potência de agir (DELEUZE; PARNET, 1998), como o que narra o/a Pesquisado(a) 1, ao sentir-se hipnotizado e alegre por “sentir-se parte”. Mas também vivemos encontros que nos paralisaram, que nos capturaram no sentido de nos manter cegos, intocados, no máximo, irritadiços. Deixar fluir o encontro, este foi o nosso movimento! Estar aberto para olhar diferente, mesmo para aquilo que julgávamos que já sabíamos! Criar as

condições para que as coisas acontecessem, para que pudéssemos nos conectar com outros, e com eles fabricar novos territórios existenciais, tantos quantos as vivências pediam e abriam! Trabalhamos na perspectiva de que a vida acontecia como um emaranhado de encontros.

Nesse texto tentaremos compartilhar uma certa cartografia desta multiplicidade de encontros vividos neste percurso e de como fomos nos construindo/desconstruindo no decorrer deles.

Na cozinha da pesquisa

Pensando em como compartilhar isso com o leitor, não como um receituário, mas muito mais como um “diário de campo coletivo”, tomamos de empréstimo da etnografia a imagem da “cozinha da pesquisa”¹¹ (ou CP) para denominar esse espaço-encontro de conversas onde processávamos coletivamente o que nossos corpos e mentes recolhiam do trabalho de campo e, numa dobra, reverberavam nos nossos processos junto aos usuários-guias e trabalhadores, ao longo de todo o processo de pesquisa cartográfica.

Era na CP que planejavamos nossas atividades de investigação, compartilhávamos o modo como íamos caminhando em cada frente, o que estava na pele, na experiência vivida. Do campo recolhíamos os ingredientes para cozinhar o que nos alimentava, o que ao mesmo tempo alimentava o nosso “campo”, num exercício de uma “dietética de si”, no sentido descrito por Cruz *et al.* (2016) como “alimentação da vida do outro em nós”, que tanto pode permitir que nos alimentemos da potência de vida produzida em nós no contato com o outro, como possibilitar que deste nos afastemos.

O que nos acontecia a cada encontro de alguma forma mudava algo em nós, nos afetava, mudava a nossa existência; era disso que conversávamos e era sobre isso que tratávamos na “cozinha da pesquisa”. Para começar, uma pesquisa que tem por princípio “avalia quem pede, quem faz e quem usa” pressupõe que todos são pesquisadores: gestores, trabalhadores e usuários, que cada um e todos são produtores de conhecimento sobre o que vivenciam no seu cotidiano e, portanto, não constituem um “objeto” sobre o qual se estaria produzindo conhecimento. Assim todos foram convidados a ocupar este “lugar do(a) pesquisador(a)” junto conosco. Mas esse modo de pesquisar pedia muitas explicações, foi como embarcar em um emaranhado de dúvidas e incertezas.

Como é isso? Serão feitas as entrevistas? Quantos casos/situações temos que identificar? Precisaremos de casos/situações de todas as áreas? Qual é o meu papel na pesquisa? Que método é esse? Qualitativo? Que tipo de produto essa pesquisa terá? Relatório? Como eu conto sobre as situações vividas? Posso falar sobre minhas percepções? Quem convidará o usuário para entrar na pesquisa?

(Pesquisador(a) 2)

11 Imagem extraída de conversas sobre a investigação com a Profa. Dr^a Margarita Pla, docente da Universidade de Barcelona, consultora da pesquisa RAC.

A fala do/a pesquisador(a) 2 traz esta crise posicionada pelo convite, o qual carrega muitos questionamentos sobre como realizar uma pesquisa que desloca a ideia sobre o que é, sobre como se pesquisa, sobre quem se pesquisa. Quando, na primeira cena – povoada por passarinhos, usuáries(as), pesquisadores(as) e trabalhadores(as) – o/a pesquisador(a) descreve que a usuária-guia Loris permite que “mexêssemos em seu mundo”, estamos nos referindo a esse conjunto de deslocamentos que o convite para participar de um estudo onde todos são pesquisadores(as) e pesquisados(as) ao mesmo tempo produziu em cada um de nós. Nesse caminhar, ir a campo foi uma das primeiras decisões para disparar o processo. Ir a campo!? Mas o que é o campo?

O campo em nós e nós no campo

Seguimos com Loris, nossa guia, uma mulher de meia idade que há 3 anos havia sofrido um acidente de moto e ficado tetraplégica. Tornou-se, assim, usuária do Programa de Atenção e Internação Domiciliar (PAID) e compunha a pesquisa conosco. Mas quem era Loris? O que a fazia enunciar em primeira pessoa: “Hoje fiz um almocinho gostoso”, quando já não podia mais alcançar as panelas, mas dava todas as instruções para que as filhas o fizessem no seu lugar? Do que seu corpo era capaz? Não sabíamos, mas tivemos vários encontros onde algumas Loris emergiram. Mãe de 3 filhos e com longas histórias de maternidade, divorciada, brava, mandona e exigente; mesmo com sua imobilidade física.

Dentro destas condições de existência, onde muitos a codificavam como um corpo morto, havia uma vida que se forjava e produzia muitos e novos sentidos para existir. Em um primeiro olhar, podia parecer improvável que uma pessoa tetraplégica tivesse possibilidades de tanta movimentação, mantendo, inclusive, o controle da casa e disputando com as filhas sua organização e rotina. Entretanto, num olhar mais atento, percebíamos que essa existência pedia e produzia redes que costuravam os sentidos dos encontros com outros, para si e para eles. Era preciso que estivéssemos abertos àquilo que não sabíamos ou não conhecíamos (como uma pessoa como a Loris cozinhava um almocinho gostoso?) e colocar entre parênteses o que pensávamos já saber (ela era tetraplégica, não andava e era totalmente dependente). Com Loris, pudemos questionar nossas certezas e percorrer outros caminhos do cuidado pela rede de relações que sustentava seu existir.

Pesquisar com “quem faz e/ou usa” implicou em investir nos encontros com eles, em desnudar-se diante do outro, em expor-se ao que este encontro provocava também em nós, ao que nos podia acontecer. Nosso “campo” emergia, produzindo esses novos territórios existenciais em nós e no outro: cozinhávamos juntos.

Apostar no encontro dos corpos nos levou a correr riscos. Seguimos o que sugeriam Deleuze & Parnet (1998, p. 75): “A questão é a seguinte: o que pode um corpo? De que afetos você é capaz? Experimente...”. Assim, explorar a potência do encontro era estar atento à capacidade de variação, de surpresa, sentir a parte de incerteza presente em cada encontro nesse abrir-se ao acontecimento, ao construir e deixar-se construir em ato (SEIXAS *et al.*, 2016), deixando, mesmo que por instantes, um modo de viver para assumir outro. O/A pesquisador(a) que se encontrou com o cenário de

contemplação dos passarinhos de Loris foi afetado, lançado à variação: encaixando novos “gravetos” em sua grade, também os encaixava em si e, nesse movimento, produzia novos lugares do pensamento para si que tensionavam o que já estava instituído. Mas o que acontecia quando a vida vazava a pesquisa, tornando-se uma experimentação também para si? O/A pesquisador(a) deixara de sê-lo? Apostávamos que não!

Percebemos, assim como Rolnik (2007) em sua cartografia, que nós também vivemos deslocamentos em nós quando nos encontramos com outros, sentindo em nossos corpos esses efeitos, como composições outras em nós. Falas, sensações e pensamentos inéditos brotavam em nós sem que pudéssemos controlar a sua emergência e expressão, rompendo nosso equilíbrio. Pensamos que Rolnik foi capaz de expressar em palavras o que teríamos dito e escrito se fôssemos capaz de expressá-lo: esta desestabilização *“nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo – em nossa existência, em nosso modo de sentir, de pensar, de agir etc. – que venha encarnar este estado inédito que se fez em nós. E a cada vez que respondemos à exigência imposta por um destes estados, nos tornamos outros”* (ROLNIK, 1993, p. 242).

Para onde íamos com nossos pensamentos? Não procurávamos responder a isso, mas a experimentar esse efeito de passagem em nós: que funcionamento tínhamos e qual passamos a ter? Para conversar sobre esta “passagem”, chamamos Tallemberg (2015) e a ideia de *intermezzo* que ela nos oferta, de um meio/intervalo usado como um artifício na Itália do século XVII, enquanto os atores se preparavam para uma próxima atração. Nesse momento, uma peça de caráter cômico produzia uma descontinuidade e uma *“desprogramação dos sentidos estabelecidos pela cena anterior, [...] produzindo outros signos e outras linhas (bifurcações) no sentido [...]*. Desta forma, *o entreato, embaralha, embaça os limites daquilo que é reconhecido como espetáculo e não espetáculo, situando-se em sua fronteira e abalando as certezas de quem assiste”* (p. 65-6). Essa imagem fez sentido para nós, pois em alguns momentos sentíamos essa desprogramação, esse embaralhamento acontecer. Como no vivido pelo/a pesquisador(a) 1, quando relatou ter sido observado por Loris, sentindo que ela também o pesquisava ou então, quando recebia dela indicações sobre os caminhos da pesquisa.

Certamente, no que tange à minha passagem, entrei em lugar de brincadeira. A minha variação foi para a infância (...), pude ser criança que brinca com passarinhos (...). Mas e Loris, para onde passou no momento em que me observava a brincar em sua gaiola? Obviamente não é possível afirmar por ela, mas os acontecimentos que passamos juntos são capazes de dizer algo. Quando estávamos nos despedindo, dirige-nos a palavra: *“acho que vocês deveriam conversar com minha ex-patroa, ela não pode esta semana, mas por que não combinam com ela para mês que vem?”*. Loris assumiu a posição de pesquisadora neste momento?

(Pesquisador(a) 1)

Não podemos saber o que Loris pensava sobre o/a pesquisador(a) 1, mas recolhemos que ela também procurava e produzia sentido para aquilo que viviam juntos. Misturavam-se, nesse sentido, o que embaralhava a codificação sobre quem era

o quê no campo: filho, menino, mãe, pesquisador(a)/pesquisado(a). As coisas e as pessoas, por instantes, eram sentidas de outra forma; o/a pesquisador(a) brincava de ser menino(a)!

Muitos estranhamentos! Que pesquisa admitiria que uma usuária passasse da condição de “objeto da pesquisa” para a de pesquisador(a)?! É nisso que estávamos enfiados e esperamos que o leitor viva conosco algumas tensões que constituíram o nosso trabalho de campo, que viva conosco as capturas que vivemos e as fugas que criamos para que o campo se produzisse e que outros(as) pesquisadores(as) pudessem emergir – em todos nós.

O campo como labirinto: quais intensidades meu corpo percorre?

Mas afinal, o que é o campo da pesquisa? Inicialmente, um dos arranjos que produzimos foi convidar os trabalhadores dos municípios a serem pesquisadores(as) e trazerem para a cena aquelas situações e usuários que os afetavam, por inquietação, dificuldade e/ou satisfação. A maioria dos usuários que apareceram nas narrativas eram de casos complexos, em situações difíceis, que desafiavam todos a pensar em como dar conta das demandas colocadas.

Ao iniciarmos a pesquisa, entendíamos que o trabalho de campo, em parte, compreenderia um intenso trabalho de perceber, descrever, a partir das experiências vividas guiadas pelos usuários, os modos de produzir cuidado nas redes dos municípios estudados. Isso implicaria também em entender os modos como os profissionais de saúde operavam seus conhecimentos sistematizados da clínica quando no encontro com o usuário, considerando que a clínica organiza o pensamento e a ação dos profissionais de saúde, e toma como sua prática principal a investigação das doenças no corpo dos usuários (objeto do método clínico).

Mas sabíamos que não era só isso. O campo se produzia também em um duplo jogo de interferências: um plano mais relacionado ao que acontecia ao pesquisador(a), no qual começamos a percorrer nossas inquietudes provocadas a partir do que posiciona a pesquisa, ou seja, um plano do acontecer da pesquisa nos investigadores; e outro do acontecer da mesma nas cidades e com os outros que encontramos. Mas saber não era suficiente para operar esta perspectiva, era necessário desenvolver estratégias para se deslocar.

Para contar sobre como nos posicionamos no campo desta investigação, e mesmo expressar com mais clareza como isto se configura para nós, tomamos de empréstimo a estratégia utilizada por Cruz¹² (2016) que busca no labirinto uma estética para pensar o campo de sua pesquisa e que, em nosso caso, nos estimulou a tomar o nosso campo de investigação – a produção do cuidado nas redes – como um labirinto. Mas como abordá-lo? A autora propõe, como desdobramento da ideia anterior, um debate sobre a produção do conhecimento, apresentando diferentes formas de conhecer o labirinto. Cita uma primeira na qual se operaria

12 A autora também faz parte dessa investigação, e ao mesmo tempo que era pesquisadora da RAC, desenvolvia também os conceitos-ferramentas utilizados na pesquisa de doutoramento. Portanto, muitas de suas invenções presentes no texto foram também experimentadas na Cozinha da Pesquisa RAC.

um esquadramento das formas, seus ângulos, suas medidas, desmontando suas partes e finalmente construindo um teorema sobre as forças que atuariam para compor aquele labirinto, extrapolando para uma proposta de um teorema explicativo universal com coordenadas que relacionam as partes e que organizariam todos os labirintos [...] – que criava um campo de intervenção seguro para meu agir pesquisador(a). (CRUZ, 2016, p. 85)

Esta forma fazia referência a estratégias de pesquisa conhecidas e praticadas por muitos de nós, pesquisadores(as) do campo da saúde coletiva, seja nas pesquisas quantitativas ou nas qualitativas, todas marcadas pela clara separação entre pesquisador(a), técnica de pesquisa e objeto e em busca de um certo “modelo explicativo”. Como efeito desta forma de pensar, alcançaríamos uma espécie de “generalização” do labirinto, ou seja, a partir da extração de regras gerais de funcionamento do labirinto (ou do funcionamento da rede), se poderia imaginar que todos operam sob as mesmas regras.

A outra forma citada pela autora, inspirada pelas propostas de investigação realizadas por Deleuze & Guattari (2002a, 2002b, 2002c, 2004a, 2004b) em sua obra *Mil Platôs* propõe uma outra perspectiva para o pensamento na investigação:

ao invés de desmontar o labirinto ou comer suas partes, eu deveria me deslocar para dentro do labirinto e percorrê-lo, ocupando o espaço sem medi-lo, mas caminhar segundo um deslocamento que segue suas curvaturas em busca das singularidades, de transversalizações, um caminhar oblíquo (...) [que] funcionaria mais próximo ao movimento dos fluidos, isto é, se ocupa os espaços por fluxos, sem ter uma forma *a priori*, por escorrimentos, por vazamentos; um modelo de vir e de heterogeneidade com um modelo de passagem que se opõe ao estável, ao eterno, ao idêntico, ao constante; um funcionamento turbilhonar, que percorre um espaço aberto a muitas possibilidades, atento ao modo como as coisas, fluxos se distribuem e se engendram. (CRUZ, 2016 p. 86-8)

Esta segunda perspectiva é apresentada como um “modelo problemático”, na medida em que convida os investigadores a percorrer o campo colocando entre parênteses suas certezas (“Qual é o meu papel na pesquisa?”).

É nesse sentido que o campo da nossa pesquisa pedia o mergulho no labirinto, insistindo em um nomadismo que andasse e explorasse suas dobras, seus becos sem saída, suas curvas e inflexões, vivendo a tensão constitutiva do agir pesquisador(a) que explora o campo percorrendo-o/a. O labirinto nos convocava a pensar como se dava o cuidado nas redes nos chamando a percorrer todos os encontros e desencontros vividos por usuários, trabalhadores, gestores (mas também vividos por uma profusão de pessoas que não necessariamente se identificam com estas três categorias), diante de situações complexas relacionadas aos modos de existência dos usuários-guias. Era dessa forma que pensávamos: que diante do modo de organização/desorganização das redes formais de atenção à saúde, quem cuidava juntamente com quem estava sendo cuidado, muitas vezes enfrentava situações para dar conta do cuidado que equivaliam, em complexidade, à travessia de um labirinto. Eram também estas

invenções de travessia, como práticas de produzir o cuidado em saúde, que apareciam por todos os lados.

A partir dessa compreensão, fomos buscando desenvolver a pesquisa com o outro que estava lá no cotidiano dos serviços, percorrendo diariamente os labirintos do cuidado, e o fazíamos nos debruçando sobre o trabalho de cuidar que ele fazia. Essa navegação em deriva, nômade, nos pedia um algo a mais, já que não dispúnhamos de roteiro e itinerários *a priori*.

Novamente, trazemos de Cruz (2016) uma outra ideia que sugere o forjamento e a utilização de “bússolas viscerais”, pelos(as) pesquisadores(as). Adjetiva-as como viscerais justamente por tê-las utilizado para identificar e seguir os desconfortos sentidos pelo corpo sensível como efeitos dos encontros. Foi inventado pela autora, como uma ferramenta para reativar a atenção e a capacidade de perceber os sinais do corpo e, assim, deslocar-se do “conhecer-epistêmico” (que tudo sabe) para abrir passagem para um outro território – do “conhecer-corpo”, um “conhecer sentinte!” (CRUZ, 2016, p. 94), num movimento semelhante ao que buscamos em nossa pesquisa, isto é, o desenvolvimento dessas “chaves” para passagem.

E ao experimentar “a passagem” e o desconforto que a travessia produzia, buscávamos conversar sobre o ocorrido e outras sensações se produziam em nossos corpos. Outras possibilidades de sentir, falar e pensar? Passamos a explorar nossos desconfortos como nossas “bússolas viscerais”, como conteúdo de nossas conversas. Como expressou o(a) Pesquisador(a) 2, ao compartilhar no seu diário de campo como se sentia em relação ao encontro com quem cuida quando este está cuidando: “E isso provoca um movimento/desconforto contínuo em nós, por todas as afecções que nos invadem e os agenciamentos que estas nos provocam”.

Utilizávamos os desconfortos como marcadores de que algo nos acontecia e, apesar de não termos clareza para poder enunciar uma explicação consciente imediata, que indicasse os caminhos a percorrer. Isto é, dado um desconforto, esse pede processamento!

Aparece de tudo: nossos julgamentos (como ele não percebe isso? Que serviço confuso! Por que não fez daquele outro jeito?), nossas certezas (deveria fazer y, acionar z), nossas incertezas (o que eu faria nessa situação? Se eu não tiver a resposta certa para esse caso vou decepcionar o outro?).

(Pesquisador(a) 3)

Assim é que funcionavam nossas bússolas viscerais, marcando exatamente os desconfortos que sentíamos quando nos encontrávamos com os outros – os usuários-guias e todos que tinham relações com o cuidado produzido para ele.

Identificar, descrever e interrogar o desconforto: é assim que funcionamos na cozinha da pesquisa diante do trabalho de campo. Perguntamo-nos muitas vezes, depois de narrarmos o que vivíamos, como nos sentíamos: como manejamos isso em nós, diante dos outros? Temos que dar as respostas na condução dos casos? O que eu faço quando julgo que o outro não vê o que eu vejo? O que eu faço com minha sensação de que ele tem que aprender comigo e isso é da minha responsabilidade provocar?

É disso que estamos falando: de estar atento para os desconfortos e de exercermos nossa capacidade de reconhecê-los nos nossos corpos de pesquisadores(as) como uma chave para processos cartográficos de pesquisa. É nesse ponto que entra um detalhe importantíssimo, e que demoramos muito para entender: afinal o que era mesmo isso do “campo em nós”? Isso que sabíamos que era a interferência que acontecia duplamente e que era o próprio campo da investigação?

Há uma diferença entre “saber” o que deveria ser e *viver* isso. Então, ao poucos, fomos compreendendo que entre os ingredientes do nosso campo também estavam o afeto, as variações dos nossos corpos pelos encontros. Vejamos como isso funciona em nós!

Cozinhando a muitas mãos: o trabalho dos encontros

Fazíamos um duplo movimento: tínhamos espaços de conversa entre nós, pesquisadores(as) desse campo e autores do texto, onde explorávamos o campo em nós; e espaços de conversa entre nós, subgrupos de dois ou três pesquisadores(as)/autores(as), com as equipes que estavam envolvidas no cuidado dos usuários-guias e mesmo com os próprios usuários-guias, onde experienciávamos a pesquisa *in loco* – nós no campo. Nesse duplo movimento, nos embrenhávamos pelo labirinto do cuidado, enquanto conversávamos sobre o que nos acontecia.

Entre nós, pesquisadores(as) formais, já nos sentíamos mais a vontade para explorar, sem muitas voltas, os nossos desconfortos. Na relação com o outro – trabalhador, gestor, usuário, a história era outra, íamos tateando formas de expressar o desconforto que sentíamos e de criar possibilidades para que o fizessem. Nesse processo, nos faltavam muitos ingredientes, como ao se cozinhar em um acampamento para o qual carregamos apenas o essencial no intuito de sermos suficientemente leves para o deslocamento. Assim também o fizemos: trouxemos poucos ingredientes e convidamos os trabalhadores a entrarem com seus temperos e a cozinharos a muitas mãos.

Na sala de trabalho da equipe do PAID apareceu esta demanda:

Vamos internar Dona Katarina e interditar Juvenal! Tudo começou com os vizinhos que foram à UBS para denunciar as condições de vulnerabilidade e negligência em que se encontrava Dona Katarina. Uma senhora de 78 anos que vivia junto com o filho Juvenal de 37 anos. A equipe foi impedida de entrar pelo filho. Vizinhos e equipe acionaram a polícia e a mídia. Constatou-se que as condições que os dois viviam eram muito precárias, considerando a deterioração da casa, a falta de limpeza, de alimentação, a ausência de luz e a falta de água. Dona Katarina estava debilitada, desidratada e desnutrida, ambos comiam apenas pão, mortadela e refrigerante. Isso repercutiu na opinião pública de forma que a equipe de gestão da saúde entra em cena e articula uma reunião com a rede formal disponível no município: incluindo CRAS, CREAS, PAID, AB, assessoria jurídica, conselho do idoso, serviço de obras. Ações propostas: limpar a casa, internar Dona Katarina e interditar o filho.

(Pesquisadores(as) 4 e 5¹³)

13 A fonte consultada foi narrativa escrita pelos(as) pesquisadores(as) 4 e 5.

E como ser leve diante de tantas situações pesadas! Os primeiros encontros pediam muita conversa. Ao conhecer a situação de Dona Katarina e presenciar a formulação, pelas equipes, de ações que intervinham em sua vida e também na de seu filho (“*precisamos limpar a casa, jogar os móveis fora e construir um lugar novo...*”), sentíamos um grande desconforto por perceber que faltava algo naquela intervenção. Nessas situações, íamos para o chão da cozinha para poder ouvir e falar em alto e bom tom sobre o azedo que sentíamos diante de tanto higienismo e autoritarismo.

O *campo em nós* nos arrebatava e convocava o *usuário em nós* a expressar sua indignação. Precisávamos de muita conversa, de muito processamento para sair do lugar da dor, da queixa, do julgamento e sermos capazes de reconhecer, também em nós, estas práticas. Perguntávamo-nos, então: o que acontecia com as equipes, mesmo? Por que era essa a sua oferta? Como isso funcionava? O que faríamos se estivéssemos no lugar desses trabalhadores? Que outros ingredientes poderiam entrar nas conversas para pensar sobre isso?

Mais conversa, agora em um espaço com os profissionais. Vários de nós nos colocávamos no lugar de “sabidos”, cheios de certezas como quem conhecia o que era melhor para a vida de Katarina e Juvenal. Mais desconforto! Como sair do “agir sabido *a priori*” e nos deslocarmos para outro lugar, o de “quem não sabe e quer saber mais”, de quem não está satisfeito com o retrato da realidade e quer ouvir mais, de quem não se satisfaz com as fontes que tem e busca outras? Não costumamos funcionar assim!

Experimentamos estranhar a história contada, estranhar as certezas produzidas pelas leituras formais nas correlações causa-efeito-ação. E fomos agregando outros no processo, convidando-os a pensar junto e a fazer outras perguntas: mas diante de que situação estamos? Como Katarina e Juvenal chegaram a esta situação? O que eles, mãe e filho, podem contar de suas vidas? O que Juvenal e Katarina pensam dessa situação e como lidam com ela? Que pessoas conhecem? Onde já viveram?

Mais conversas no campo, mais deslocamentos. Como em um caleidoscópio, os diferentes atores iam ocupando diferentes lugares nos diferentes planos, alterando sua posição a cada girada. Novas cenas daquela história surgiam, deslocando o olhar da equipe envolvida, como percebemos nesse trecho extraído do diário de campo da pesquisa: “Alto aí, alguém já conversou com o filho Juvenal?” (Pesquisadores(as) 4 e 5). Que alívio, o ingrediente que faltava emerge desse movimento e é trazido pela equipe: o usuário! Ainda que de forma muito tímida - deixando de ser o filho negligente e passando a ser alguém que requer cuidados - doente?

Vamos conversar para ver se ele concorda com o que estamos fazendo, inclusive por uma segurança jurídica!”, “E também vamos ver se fazemos vínculo com ele e um projeto terapêutico”, “Parece que Juvenal tem um transtorno mental, ele está sendo cuidado?” - disseram alguns profissionais participantes da reunião.

(Pesquisador(a) 4 e 5)

A tal segurança do procedimento, os tais requisitos a serem preenchidos, sempre retornavam à cena. Mais desconforto com a complexidade da vida que não se encaixava nas ofertas. Mais desconforto, mais conversa. Em vários momentos expe-

rimentamos o sentimento de impotência vivido pelos trabalhadores, o perguntar-se: como fazer quando as normas engessam e os protocolos e fluxos formais não dão conta da complexidade das situações, da vida? Ao reconhecer que as ferramentas existentes não são suficientes para dar conta das necessidades e demandas do usuário, dos vários planos em construção no momento do encontro, há uma escolha: considerar isso como impotência paralisante ou como potência criativa que estimula a ir além, a inventar novas formas de cuidar.

Roda o caleidoscópio, outras cenas: “Dona Katarina foi internada na UPA e o filho Juvenal não saiu do seu lado um momento sequer!” “Juvenal já avisou que voltará para casa com ela, que nunca a abandonou e não a abandonará!”. (Pesquisadores(as) 4 e 5). Mais conversa no chão da cozinha do PAID: o que expressa a ação do filho de estar ao lado da mãe no hospital? Onde a vida resiste diante de tantas impossibilidades? E, mesmo sem fazer parte formalmente da pesquisa, Dona Katarina se transformou em uma usuária-guia, provocou rodas de conversa, convocou trabalhadores de áreas diversas para o encontro. O afeto foi ganhando espaço e provocando estranhamento no grupo:

Estávamos equivocados, eles só comiam pão com mortadela e refrigerante porque eram doados. Juvenal não estava conseguindo receber o dinheiro da pensão. Se interditaros o dinheiro, como eles viverão? Ele é carinhoso com ela e ela afetuosa com ele!

(Pesquisadores(as) 4 e 5)

Mais conversa: experimentar pensar nos efeitos de nossas ações para a vida deles produzia desconforto em todos nós. Pensar em outras estratégias para abarcar tamanha complexidade pedia mais história sobre eles, mais sobre seu mundo, mais escuta. Mais pesquisa com eles, sobre os contatos antigos, atuais, bem como um pensar junto em quem poderia apoiá-los mais de perto, para além das equipes.

A equipe também se sentia impotente, frustrada diante dos fracassos que recolhiam desta forma prescritiva de agir em relação à vida do outro. Isso pedia mais conversas para nos deslocarmos de um pensamento que nos levava a ter como objetivo para eles o alcance de um modo de existir que fazia sentido para nós, mas que a eles não sabíamos se fazia:

... 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. (BADUY *et al.*, 2016)

Era também necessário nos abriremos para interrogar onde a potência se expressava naquela história: como os dois tinham conseguido se apoiar diante de tanta precariedade? Como inventar com eles outras possibilidades de existência, sem com isso lhes destituir da condução de suas vidas? Era necessário de todos nós que estávamos envolvidos um outro jeito de olhar!

Ela e seu filho provocaram mudanças nas equipes e em nós, na medida em que andamos com eles pelos labirintos do cuidado e na complexidade de suas existências. Como potencializar a vida vivida onde aparentemente não havia saída?! Era nesse ponto que entrava o “quem usa” do título da pesquisa (“avalia quem pede, quem faz e quem usa”) como fonte e como pesquisador(a). E esse movimento pedia *simetria* nos encontros, que nos posicionássemos diante do outro reconhecendo-o como sabido, alguém que, no exercício do seu autogoverno, desejava governar sua própria vida a partir de suas próprias verdades sobre o mundo, tanto quanto cada um de nós no seu existir-usuário. Explorar essa tensão constitutiva no encontro pedia deslocamentos: para que pudéssemos sentir, pensar e falar onde antes ou não podíamos, ou não sabíamos ou não queríamos.

De alguma forma, esses novos ingredientes permitiram que os usuários guiassem o nosso corpo e nosso pensamento para interrogar: que vida as redes formais armadas pelo estado (saúde, assistência social etc.) ofertavam para elas? Internação!? Interdição?!

Eles, os usuários-guias, nos obrigaram a pensar se haveria receita, regra e protocolo suficiente para dar conta da complexidade e das singularidades das situações vividas por eles. E ali, no chão da cozinha, conversávamos muito, abríamos nossas caixas de ferramentas fabricadas individual e coletivamente para caminhar nos labirintos do cuidado e espalhávamos seu conteúdo, buscando ver o que servia e o que não servia, trocando ferramentas, experiências, temperos. Buscávamos também trazer os de outros, de outros serviços, de outros profissionais, da educadora, da assistente social, da juíza, e também dos vizinhos. Passamos a desejar juntos ser capazes de funcionar de outra forma e trabalhávamos nos encontros para isso, cozinhando a muitas mãos outras existências também em nós. Saíamos diferentes a cada encontro.

A máquina de línguas: desconfortos, deslocamentos e vozes na cozinha

Eu me sentava no chão da cozinha para fazer os deveres da escola. Tinha uma mesa grande, muitas mulheres circulavam ali. Eu olhava as longas saias como se fossem cortinas se abrindo. Me tornei poeta no chão da cozinha.

(Mia Couto)

Mia Couto nos convida a pensar o quão rico pode ser sentar-se no chão da cozinha e trabalhar por ali. Entre um dever e outro, muitas conversas, cheiros, circulação. Muitos caminhos em volta da mesa, por baixo da mesa. Muitas cenas por trás das cortinas, que se abriam e se fechavam entre um passo e outro. Muitas intensidades. Era um pouco esse sentimento que nos tomava a cada encontro. Muitos planos possíveis de serem vividos na cozinha, sentados à mesa, ou no chão ou andando em torno da mesa. Não parávamos! E se Mia Couto se tornara poeta, nós nos tornávamos, ali no chão da cozinha, pesquisadores(as) menos sabidos. Mais sabidos, do ponto de vista da cozinha, do cuidado.

Observamos, até este ponto da narrativa, o quanto nos movimentávamos no campo e na cozinha. Muitas vezes nem cozinhávamos, mas apenas nos sentávamos

no chão para deixar assentar em nós tantos acontecimentos! Deixar o sussurro narrar para o pensamento os afetos vividos e sentidos pelo corpo como uma elaboração para si. Muitas vezes éramos assaltados por um desconforto com o modo como as equipes atuavam. Muitas cenas, muitas repetições que nos traziam o modo como os “casos” eram conduzidos na rede. Muitas conversas, colocando na mesa nossos mais caros julgamentos sobre os agires de outros trabalhadores.

Processamos todas essas cenas, nossos alimentos do campo, muitas vezes usando máquinas conceituais já conhecidas por nós, trabalhadores da saúde, também já acostumados com formas de análise mais estruturadas, traçando alguns mapas para caminhar no labirinto, buscando muitas vezes as tais generalizações de suas regras na construção da rede de cuidados. Era um *software* já conhecido por nós, também portadores de um saber sobre os serviços. Não era fácil fugir desta lógica de pensar e agir tão constitutivas de nós. Percorrer o labirinto do cuidado pedia mais. Mas esse não era um problema exclusivo de nosso grupo na pesquisa.

Outros grupos, assim como nós, foram convidados a narrarem suas experimentações na pesquisa no Encontro Nacional dos Pesquisadores¹⁴ (ENP). Esses encontros nacionais aconteciam da seguinte forma: cada subgrupo regional da pesquisa era convidado a apresentar um usuário-guia do seu território e contava para os demais como foi andando com ele, incluindo na apresentação as suas dúvidas sobre como operar os conceitos-chave da pesquisa no campo e o que acontecia aos pesquisadores(as). Feito isso, aos demais pesquisadores(as) de outras regiões comentavam. Funcionava como um encontro *Masterchef*¹⁵, com a diferença de que ninguém seria eliminado após cada etapa e tão pouco haveria um vencedor ao final. Mas o nosso funcionamento analítico era atento a tudo: ao modo como cozinávamos, ao modo e momento em que adicionávamos os ingredientes, às misturas, aos sabores: salgado, doce, azedo... Comentávamos tudo: também a apresentação do prato e seus efeitos. Este grande encontro deveria funcionar como uma troca de experiência, esse era o combinado, e não se poupava nada e nem ninguém!

Na nossa mesa da CP, a massa composta de histórias, sensações e análises fermentavam. Nós a sovávamos e a deixávamos descansar para ver o quanto crescia e se tinha o gosto e o cheiro do que pensávamos que sabíamos. Dela, sobravam partes que não entendíamos. Decidimos prová-las e foi aí, ao passar pelo ENP, que nos sentimos também sovados! Mesmo tendo combinado que esse seria um espaço protegido, no qual poderíamos expor nossas vísceras, um desconforto foi emergindo em relação ao modo como cada pesquisador(a) comentava sobre o que os outros faziam: a maioria “descia o sarrafo” nas equipes de profissionais que estavam envolvidos com o usuário em questão. Havia também um outro tipo de comentário que deixava no ar uma sensação de que havia um “jeito certo de fazer o usuário-guia funcionar, um jeito

14 O Encontro Nacional dos Pesquisadores(as) ocorria uma vez por mês e contava com a participação dos vários grupos que realizam a pesquisa nas diferentes regiões do país.

15 MasterChef é um desporto de competição de culinária criado em 1990 no Reino Unido e lançado no Brasil em 2014 como uma das grandes atrações da televisão aberta.

certo de fazer a pesquisa”, o que ressoava como julgamento sobre se tal grupo estava mais “certo” na condução do campo e no manejo do usuário-guia e outro “mais equivocados”.

Trouxemos esse debate para processar na CP, dentro do nosso subgrupo. Uns sentavam-se ao chão, a observar os passos em torno da mesa, outros queriam falar e falar, outros subiram na mesa ou viravam a panela. Ficamos estupefatos ao percebermos que todos nós pesquisadores(as) operávamos uma máxima, que era o sabido em nós, aquele que sempre tem um julgamento sobre o outro a expressar. Debruçamo-nos sobre esse sentir e nos deparamos com a percepção de como facilmente julgamos as equipes. Isso nos tomou de assalto! Também somos, como pesquisadores(as), julgadores do outro a partir de nossa perspectiva mais sedentária, de quem observa uma paisagem sem aprofundar na espessura, de quem olha um labirinto de cima e por fora, sem percorrê-lo. Abria-se espaço para emergência de um outro enunciado desconfortante aos pesquisadores(as): “será que não estamos também fazendo só julgamento do trabalho deles?”. Isso já nos rondava lá pelos cantos da nossa cozinha.

Uau! Um choque para todos nós que criticávamos o modo como as equipes de saúde julgavam duramente os pacientes e seus modos de conduzir suas vidas (equipes portadoras de uma verdade sobre o que deve ser da vida do outro), nos vimos reproduzindo estas práticas, isto é, num primeiro plano, julgando o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos e, num segundo plano, julgando os modos de pesquisar dos demais grupos de pesquisadores(as). Perceber isso produziu um grande desconforto em nós, subgrupo de pesquisa¹⁶.

Isso nos deu uma grande pista: precisávamos explorar mais, falar mais sobre como nós também julgamos as equipes, como isso funcionava em nós, o que isso produzia de possibilidades ou de barreiras para pesquisar o cuidado em saúde. Esse é o ponto que recuperamos para falar/demonstrar como funcionamos na CP. Nós perseguimos os desconfortos em nós que vão aparecendo e discutimos sobre eles, fazendo ondas de processamento coletivo, provocando novos deslocamentos: diante do que estamos numa situação como essa? Pode-se imaginar a ansiedade geral diante disso tudo!! Por aqui há muito o que explorar.

Deslocamo-nos de um julgamento sobre o trabalho do outro e nos colocamos em análise, em dois aspectos: primeiro olhamos a situação e pensamos: o que eu faria se fosse aquele profissional? Por que só encontramos o que julgamos como um trabalho descuidado das equipes? Isso seria um efeito do modo como sugerimos a escolha dos usuários-guias – “tragam narrativas de usuários e situações que de alguma forma os afetaram, pelo sucesso, pela dificuldade ou pelo insucesso” (pesquisador(a) 6) – ou seria um efeito do nosso olhar sobre o trabalho do outro? Por que não nos conectamos com o que as equipes fazem de interessante por seus usuários? Muitas questões surgiram.

16 Os encontros nacionais da pesquisa RAC, mensais, foram criando também espaço para compartilhar estes desconfortos, criando mecanismo para que também estes fossem sendo dispositivos para falar sobre o que nos acontecia na investigação e o que isso significava em termos de produção do conhecimento da pesquisa sobre o cuidado em saúde nas redes.

Então, deslocamentos se fizeram necessários em nós. Alguns fragmentos de textos deste coletivo de pesquisa já publicados e também produzidos nesse contexto da RAC, nos auxiliam nessa tarefa de contar como funcionamos na CP para enfrentar essas questões:

Mas de que estamos diante, em situações assim? Que complexidade é esta 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(as)? Pensando sobre a última pergunta, a primeira impressão que nos arrebatava enquanto 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(as) antes – baseado nesta fotografia, nesse perfil provisório 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! (BADUY *et al.* 2016)

Diante dessa percepção sobre como a fragilidade do outro era tomada como negativa e não como analisadora, nos desafiamos em nossos processamentos a pensar de outra forma, problematizando o problema (modelo problemático). Em mais um fragmento do texto que faz esse debate, trazemos que:

Experimentamos 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 arrebatava 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”: 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 expressão de uma equipe que deseja enfrentar suas dificuldades/frustações 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? (BADUY *et al.* 2016)

É nesse território das incertezas onde buscamos sabedorias e aprendizagens. Percebemos que as intensidades que vivemos, os desafios, a necessidade de momentos de processamento, de espaço autoanalítico, de alteridade, de estranhamento, são desafios, faltas, potências e impedimentos. Vivemos como pesquisadores(as), trabalhadores(as) e como usuários(as) nos espaços da produção do cuidado e da pesquisa, não podemos e nem desejamos mais separar isso, depois de tantos passagens vividas por e em nós. Cruz (2016) fala de uma *avaria* em nós produzida pela formação profissionalizante, a qual produz uma separação desses vários nós – usuário, trabalhador e gestor, entre outros – constitutivos de nossa multiplicidade de vida. Merhy (2015) nos convida a pensar se seríamos usuários de nosso trabalho em saúde, dando ênfase a esse modo de agir fragmentado.

Perseguir “sem dó” os nossos desconfortos nos permitiu adentrar em nossas próprias fraturas, e produzir um *conhecimento sentinte* aberto a ser atravessado pelo que o corpo produz de conhecimento ao viver, e nos encontrar com o cartógrafo em nós. Perceber esta sutileza ofertada pelos encontros, na delicadeza e na brutalidade da existência de cada vida, nos obrigou a reposicionar nossos valores, não só a valorizar o que é “cientificamente evidente”, conforme aprendemos na nossa profissionalização, mas também a valorizar o efeito do viver do corpo sobre o pensamento, isto é, o corpo nos obriga a pensar diante daquilo que vivemos e recolher estes pensamentos nos permite ultrapassar os limites das máquinas de pensar que temos e produzir conhecimento sobre aquilo que não se via e não se dizia, mas se sentia. Construir uma rede de fontes e de possibilidades de conexões e envoltimentos, de *sentires*, de *pensares*, de *falar* e de *agires*, distintos do que estamos habituados! Esta é a nossa máquina de línguas.

Produzir novos territórios com as redes vivenciais de quem cuida e é cuidado, com seus contatos antigos, atuais e em potencial, formais e informais. Processar o olhar, vazar os encontros, olhar o que se passa no entre, entre as coisas, pessoas, grupos: passou e você já não é mais o mesmo. Perceber aquilo que nos acontece, aquilo que brota entre você e aquilo que está capturando sua atenção, que na passagem não dá para pegar, isto é, percorrer as dobras da vida, um entretempo que pode durar eternamente (ORLANDI, 2009). Esse autor, falando a partir de Deleuze, diz que os encontros com os argumentos do outro podem ser assimiláveis ou não, mas podem entrar em você e você passa a ser de outro jeito, você se torna um novo modo de ver o mundo.

Na abertura para o encontro, fomos nos construindo na RAC Sul, e nesse processo a cozinha da pesquisa foi um espaço de processamento e análise que nos permitiu dar voz ao que ia ganhando intensidade nesse nosso caminhar. Os debates da CP foram nos dando a materialidade do que seria pesquisar a partir do encontro e esse espaço permitiu que fossemos nos construindo nessa nova forma de pesquisar.

A produção de uma pesquisa como esta não é fácil. Colocar o corpo para experienciar os mais diversos afetos no encontro com o outro, com a diferença, e produzir conhecimento sobre os efeitos destes encontros demanda um intenso trabalho de au-

toanálise. É nesse sentido que fomos construindo arranjos de espaços-encontro – a cozinha da pesquisa – onde podíamos colocar na roda os nossos desconfortos, alegrias, dúvidas, medos, encantamentos, julgamentos e, assim, ir produzindo a pesquisa em ato entre muitas vozes, deslocando o “sabido” em nós para poder produzir um outro olhar para a produção do cuidado em redes, vazando o que estamos acostumados a representar do que vivemos, torcendo nossos esquemas mentais explicativos, abrindo-nos a outras possibilidades de vista.

Percorrer estes labirintos é estar diante de muitos desafios, que só fomos capazes de ir vivendo a medida que íamos nos produzindo enquanto coletivo: capazes de acolher, provocar e caminhar juntos. O que também era um desafio: como se constituir enquanto coletivo? A verdade é que a produção do coletivo operava sobre si como uma bússola visceral, onde íamos conhecendo-sentindo o corpo de nossa pesquisa. Com a intensidade das passagens que fomos lançados e nos lançamos, não houve um único corpo que saiu o mesmo depois de experimentar estas vivências. Afinal, a RAC em nós é gigantesca, uma multidão.

Vi o mundo passando.

Fui passar com ele.

Sem saber pra onde,

fui.

eu fui o mundo!

–

Passei entre os mundos,

fiquei imundo.

–

Me despedi de mim,

fui ser outros.

(Pesquisador(a)1)

Referências Bibliográficas

- LARROSA, J. “Notas sobre a experiência e o saber de experiência”. **Revista Brasileira de Educação (Rio de Janeiro)**, n. 19, p. 20-28, abr. 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.
- BADUY, R. S.; KULPA, S.; TALLEMBERG, C.; SEIXAS, C. T.; CRUZ, K. T.; SLOMP JÚNIOR, H.; LOPES, C. V. A. “Mas ele não adere! – o desafio de acolher o outro que é complexo para mim”. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes** – Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 1. ed. v. 1. p. 220-227.
- CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; 9).
- CRUZ, K. T.; LIMA, F.; SILVA, J. D. G.; MERHY, E. E.; “A ética do cuidado e o cuidado de si: a vida o outro em Nós: Pistas para pensar a formação”. In: **Coletânea Humanidades**. BINATTO, R. F.; TARSO, P. (Orgs.). 2016 (no prelo).
- DELEUZE, G. **Espinosa – Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004a.
- _____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2002a.
- _____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004b.
- _____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 4. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2002b.
- _____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2002c.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.
- 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.
- ORLANDI, L. **Ética em Deleuze**. out. 2009. Disponível em: <http://www.institutocpfl.org.br/cultura/2008/12/24/videos-mais-vistos/>. Acesso em: 14 jul 2016.
- PELBART, P. P. **Vida Capital – ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003, 250p.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- ROLNIK, S. “Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico”. **CADERNOS DE SUBJETIVIDADE (São Paulo)**, v. 1, n. 2, p. 241-51, fev./set. 1993.
- 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.
- TALLEMBERG, C. A. A. **Passagens de uma prática clínico-política menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão**. 20016. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

A Gestão em Saúde: o que produzimos e o que nos produz

Pedro Mendes
Vanessa Caravage de Andrade
Ricardo de Castro e Silva
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Iniciamos propondo a seguinte questão para nós que fomos/somos gestores: o que o incomoda em seu trabalho?

O incômodo tem poder sobre aquele que o sente e que está vivo, e é inerente aos que acreditam não ser possível viver a vida sem ter problemas. Podemos adjetivar nossos incômodos como *incômodosproblema*, sejam eles problemas da vida, que incluem os *incômodosproblema* da vida do trabalho ou da vida pessoal e afetiva de cada um.

Há também os incômodos que não são problemas, seriam os que talvez pudéssemos chamar de *incômodosmaravilha* da vida, os que nos fazem esquecer os *incômodosproblema* e até ingenuamente crer, ainda que por um momento, que estes não existem. Não queremos esquecer dos nossos *incômodosproblema* vividos na gestão, e por isso, vamos incomodar os problemas e deixar que as maravilhas da vida tomem outro rumo, em outro lugar que não aqui.

Nietzsche (2010) já havia nos alertado em *O Nascimento da Tragédia* sobre o engodo do viver sob o princípio apolíneo, exaltado por Sócrates, que tem na beleza harmônica e na busca da perfeição estética, inclusive da estética da vida, a hipótese de viver sem o elemento trágico que pode nos trazer *incômodosproblema*.

A vida, porém, não é regida somente pelo princípio de Apolo, sabemos disso, e ainda que se possa fazer um esforço para negar a presença de Dionísio na estética do viver, o incômodo que o deus insano e embriagado nos provoca não permite a traição de nós mesmos quando queremos falar dos problemas que se apresentam diante de nós, gestores. Nietzsche, ao provocar Sócrates, nos diz que na vida da vida, há esse outro componente, qual seja, o princípio dionisíaco, o fiel escudeiro da vida, único que não nos abandona em nossa trajetória: “*Sim, meus amigos, crede comigo na vida dionisíaca, ousai ser homens trágicos e sereis redimidos*” (2010, p. 121).

E apesar do subtítulo de sua obra ser “helenismo ou pessimismo”, Nietzsche (2010) não quer fazer do pessimismo a derrota da vida. O pessimismo para ele é de outra ordem, é da que fala de “*não ocultar de nós mesmos o que se acha oculto no regaço dessa cultura socrática, o otimismo que se presume sem limites*”.

É então em a favor da vida, dessa vida cheia de problemas, que Nietzsche nos convida a pensar a existência das coisas. E é a partir do pessimismo positivo presente em Nietzsche, sem deixar que ele nos escape, e tendo-o sempre em pensamento no cotidiano do trabalho de gestor, é que diremos que nossos *incômodosproblema* podem, em nós, produzir crises, e delas, a produção de processos constituintes de gerir, fazer nascer algo e por em movimento a máquina instituída/instituinte dos dispositivos assistenciais em saúde.

As crises são elementos constituintes de um trabalho marcado pela imprevisibilidade e produzido por meio de encontros. Crises e tensões são sinal de que

processos de trabalho precisam ser revistos em sua dinâmica/produção. Elas interrogam o saber e as relações instituídos e promovem a possibilidade do instituinte, em um permanente movimento de desconstrução/construção de saberes/relações em ato.

A crise instalada reverbera no corpo de todos, inclusive no corpo dos usuários, torna-se crise institucional. Dito de outro modo, afeta todo o coletivo cuidador e põe em evidência o que não se sabe fazer. É o coletivo em crise vivendo seu paradoxo: como transformar a crise em produção de conhecimento/corpo vibrátil que distribua a energia parada na crise em novos modos de operar a gestão?

Claro parece estar que a produção de novas tensões/desconfortos/ruídos persiste no dia a dia do trabalho em saúde, o que talvez possa nos fazer afirmar que esse trabalho vive constantemente em paradoxo, pois, “*é a tensão [do] paradoxo que mobiliza e impulsiona a potência de criação, na medida em que nos coloca em crise e nos impõe a necessidade de criarmos formas de expressão para as sensações intransmissíveis por meio das representações que dispomos*” (ROLNIK, 2007).

E, sob a égide do não representável em nossa disponibilidade subjetiva, ou, a despeito dessa falta de representatividade e com a emergência da potência de nossa capacidade criativa, vinda da tensão do paradoxo, perguntamos como pode ser possível construir um objeto de conhecimento (a respeito da crise/desconforto/*incômodo-problema*) sem que exista qualquer tipo de representação sobre ele? Talvez porque essa não seja uma produção só no plano do conhecimento...

Uma questão complexa essa, a de pensar um objeto sem representação. Lidar com os *incômodos-problema* sem saber representá-los. Só conseguiríamos nesse momento, apontar o caminho de Nietzsche para que possamos prosseguir.

Não foi à toa que ele nomeou sua obra de 1872 de “O Nascimento da Tragédia pelo espírito da música”. A música é a pista deixada por Nietzsche que nos faz aproximar da produção de conhecimento do objeto ainda não representável, pois, a música, diferentemente das outras artes, não é contemplativa como a pintura de Monalisa ou a escultura de Michelângelo. A música é incidência direta aos órgãos sensoriais, sem anteparo que amenize sua chegada no corpo, sem nenhuma proteção simbólica, não permitindo assim a deformação do objeto a ser conhecido:

porque ela, a música, não é, como todas as demais [artes] reflexo do fenômeno, porém, reflexo da vontade mesma e, representa para tudo o que é físico no mundo, o metafísico, e para todo o fenômeno, a coisa em si. (2010, p. 95)

A “coisa em si” é o fenômeno, ainda apartado do objeto, não refletido nele e, sendo assim, há um trabalho para se fazer aí. Com o intelecto em crise por desconhecimento do objeto (temos a pretensão de dominar os acontecimentos, de subjugar-los aos nossos saberes), teremos que de alguma forma produzir o objeto que tanto nos incomoda pela sua inexistência (por sua capacidade de interrogar o conhecido). Estamos na construção desse objeto que por não existir em sua estética, tornou-se para nós um *incômodo-problema*. Talvez um problema seja querer conhecer tudo... seria possível manejar desconfortos por outros caminhos?

Isto que nos afetou no corpo, “afetamentos pelos quais a potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada” (SPINOZA, 2013, p. 98), é por onde poderemos ir esboçando os contornos de visualização de qualquer “coisa em si” que possa se designar como incômodo-problema a ser enfrentado e, diríamos aqui que nos processos de gestão, nos coletivos produtores de cuidado, esse objeto problema pode estar, na maioria das vezes, a-estético.

E nestes casos, em que a intensidade do problema está completamente indexada ao produto das configurações subjetivas presentes em algum coletivo, sem nenhuma definição dos limites do saber/sentir de cada um e com tudo embaçado e nebuloso – naquela reunião em que o processamento dos acontecimentos que nos afetam nos torna seres regidos pelo caos – é então, ratificando, que é a partir dessas crises que nos afetam (no trabalho, no campo da pesquisa) e do que ele traz de solidão que pensaremos o “objeto”/ incômodo-problema.

Em Cerqueira e Merhy (2014) encontramos o sentido de In Mundo/sujo/imundo em que estamos apostando como o que nos trouxe possibilidades de produção de conhecimento e saber “com” algum objeto. Um “objeto”/ incômodo-problema que está contido na in-mundície do trabalhador pesquisador – usuário gestor e tudo o mais que couber no exercício do fazer cotidiano na saúde pública do Sistema Único de Saúde do Brasil. Daí já não é mais um “objeto” clássico, porque misturado aos nossos corpos. É nessa marca crise-crítica em que outras formas de produção de conhecimento não operam na cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências, [mas] ao contrário, operam na perspectiva da constituição do sujeito no mundo, in-mundo, com o objeto, é nela onde nos localizamos.

E assim, nesse mundo de crises inesgotáveis que cercam os gestores, os trabalhadores, os usuários e outros que se atravessam na produção do cuidado, as crises são possíveis propulsoras das potências criativas das saídas dessas mesmas crises, que acabam se dissipando enquanto crises para dar lugar ao resto das inúmeras pactuações decorrentes das tensões que se formam no cotidiano paradoxal do trabalho em saúde. É nele, sem pretensão alguma de esgotamento, que iremos eleger algumas cenas que, nesse momento, nos pareceram estar próximas de alguns de nossos *incômodosproblema* enquanto gestores (formais, já que todo mundo faz gestão no cotidiano do trabalho em saúde) que fomos, somos ou ainda seremos.

Seguem, a partir daqui, algumas situações vividas por gestores em seus trabalhos, nas quais *incomôdosproblema* e criação e construção de saber coletivo, estiveram presentes no agir cotidiano de unidades de saúde do SUS, diante do pessimismo positivo de Nietzsche que as invade.

As Singularidades e Multiplicidades nos Serviços de Saúde

Um sistema de saúde é constituído por vários serviços, supostamente articulados em rede. Temos, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossociais, os Consultórios de Rua, os hospitais, as UPAS, dentre outros. Cada um deles proposto a partir de certa lógica de produzir saúde, sustentados em certas apostas e em determinadas políticas, armados a partir de certas diretrizes, flu-

xos e protocolos. Cada serviço também traz consigo a sua própria história, como foi constituído, como se deu o envolvimento de trabalhadores e usuários, como é produzido o território em que está localizado, qual a história, em diferentes planos, dos trabalhadores que o compõem, que apostas coletivas ou não movimentam a produção de seu cotidiano. Ou seja, sua dinâmica é dependente de que teia de relações o institui. Depende, portanto, de como é a sua produção micropolítica (FEUERWERKER, 2014).

Um serviço traz consigo essas questões antes mesmo de pensarmos nele enquanto estrutura física. Mas é necessário pensar também que convites a estrutura física faz e na maneira como a equipe ocupa este espaço. O serviço também é constituído pelos usuários que o acessam, sendo necessário ir além de traçar um perfil epidemiológico de quantos são, quais são as suas condições de vida e saúde. Diferentemente do habitual (satisfação com as respostas epidemiológicas e estruturais), é importante interrograr: Quem é este usuário ou usuária, quem são estes usuários e usuárias? Como chegou/chegaram? Quais são suas expectativas, apostas e necessidades? Como é a dinâmica de produção de suas vidas? Que lugar o serviço de saúde ocupa na produção de sua rede de conexões?

Num determinado momento do trabalho na Estratégia Saúde da Família, necessitávamos redividir o território da área de abrangência da UBS pois tínhamos micro áreas descobertas. Marcamos uma reunião com as ACSs, referência da atenção básica e apoiadores, pois a conjuntura havia produzido vários desequilíbrios na divisão de trabalho na unidade.

No primeiro encontro, as ACS trouxeram vários incômodos, apesar da sobrecarga de alguns: “Estou há anos nessa micro área, como vou mudar agora?” “Tem famílias que acompanho há anos e eu trabalho há muito tempo em tal rua, conheço todo mundo e todos me recebem bem... não quero mudar...” “Está dando muito trabalho essa redivisão! Não é possível chamar um especialista para fazer essa divisão? Nós não vamos conseguir!”

Foram três reuniões com a equipe até conseguirmos produzir a redivisão. As primeiras foram tensas em função das relações já estabelecidas. A consigna era: tratava-se de garantir o direito de todas as famílias receberem o acompanhamento dos ACSs, pois isso modifica a dinâmica de relação da equipe toda com esses usuários. Colocamos o mapa do território na mesa, cada ACS foi indicando as ruas que acompanhava, o número de famílias em cada rua e dizendo sobre dinâmicas, acontecimentos, problemas. Assim, todos foram tendo uma noção sobre cada viela, cada morro e as particularidades de cada micro área. Começamos a pensar em algumas possibilidades e chegamos a um número de pessoas para cada ACS, considerando o total de moradores no território e a quantidade de ACSs. Entretanto, a discussão estava tensa, ninguém queria abrir mão de determinadas famílias que acompanhava. Num momento de conversa travada, o gestor disse: “Agora eu vou fazer a redivisão sozinho! É isso que vocês querem?” E... todos os ACS concordaram!

Ficamos assustados quando os ACSs preferiram terceirizar uma decisão que seria crucial para a dinâmica do trabalho de todos e do seu em particular!!! Conversamos sobre várias questões e o território ficou um pouco de lado naquela conversa. O que é autonomia? Ampliação de potência? Trabalho em Equipe? Corresponsabilidade? Ter-

minamos a reunião sem decidir as micro áreas. Na segunda reunião, os ACS estavam diferentes, mais tranquilos; havia menos tensão expressa nos rostos, gestos, falas. Daí começamos a perceber que cada micro área era singular. Algumas tinham ruas planas, outras tinham morros, outras eram mais afastadas e desertas, outras tinham uma população numerosa. Questionamos a equipe: “é aí quem fica no morro subindo e descendo tem que ter o mesmo número de famílias de quem fica nas ruas planas?” “É mesmo! Nossa, como fica a área dela!” E algumas ACSs começaram a deslocar-se para o lugar de outras. E cada uma das ACSs continuava contando um pouco sobre a sua micro área. Foi um momento de reconhecer-se no outro. Então, uma das ACSs, fez o convite para irmos até o território, para que eu também pudesse entender do que elas estavam falando. Assim saímos da UBS para o território e percebemos que o número de pessoas não poderia ser exatamente igual para cada uma das ACSs. Não somente pela geografia do terreno, mas pela dinâmica dos diferentes grupos, suas potências e vulnerabilidades. O fato de o gestor andar com as ACS pelo território produziu mudanças em nossas relações, inclusive com maior reconhecimento de seus saberes e tensões. Aliás, como eu poderia contribuir nessa redivisão sem conhecer em meu corpo o território? Somente a partir de meus conhecimentos no campo da saúde coletiva?

No terceiro encontro conseguimos finalizar a redivisão. Todos satisfeitos por ter sido uma construção coletiva na alteridade. Ou seja, que incluiu e operou no reconhecimento do outro, suas questões, suas experiências. Não foi baseada – e tornou possível superar – apostas e questões individuais. Quando abrimos visibilidade e dizibilidade para nossos desejos, afecções e incômodos, produziram-se outras possibilidades como a do outrar-se... (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Assim, as porosidades e misturas possibilitaram ir além do território de ruas, casas e número de moradores. E fomos caminhando para outros territórios da cumplicidade, ampliação de potência, trabalho em equipe, corresponsabilização... (EPS EM MOVIMENTO, 2014b; 2014c).

Gestores, trabalhadores e usuários se produzem no cotidiano do trabalho. Uma situação como essa vivida, potencialmente um *incômodoproblema*, pode abrir possibilidades para novas produções. Desde que não trabalhada burocraticamente ou deixada às capturas. Construir-se como gestor é uma aprendizagem, mais rica quando compartilhada, mais sofrida e capturante quando vivida de modo isolado. Gestor, mesmo que com formação específica, não está pronto. Produz-se em processo, aprende com os outros o tempo todo, não sabe tudo. Reconhecer o não-saber e aprender junto enriquece sua relação com trabalhadores e usuários. Diminui a solidão. Amplia potências coletivas. *Incômodosoproblema* podem ser matéria fértil nessa produção, como dizia Nietzsche.

O cotidiano de um serviço de saúde não é linear, homogêneo ou estático. Relações intensas, surpresas, inesperados, agenciamentos múltiplos, equipes, trabalhadores, usuários estão em constante movimento. Chegadas e partidas. Estranhamentos e confortos. Relações, processos de trabalho, necessidades e apostas também sendo construídas, desconstruídas, potencializadas e desmobilizadas a todo encontro/momento/processamento/cristalização/movimento.

Corpo vibrátil do gestor é fundamental. Em composição com os trabalhadores. Escutas múltiplas. Ruídos no radar, sensibilidade aos incidentes cotidianos, faltas, so-

brecargas. Mas suas apostas também. Convite à invenção, mobilização de coletivos. Com trabalhadores e também com os usuários. Novas conversas, pactuações e arranjos entre gestor, trabalhadores e usuários. Todos podem ajudar em todos os lugares, dependendo da situação (não tem essa, de eu só faço a minha parte, nem de ficar capturado pelos lugares formais de cada um. A potência ultrapassa e muito as prescrições de atributos baseadas exclusivamente nas profissões). Quanto mais compartilhada for a organização do processo de trabalho, maiores as possibilidades de solidariedade. Novos arranjos podem ser disparados por meio de tensões, incômodos, mas podem produzir compromisso com o trabalho em equipe, porosidades e disponibilidade para apropriar-se de algo novo...

Afinal, são possíveis as mudanças?

Outras cenas. Vamos aproximar nossas lentes da experiência do cotidiano de um CAPS AD e de uma República de São Bernardo do Campo, locais em que também vivemos e convivemos com potências, limites, desafios e desistências. Durante essa experimentação no lugar da gestão, alguns movimentos produziram novas formas de cuidado para consigo mesmo(a) e para com o outro(a) em nossas vidas e nas vidas das vidas com as quais convivemos. Mas, como dito, houve também muito sofrimento e sensação de desamparo.

Vivemos vários tempos ao mesmo tempo nessa experiência de gestão. Às vezes o tempo cronológico (*khronos* – tempo lógico) é curto, mas corresponde a um vasto tempo de envolvimento (*kairos* – qualidade). Tempo que tem a oportunidade, que pode ser só naquele tempo e não em outro momento da vivência da aprendizagem em que o “tempo passa rápido”, “nem sentimos o tempo passar” (tempo do envolvimento) e da experiência (*aion* – tempo de experiência, tempo do pensamento, o tempo do prazer). (KOHAN, 2013).

Tempo da aflição e da angústia é longo, pois queremos nos livrar deles logo. Tempo político é curto demais para suportar os processos. Conquistas e construções prazerosas passam num piscar de olhos. É difícil demorar-se nos desconfortos para poder aprender deles. Pior que os tempos passam diferente dentro de uma mesma equipe. Urgências para uns não fazem o menor sentido para outros. Um segundo de vacilo pode arruinar uma longa construção coletiva. E um lampejo brilhante pode abrir novas possibilidades antes impensáveis.

Apostamos na produção de uma nova forma de gestão (todo gestor, toda gestora produz sua forma de si na gestão). Produzimos deslocamentos, movimentações e construção de novas possibilidades em vários planos: desde a forma de ocupar o espaço físico no CAPS, a mobilidade fora do CAPS, na rede e também na relação com nossos jovens frequentadores.

Um primeiro foi produzir visibilidade e debate sobre os pré-conceitos, olhares, afastamentos e aproximações em relação aos grupos com quem trabalhávamos. Foi uma questão que buscamos trabalhar não com uma pergunta direta, mas iluminando certas cenas e tensões. Trabalhamos isso com a equipe, com ou sem ajuda, mais de dentro ou mais de fora.

Trabalhar com jovens era uma circunstância de muita tensão nesse CAPS. Como assim? Bem num CAPS pensado para isso? “*Adolescência, fase difícil da vida*”, adolescentes que usam substâncias psicoativas, “*o que os torna mais difíceis*”, abandonados pelas famílias, “*impossíveis de se recuperar*”. Memória de frases e perspectivas de profissionais da equipe.

Pergunta primeira, na tentativa de produzir sentido compartilhado para nosso trabalho “O que de fato estamos fazendo aqui em relação aos meninos e meninas? Estamos aqui para salvar alguns meninos, para tirá-los do uso da droga, fazê-los voltar à família, à escola e conseguir algum trabalho decente”. Problematizando, será que havia mesmo possibilidade ou sentido em voltarem para suas famílias, conseguirem trabalhar (em serviços desumanos...), em viverem sem a substância afinal usada para aliviar alguns de seus sofrimentos? Diante destes questionamentos, vem o espanto de parte dos profissionais: “Se não é para conquistar esses resultados, então, afinal, o que estamos fazendo aqui?” Apenas respondemos com a pergunta: “De fato: o que estamos fazendo aqui?”

As perguntas seguiram em nossos corpos. Dormimos e acordamos com elas coletivamente. Não há sentido em oferecer respostas rápidas, produzidas a partir de um lugar de autoridade ou saber. Viver outras coisas poderia abrir possibilidades de ressignificar aqueles pré-conceitos. Mas não é nada fácil sustentar esse lugar, quando conceitos/preconceitos/apostas dos trabalhadores são tão divergentes das convicções do gestor e de suas apostas políticas (e da secretaria). Tenso, muito tenso.

Outra questão central, colocada para trabalhar o incrível grau de tensão vivido naquele serviço, foi a explicitação sobre os receios que a equipe tinha. Esta pergunta gerou discussões e aproximações com suas próprias experiências em seus papéis de mãe, tia, avós e pais. Complicado transferir experiências e expectativas. E receios também: “na verdade temos medo que nossos filhos cheguem ao ponto que estes meninos e meninas chegaram: eles(as) representam e nos apresentam nossos medos enquanto pais e mães de adolescentes”.

A “*tarefa de proteger*” e a necessidade de um “*pé atrás necessário para lidar com estes meninos*”, também foram colocações da equipe. Esta “ação protetora” significou por um tempo a contenção de adolescentes, caso desejassem sair. Havia inclusive, em alguns casos, uma punição para o profissional que “*deixasse adolescentes fugirem*”. Mas, se a ordem era não deixar fugir, então estariam nossos meninos e meninas presos? Que regime de tratamento era esse embutido nessas apostas/sentimentos/preconceitos. Cristalização da imagem de sujeitos perigosos ou em perigo, ameaças à sociedade ou a si mesmos.

Por isso mesmo, a desconfiança prévia, a certeza de que o que os jovens falam não é verdade, “*há sempre uma intenção por trás, do que falam e do que fazem*”. (e quando mesmo é que não há???) Estas eram as “verdades sobre a adolescência” que habitavam e produziam um certo cotidiano nesse nosso CAPS. Nossa pergunta sempre foi: será possível uma mudança? Não um outro CAPS, não uma outra equipe. Haveria possibilidade de produzir outro CAPS a partir do anterior?

Fazemos aqui uma conversa entre a potência de trabalhar a ideia dos *problematicômodo* que construímos com Nietzsche e a ideia de psicagogia de Foucault. Para esse autor, na pedagogia não haveria possibilidade de mudança, pois na construção

da mudança não se trata de dotar os sujeitos de verdades, capacidades, aptidões de que ele não era portador. Trata-se, isso sim, de propiciar experiências, afecções que possam produzir outros processos de subjetivação. Um não muda o outro, mesmo atuando a partir de lugares de poder (pelo saber ou pela hierarquia). Cada um se muda a si mesmo, a partir de deslocamentos e desterritorializações. (FOUCAULT, 2006; FOUCAULT, 2010).

Grande parte da satisfação que essa experiência proporcionou veio desta possibilidade de acompanhar os efeitos de outros processos de subjetivação. A afirmação de uma vida outra, produzida no cotidiano, como dizem Carvalho e Gallo (2015), a partir de Foucault. Carvalho e Gallo falam da escola. Nós, da rede de saúde. Fazer da própria rede constituída por protocolos, normativas, funções, uma rede outra, fabricada no cotidiano, no coletivo, na problematização do processo de cuidado em saúde.

O CAPS pensado para a vida na produção do cuidado e não para o saber, a rede pensada para a vida e não para o poder do saber. A rede de saúde, na sua cotidiana produção do cuidado, abrindo possibilidade de fazer a unidade outra na unidade mesma; fazer o CAPS outro, no mesmo CAPS, fazer a rede outra, na mesma rede. O dentro e o fora das unidades, as heterotopias, que explicitam as diferenças, ao manifestá-las (CARVALHO e GALLO, 2015); os outros espaços, as outras falas, os outros tempos e momentos, os acontecimentos produzidos por este fora, num outro tempo. O tempo do acontecimento e não o tempo cronológico das consultas, o tempo dos encontros e acontecimentos, da escuta qualificada, dos afetamentos cotidianos que ocorrem nos corpos que interagem em infinitas possibilidades, que com certeza não passarão somente pelo gestor formal.

Mas para essa produção de possibilidades não bastam novas experiências. É preciso pensar sobre, aprender do vivido. Como no caso das nossas viagens. Uma trabalhadora do CAPS se dispôs a organizar passeios, primeiro dentro da própria cidade, depois viagens mesmo. Fomos para a praia. Muitos jovens não conheciam o mar. Nas viagens, todos eram outros. Muitas surpresas. Bons encontros. Mas apesar do prazer vivido nesses momentos, não havia transferência automática das possibilidades de convivência fora para dentro do CAPS. Por que foi possível conviver assim? Qual foi o convite que nos deslocou? Quem produziu o que em quem? Por que e como os que queriam proteger os meninos trancafiando-os, bancavam a convivência a céu aberto em novos lugares com os meninos?

Perguntas fundamentais que precisam ser feitas no coletivo. A equipe muitas vezes inventa, cabe ao gestor bancar as invenções ou a possibilidade de inventar. Sobre tudo, cabe ao gestor garantir espaços coletivos de conversa, troca e problematização dessas experiências para produzir outros sentidos com o outro. Prestar atenção aos ruídos, aos silêncios, aos desvios, às apostas, às singularidades, às multiplicidades. Os “meninos” e “meninas” não são sempre os mesmos. Os trabalhadores também não. Quais os agenciamentos produzidos nas cenas dos *incômodosproblema*? Por que em outras cenas os mesmos envolvidos possibilitam *incômodosmaravilha*? Aprender disso possibilita, dentro de muita tensão e algum (às vezes intenso) sofrimento, caminhos diversos, infinitos e éticos, como vidas em obra de arte, num campo de trajetos, trajetórias e cartografias.

Outra cena de produção foi desencadeada pela autorização para sair. Potencial *incômodoproblema* pois sair era se expor a riscos. Os jovens antes contidos puderam sair e voltar do CAPS, sem receber ameaças, represálias ou tentativas de contenção de diversas formas, incluindo a física. No momento que são autorizados a sair, inclusive num sábado à noite (momento de perigos), ir para a cidade e tudo o que isto significa, eles se deslocam, assumem outras atitudes. Do mesmo modo que a equipe, que discutia “*o que fazer para que não saíssem?*” passa a construir estratégias para recolher o vivido nas saídas. Precisam aprender a viver “*com o perigo*” e temos que construir isso com eles.

Outro movimento foi convidar a equipe a que saísse do CAPS e se aproximasse dos outros lugares da rede, nos matriciamentos, nas reuniões de território. Também que se encontrassem, com a rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente. Convite para movimento, novos encontros, novas questões, novos desafios, incômodos, estranhamentos, novas possibilidades e quem sabe, deslocamentos. O que isto provocou? Algumas resistências e algumas potências. Satisfação no encontro com grupos de outras unidades, incômodos e alívios. Vivemos um momento interessante com a equipe de uma unidade básica que veio conhecer nosso serviço. Veio, mas assustada, pois temia pelos “*perigos que ouviam dizer que havia neste espaço*”. Esta convivência foi afetiva e “afetante” para nós e para eles.

Mover-se de seus lugares técnico-corporativos, daquilo que sempre faziam do mesmo jeito. Um convite para que se agenciassem como educadores e educadoras na aproximação aos adolescentes. Não mais para contenção, conselho, advertência, revista, mas sim para a escuta e pequenos e rápidos encontros mais próximos com estes, nomeados como jovens usuários. Este deslocamento dos profissionais possibilitou que alguns encontrassem e outros reencontrassem novas possibilidades de mobilidade, no que faziam e com isto um retorno de uma satisfação no trabalho. As atividades noturnas foram sendo ampliadas na presença de outra técnica de enfermagem que começou a planejar seu plantão a partir de atividades externas na quadra, na entrada do CAPS, na praça ao lado.

Era importante mover-se na rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente, fazendo ativamente parte de sua construção, compondo com ela e tensionando-a, muitas vezes. Possíveis *incômodosproblema*, como defrontar-se com a justiça, transformados em oportunidades de levar informações importantes para a promotoria e para a defensoria, abrindo novas possibilidades de composição com as famílias e os jovens.

Movimentação que proporciona outros afetos, nos possibilitando sair do determinado, desmontando a noção de verdade; abrindo possibilidade de sacudirmos a nós mesmos e ao nosso entorno. Sacudir o já esperado, rever o estabelecido, questionar as verdades, provocar a inquietude, favorecer o cuidado de si, ousar, inventar, escutar, tomar café na cozinha com quem precisa falar, “baixar” novas regras que propiciem a permanência de quem tem desejo e tesão pelo trabalho, sair para passear na praia, na cachoeira, na avenida Paulista, no parque Ibirapuera. Cenas conhecidas, mas que causam novos afetos em quem nunca as viveu e surpresas aos já habituados, pois vivendo-as em novas companhias, em novas experimentações.

Os *incômodosproblema* que também constituem o cotidiano de um serviço de saúde, podem trazer a potência de produzir mudanças nas relações, nos olhares, na produção do coletivo, indispensáveis para o cuidado. Viver a experiência da mudança significa aproximações, afetações, afeições, contradições, embates, deslocamentos, inclusive físicos, por outros territórios como o do não saber, o da percepção do limite, do coletivo, dos afastamentos e aproximações possíveis.

Referências Bibliográficas

CARVALHO, A. F., GALLO, S., (Orgs.) **Repensar a educação: 40 anos após vigiar e punir**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **O Aprender e o Engendramento de um Novo Campo de Possibilidades: Outrar-se**. 2014a.

EPS EM MOVIMENTO. **Educação Permanente em Movimento uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde**. 2014b. Porto Alegre, <Disponível em: <<http://eps.otics.org/comunidades/epsemmovimentotutores/subcop/grupodetutores16/acervo/entradaoutrasofertas/artigos/epumapoliticadereconhecimentoecooperacaoconstruindoencontrosnocotidianodaspraticasdesaude>> Acesso em 16 jan. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **As três ecologias**. 2014c. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entradaoutrasofertas/artigos/astresecologiasguattari/view>>. Acesso em: 17/01/2016.

FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade e Política**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006). (Ditos e Escritos V).

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo, Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A coragem da verdade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2011.

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

KOHAN, W. O. **O Mestre Inventor. Relatos de um Viajante Educador**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 1 ed., 2013.

NIETZSCHE, Friedrich. **O Nascimento da Tragédia**. Companhia das Letras. 2010.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina Editora da UFRGS, 2007

SPINOZA, B. **Ética**. 2ª ed. Autêntica: Belo Horizonte. 2013.

O sofrimento e solidão dos trabalhadores da saúde: o esgotamento como substrato para constituição de vidas mais potentes

Roseli da Costa Oliveira
Maria da Ajuda Luiz dos Santos
Daniel Emílio da Silva Almeida
Alzira de Oliveira Jorge

*Amuralhar o próprio sofrimento é arriscar que ele te devore desde o interior.
Frida Kahlo*

Os casos complexos, o sofrimento dos usuários e dos trabalhadores

Um dos desafios da pesquisa RAC foi a inclusão do trabalhador como pesquisador e não como objeto a ser pesquisado. Com este olhar, o núcleo RAC MG apostou numa construção coletiva que garantisse a participação dos trabalhadores e gestores dos Distritos Sanitários Noroeste e Nordeste, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte desde o início da pesquisa, na compreensão da metodologia e na definição dos usuários-guias. Os trabalhadores pesquisadores definiram, conjuntamente com os pesquisadores apoiadores da RAC, os usuários-guias (MOEBUS; MERHY; SILVA, 2016) que seriam acompanhados. Neste processo de escolha foram consideradas tanto a demanda dos trabalhadores por discussões a respeito dos usuários, frente à complexidade e dificuldade na construção de projetos de cuidado pelas equipes, quanto na perspectiva de um processo avaliativo com a rede.

Os trabalhadores ao apresentarem os casos, destacaram os usuários com sofrimento mental, em alguns momentos apresentando também doenças crônicas, que percorriam vários serviços da rede de saúde além de serviços ofertados por outras políticas públicas. Estes usuários usualmente demandam muito dos profissionais de saúde, não se enquadram nos modelos tradicionais que levam a um diagnóstico clínico bem definido pela biomedicina, não se enquadram em fluxos e protocolos tradicionais. Portanto, exigem tempo de estudo, discussão em equipe na unidade, com profissionais de outras unidades da saúde e profissionais do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), do poder judiciário e outros.

Há que se apontar que a construção de projetos terapêuticos que apontem saídas para uma vida melhor desses usuários compete, na agenda do profissional, com a exigência de produção de atendimento de um número de outros usuários igualmente complexos.

Neste sentido, mesmo frente a uma importante demanda por produção, em desenhos organizativos que, muitas vezes, não facilitam a intensidade de atenção demandadas por estes usuários, os profissionais sustentam situações radicais em defesa do usuário e da vida. Como um dos exemplos observados em nosso processo de pesquisa, podemos citar um caso que presenciamos referente ao encaminhamento de uma usuá-

ria para um manicômio judiciário. Nesta situação, nos chamou a atenção a forma como os trabalhadores pautaram um plano de cuidado intensivo, de forma a fazer frente e resistir ao encaminhamento, mesmo sentindo-se vulneráveis, receosos de que a usuária viesse a “transgredir” várias regras socialmente e legalmente estabelecidas, e que as consequências deste ato recaíssem sobre os profissionais individualmente. Neste caso em específico, a presença dos pesquisadores da RAC produziu interferências através da discussão entre profissionais de diferentes serviços, no caso: Unidade Básica de Saúde, CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), Assistência Social e Judiciário.

Nesta produção, apostamos em trazer de maneira mais detalhada, questões relacionadas com o processo de cuidado e de trabalho em saúde nestas situações limite: o usuário complexo, o trabalhador em seu cotidiano, convivendo com situações intensas e desgastantes, e em seu movimento de produção de saídas e construção de possibilidades a partir destes incômodos, desafios que pudemos observar diversas vezes durante a pesquisa da Rede de Avaliação Compartilhada (MERHY, 2013).

O distanciamento, neutralidade e envolvimento no processo de cuidado em saúde

Uma questão sobre a qual achamos importante refletir é o envolvimento e implicação dos trabalhadores com os problemas que afetam os usuários sob sua responsabilidade.

Há diversas perspectivas de mundo que trazem como uma aposta central o não envolvimento do sujeito com o seu trabalho, sendo que, no caso do cuidado em saúde, o não envolvimento dos trabalhadores com os usuários, ou com o outro de uma maneira geral.

Tal aposta é endossada de diversas formas. Esta pode passar por uma espécie de proteção a um possível desgaste ao qual o trabalhador pode sofrer ao se envolver com os usuários, como se fosse possível e desejável o trabalhador produzir uma blindagem sobre si.

Pode também passar pela ideia de que um trabalho bem executado deve ser neutro, o mais racional possível, ao qual qualquer espécie de distração emocional pode interferir no processo estritamente científico que este é submetido (ABRAHÃO *et al.*, 2013; MOEBUS, 2015). Tal concepção também se faz presente nas linhas de pesquisa tradicionais, que para conferir um critério de validade científica, exigem um afastamento e uma imparcialidade do pesquisador em relação ao “objeto pesquisado”.

Algumas (apostas) 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 a verdade, a ser despontada pelo pensamento racional (ABRAHÃO *et al.*, 2013, p. 133).

Como mais uma perspectiva que atravessa o processo de cuidado, este distanciamento entre o trabalhador e o usuário pode passar por assimetrias de poder às quais desenham certas estéticas do cuidar em saúde. Nesta perspectiva, o profissional

de saúde pode considerar o seu saber como mais legítimo que o do outro, fazendo com que este não se abra à singularidade dos usuários, mas só os visualize como um caso específico de uma estrutura teórica (clínica, psicopatológica). Assim, o usuário só apresenta validade como um informante frente a uma estrutura teórica prévia, e o que não cabe a esta categorização, é descartado ou inaudível (CECCIM; MERHY, 2009; MERHY *et al.*, 2014).

No trabalho em saúde a não mistura ou imundização com o outro, pode significar a repetição de um trabalho que não vê a singularidade de cada pessoa, e que repete processos de diagnósticos e tratamentos, sem a discussão das possíveis saídas com os usuários, o que pode resultar em piora da saúde e da vida (ABRAHÃO *et al.*, 2013).

Por outro lado, as instituições de saúde não podem esperar que os trabalhadores tornem-se heróis solitários, que dêem conta sozinhos de problemas tão complexos que definem a possibilidade de uma vida melhor para pessoas, famílias e amigos, sem um apoio institucional. O envolvimento com os usuários e com sua construção existencial é algo que, em diversos momentos, demanda uma implicação de si que pode beirar o insuportável para alguns trabalhadores.

É interessante citarmos a situação de uma usuária acompanhada pela pesquisa, que apresentava agravamento do seu quadro clínico e sofrimento mental, e que, por ter uma relação difícil com sua família, ou talvez por desejo próprio, vivia sozinha em sua casa, em uso totalmente inadequado de seus medicamentos e se alimentando de forma insuficiente. A ACS (Agente Comunitária de Saúde), frente à situação na qual a usuária apresentava grande fragilidade, realizava duas visitas domiciliares diárias, cobrindo muitas vezes e, inclusive, o final de semana, desempenhando quase que um papel de cuidadora.

Se, por um lado, lidar com a dor e o sofrimento faz parte do trabalho em saúde, por outro lado, este exemplo nos faz refletir que isto não pode significar que o trabalhador tenha que carregar as consequências como uma carga de sofrimento individual inerente às suas escolhas profissionais. Afinal, lidar com a dor e o sofrimento é uma necessidade e um bem social inestimável, que precisa ser reconhecido e valorizado nas instituições (LAGO; CODO, 2010).

A violência como parte do cenário no cotidiano do trabalho

Há que se refletir ainda sobre as situações de violência no trabalho em saúde que podem ocorrer como consequência do processo em geral de violência vivenciada pela qual passa a população brasileira, ou pelas características do território onde se localiza a Unidade Básica de Saúde, ou provocada também por relações institucionais que reforçam a discriminação e a exclusão (MINAYO, 2006).

É sabido que em territórios onde há forte disputa por grupos envolvidos com tráfico de drogas, o Centro de Saúde pode funcionar como refúgio, em momentos de disputas, inclusive como local de proteção contra os disparos de arma de fogo. Essas situações, sem dúvida, desencadeiam maior ou menor grau de stress e adoecimento nos trabalhadores, sendo que alguns possuem maior capacidade de resistência, mas outros necessitam de licença médica e, às vezes, até transferência para outro serviço.

Há ainda os casos de violência que são vivenciados pelos ACS nas residências, em especial, a violência doméstica, que colocam esses trabalhadores em situações limite, onde o não notificar ou denunciar, pode significar convivência com o risco de vida da vítima, ou por outro lado, a impossibilidade de dar continuidade ao seu trabalho naquele domicílio.

O estado brasileiro, muitas vezes, abandona os territórios de risco, deixando as comunidades dessas áreas descobertas da oferta de políticas de seguranças e de outras políticas sociais, como saúde, educação e assistência social. Isto vem reforçar a instalação do poder paralelo, e o aumento do grau de exclusão do acesso a direitos, pelas pessoas que ali residem. A consequência é o aumento da violência, e os agentes públicos que, por ventura, lá permaneçam tendo que enfrentar sozinhos os riscos que se apresentam nos territórios.

Há que se pensar em ações institucionais que possam dar conta de apoiar os trabalhadores. Isto não significa que deva ser promovida a militarização dos ambientes de trabalho, alocando policias nas Unidades de Saúde, nem tampouco a psicologização, através da oferta de terapias individuais. Mas a aposta é que se constituam espaços coletivos com a participação dos trabalhadores, gestores, e comunidade e outros órgãos, inclusive da segurança, na discussão e construção de pactos e definição de responsabilidades, que garantam a possibilidade de um ambiente capaz de sustentar o funcionamento dos serviços.

Os coletivos e os processos de cuidado

É interessante observar, que na rede básica de Belo Horizonte, mesmo casos graves de saúde mental são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, com apoio do CERSAM, que são os CAPS locais. Esse arranjo na rede de Belo Horizonte já é uma estratégia de alguns anos, que vem sendo construída pela via institucional, em alguns momentos com mais ênfase e recursos, em outros com menos, como segundo relato dos trabalhadores de um CERSAM, vem ocorrendo no momento presente. Atualmente, com a perda de peso da aposta para os atuais gestores, ocorrem entraves na manutenção da agenda e horários protegidos, enfraquecendo a proposta, já que a aposta nesta perspectiva é centrada no encontro, para discussões clínicas, apoio matricial com compartilhamento das responsabilidades, pactos coletivos de projetos terapêuticos, arranjos cuidadores para os casos considerados complexos, e divisão solidária de tarefas que são muitas vezes requeridas em situações de vidas que perpassam por vários territórios institucionais ou da construção existencial de cada usuário (SANTOS, 2014).

Necessário o registro que o trabalho em saúde é sempre dependente, ou seja, é um fazer coletivo composto por sujeitos “comprometidos” com esse fazer. A necessidade de constituir espaços que ampliem discussões sobre tomadas de decisões, para o processamento de conflitos e escuta dos sujeitos envolvidos é uma aposta. Seja qual for o projeto de governo, as discussões são necessárias para se formar espaços coletivos que dêem conta de “arranjos concretos de tempo e lugar em que o poder esteja em jogo, e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2008).

O cotidiano do trabalho em saúde requer do sujeito/trabalhador individual e coletivo uma caixa de ferramentas que precisa ser sempre recriada, onde a criatividade e inventividade precisam operar incessantemente, pois se é possível preconizar, protocolar ou mesmo produzir formas para o atendimento, estes arranjos ainda apresentam limitações, pois o trabalho em saúde está no limiar do encontro, e daí toda imprevisibilidade desse ato, no momento em que, trabalhador e usuário, afetam e são afetados em várias medidas. Assim, se almejarmos indagar o quão estes sujeitos serão afetados, incorreremos em uma limitação abstrata, pois este território é do campo do acontecimento em ato (MERHY, 2005; SANTOS, 2014).

Nesse espaço de produção de encontros cuidadores, ou nem tanto, o sujeito está em tensão constante, pois ao cuidar do outro ele precisa produzir algo que faça sentido para si. Estamos aqui no encontro de alteridades, constituindo um acontecimento. O outro, se invisibiliza frente à constituição de um uno, no encontro, e na subjetividade a unicidade se constitui entre/dentre sujeitos do acontecimento em ato (NEGRI; HARDT, 2005).

Na expressão do mundo do trabalho vivo, como os sujeitos vêm pactuando esse fazer? Como negociam consigo e com os outros? Estes conseguem constituir um fazer que faça sentido, que diminua a sua sensação de angústia, no seu caráter imobilizador? Viemos indagando esse universo, mesmo que inesgotável, construindo narrativas a partir desse lugar e desses sujeitos e coletivos que se propõem a ofertar cuidado aos outros, numa produção compartilhada de viver no mundo.

Partindo do pressuposto que a produção de atos em saúde é um bem de uso, de valor social, que é constituído no acontecimento do trabalho em ato e que, mesmo com a utilização de saberes mais estruturados, de tecnologias leve-duras e duras, o cuidado é sempre um ato relacional no “entre” onde os agentes que operam conhecimentos e certo saber reconhecido como científico precisam reconhecer que: é necessária uma intercessão coletiva entre as várias profissões que operam naquele lugar para construção de uma aposta, de maior dimensão cuidadora e que faça sentido para o usuário, que venha lhe trazer mais conforto e autonomia para tocar a própria vida, onde o usuário relator e conhecedor de sua história, suas angústias, veja no universo ofertado algo que faça sentido para si. Podemos então dizer que o cuidado é um acontecimento, estamos aqui nos pactos, arranjos, ou seja, no campo das tecnologias leves.

“Teríamos partido do conceito de que tecnologias materiais seriam os instrumentos de trabalho e as tecnologias imateriais seriam os saberes”. (GONÇALVES, 1994, *apud* MERHY, p. 6).

Indo além, podemos identificar 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 produção (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

É nesse espaço, no cotidiano do fazer saúde, e não fora dele, que vamos encontrar sujeitos que buscam a partir de suas inquietações e, a partir do externo que compõe o seu mundo de trabalho, construir fazeres coletivos, que dêem sentido à sua vida. Nesse espaço vamos encontrar esse sujeito que tem desejo de vida e, é nesse

reconhecimento de um desejo enquanto formação coletiva, que é permeado o campo social, tanto em sua prática cotidiana, quanto na disputa por projetos maiores.

Apostas construídas no SUS: arranjos e ferramentas de cuidado e problematização dos processos de trabalho

Ao lidar com as complexidades de saúde e de vida que permeiam as diversas relações entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e usuários, os trabalhadores pedem apoio para construir, tanto novas possibilidades de ofertas para os usuários, quanto para dar suporte às suas angústias e fragilidades.

Tais modalidades de arranjos e ferramentas passam pelo desafio de trabalhar estes sentimentos e situações, e o esgotamento em um sentido diverso de certo fatalismo, como se os trabalhadores tivessem que sucumbir diante das dificuldades, mas sim como apostas de produzir novos sentidos no trabalho e na vida, com o intuito de fazer uso destas inquietações, destes profundos incômodos, em algo que possa mover os trabalhadores na direção de novas saídas (PELBART, 2013).

... o que o corpo não aguenta mais é a mutilação biopolítica, a intervenção biotecnológica, a manipulação, a modulação estética, a digitalização bioinformática, o entorpecimento. Em suma, e num sentido muito amplo, o que não aguenta mais é a mortificação sobrevivencialista, seja no estado de exceção, seja na banalidade cotidiana. O “mulçumano”, o “ciberzumbi”, o “corpo-espetáculo”, “a gorda saúde”, “Bloom”, por extremas que parecem suas diferenças, ressoam retomar o corpo no efeito anestésico e narcótico, configurando a impermeabilidade de um “corpo blindado” em condições de “niilismo terminal”. Diante disso, seria preciso retomar o corpo naquilo que lhe é mais próprio, sua dor no encontro com a exterioridade, sua condição de corpo afetado pelas forças do mundo e capaz de ser afetado por elas: sua afectibilidade (PELBART, 2013, p. 31).

Em vários espaços coletivos de discussão com trabalhadores, quando se colocam questões sobre a necessidade de humanização no atendimento aos usuários, os trabalhadores questionam como e quem cuidará deles, trabalhadores. Diante de tantos problemas trazidos pelos usuários, ou percebidos pelos trabalhadores nas relações que envolvem o processo de cuidado, fica a pergunta: quem vai cuidar de nós?

Entendemos essa pergunta como uma questão complexa, cujas respostas podem ser diversas e só poderão ser construídas coletivamente. Nesse sentido identificamos que as várias formas de exercício de uma gestão participativa, de construção de coletivos e de grupalidade, são essenciais para que o trabalhador não esteja sozinho na construção dos projetos terapêuticos redutores de dano e promotores de vida.

Entre as ofertas que vêm sendo produzidas no SUS nos últimos anos, podemos citar algumas das quais vêm sendo construídas com certa vizinhança: o modelo da supervisão da saúde mental; desenhos diversos de apoio (institucional, matricial, de redes) e, em alguns momentos utilizados como dispositivos por estes desenhos, em outros permeando outros espaços de trabalho e produção do cuidado; a educação

permanente (BRASIL, 2007; CECCIM, 2005; SUNDFELD, 2016a, SUNDFELD; FEUERWERKER; BERTUSSI, 2016b). Faremos uma reflexão quanto à potência dessas estratégias como apoio aos trabalhadores.

A construção do modelo substitutivo ao manicômio com seus arranjos de processo de trabalho vem servindo como uma referência importante para a saúde pública nos últimos anos. Podemos falar do acolhimento, do vínculo, do trabalho em equipe e da supervisão como construções intimamente relacionadas com o processo de cuidar na saúde mental, inclusive, esta última, sendo reconhecida e financiada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). A supervisão pode ser ou não uma boa estratégia de apoio, dependendo tanto do perfil do supervisor quanto do desenho que este promove e propõe, que pode ser voltado para uma análise dos casos do ponto de vista da clínica psicopatológica ou estritamente psicanalítica, e com menos capacidade de colocar em análise questões que dizem do contexto social, familiar ou de rede de suporte de vida dos usuários, bem como as condições institucionais e relações de trabalho das equipes envolvidas.

Podemos considerar também a proposta de apoio do Ministério de Saúde, que define um profissional para o acompanhamento das redes temáticas – um apoio voltado para os gestores e trabalhadores com o objetivo de induzir a implantação de projetos institucionais direcionados por certos desenhos de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

O objetivo aqui não é avaliar os resultados dessa estratégia, mas de registrar uma ferramenta importante que foi amplamente utilizado pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil, produzindo muitas atividades coletivas nas Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Hospitais e outros serviços de saúde. Esta foi uma das estratégias utilizadas na implantação de políticas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde: Rede Cego-nha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Urgência e Emergência (BRASIL, 2004).

Podemos citar também apostas municipais que vêm produzindo diversos materiais e relatos de potência na produção do cuidado e gestão de coletivos, como o caso dos apoiadores de rede em São Bernardo do Campo (SUNDFELD, 2016; SUNDFELD; FEUERWERKER; BERTUSSI, 2016b). Este arranjo aposta na constituição de espaços de processamento coletivos, organizados de forma territorial, e que tem uma grande aposta na Educação Permanente em Saúde (EPS) como dispositivo autoanalítico e potencializador de mudanças.

Neste sentido, como um ponto importante a se destacar, recorrentemente podemos observar a EPS como uma possível ferramenta buscada como dispositivo para a reestruturação de processos de trabalho e autoanálise de si e de coletivos. Como trazido por Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde é uma proposta que atravessa a produção de diversos autores de várias correntes de pensamento. Passando por desde apostas originadas de construções realizadas por Paulo Freire, *Educação Popular em Saúde*, dos movimentos institucionalistas, ou pelo engajamento de diversas apostas com forte cunho original no Brasil. Segundo Ceccim, a EPS em saúde tem como centralidade a aposta de:

... destaque que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de

saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p. 162).

No processo de pesquisa que viemos participando, tivemos a oportunidade de vislumbrar as possibilidades que poderiam ser disparadas com a implementação ou utilização com maior intensidade desses arranjos, apostas ou construções.

Considerando um cenário que recorrentemente se coloca frente a pressões que restringem a análise dos processos de trabalho a indicadores quantitativos, com intervenções que se dão frequentemente por meio de protocolos e fluxos que exigem mais uma obediência a sua estrutura do que suas utilizações como ferramentas aos processos de trabalho no cotidiano do cuidado, tivemos a oportunidade de observar nos serviços uma grande carência de dispositivos que tornassem possível, fomentassem, ou mesmo não gerassem entraves a arranjos problematizadores dos processos de trabalho.

O município no qual construímos o processo de pesquisa tem um histórico importante de grandes ofertas para a estruturação do SUS no Brasil. Sendo que, como destaque, podemos citar o seu grande acúmulo na área de Saúde Mental e na Atenção Básica. Entretanto, mesmo assim, tivemos certa dificuldade em observar um fomento de gestão de arranjos problematizadores, como os que pudessem partir as superviões, ou outros, que permeassem o processo de cuidado dos usuários.

Identificamos na pesquisa que há a necessidade de maior flexibilidade e autonomia do seu cotidiano de trabalho e agenda de modo a permitir a criação, investimento e reconhecimento de espaços nos quais os trabalhadores possam ensinar e aprender sobre seu trabalho, com perspectivas diferentes do modelo tradicional de que alguém ensina e outros aprendem.

Observamos um grande potencial na utilização com maior intensidade de ferramentas como a EPS, que pode possibilitar que os gestores e trabalhadores reflitam sobre o seu trabalho, assim como reconhecer a legitimidade de movimentos de trabalhadores que estejam investindo mais intensamente em processos de autogoverno e autoanálise. Tais movimentos são estratégicos em situações nas quais há a grande demanda pela constituição de conhecimentos e processos de trabalho que contribuam para o apoio na construção de projetos de vida para usuários considerados complexos e no cuidar dos trabalhadores.

Discutindo os arranjos problematizadores por “dentro”: o cuidado de si e dos outros como um dispositivo para a constituição de maior potência no cuidado em saúde

Um grupo de pesquisadores apoiadores participou do acompanhamento de uma usuária chamada MS. Esta havia sido escolhida nas oficinas por ser considerada um caso de sucesso. Ao acompanharmos a construção do projeto de cuidado da usuária observamos um grande esforço da equipe à qual esta era vinculada

territorialmente até sua internação, quando mudou de território. Na instituição de longa permanência, observamos que a usuária havia melhorado de forma importante, mas não apresentava vínculo com o centro de saúde de sua nova área de abrangência, e vinha apresentando recorrentes desgastes com “o destino” que haviam lhe outorgado e a seus desejos, aparentemente não conformáveis com um cotidiano asilar.

Realizamos uma problematização com a equipe à qual a usuária era vinculada anteriormente, e um personagem com forte centralidade de poder na equipe ressaltou:

–“ Buscamos construir muito em relação a MS, e hoje o seu cuidado já não é de nossa responsabilidade. Talvez possamos ter apresentado falhas na responsabilidade da continuidade de seu cuidado, mas já fizemos muito mais do que era da nossa responsabilidade, que já não existe mais. Assim, acho que já discutimos o bastante. Ficamos à disposição caso necessitem de novas informações.”

(Relato de pesquisador-apoiador).

A narrativa redigida acima foi construída com base no processo de pesquisa realizado no acompanhamento de uma das usuárias-guias da pesquisa da qual fazemos menção neste capítulo.

Tal relato apresenta pontos analisadores importantes, os quais viemos tratando neste texto. O cuidado a uma usuária complexa, o grande dispêndio de energias e esforço por parte de uma equipe, e o desconforto em decorrência da discussão sobre o processo de cuidado realizado para com a usuária.

Em um cotidiano no qual era visível a dificuldade em um aprofundamento das discussões a respeito do processo de cuidado a uma usuária, tivemos a oportunidade de observar uma indagação: até onde vai o processo de cuidado? Como abarcarmos o processo de cuidado não somente para com os usuários, mas também para com os desconfortos e angústias geradas aos trabalhadores, de modo que este se torne substrato para a construção de novos significados, apostas, e arranjos de cuidado?

Pudemos observar acima que, no processo de pesquisa, que tem a sua peculiaridade, a interferência gerou desconfortos importantes em sujeitos que apresentavam um papel de destaque nos jogos de poder por dentro da equipe. Tal desconforto precipitou uma despedida da pesquisa, e a busca de novos espaços por parte dos pesquisadores-apoiadores.

A situação poderia ter sido diferente? Este personagem que apresentava centralidade na equipe, poderia ter se demorado mais em seu desconforto, aprofundando coletivamente os sentidos de sucesso, cuidado e responsabilização, de modo a constituir novas apostas?

Deste ponto, chegamos a uma das considerações que viemos trazendo no texto, a importância de espaços e de apostas que suportem o desconforto, ou até certo constrangimento, dos trabalhadores, os utilizando como substrato para a produção de novos sentidos, tanto para processos de trabalho, quanto de vida para os próprios sujeitos, espaços nos quais os trabalhadores possam cuidar de si e dos outros, como intercessores entre si (FOUCAULT, 2010).

Quando tratamos aqui do cuidado de si e dos outros, fazemos menção não só a reestruturações do processo de cuidado em saúde, mas ao próprio processo de reestruturação de sentidos, práticas, e da própria subjetividade dos sujeitos (FOUCAULT, 2010).

O personagem do relato acima, se viu frente ao desafio de não só repensar suas práticas clínicas anteriores, mas de avaliar a sua própria construção do que é considerado um sucesso ou até saúde. Uma oportunidade de se deslocar de um processo de negação, para a afirmação de novas práticas.

O processo de cuidado em saúde, e o próprio caminhar existencial dos sujeitos como tal, especialmente em situações-limite de sofrimento e solidão, de aparentes impossibilidades, a nosso ver, tem grandes possibilidades de produzir potência ao considerarem ou intensificarem certas dinâmicas do processo de trabalho em saúde.

Neste capítulo, a partir das experiências vividas pela RAC nos territórios do SUS em Belo Horizonte, tratamos do cotidiano do viver dos trabalhadores, suas angústias, sofrimentos e invenções.

Apontamos algumas ofertas do muito que tem sido acumulado na saúde coletiva a respeito dos processos micropolíticos do trabalho em saúde, do enfoque na importância e produção de coletivos, e de dinâmicas e arranjos que podem servir como ferramentas ou dispositivos para a produção de autoanálise, deslocamentos, e produção de novas perspectivas no processo de cuidado em saúde.

Ofertas que acreditamos ter grande potência tanto para reconfiguração de processos de trabalho, quanto para a constituição de novas formas de governo por dentro das instituições, com possibilidades de trabalhar de forma mais efetiva desconfortos, possibilitando arranjos de cuidado mais potentes, utilizando-se justamente destas dificuldades como substrato para mudanças tanto nos serviços, quanto existenciais, seja nos próprios trabalhadores e gestores, quanto nos usuários.

Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. ; MERHY, E. E. ; CHAGAS, M. S. ; GOMES, M. P. C.; 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada** / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Brasília, DF, 2007; Disponível em: <www.saude.gov.br-saudemental> .

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. 1 ed. São Paulo: Hucitec. 2000.

CECCIM, R. B. “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. "Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas". **Interface** (Botucatu). 2009, vol.13, suppl.1, p.531-542. ISSN 1807-5762.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LAGO, K; CODO, W. **Fadiga por Compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. "Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea". In: MANDARINO, A. C. S e GOMBERG, E.(Org.) **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EdUFBA, 2009.

MERHY, E. E. **Relatório Técnico do projeto de 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**. Brasília: SAS/MS, outubro de 2013.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L. S.; 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.

MINAYO, M. C. S. "Violência e saúde [online]". Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006. **Temas em Saúde Collection**. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Available from Scielo. Books <http://books.Scielo.org>.

MOEBUS, R. L. N. "Pesquisa Interferência desde Heisenberg". **DIVERSITATES International Journal**: v. 07, n. 01 julho (2015). **Revista de saúde coletiva e bioética**. Universidade Federal Fluminense, Brasil.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E. **O Usuário como Guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha**. Livro 1 RAC, 2016 (no prelo).

NEGRI, A.; HARDT, M. **Multidão – guerra e democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

PELBART, P. P. **O Aveso do niilismo – cartografias do esgotamento**. São Paulo: N-1. 2013.

SANTOS, M. A. L. **Colegiados, coletivos e multidão constituindo e construindo modos de gestão em saúde: o sistema de saúde em Betim/ Minas Gerais**. Dissertação apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de mestra, 2014.

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 apresentada na Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP para obtenção do título de doutora, 2016.

SUNDFELD, A. C.; FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. "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". In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes** – Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 1. ed. v. 1. p. 398-403.

Agenciamentos a partir de
um usuário-guia

Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado

Kênia Lara Silva
Roberta Viegas Magalhães
Vinicius Lana
Danielle Capistrano

Introdução

Neste texto apresentamos resultados da 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”. Trata-se de estudo nacional multicêntrico construído para responder a uma demanda de avaliação sobre o processo de produção do cuidado nas redes temáticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Partimos do entendimento que trabalhadores, gestores e usuários produzem cuidado nos encontros que são mediados por instrumentos, conhecimentos, formas de se relacionar, atravessados por subjetividades que também se expressam nos processos de trabalho. Para avaliar a produção do cuidado é necessário, então, colocar à mostra os inúmeros atos realizados pelos trabalhadores e usuários no cenário do cuidado em saúde com as potências que se conformam nos encontros e com as tensões que lhes são constitutivas.

Assim, pressupõe-se que as redes temáticas hoje estimuladas a serem implantadas são insuficientes para entender e atuar sobre a perspectiva das redes vivas que em geral não ficam restritas a um tema e nem a um grupo de serviços ou equipamentos. As redes vivas tecidas pelos usuários se entrecruzam o tempo todo e acionam diversos serviços, setores, tecnologias e sujeitos. São fluidas e provisórias construindo-se e desconstruindo-se o tempo todo, por isso são Vivas.

Partindo desse entendimento, a pesquisa procurou evidenciar casos de usuários-guias que nos permitissem analisar como se configuram as redes assistenciais e existenciais na produção do cuidado. Um dos casos analisados foi o de Sofia.

A produção do campo e as apostas metodológicas

O processo avaliativo construído na pesquisa teve apostas metodológicas nas quais todos os atores envolvidos no estudo (gestores, trabalhadores e usuários) foram convidados a participar ativamente em sua produção.

A pesquisa caracterizou-se como interferência. Na pesquisa interferência, o foco da investigação não é apenas a produção de conhecimento pois o pesquisador se ocupa de buscar a produção de novos regimentos de investigação, do exame dos modos de constituição de significação e de sentido para e/ou sobre o processo pesquisado (MOEBUS, 2015). Um dos princípios desta pesquisa é reconhecer o pesquisa-

dor como atuante no contexto pesquisado e, portanto, tem participação nas escolhas políticas e éticas na construção de objetos, métodos, formulações e prioridades de pesquisa” (MOEBUS, 2015).

Desta forma, a pesquisa interferência busca inverter o problema e transformar a ligação com o campo de pesquisa. “*Mantém o enfoque da relação de reciprocidade e simultaneidade entre ‘produção de conhecimento’, interferência no processo estudado e implicações político-afetivas (...) isso pelas capacidades e autoridades que os modos de recepção lhes atribuem*” (MENDONÇA FILHO; VASCONCELOS, 2010, p. 143).

A pesquisa interferência refere-se a uma forma de produção de intercessão, de desvios no campo, no processo de trabalho da equipe cuidadora (MERHY, 2013). Apresenta a capacidade de ampliar a dinâmica de investigação para além do que está *a priori* delimitado como campo de estudo e, como uma onda ou ruído, provoca outros arranjos, produz novos encontros com potência de causar outras interferências no campo estudado (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014).

Quanto às questões do percurso metodológico, a pesquisa interferência “*visa à constituição de um dispositivo com capacidade analítica e potencial de interferência nas relações cotidianas*”, sem cair no automatismo (MENDONÇA FILHO; VASCONCELOS, 2010, p. 143). Desta forma, a noção de interferência supõe não antecipar um percurso, pois o campo de relações o constituirá. O campo será estabelecido durante o momento de inserção (MENDONÇA FILHO; VASCONCELOS, 2010). Diante disso, trata-se de um tipo de investigação no qual se afirma o ato político da pesquisa, substituindo-se a fórmula conhecer para transformar por transformar para conhecer (COIMBRA, 1995).

O campo, na pesquisa interferência, é um espaço que precisa deixar-se surpreender com os sentidos produzidos a partir da interferência (ALTOÉ, 2004). Deste modo, os passos são estabelecidos no campo, com os sujeitos em ato. Nesta pesquisa, o campo produzido no estudo foi direcionado no sentido de buscar usuários das diferentes redes temáticas que permitissem avaliar o cuidado produzido nestas redes. A aposta neste sentido foi de seguir os usuários-guias.

Uma das usuárias-guias do estudo foi Sofia, com quem nos encontramos no contexto da pesquisa, por demanda dos trabalhadores, como uma fonte para avaliar a rede de atenção básica em uma regional de saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Acontece que os caminhos de Sofia não se resumem ao traçado da/pela atenção básica e os múltiplos acontecimentos que cercam a sua vida não podem ser descolados da compreensão sobre como o cuidado lhe é ofertado e produzido. Neste sentido, a “adoção” do usuário-guia como estratégia de pesquisa nos tirou do terreno do pesquisador asséptico para um convite de um novo modo de ver a produção do conhecimento tendo o usuário como a fonte zero, a partir do qual buscamos as trilhas das suas conexões existenciais e de cuidado.

Guiar-nos por Sofia exigiu utilizar diferentes fontes de dados para compreender os caminhos que esta usuária percorreu na rede temática de saúde e nas outras redes que ela acionava. Assim, realizamos visitas, conversas, observações, entrevistas e análise documental para produção de dados na pesquisa. Esses dados foram tratados e discutidos procurando-se revelar os analisadores do caso Sofia.

A noção de analisador, originada de Guattari (1972), é utilizada na análise institucional e diz respeito àquilo que “faz a Instituição falar” pois é reveladora de elementos pouco visíveis, que emergem no cotidiano e no processo de cuidado, possibilitando ampliar e avançar na construção dos modos de existência e de cuidado. (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014).

Assim, neste artigo, inicialmente apresentamos a usuária-guia Sofia descrevendo os aspectos mais visíveis das redes com as quais ela se conecta, entremendo na discussão os elementos que se revelaram como analisadores para entender o caso.

As múltiplas Sofias: produção subjetiva e efeitos na produção do cuidado

A narrativa da usuária Sofia na rede de serviços e as multiplicidades que a cercam revelam diferentes arranjos e conexões que ultrapassam o “limite” da rede de saúde e afetam a produção do cuidado e o conhecimento de si.

Sofia foi “reconhecida” pelo serviço de saúde com demandas por atendimento na procura espontânea no Centro de Saúde X com queixa de tosse e cansaço. Naquele momento foi diagnosticada com tuberculose mas houve grande dificuldade em realizar a dose supervisionada. *Sofia então ganha visibilidade* e se torna uma fonte de trabalho para a equipe de saúde da família e do centro de saúde que procura.

Sofia é originária de São Paulo e é filha adotiva. Foi abandonada pelos pais na sua infância. Atualmente tem 34 anos e é mãe de 05 filhos. Dois filhos estão em São Paulo com avó materna, um terceiro mora em outro município com a madrinha e, no ano passado teve as gêmeas. Usuária de drogas desde a infância, Sofia já vagou por diversos locais, morou nas ruas e quando deseja é para lá que volta para o uso do crack. Os profissionais do serviço de saúde nos apresentam Sofia como aquela que mobiliza a equipe trazendo consigo algo diferente. Todos os trabalhadores conhecem Sofia e se mobilizam para mantê-la na unidade quando ela vem. E a equipe busca o vínculo com Sofia. Um lanche vira “chave” no vínculo. Os profissionais relatam ser difícil o diálogo com ela, é muito agitada, fala rápida, às vezes sem sentido, diz a todo momento que tem que ir embora. E Sofia não adere, não percorre o fluxo do protocolo, do sistema, do modo de fazer. A equipe faz investimentos, mas o serviço não consegue dar conta.

A narrativa dos profissionais de saúde sobre Sofia é marcada pela dificuldade dela de “aderir” aos serviços de saúde, da Tuberculose (TB) que não se sabe se foi tratada em outro ponto da rede por onde passou, da sífilis que ela não quer tomar *Benzetacil*. Esse modo de ver Sofia implica nos afetos que ela produz e no cuidado que decorre das intersecções com os profissionais.

Sofia relata estar grávida. Os profissionais conseguiram realizar as primeiras consultas de pré-natal, solicitam exames, mas o resultado ficou retido: Sofia não tinha documentos para retirar o resultado. Através de outros contatos, a equipe dá

notícias do resultado da gestação gemelar. Sofia parece apresentar interesse em ficar com as crianças, para cuidar dela quando ela envelhecer. Sofia é encaminhada para um serviço de pré-natal de alto risco.

A gravidez se torna um acontecimento na vida de Sofia, que não se resume a ele, mas que *impacta a sua trajetória assistencial e existencial*. Neste caminhar, *Sofia aciona outras redes*: a rede de assistência social e as redes sociais do território por onde circula.

Na narrativa dos profissionais do serviço de assistência social, Sofia é alguém que fala pouco, que parece não esperar nada da vida, que sabe quem são as pessoas que trabalham no centro de saúde e que diz querer ficar com as meninas que está gerindo, dando nomes a elas. Sofia se apresenta como alguém que faz uso de muita droga.

Na comunidade Sofia faz laço, ganha muitas coisas, deixa roupas de bebês na lavanderia, ganha móveis, parece mobilizar os moradores locais. Há quem diga que tem diversos parceiros, ou que só tem o Sr. T., um carroceiro, que não busca atendimento no CS e é de difícil acesso para conversa com a equipe.

Na maternidade, *a imagem produzida de Sofia* é de uma mulher que ganhou filhas gêmeas, cuja história no prontuário e nos relatórios apontam para uma pessoa com difícil adesão a tratamento de TB e ao Pré-natal; que faz uso abusivo de drogas, que mora em situação muito precária, que não poderá receber alta por conta da magreza e fraqueza decorrentes do abuso de drogas. *E da maternidade é elaborado o relatório o qual se encaminha ao juiz para a definição do destino de Sofia e suas filhas.*

Os agenciamentos no caso Sofia

No caso analisado, os diferentes agenciamentos são provocados pela entrada no serviço que a torna visível por uma gravidez numa condição “indesejada”; pelos relatos de não adesão às propostas terapêuticas anteriores e da incapacidade de gerir a própria vida; pelo uso do crack e pelo discurso operante sobre as mulheres usuárias e sua impossibilidade de permanecerem com seus filhos; pelas precárias, vulneráveis e até perigosas condições de vida.

Esses agenciamentos fabricam diferentes imagens de Sofia que implicam nos arranjos que foram (des)feitos na rede para a produção do seu cuidado e de suas filhas. A imagem é uma produção subjetiva e tem efeitos para a produção do cuidado, potencializando ou despotencializando essa produção.

• A visibilidade nos serviços de saúde e a gravidez como um acontecimento

Um dos analisadores do caso de Sofia é a visibilidade dos usuários nos serviços de saúde. Quem se torna visível? Por que se torna visível? Como se torna visível?

Sofia sempre transitou pelos serviços. Assim, como ela, muitos usuários passam pelos serviços. Desapercebidos. Eles até são atendidos, mas não são percebidos

na sua essência como seres portadores de afetos e desejos. Os usuários permanecem, então, invisíveis.

A invisibilidade é resultado da extrema objetivação e da focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico que deixa de lado os muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, na compreensão da vida dos usuários. Assim, a ação do profissional centra-se majoritariamente nos procedimentos e se esvazia do interesse pelo outro, com seus afetos e desejos (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010).

A visibilidade nos serviços depende da abertura para o outro como um acontecimento. No cotidiano dos serviços geralmente experimenta-se uma condição ordinária: opera-se com uma certa rotina, com o previsível. Certas situações provocam deslocamentos, tiram o cotidiano da ordinariedade, da serialidade. Essas situações são acontecimentos.

Acontecimento é da ordem do “assombro exemplar”, do fato “sem explicação”, alterando a aparente repetição da vida cotidiana. (...) Quando se produzem, não estão conectados aos que os procederam nem aos elementos do contexto: são descontínuos **relativamente a uns e a outros e excedem as possibilidades** previamente calculadas; rompem a seriação [...] do correr das coisas (LANA, FRANÇA, 2008, p. 63).

No caso de Sofia, a gravidez num contexto considerado *a priori* como “inapropriado” produz deslocamentos nas equipes. Como lidar com uma situação como esta? Uma usuária de crack, grávida, que mora numa invasão, com condições insalubres... É algo que tira as equipes do lugar. A visibilidade é produzida a partir desse deslocamento. Sofia que até então era mais uma usuária, torna-se a usuária. Ela sai da repetição e passa-se a enxergar a sua diferença.

Essa diferença-visibilidade é condição para fabricar ofertas que produzam cuidado para Sofia. Cuidado que só é possível no encontro. E este encontro é complexo e sofisticado pois são colocadas em jogo as multidões presentes nos trabalhadores e usuários. O encontro de multidões que se visibilizam na sofisticação e leveza da singularidade da produção em ato do cuidado em saúde.

• **Sofia percorre as redes...**

Uma vez visível, podemos então pensar como as redes se revelam e se interconectam para a produção viva do cuidado em saúde.

No contexto da rede de atendimento à população do município de Belo Horizonte, pode-se afirmar que existem equipamentos sociais e de saúde e que fizeram parte da trajetória assistencial de Sofia.

No acompanhamento da trajetória de Sofia, foi possível identificar a sua passagem por alguns desses serviços: Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Abrigos. Na rede de saúde acessou as Unidades Básicas de Saúde, o Centro de Especialidades Médicas, a Maternidade. O acesso ao atendimento médico, realização de exames labora-

toriais, curativos e acompanhamento da sua gestação foram ofertados, inclusive com flexibilidade da equipe de atendê-la nos momentos de procura imediata do serviço, porém a equipe referenciava pouca adesão da Sofia.

Durante esse suporte social fornecido à Sofia em sua trajetória, as Unidades Básicas de Saúde forneceram atendimento de saúde para ela de acordo com as mudanças dos seus locais de moradia. A dificuldade em se fixar em um território promovia problemas de busca ativa (captação) e acompanhamento da mesma, que em alguns momentos permanecia em um local durante o dia e dormia em outro à noite.

O município de Belo Horizonte tem como premissa a organização do sistema de saúde de acordo com o território de moradia do usuário. Com isso, as equipes dos Centros de Saúde relatavam dificuldades para garantir o atendimento integral a Sofia, que se movimentava constantemente.

A noção de território é central e norteadora para a organização dos serviços de saúde, mas tem se mostrado numa relação dicotômica para a produção do cuidado, em especial, quando é operado no seu valor patrimonial e matrimonial, pois aposta na fixação do usuário numa moradia assentada em um determinado endereço que é patrimônio de uma equipe, com a qual o usuário mantém vínculo, mantém-se fiel, como condição para a continuidade do cuidado. Esse modo de organizar a oferta considerando o território na lógica patrimonial e matrimonial pode produzir “exclusão” e descontinuidade de cuidado justificadas pela mudança para outra área de abrangência ou por “não cobertura” de determinadas regiões, fora dos limites que marcam a abrangência e alcance de uma equipe (SILVA; MOEBUS; LANA, 2016).

Identifica-se que existe uma oferta de serviços organizada pelo município e tentativas de ações intersetoriais para garantia de atendimento a Sofia, mas o que se observa é uma ausência de produção de cuidado, com escape constante dela aos protocolos, aos territórios, ao fixado previamente para ela nas redes.

Assim, as intervenções realizadas pelos serviços não foram suficientes para mudar a sua situação de vida. Isso porque os diferentes serviços operaram como fixos, pontos de uma rede de atenção num certo fluxo assistencial, mas com pouca capacidade de tornarem-se maleáveis, flexíveis, capazes de atingir o terreno existencial onde opera a rede viva, que exige interferências no processo de transformar para conhecer.

Entende-se também que os usuários, enquanto redes de existências, produzem-se “em-mundos”, “in-mundizam-se” (GOMES; MERHY, 2014), constituindo certas formas ético-existenciais e certos modos de conduzirem, por si, a produção de cuidado. Acontece que, muitas vezes, os usuários produzem modos de existências que são julgados e cerceados pelos trabalhadores, e estes ficam aprisionados a um modo de saber que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas (MERHY, 2012).

• **Captação e adesão nos serviços de saúde: onde entram os afetos e os desejos?**

No modo tradicional de organizar o serviço, a adesão é um marcador de sucesso. Um serviço é bom o suficiente quando consegue captar os usuários e, sobretudo, quando consegue manter esses usuários seguindo o que lhes é prescrito.

Captação e adesão são perseguidos pelos profissionais nas diferentes redes temáticas e, de modo especial, foi possível perceber como a Rede Cegonha (e as outras estratégias que operam no acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério) tornam-se lugar de grande preocupação quanto a esses marcadores. Sofia, como qualquer outra gestante, é alvo dessas intervenções. O fato de ser usuária de crack amplia a complexidade do caso: sabe-se que é preciso captá-la e mantê-la acompanhada pelos serviços, mas ao mesmo tempo, o uso de drogas é, em certa medida, justificativa quando não se alcança este propósito. Assim, o caso torna-se mais complexo que os comumente atendidos nos serviços de saúde, e para o qual parece não haver muitas alternativas de ofertas.

Tensionar a adesão aos serviços é reconhecer que ir, estar e permanecer num processo de cuidado instituído pelos serviços é dependente do vínculo que se estabelece no encontro entre trabalhadores e usuários. Vínculo como produção cotidiana dos múltiplos encontros que vão se processando à medida que se abre para a possibilidade de reconhecer o outro, na sua existência múltipla e singular.

Por vezes, o tema da adesão vem sendo tratado sim como um indicativo das relações estabelecidas entre profissionais e usuários, mas muito mais no sentido da co-responsabilização que estes atores são capazes de expressar para a continuidade de uma série de ações assistenciais. Quando não há adesão, interrompe-se o fluxo projetado, falha a condução. E a falha é sinal de insucesso. Para insucesso, cabe pena.

A adesão é pouco problematizada como um plano de análise das diferentes intercessões que operam na produção do cuidado nas redes. Um plano que, para além da responsabilização que cada um dos atores assume no processo, considere os diferentes pontos de vista. A vista daquele que oferta e a vista daquele que demanda. Neste sentido, há poucos espaços de processamento que confrontem os diferentes pontos de vista. Confrontem não para hierarquizar, polarizar ou sobrepor um sobre o outro. Mas para encontrar uma intercessão que seja produtiva para ambos.

Uma conversa sobre os diferentes pontos de vista sobre a “adesão” aos serviços exigiria reconhecer que os usuários se colocam em verdades que são ligadas à sua própria (inclusão e grifo nosso) aposta de produzir em si um cuidado que lhe potencializa seus modos de ser e viver esse ser, frente às outras vistas do ponto que nem sempre correspondem a seu regime de verdade. (MERHY, 2014).

Operar nos serviços de saúde considerando apenas um ponto de vista diminui as possibilidades do outro procurar (e entenda-se também aderir) e desfrutar de um encontro produtor de cuidado.

Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o “saber-se” (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o meu saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer. Porque sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a que menos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções

unilaterais – como unilateral é o agir do profissional – não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas. (MERHY, FEUERWERKER, GOMES, 2010)

Com essa compreensão podemos entender que nem sempre, captar e manter um usuário “aderido” ao serviço é suficiente para a produção do cuidado, pois a adesão pode não traduzir a vista mais potente do cuidado em mim. Essa produção potente de cuidado exige deslocamentos da equipe, dos profissionais, da rede para entender os afetos e desejos que movem as pessoas nas suas trajetórias existenciais.

• A produção discursiva sobre o uso de crack e outras drogas e a incapacidade de gerir a própria vida

A história de Sofia não é a única atravessada pelo crack e ela também é agenciada pelas produções ocorridas em distintos planos. Um dos planos de análise do caso Sofia é o agenciamento provocado pelo efeito discursivo sobre a maternidade e o uso de crack. As notas de jornais incluídas neste texto ajudam nessa compreensão.

DROGAS

FALTA ABRIGO, E BEBÊS FICAM EM HOSPITAIS

MP vai cobrar política

Com o alto consumo de crack entre gestantes, o Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) recomendou, em junho passado, que profissionais de saúde avisem o órgão sobre mulheres nessas condições que desentram em centros de saúde e maternidades. Essa medida aumentou a separação de mães e filhos, sendo reprova da pela prefeitura e diversas entidades.

Diante da postura do Executivo, o PMPMG promete entrar na Justiça para exigir que o poder público desenvolva políticas efetivas para grávidas usuárias de drogas.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, as gestantes usuárias de drogas têm o mesmo atendimento oferecido a todos os dependentes químicos. (LC)

RICARDO MALLAÇO

Com rede lotada de filhos de mães usuárias de crack, recém-nascidos esperam semanas por vaga

LUCIENE CÂMARA
luciene.camara@torreop.com.br

em casas de acolhimento da capital.

Até a última sexta-feira, das 82 vagas para recém-nascidos em abrigos da capital, 81 estavam ocupadas, e cerca de 80% deles são filhos de mães usuárias de drogas. Nos últimos seis meses, recomendações do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) que aceleraram a separação de mulheres e seus bebês contribuíram para esse cenário.

“Estamos operando com capacidade máxima e não conseguimos absorver todas as crianças de imediato. Se não tem vaga, elas ficam aguardando na maternidade”, disse a gerente municipal de Abrigoamento, Helizabeth Ferenzini.

Regra

No Hospital Municipal Odilon Behrens, que fica ao lado da maior cracolândia da capital, 50 filhos de mães usuárias de drogas nasceram de 1º de fevereiro a 15 de dezembro do ano passado. O levantamento, feito pela pediatra neonatologista Alexandra Velloso, mostra ainda que, desses, 17 (34%) foram encaminhados para abrigos por abandono da genitora ou por decisão do Conselho Tutelar ou da Justiça.

Mesmo com alta médica, a espera por uma vaga em abrigo é regra, e não exceção. “Nunca vi ser diferente, e qualquer permanência hospitalar desnecessária oferece riscos de infecção e também psicológicos. Cuidar de criança não é só trocar fralda e dar mama, é carinho e atenção. E hospital não é o local adequado para isso”, afirmou Alexandra.

A assistente social Luciana da Costa e Souza, responsável pelos leitos da neonatologia do Odilon, informou que, em média, os bebês ficam duas semanas a mais do que deveriam aguardando vaga em abrigo. “Tivemos um pico no final do ano passado, teve um caso de um bebê que ficou esperando um mês. Esse leito poderia ser para uma criança que precisa. Em alguns casos, até deixamos de receber novos partos”, declarou. Segundo Luciana, o Odilon Behrens tem 35 leitos na maternidade e, embora com demanda flutuante, todos estão sempre ocupados.

Partos chegam a ser recusados, pois crianças que poderiam receber alta ocupam vagas

Crianças de mães usuárias de drogas devem ser encaminhadas para abrigos?

Cada caso é um caso

Recentemente, instalou-se polêmica injustificada quanto à recomendação da Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude de Belo Horizonte. A recomendação sugere às maternidades que comuniquem à Justiça da Infância e da Juventude quando do nascimento de crianças filhos de pais dependentes de drogas.

É irrelevante a discussão em abstrato da natureza do instituto da "recomendação" do Ministério Público, uma vez que se trata de ato administrativo sem caráter coercitivo. O importante é analisar concretamente o que determina a lei. A recomendação é simples aconselhamento para o cumprimento da lei, não cria obrigação legal, mas aconselha o cumprimento de obrigação que já se encontra prevista em lei.

O artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que a criança tem direito à proteção à vida e à saúde, no desenvolvimento sadio em condições dignas de existência. A absoluta prioridade do direito à vida e à saúde é também imparada no artigo 227 da Constituição

Marcos Flávio Lucas Padula
Juiz de direito da Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte



Federal. É dever de todos velar pela dignidade da criança, garantida a convivência familiar, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (artigos 18 e 19 do ECA).

O fato concreto e clinicamente comprovado é que a dependência de drogas torna a pessoa incapaz de gerir sua própria pessoa e de cuidar daqueles que se encontram sob sua responsabilidade. É uma insanidade pensar que o uso de drogas (substâncias psicoativas que alteram e distorcem o estado normal de consciência) possa ser encarado como mera questão de "recreação" individual e que digno respeito apenas à esfera íntima da pessoa. A substância tóxica prejudica a capacidade de relacionamento, o desempenho pessoal, profissional e familiar.

O profissional de saúde que não comunica o nascimento de criança filho de dependentes químicos comete

verdadeira omissão de socorro. Admitir que a criança seja entregue nessas condições afronta o artigo 19 do ECA e a coloca em situação de risco. Assim, deriva da lei a obrigação de comunicar à Justiça, pois a eventual suspensão da guarda legal dos pais é de competência exclusiva do Poder Judiciário.

A prioridade é sempre a permanência da criança na família natural, inclusive na família extensa (parentes). O abrigamento (acolhimento institucional) é determinado apenas quando os pais ou demais familiares não têm condições ou não têm o desejo de assumir a guarda. Em conjunto, são aplicadas medidas de apoio à família. Há sempre a possibilidade de restabelecimento da guarda dos pais, quando superada a situação de risco, dentro do prazo razoável que não imponha à criança passar a vida em um abrigo.

debate

Philomena preta e pobre

Em meados do século XX, na Irlanda, quando uma moça solteira ficava grávida, era enviada a um convento. Lá, tinha seu bebê e cuidava dele até que aparecessem pessoas interessadas na adoção, que era feita à revelia da mãe. Cerca de 2.200 irlandesas perderam seus filhos, punidas pela “indignidade” de engravidar fora do casamento.

Esses acontecimentos ganharam notoriedade mundial com o filme pelo qual Judy Dench concorreu ao Oscar em 2014, que conta a história real de Philomena Lee: uma mulher que passou a vida sem ter certeza se merecia ou não a pena que lhe foi imposta. Ela teria o direito de ser mãe, mesmo sendo “pecado”? Seria boa influência para a criança, mesmo sendo “imom”?

Em meados deste ano, a Promotoria Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte expediu as Recomendações 5 e 6, que determinam às maternidades e unidades de saúde que notifiquem a Vara da Infância de todas as ocorrências de gestantes usuárias de drogas e álcool e o nascimento de bebês filhos de

mães adictas.

Tais notificações têm sido utilizadas para determinar o abrigamento compulsório dos filhos dessas mulheres. De julho até agora, mais de 150 bebês foram separados de suas mães sem o devido processo legal, sem direito à ampla defesa e ao contraditório, muitas vezes contrariando o parecer das equipes do Programa de Saúde da Família que atendem a comunidade.

Obviamente, nem todos os adictos são aptos a criar seus filhos; entretanto, essa análise deve ser feita de forma criteriosa, caso a caso, considerando-se os pareceres dos profissionais que atendem a família e respeitando-se as garantias constitucionais.

O “sequestro” desses recém-nascidos – não há nome mais adequado do que esse, já que os bebês são retirados das mães em absoluto desrespeito ao Estado de direito – nos remete aos abusos cometidos na

Irlanda, ou ao ocorrido na ditadura militar argentina, que deu a militares os filhos dos ativistas contra o regime.

O abrigamento compulsório de bebês, além de absolutamente ilegal e arbitrário, tem consequências funestas: as usuárias estão abandonando os tratamentos e deixando de procurar os serviços de saúde para pré-natal e parto, com o compreensível medo de perder seus filhos.

Ao analisar o perfil dos bebês afastados das famílias, nos damos conta do viés higienista da medida: ainda que todas as maternidades de Belo Horizonte tenham recebido a mesma ordem, todos os bebês levados aos abrigos são oriundos dos hospitais públicos. Não há dependentes de drogas e álcool entre as usuárias dos hospitais privados? É improvável.

A triste realidade é que a Philomena brasileira é preta e pobre.

Gabriella Sallit

Advogada; ativista da ONG Parto do Princípio
www.dadada.com.br



ESPECIAL

Pelo direito de ser Mãe

Existe em Belo Horizonte uma face da maternidade desconhecida por muitos: aquela vivida por mulheres usuárias de álcool, crack e outras drogas, que por uma Recomendação do Ministério Público, perdem seus filhos para abrigos e para a adoção sem consentimento. Uma triste realidade que uniu movimentos sociais, profissionais da saúde e defensores da criança e do adolescente na luta a favor de um direito da mulher: o de ser mãe.

POR ANA TOMASELLI

Ser mãe não é uma profissão, não é nem mesmo um dever: é apenas um direito entre tantos outros." A frase da escritora italiana Oriana Fallaci, ilustra bem o direito da mulher em ser mãe. Este direito, que inclui o vínculo com seu filho, vem sendo tirado de algumas mulheres, causando trauma profundo a elas, e revolta na população belo-horizontina.

Em julho e agosto de 2014, o Ministério Público (MP) expediu uma Recomendação (D5-06/2014), para que as maternidades e profissionais da saúde comuniquem à 23ª Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte, as gestantes usuárias de substâncias entorpecentes quando as mesmas passarem pelo serviço público de saúde.

Desde que a recomendação começou a ser aplicada, já são mais de 184 crianças levadas para abrigos de acolhimento e logo depois adotadas, não dando a chance a nenhum outro parente obter a guarda. Em meio a esse impasse, mulheres sofrem de um lado com o vício e de outro com a distância de seus bebês.

A recomendação acabou por se transformar em várias discussões entre movimentos sociais, profissionais da saúde e defensores da criança e do adolescente, que narram que as mesmas ferem os direitos humanos e conflitam com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo gerar conflitos dentro das Unidades de Saúde, caso a recomendação venha a ser cumprida.

Segundo o presidente do Conselho Municipal da Saúde de BH, Wilton Rodrigues, mesmo que a recomendação não tenha nenhum embasamento legal, ela acaba por intimidar os profissionais da saúde, caso não a obedeaça. "Seguir essa recomendação fará com que se quebre a relação de confiança entre paciente e os profissionais da saúde. Claro que não queremos esses bebês nas cracolândias, mas separá-los de suas mães é somente em último caso e depende de cada situação. O que temos é que combater a realidade das drogas em Belo Horizonte" declara.



Em BH já são mais de 100 crianças levadas para abrigos de acolhimento e logo depois encaminhadas para adoção com o consentimento das mães biológicas.

DESISTIR EM ÚLTIMO CASO

Existe em Belo Horizonte uma Rede de Atenção para acompanhamento adequado à Saúde Mental, que também atende os usuários de drogas. De acordo com a coordenadora da Comissão Perinatal e do Comitê de Prevenção do Óbito Fetal, Infantil e Materno da SMSA, Sônia Lansky, essa Rede de Atenção se encontra diante de um novo desafio da desigualdade taberna, uma vez que o uso do crack é diferenciado, mas que ainda sim, o município conta com uma rede e profissionais capacitados para esse fim. "Não podemos deixar de oferecer oportunidades para que essas pessoas tenham a possibilidade de viver longe do vício. São mulheres sujeitas de direitos que não foram protegidas na infância e buscaram nas drogas uma fuga. Não podemos desistir delas", afirma.

A questão é que mesmo com as políticas adotadas pelo município, o Ministério Público afirma que esse fluxo existente ainda não é suficiente e que algo mais adequado deve ser realizado, pensando em primeiro lugar no bem estar destas crianças. O principal embasamento do MP é o artigo 19 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece que toda criança tem direito a ser criada e educada em ambiente livre da presença de substâncias entorpecentes. De acordo com Sônia Lansky, o MP aplicou "a risca" o que está no estatuto, limitando à aplicação somente aos menos favorecidos. "O que vemos é uma interpretação do estatuto dirigida somente aos usuários do crack. Isso é um pré-julgamento, afinal, também pode ser considerado droga os calmantes, remédios para dormir, entre outros. Além disso, o mesmo artigo do ECA diz que toda criança tem direito a ser criada no seio de sua família e, apenas excepcionalmente, em família substituída", acrescenta.

CADA CASO, UM CASO

De acordo com a Defensora Pública, Laurelle Carvalho de Araújo, é necessário que os casos sejam avaliados particularmente, pois cada situação é diferente e há sempre outro integrante da família que possa apoiar esta mãe, durante seu tratamento.

"Somos a favor da adoção, mas de uma forma consciente. Muitas vezes a mãe entrega a criança e uma semana depois se arrepende. É nesse sentido que é necessário um amplo acompanhamento desta mulher", acredita Isabel Cristina Lisboa, do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, também concorda com a importância deste acompanhamento. "Não significa que uma mãe drogadita seja irresponsável ou vá dar maus tratos à sua criança. Algumas mães, por medo, acabam tendo seus filhos em casa, o que traz vários riscos à sua saúde e a saúde do bebê" acrescenta.

UMA ADOÇÃO NÃO PODE SER FEITA NO ATROPELO DOS DIREITOS DA MULHER. A MATERNIDADE PODE SER UM MOMENTO DE TRAZER À MULHER UM DESEJO DE MUDANÇA DE VIDA

COMO MEDIR O AMOR?

A separação entre mãe e filho é uma marca que fica para o resto da vida. Com o afastamento, a criança também tem seu direito violado, o que traz marcas profundas, impossível de ser recuperada.

Foi o que aconteceu com Aline Paula Oliveira, 25 anos, que viu pela última vez seu primeiro filho (hoje com 4 anos), aos 6 meses de vida.

Aline começou a usar drogas aos 19 anos, de maneira gradual e sempre em casa. "Nunca fui de ficar na rua, nunca roubei e nem prejudiquei a sociedade. Tenho uma família estruturada, creio dentro da igreja, fiz o segundo grau, foco tocado e sou artista plástica autodidata", revela.

Aline deu à luz em uma maternidade pública de BH. Logo após receber alta, foi encaminhada para um abrigo, onde depois de uma conversa sobre sua condição teve que deixar seu filho, podendo ir visitá-lo esporadicamente durante a semana. "O juiz pediu que eu fizesse o tratamento e eu realizei. Recebi alta. Visitava meu filho toda semana no abrigo, mas de repente, recebi um telefonema para que não fosse mais visitá-lo, pois ele havia sido adotado. Quando cheguei ao abrigo ele não estava mais lá. Tiraram meu filho de mim

“UM DIA CHEGUEI PARA VISITAR MEU FILHO NO ABRIGO E ELE NÃO ESTAVA MAIS LÁ. TINHA SIDO ADOTADO. TIRARAM MEU FILHO DE MIM SEM MEU CONSENTIMENTO. DEPOIS DESTA TRAUMA, ME AFUNDEI NOVAMENTE NAS DROGAS

ALINE OLIVEIRA, 25 ANOS



sem meu consentimento, sem me avisar nada. Depois deste trauma me afundei novamente nas drogas e entrei em depressão", lamenta. Situações como relatada por Aline estão sendo cada vez mais comuns em BH. Hoje, longe das drogas, Aline luta na justiça pela guarda compartilhada do filho, hoje adotado por outra família. "Sei que meu filho hoje está bem e é amado por outra família. Eu entendo o lado deles, pois sei que tomaram amor à criança, mas um filho a gente nunca esquece, e meu sonho é poder abraçá-lo novamente", se emociona com um álbum nas mãos, onde ela guarda as fotos dos primeiros dias de vida do filho.

De acordo com a Defensora Pública, Julia Carvalho, a maternidade traz maior sensibilidade à mulher e pode ser uma oportunidade de uma nova consciência. "Uma adoção não pode ser feita no atropelo dos direitos da mulher. A maternidade pode ser um momento de trazer a essa mulher um desejo de mudança de vida", acredita.

Aline hoje tem outra filha, de um ano e meio, está livre das drogas, trabalha como artesã, mas mesmo assim, não esquece o trauma de vida que sofreu – e ainda sofre – em ter perdido o vínculo com seu primogênito.

São situações que necessitam de discussões ativas, e atitudes responsáveis, que contribuam tanto para o bem-estar dos bebês, quanto dessas mulheres, já que o que aconteceu com elas não tem como voltar atrás e não há indenização que pague. A separação compulsória é uma marca que ambos, mãe e filho, levarão pelo resto da vida, trazendo profundas cicatrizes, essas, difíceis de curar.



As notas de jornais e os relatos do caso de Sofia indicam a impossibilidade dos usuários de crack e outras drogas gerirem sua própria vida e daqueles que estão sob sua responsabilidade.

Sofia grávida, usuária de drogas e que apesar de querer ficar com os filhos, e ter sido tentado um trabalho intersetorial, foi considerada como incapaz e declarada sua impossibilidade de ficar com os filhos. A “incapacidade” de gerir sua própria vida e construir possibilidades de sobrevivência é colocada como um analisador das redes vivas construídas pelos usuários-guias nas suas conexões existenciais.

A determinação de que os profissionais, frente a uma situação de mulheres/gestantes/mães nesta condição, devem notificar a Vara da Infância e Juventude produz agenciamentos no caso Sofia com efeitos sobre as práticas profissionais nos modos de ver e agir. A equipe de saúde é quem, na verdade, definiu o destino de Sofia e suas filhas, agenciados pelas diferentes imagens de Sofia, representadas pela infância difícil, pelo uso do crack e pela moradia na rua, pela não adesão como indicativo que não seria capaz de “endireitar agora após o nascimento das filhas”. Essas imagens passaram a governar a vida de Sofia.

Via de regra as mulheres e adolescentes em situação de rua encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos. Casos como o da Sofia que reconhecidamente identificamos como um quadro de sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e/ou outras drogas associados a situação de vulnerabilidade social são muitos e de diferentes naturezas. Nesta circunstância, o papel do Estado direciona-se a promover ações para o fortalecimento dessas mulheres e adolescentes, agindo a partir de demandas e especificidades que apresentam.

Contudo, este é um campo permanente de disputas em que entram em cena o sistema judicial, o sistema de saúde, operando muitas vezes um sobre o outro. O Ministério da Saúde produziu nos últimos anos um conjunto de publicações, notas técnicas e resoluções a respeito da população em situação de rua. Documentos que apontam no sentido de o Estado brasileiro assumir a responsabilidade de assegurar direitos humanos de mulheres, adolescentes e crianças em todas as circunstâncias.

Sofia teve sua trajetória marcada pelo mandato terapêutico judicial. O Estado determinando em última instância o governo sobre o outro. Nesta estratégia de governo, mais que a manifestação do desejo e da capacidade de governar a si mesma, o relatório emitido pela rede de saúde e de assistência social foi o instrumento de poder para o governo do outro.

Sofia não foi a primeira e nem a única cuja trajetória foi marcada pela governamentalidade. Nesta relação ela se tornou mais uma na repetição.

Tensionar este modo de operar é considerar as diferenças nas definições para a produção do cuidado. A capacidade de gerir a própria vida confronta-se com a lógica tutelar do Estado de definir e tomar para si o cuidado do outro. Neste sentido, ofertar os serviços de assistência social para as mulheres usuárias de crack e seus filhos per si não configura alternativa potente de produção de cuidado. Há que se problematizar os modos de fazer essa oferta, fabricando potência na impotência. Extraíndo da imagem daquela “incapaz” o máximo da sua capacidade de expressar experiências, afetos e desejos.

Sofia, por Sofia, revelou-nos que, em muitos lugares e muitas vezes, não foi acionada para compartilhar o que queria e o quanto podia ela mesma ser a protagonista na produção da sua trajetória assistencial.

Contudo, fomos percebendo que para além do que *a priori* nos capturava no entendimento de um caso tão complexo, marcado pelas (im)produção do cuidado, havia uma outra Sofia que por ela mesma foi construindo suas próprias redes existenciais e sobrevivendo na produção contínua de vida que estas redes lhe possibilitavam.

A imagem da Sofia, da usuária de crack, confusa, que não fala coisa com coisa é apenas uma imagem na multidão de tantas outras Sofias que precisam ser acessadas para a produção do cuidado em saúde.

Conclusões? Diríamos abertura para novas possibilidades (sempre provisórias...)

Sofia nos faz refletir o quanto a produção do cuidado demanda a construção de espaços de processamentos mais coletivos. Tentar construir um relato concreto e verdadeiro sobre este usuário-guia nos demandou refletir sobre um conjunto de serviços e atores implicados e afetados em suas atividades no cotidiano que operam em uma lógica burocrática organizacional, ignorando as dimensões existenciais que perfazem os sujeitos sociais.

O caso apresentado foi considerado pelos trabalhadores como especial e complexo. Nesta condição, exige flexibilidade e sensibilidade das equipes para tratá-lo como realmente especial e cuidar considerando suas singularidades. Implica em trazer o plano da micropolítica no qual as existências furam os muros institucionais e produzem vivamente as redes de conexões existenciais. Vai se configurando assim um conjunto de atos inusitados e produtores de interferência que constroem as redes vivas. Contudo, nem sempre é esse o modo como o cuidado é produzido a esses e a outros usuários que exigem a compreensão das suas singularidades e diferenças no encontro nos serviços de saúde.

Em geral, há um plano institucional que organiza as lógicas assistenciais que pouco se conecta com o plano existencial dos usuários que buscam os serviços ou são levados a eles, produzindo tensão nos modos de produzir o cuidado.

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. (MERHY, *et al.*, 2014, p. 155)

As equipes, por sua vez, operam em territórios geopolíticos, com fluxos e protocolos pensados e constituídos para organizar da melhor forma possível a atenção a saúde. Acontece que os territórios existenciais – que regem os modos de ser e viver

dos usuários – quase nunca estão na “agenda” que orienta a organização da rede de serviços. Isso porque se exigiria pensar numa multiplicidade de formas de organizar a produção do cuidado para atender à singularidade dos usuários, não suportada pelo modo tradicional, estruturado e formal pela qual as redes temáticas estão desenhadas.

Em outro plano, os usuários não capturados por lógicas prévias de fluxos e protocolos – sem desconsiderar a importâncias destas construções como dispositivos – extrapolam as redes temáticas e até os próprios serviços de saúde. Assim, observamos que recorrentemente os usuários transitam simultaneamente por redes como as de saúde mental, atenção básica, cegonha, urgência e emergência, intersetoriais, acessando vários equipamentos em cada uma, demandando construções contínuas de pactuações que tensionam os fluxos considerados formais (MERHY *et al.*, 2014).

Os usuários são assim fabricantes de redes vivas de conexões existenciais, que extrapolam os itinerários terapêuticos esperados e traçados. Podemos observar que cada usuário, em seu processo de cuidado, demanda construções que, devido às suas singularidades, frequentemente tem que ser construídas em ato, e que exigem que os próprios trabalhadores se envolvam na tecitura de redes que extrapolam os fluxos desenhados previamente ou até reformulem suas práticas.

Na constituição deste processo de cuidado, os trabalhadores se veem na necessidade de se in-mundizar com a vida dos usuários, conhecendo desejos, experiências, vivências, ressignificando as suas ações (ABRAHÃO *et al.*, 2014).

Referências Bibliográficas

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

ALTOÉ, S. **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. (Org) São Paulo: Hucitec, 2004.

COIMBRA, C. M. B. “Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma Empresa Possível”. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, vol. 7, nº 1, 1995, pp. 52-80.

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

GUATTARI, F. **Psychanalyse et Transversalité**, 1972.

LANA, L. C. C.; FRANÇA, R. O. Do cotidiano ao acontecimento, do cotidiano ao acontecimento. **Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação, E-compós**, v. 11, n. 3, p. 2008.

MENDONÇA FILHO, M.; VASCONCELOS, M. F. F. “Questões de método e pesquisa dos dispositivos institucionais de confinamentos do presente”, **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 10; n. 1; p. 134-150 2010.

MERHY, E. E. **Sinais que vêm da rua**, 2012. Disponível em: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2012/06/emerson-merhy-fala-sobre-os-sinais-que.html>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

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

MERHY, E. E. **As vistas dos pontos de vista: tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf. Acesso em 17 jul 2016.

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**. n. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E. E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato.** 2007. Mimeo.

MERHY, E. E. **Vista do ponto de vista, cuidado e formação em saúde.** Vídeo aula, em Campo Grande, junho de 14. Disponível em: <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2014/06/merhy-video-aula-em-campo-grande-junho.html>. Acesso em: 17 jul 2016.

MOEBUS, R. L. N. “Pesquisa Interferência desde Heisenberg”. **Diversitates International Journal**, v. 07, n. 1, 2015.

SCHIFFLER, A. C. R.; ABRAHÃO, A. L. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. *In*: GOMES, M. P. C., MERHY, E. E. (Orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 89-104.

SILVA, K. L.; MOEBUS, R.; LANA, V. F. “Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado”. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes** – Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 1. ed. v. 1. p. 91-95.

A parteira-fina e seus relatos: histórias de si

Maria das Graças Alves Pereira
Analdemyra da Costa Moreira
Maria Zenaide de Souza Carvalho
Maria de Nazaré Nogueira Maia
Vera Lurdes Belo da Silva
Emerson Elias Merhy

Introdução

A rede de parteiras na região norte do país, para além das redes formais, expressa uma rede cuidadora, atívisima e ativista, cultural, protegida por tradições de ancestrais, e que, na nossa Amazônia longe ... muito longe¹⁷, não pôde ser desconstituída pela impossibilidade de instalação local de mecanismos formais do partejar. Parteiras tradicionais fazem partos em comunidades rurais, ribeirinhas, indígenas e quilombolas, protegidas pela imensidão amazônica. Assim, encontramos indígenas (*huni-kuin*, na língua *kaxinawá*) não contactados 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, de Jorge Viana (1999-2002), 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.

A visibilidade das parteiras tradicionais da Floresta do Acre já havia acontecido, fruto do trabalho de mestrado de Oliveira (2003), que se tornou nesta pesquisa uma companheira-pesquisadora. Ela estudou a relação entre a demanda e oferta de trabalho das Parteiras Tradicionais de Marechal Thaumaturgo. O município de

17 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”.

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. A viagem fluvial é pelo Rio Juruá, que nasce nas montanhas do Peru e deságua no Amazonas – um rio que corre “de baixo pra cima” – será a representação de nosso planeta que está de cabeça pra baixo?

Oliveira se envolveu, viveu, afetou-se ao ponto de mobilizar e participar da Criação da Associação de Parteiros Tradicionais da Floresta de Marechal Thaumaturgo. Sua relação com seu objeto de estudo transcendeu a relação de pesquisadora! In-mundizada, como definem Abrahão *et al.* (2013) com seu objeto de pesquisa, que eram 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.

Aqui no Norte, no Acre – “Minha Aldeia” (SOUTO; 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). Lá-aqui, o cuidar da vida começa pelas mãos calosas, marcadas por tantos e incontáveis quefazeres; firmes, precisas e cuidadosas das Senhoras Parteiros, 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).

A Criação da Associação de Parteiros Tradicionais da Floresta de Marechal Thaumaturgo do Ponto de Vista Institucional

Começamos a narrativa, conversando com Oliveira – mulher, militante, que participou desde o princípio da criação da Associação de Parteiros 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 Parteiros em seu trabalho/arte/missão – como elas preferem colocar – passa pelo reconhecimento institucional desse saber aprendido na experiência. De acordo com as Parteiros-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 em que 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 também 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 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 Parteiras 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, como já mencionado. 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 Parteiras no interior da floresta. Algumas deixaram de participar da associação, pela dificuldade de apoio, após a institucionalização e captura governamental do curso “natural” da arte de partejar. 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 Campo Grande, em 2016. 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 SESA-CRE, 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.

A Criação da Associação de Parteiras Tradicionais da Floresta de Marechal Thaumaturgo sob o Olhar das Parteiras-Pesquisadoras

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 potência fantástico. Acreditam que a Rede Cegonha não pode prescindir da Rede de cuidados que elas fazem.

Segundo nossa parteira-guia, antes da organização da Associação das Parteiras, as parteiras tradicionais trabalhavam voluntariamente, cada uma por sua própria conta, sem a chamada “qualificação formal”, mas carregadas do conhecimento que fora repassado entre gerações, qual seja, a arte de partejar. O chamamento para a assembleia de formação da Associação das Parteiras se deu através de “mensagens” pelo rádio – mais um traço inconfundível de cultura florestana, que se mantém até hoje para a comunicação com as populações rurais. A assembleia teve duração de quatro dias (21, 22, 23 e 24 de março de 2001) com a presença de 77 parteiras.

O tema foi bastante discutido e no dia 24 às 14 horas, foi realizado o processo de eleição da diretoria da associação. Nossa parteira-guia foi eleita com 76 votos à presidência da associação. Também foram formados núcleos em cada rio que compõe a região do Vale do Juruá. Esses núcleos eram formados por parteiras de cada região e tinham como finalidade o cuidado das mulheres no processo de partejar e o cuidado das crianças que as parteiras ajudavam a vir ao mundo.

Com a criação da Associação, as parteiras viram a oportunidade de concretização dos sonhos e por isso batizaram a Associação pelo nome de “Maria Esperança”, acatando sugestão da parteira mais velha, Mariana, responsável em sua vida por 1203 partos, que associou o nome ao fato de que todas as parteiras ligadas à associação possuíam muita esperança de que elas pudessem ser reconhecidas por aquilo que faziam.

Mariana aprendeu a partejar com sua mãe e deu continuidade aos ensinamentos do partejamento depois da morte dela. Ela era considerada parteira fina. Parteira fina foi um termo criado pelas parteiras em um processo de capacitação para denominar as parteiras que já fizeram mais de 10 partos. As que fizeram menos de 10 partos são denominadas aprendiz.

Nossa guia consegue enxergar apenas vantagens com a criação da associação. Com relação às perdas sofridas durante esse processo, ela relata a falta de apoio das autoridades políticas dos municípios no sentido da manutenção da associação,

resultando em seu enfraquecimento. Ela relata também a não concretização de um dos sonhos das parteiras, a implantação de uma casa parteira, um local na cidade para abrigar as parteiras e suas parturientes oriundas das áreas rurais e ribeirinhas (núcleos).

A gestão dessa parteira-guia na associação durou quase três anos e em 2004, por motivos de doença, teve que se mudar para a capital Rio Branco. Seu trabalho foi além do acompanhamento das parteiras e se estendeu à colaboração com a prefeitura de Marechal Taumaturgo em vários projetos, inclusive ministrando aulas em escolas de educação infantil.

No ano de 2014 a parteira-guia, juntamente com a atual Secretária de Estado de Políticas para as Mulheres – SEPMULHERES, conversaram com o prefeito da cidade e reapresentaram mais uma vez o projeto de implantação da casa parteira. Na época o prefeito alugou uma casa para funcionamento da casa parteira. O local servia também como ponto de encontro das parteiras, onde elas repassavam os conhecimentos adquiridos ao retornarem de uma qualificação. Após algum tempo a prefeitura deixou de pagar o aluguel da casa e as parteiras tiveram que encerrar os trabalhos ali.

Nesse período as parteiras receberam qualificação e, segundo ela, além do conhecimento tradicional, passaram a possuir também o conhecimento científico. Ela conta que um médico de São Paulo, da Universidade de Campinas, ensinava as parteiras a apalparem a barriga da mulher de olhos fechados e elas passaram a ter a habilidade de identificar pelo tato a posição em que a criança estava.

Ao invés do desgaste, na fala delas agora transborda a esperança! Mais que isso! A consciência do empoderamento de cada uma e todas juntas! A sua força vem da fragilidade instituída. Seu grito de visibilidade é recheado de narrativas e sentimentos de uma intensidade imensurável que não pode ser plenamente relatada, nem narrada, porque é fundamentalmente 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 cuidar das vidas, nos lugares onde vão. Experiências marcadas pela solidão, mesmo que cada uma, conforme Merhy (2014), seja uma multidão.

Relatos e histórias da Parteira-Guia

1. Rede de Cuidados Instituinte do Partejar

Com o projeto do MAMA de aquisição de barcos e motores para dar suporte às parteiras, a parteira-guia relata que passaram a realizar assistência ao pré-natal (cuidados oferecidos à gestante do terceiro ao nono mês de gestação), o que possibilitou significativa melhora ao processo de partejar. Segundo ela, com o tempo já não se ouvia falar de morte de mulheres e nem de crianças. A cada problema identificado em qualquer dessas fases a mulher era imediatamente encaminhada para a maternidade da cidade.

A parteira-guia conta que, anteriormente, fizera um trabalho de levantamento do número de crianças nascidas nos seringais e rios da Região do Vale do Juruá, por meio da Associação dos Seringueiros da Reserva Extrativista do Vale do Juruá, e que o resultado apontava para o aumento do número de crianças que morriam durante o parto e que durante o ano chegavam a morrer mais de 10 crianças. Com a instituição do pré-natal as mortes reduziram bastante.

As parteiras que andavam muitos quilômetros dentro da floresta ou dias, pelos rios, de barco pequeno a remadas, agora podiam contar com um barqueiro, um barco, um motor e uma bolsa com um kit parteira. A relação das parteiras com a rede de saúde local e estadual estava mais próxima e integrada.

Segundo a parteira-guia o mais importante a ser analisado na vida das parteiras é o ato de partear. Há uma tensão na relação com as capacitações por parte da saúde. As parteiras consideram-se pouco capacitadas. Embora as capacitações deixem as parteiras mais distantes do conhecimento tradicional, reconhecem que, em algumas situações, o conhecimento científico contribuiu para a melhoria do processo de partear. A qualificação se dá pela ampliação de opções nas diferentes situações vivenciadas pelas parteiras.

Perguntada se o conhecimento científico atrapalhou os métodos tradicionais do partear, a parteira-guia lembra que algumas orientações não eram bem recebidas pelas parteiras, que continuavam com o método tradicional. Mas as mulheres que estavam sendo acompanhadas pelas parteiras participavam das aulas práticas e no momento do parto questionavam a não utilização de algumas técnicas ensinadas, interferindo na escolha por métodos tradicionais e característicos do partear. Ela assume que demoraram a se acostumar com as técnicas ensinadas.

Uma melhoria reconhecida por todas as parteiras foi o pré-natal. Segundo elas o pré-natal dentro da tradição deu muito certo, estabelecendo vínculo entre a parteira e a parturiente e desenvolvendo confiança entre as mesmas. Isso se deve ao fato da parturiente estar sendo acompanhada pela parteira dia a dia, o que permitia à parteira saber como estava o bebê na barriga da mãe. Ela conta que a confiança da mulher na parteira era tão grande que quando elas chegavam na casa, a mulher se sentia confiante e chegava a ter o parto praticamente sem dor.

Ela fala que existe um grande desafio para elas que é acompanhar o processo de parto de mulheres que engravidam cada vez mais com idades menores. E que, portanto, os órgãos sexuais estão ainda em formação e que esse fato dificulta muito o processo de partear.

Com relação à criança no ato de vir ao mundo, ela diz que ela deve ser observada sob alguns aspectos importantes. O primeiro diz respeito ao rompimento do cordão umbilical, pois tem algumas parteiras que não esperam a passagem do sangue da placenta pra criança, antes do cordão ser cortado. O segundo é o fato da parteira puxar a criança pra acelerar o processo de parto. Ela diz que não há necessidade... Se a criança tá direitinha, fez os nove meses de pré-natal, tá sabendo que tá de cabecinha... e de cabecinha ela vem... pois essa é a posição natural. E argumenta que existem situações que é preciso tocar na criança, mas é o mínimo possível.

2. O Ato de Partejar e suas Afecções

A parteira-guia declara que o que a motivava e ainda a motiva na realização de partos é o amor que ela sentia/sente pelas parturientes, pelo fato delas serem pessoas de sua comunidade. Ela relata que diante de quatro, cinco casas vizinhas... ali ela era líder daquele povo... Era para rezar... para benzer... tudo era ela... Até para retirar um espinho, um bicho de pé era ela quem retirava. “Toda vida Deus me deu esse dom de cuidar das pessoas” (parteira-guia). Ela conta que não recebia para fazer parto mas sabia que ia receber do seu superior (Deus).

Ela relata que quando chegava a hora do parto o marido da parturiente vinha até sua casa (uma hora, duas horas da madrugada) e batia na porta e informava que já estava na hora do parto de sua mulher. Então ela saía de casa na mata, no escuro, na chuva... só por amor. Ela comentou que costuma dizer que “a parteira é amiga da dor”... Quando ela põe a mão na barriga da parturiente ela vai com tanta fé e o amor é tão forte que passa a confiança para a parturiente, e as parturientes logo sentem “agora eu sei que eu vou ficar boa disso”, ao serem tocadas pelas parteiras. E continua “...o amor traz a verdade, traz a calma, traz a paz”... E as parteiras vão com fé e chegam a pensar...).

E isso era o que a motivava, nunca recebeu nada por esse trabalho, a não ser uma galinha para comer quando chegava em casa, ou dois metros de pano para fazer um vestido... por passar quatro ou cinco dias sem poder dormir, “pastorando a mulher até ela ganhar”. É muita dedicação das parteiras... e ela diz que o processo de parto é mantido em segredo - até para o companheiro da parturiente, ou para alguma outra mulher.

A decisão de dar continuidade ao seu trabalho foi o fato dela ter gostado do ato de partejar e as mulheres preferirem ser acompanhadas por ela. E a divulgação de seus partos já era algo que “corria mundo”. As mulheres diziam... “ela fez o parto de fulana e deu certo... Prefiro ela”. O fato dela ser preferida a deixava feliz e honrada e por isso ela não recusava outros partos. Ela diz que Deus a capacitou e depois outras pessoas aqui da terra.

3. Remuneração

O processo de acompanhamento do parto, pelas parteiras, sempre aconteceu de modo espontâneo e sem pretensão de recompensa financeira. Até os dias de hoje as parteiras não recebem pelo ato de partejar, embora quando se reúnem muitas manifestem o desejo de receber pelo trabalho que realizam.

No entanto, a partir de março de 2001 com a criação da Associação das Parteiras Tradicionais, as parteiras foram incentivadas a lutar por uma remuneração, a exemplo da informação que chegou até elas, de que parteiras de outros estados brasileiros já haviam adquirido esse direito.

A parteira-guia destaca que todas as parteiras precisam receber alguma coisa, pois é um trabalho árduo, e de muita utilidade para o governo pelo reflexo no padrão de vida da população, pois se não fosse o trabalho dessas mulheres sábias da floresta, o que seria dessas mulheres quando fossem parir? Portanto, a luta pelo reconhecimento financeiro é diante da importância e valorização do trabalho delas.

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.

a. Parteira-guia – O Primeiro Parto e o Parto mais Difícil

A parteira-guia começou a partejar aos 10 anos de idade, quando um dia ... no seringal em que morava, sua mãe estava sofrendo pra ganhar neném e do outro lado do rio uma comadre de sua mãe também estava grávida e havia chegado a sua hora. A comadre mandou chamar sua mãe, mas como sua mãe não poderia acompanhar o parto pediu para que a parteira-guia fosse ajudar a comadre e lhe deu todas as instruções do processo de partejar.

Ela conta que ao chegar na casa da comadre fez tudo como sua mãe lhe ensinara. Pôs-se de frente para a mulher e, com um pano limpo amparando suas partes íntimas, esperou a criança vir ao mundo. Depois que a criança nasceu a comadre lhe deu instruções sobre como cortar o umbigo, pois a comadre também já havia acompanhado o parto de outras mulheres. E assim a parteira-guia... a menina de mãos pequenas ajudou a vir ao mundo uma outra criança. Não sabia o que era aquilo o que sentiu, pois teve medo! Mas “o medo não se demora na responsabilidade. Só tinha ela, e era ela que tinha que dar conta”. Na Floresta, as crianças assumem cedo a responsabilidade dos deveres de manutenção da vida!

Com relação a partos difíceis, nossa guia relata uma experiência de um parto em que a parturiente teve primeiro a “mãe do corpo” antes do menino nascer (refere-se à exposição da bexiga através do canal vaginal). A manobra utilizada foi o aquecimento de uma cuia (utensílio feito a partir do fruto da planta chamada coité), onde depositou a “mãe do corpo”, protegida por um pano limpo. Ela conta que – ‘de repente, a “mãe do corpo” saiu do meio e a criança nasceu.’

b. O Parto Mais Emocionante

O parto que lhe trouxe mais emoção foi o parto de uma menina de 10 anos de idade. Esse parto emocionou-a muito, primeiramente de tristeza e depois de alegria. Segundo ela a menina deve ter sido a primeira criança que engravidou no vale do Juruá, depois abriu porta para as outras. A parteira acompanhou o pré-natal, do terceiro até o nono mês de gestação, e também o parto. A tristeza que sentia é pelo fato de uma criança que ainda não tinha seus órgãos sexuais desenvolvidos, se encontrar no processo de partejar. A parteira-guia conta que a menina sofreu muito e que estava diferente da maioria das outras mulheres (barriga não diminuiu durante o trabalho de parto, como é comum acontecer e o canal do parto tomou todo o períneo da menina).

A parteira-guia conta que quando as contrações vinham a menina deitava e então as contrações cessavam, quando a menina levantava as contrações reiniciavam. E enquanto a menina caminhava e já com a bolsa rompida, escorrendo líquido pela casa, ela teve a ideia de pegar a criança com a parturiente de pé. Ela chamou o companheiro da menina – de 16 anos – e pediu que ele a apoiasse por trás, quando a contração viesse. Ela forrou o chão e recebeu a criança em uma das contrações fortes. O que mais chamou atenção é que a criança pesou 5.600g. Depois de tudo a parteira abraçou

o marido da parturiente, que a ajudou e chorou de alegria por ter dado certo o parto. Ela agradeceu a Deus por ter concedido a graça da criança ter nascido - mesmo diante da desproporção entre os tamanhos da criança e da parturiente.

A parteira-guia ressalta que a tradição foi “bacana” com ela, pois a ensinou que ela deveria pegar a criança com a parturiente de pé. Ela afirma que é preciso prestar atenção na parturiente, pois existem vários jeitos de partejar e pelo jeito da parturiente, o seu jeito de caminhar dá pra ter uma ideia do melhor jeito para partejar.

c. Ensino/aprendizagem do Partejar

Sobre o processo de ensino aprendizagem a parteira-guia diz... “Nós não temos só professor e só aluno, todos eles professor e são aluno... Porque um sabe o que o outro não sabe... e assim um ensina o outro...tu me ensina e eu te ensino”. Ela ressalta que muitas pessoas ligam para ela e dizem estar precisando de uma orientação na construção de um texto e querem saber sobre rios, sobre florestas e outros temas.

Muitos estudantes de mestrado e doutorado telefonam para saber sobre partos. E ela com muito amor repassa todas as informações que sabe... “Só vai pra frente se eu te ajudar e tu me ajudar”.

Destaca a maneira de como deve ser discutido o assunto com as parteiras e ressalta que tem que ser na linguagem delas. Dá seu próprio exemplo de adequar a linguagem à realidade das parturientes, quando dá palestras para elas ou quando está no processo de acompanhamento do trabalho de parto. Ressalta que com as parturientes ela não pode falar “*tu vais dar à luz quando?*” e sim “*tu vais parir quando?*”. Pois para muitas parturientes dar à luz pode até significar “*acender uma luz ou uma lamparina para clarear a casa*”. Ressalta que, durante o partejar, quando vai falar de um órgão do corpo da parturiente ela procura falar de modo que seja compreendida e que não interfira na comunicação.

d. A RAC nas parteiras

Ela deseja que após a edição deste texto e lançamento do livro, ele possa ser levado e discutido com as parteiras dos municípios do interior do Acre para que todas tomem conhecimento da produção da sua própria história.

O convite para a participação nesta pesquisa veio como um “*respiro de esperança*”, ampliando a visibilidade do trabalho das parteiras tradicionais – tão desvalorizado e pouco visto. Quando foi convidada a ser pesquisadora, começou a juntar dados e resgatar seus escritos, livros, lembranças e histórias. Veio o momento de luz, para que voltasse a procurar as velhas amigas – ela já reside em Rio Branco há algum tempo, e a rede de parteiras reviveu.

A experiência da pesquisa em nós – pesquisadoras não-parteiros, revolveu lembranças nunca vividas, mas conhecidas de nossas mães, parentes, amigos! Muitas de nós – no Acre, nascemos com a intercessão de parteiras tradicionais! E o afastamento da floresta, assim como aproximação do sistema formal de atenção ao parto, colocou uma cortina de opacidade, retirada com a RAC.

As parteiras novamente se reuniram e retomaram o diálogo com a Secretaria de Saúde e com o Governo Estadual. Participaram da condução de um dos momentos

mais potentes dos Encontros da Rede Unida (Norte e Internacional), quando expuseram seus saberes e trocas de experiências!

Considerações Finais

As práticas tradicionais no parto ainda são mantidas “entocadas” em muitos lugares do estado do Acre, principalmente em lugares de difícil acesso, onde as pessoas moram às margens dos rios e igarapés. O ato de partejar, ensinado de geração a geração, motivado pela necessidade do cuidado da mulher e da criança durante o parto, em lugares em que não há assistência à saúde pelas redes formais. O modo como as parteiras se organizam e a capacidade que elas têm de manejar saberes na condução de cada parto sustentam uma rede de cuidados não formal sustentável– instituinte..

O ato de partejar, desenvolvido pelas parteiras da Região do Vale do Juruá, sofreu grandes influências da medicina contemporânea a partir da criação da Associação das Parteiras Tradicionais da Floresta de Marechal Thaumaturgo – e obrigatoriedade de capacitação para utilização de kits e manuais da parteira. Influências que, segundo as parteiras, trouxeram melhorias e diversificaram as alternativas para diferentes situações encontradas no processo de partejar, em especial no que se refere ao olhar para o pré-natal.

Na RAC, de maneira fantástica, as parteiras souberam viver como nenhum outro ator, o papel de pesquisadoras-RAC (avalia quem pede, quem faz e quem usa). Colocaram suas redes em conexão, fortaleceram-se, escreveram, ouviram, revisitaram, ousaram, venceram barreiras e revisaram atitudes, saberes e textos. Inclusive este.

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, Maria Paula Cerqueira e Emerson Elias Merhy. (Org.). **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.

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.

Nas trilhas da usuária-guia Gil

Alzira de Oliveira Jorge
Ricardo Luiz Narciso Moebus
Rosania Aparecida da Silva

Introdução

Dentre muitos boletins de ocorrência – BOs que recheiam a história de quem chamaremos aqui Gil, um deles tornou-se um divisor de águas em sua vida:

Empenhados pelo Comando da Polícia Militar, comparecemos ao local da ocorrência e fizemos contato com a vítima que nos relatou que a autora (Gil) avançou em sua mão, segurando-a com força, tomou-lhe o dinheiro, e quando a mesma e o motorista tentaram recuperar o dinheiro, a autora veio a colocar o dinheiro dentro da calcinha, e como ela é dotada de bastante força física, reagiu e impediu a ação da vítima e do motorista. Foi possível somente detê-la dentro do coletivo e chamar a Polícia Militar. A guarnição compareceu ao local, constatou que a autora sofre de transtornos mentais, foi algemada por estar bastante agressiva, a vítima efetuou a busca pessoal e recuperou o montante de aproximadamente R\$214,00 e um vale transporte de R\$2,00. A autora foi levada até sua residência, e em seguida, com sua genitora, foi levada ao Instituto Raul Soares, hospital psiquiátrico, onde permaneceu internada. (BO 16/10/2007. Editado em função de nomes e redação).

Isto porque a partir de tal BO, o Ministério Público apresenta ao Juiz da Vara Criminal uma denúncia, deflagrando uma ação penal que desembocará após alguns anos na sentença de internação da usuária em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

E no comunicado de Autorização para Internação:

Comunicamos a V. Exa. que estamos autorizando o internamento da sentenciada Gil, no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena, para cumprimento da medida de segurança.

A referida sentenciada, de acordo com o art. 5º da Resolução 642/98 de 14/07/98, desta Secretaria, deverá ser apresentada naquele estabelecimento no prazo máximo de vinte dias, a contar da data da publicação deste ato no “Minas Gerais”, acompanhada da cópia Xerox do processo crime e atestado médico, constando de seu teor ser ou não portadora de doença infecto-contagiosa.” (Autorização de Internamento / Núcleo de Movimentação de Internos. Editado em função de nomes e extensão).

Este texto é resultado da pesquisa “Observatório Nacional da Produção do Cuidado em Diferentes Modalidades à Luz do Processo de Implantação das Redes Te-

máticas 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, incluindo também a cidade de Belo Horizonte/MG, para avaliar a produção do cuidado em saúde à luz das “Redes Temáticas” implantadas no Sistema Único de Saúde – SUS.

A aposta feita é que, ao se levar em consideração os saberes e experiências de todos os atores do processo de produção de cuidado em saúde nestes municípios, numa forma mais simétrica, seja possível produzir um olhar mais plural e uma experiência mais rica e perspectivista (VIVEIROS DE CASTRO, 2008). Neste sentido, os pesquisadores se colocaram no exercício de ir além da produção de sujeitos pesquisados, apostando na produção de pesquisadores locais, e na completa mistura e “imundização” dos pesquisadores com o contexto e realidade dos trabalhadores, gestores e usuários da rede de serviços, conforme nos propõe Abrahão *et al.* (2014).

Apresentamos aqui algumas das interferências obtidas a partir do acompanhamento de uma usuária do SUS e do processo de construção do “usuário-guia”, como explicitado abaixo, como percurso produtor de saber a respeito dos modos de produzir cuidado, operantes tanto nas redes de saúde envolvidas no tratamento em questão, quanto nas redes de vida tecidas pela própria usuária.

A aposta aqui é que se buscamos pesquisar a produção do cuidado, então precisamos construir um modo pesquisador que funcione como o modo cuidador, ou seja, uma pesquisa baseada no encontro, dos pesquisadores com os trabalhadores, gestores e usuários. Uma pesquisa que coloca o usuário-guia no centro da produção do saber sobre o cuidado, assim como ele precisa estar no centro da produção do cuidado.

Desta forma, pretende-se ir alinhavando o que seria a produção de “testemunhas verídicas” que “como se diz em matemática: eles não estão aí para provar e sim para explorar a maneira pela qual descrevemos as situações” (STENGERS, 2002, p. 29), produzindo assim um “testemunho fidedigno” desses modos de produção de saber a partir dos usuários-guias.

Metodologia

Os percursos metodológicos que levaram à construção do usuário-guia são dinâmicos, múltiplos, variados, e “mestiços” (SERRES, 1993).

Várias foram as fontes utilizadas: documentos dos serviços, incluindo os prontuários e relatórios existentes; narrativas dos usuários, de seus familiares ou contatos; narrativas dos profissionais de saúde; caderno de campo, entre outros. Independente da fonte utilizada, o mais importante da metodologia é que o usuário se constitui no centro do processamento e da construção da pesquisa. Neste sentido o mais fundamental é sempre o usuário, com sua história de vida contada de diversas formas e por diversos atores, inclusive ele próprio (narrativa de si), e expressa no que denominamos de usuário-guia.

O usuário-guia, por um lado, pode ser uma narrativa produzida a partir do encontro entre os trabalhadores de saúde e os usuários, incluindo todos os encontros que atravessam esta relação, seja com outros profissionais, com a família, com outros

serviços de saúde, com os amigos etc. Por outro lado, o usuário-guia é também e, principalmente, a narrativa de si mesmo, tecida na produção da própria existência, incluindo aí o cuidado de si. Mas, narrativa de si produzida também nos encontros com os pesquisadores.

Esse percurso metodológico aposta na conexão criativa operante nos cotidianos dos serviços de saúde, para ali poder compartilhar em ato as experimentações, a produção de saber vivo no dia a dia dos profissionais e também das famílias e dos usuários.

Trata-se aqui de uma aposta no agir em saúde, em uma perspectiva que nos remete a Antônio Negri:

“Agir significa formar nosso amanhã, [...] a reflexão para a vida, tanto vivida quanto refletida, e que passa à ação”.[...] A ação não é um movimento muscular ou um esforço físico, mas a busca do comum. ” (NEGRI, 2006)

Essa escolha por uma investigação que persiga o trabalho vivo em ato nos serviços de saúde, e as redes vivas pulsantes, itinerantes, e cambiantes dos usuários, aparece como uma primeira definição do campo a ser pesquisado:

“Eis o que significa para mim escolher o seu campo: militar e ao mesmo tempo recuperar a condição nua da vida. E ainda: arriscar cada instante como inovação da vida num tempo que é criação.” (SERRES,1993).

A viabilização da entrada em campo da pesquisa passou, em primeiro lugar, pela apresentação e negociação do projeto junto aos dirigentes da secretaria municipal de saúde.

Em um segundo momento, já em contato com a equipe gestora tanto em nível de distrito sanitário, quanto dos gestores diretos dos serviços de saúde, disparou-se a busca pela construção de usuários-guias a partir dos casos complexos acompanhados nas referidas unidades, que pudessem ser reveladores das potências, dificuldades, limites e desafios enfrentados cotidianamente nestes cenários de práticas. Um desses usuários que nos guiaram por essa pesquisa será, aqui, chamada de Gil.

Tecendo as diferentes narrativas

“Perturbação da ordem pública”

Gil, usuária-guia que acompanhamos no distrito sanitário noroeste de Belo horizonte tem 32 anos, é a primeira de 3 irmãos, não é alfabetizada, é usuária de um centro de saúde, do Centro de Referência em Saúde Mental deste distrito – CERSAM (nome dos CAPS locais), do Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP, do Programa de Atenção INTEGRAL ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, além de eventualmente ser levada pela polícia ou pelo corpo de bombeiros para urgências de hospitais psiquiátricos.

Em dois momentos no segundo semestre de 2007, Gil em crise, torna-se agressiva dentro de ônibus, no primeiro agredindo passageira e no segundo uma cobradora do veículo, sendo conduzida pela polícia para hospital psiquiátrico e feito boletim de ocorrência – BO.

Em dezembro de 2007, o Ministério Público, com base no inquérito policial disparado a partir desse último episódio, oferece denúncia contra Gil na 8ª Vara Cri-

minal da Capital. É solicitado um laudo pericial de sanidade mental, que atesta que Gil possui doença mental e era inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato e de autodeterminar-se, de acordo com este entendimento.

Em maio de 2012, Gil é considerada culpada, mas é absolvida, na modalidade de absolvição imprópria, considerando que era interdita e com laudo psiquiátrico forense, o que prevê a aplicação de uma medida de segurança, sendo-lhe aplicada a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, por um período mínimo de um ano. O caso também é encaminhado ao Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que passa a acompanhar o caso.

Assim, em 22 de maio de 2012 é autorizado o internamento da usuária no Hospital Psiquiátrico e Judiciário “Jorge Vaz”, em Barbacena/MG, para cumprimento da medida de segurança. Mas Gil não se encontrava em casa, nem no CERSAM, nem no Centro de Saúde, e não é encontrada em lugar nenhum, conseguindo assim “perder a vaga” da internação, que é redirecionada a outro usuário.

A equipe do PAI-PJ segue acompanhando Gil, em interlocução com a família, com a equipe de saúde da família responsável e com os profissionais que acompanham o caso no CERSAM.

Na verdade, algumas ocorrências policiais acontecem nesse período, nas quais Gil por vezes está agressiva na rua, ou agitada, ou pulando na frente dos ônibus, colocando sua vida em risco, ou gritando, queixando dores, com risco de ser atropelada.

Apesar disso, as equipes do Centro de Saúde, do CERSAM, do PAI-PJ, sustentam sua aposta no tratamento aberto, ambulatorial, fora do manicômio judiciário, tentando construir vínculo, conexão, laço com Gil e sua família. Todos bastante receosos de que essa aposta, e sua consequente permanência nas ruas, possa envolvê-la em algum episódio de violência mais séria ou grave por parte ou contra a própria usuária.

Nessa tensão de dificuldades na implementação dos projetos terapêuticos propostos, de risco iminente de uma internação em hospital psiquiátrico judiciário, e do desafio de sustentação de um tratamento externo sob ameaça e acusação de violência, é que Gil é escolhida pelas equipes como um caso traçador das dificuldades e limites na produção do cuidado, como um possível candidato a usuário-guia.

A equipe do PAI-PJ participa da pesquisa a partir de reuniões e experimentações conjuntas com os profissionais do Centro de Saúde e do CERSAM para discussão e planejamento do caso.

“Fala para essa Kombi me levar embora”

Gil quando está no CERSAM repete várias vezes que está com medo de ficar presa. Gil chega ao CERSAM Noroeste em agosto de 2003, encaminhada por um dos hospitais psiquiátricos que frequenta. Vem com relato de retardo mental moderado e transtorno psicótico a esclarecer, tendo sido levada ao hospital pela polícia, devido à crise de agitação psicomotora, agressividade verbal e física, ideação persecutória endereçada à mãe, pensamento concreto, quebrando as coisas em casa, em razão do que a mãe acionou a polícia que a levou ao hospital.

Gil quer andar, quer ficar boa, quer arrumar um trabalho, casar, ter filhos, quer ir para sua casa. Mas quando fora dos serviços de saúde, persiste agredindo, bate na tia de um “malandro” do aglomerado onde vive, que por isso atira nela, mas o tiro teria “mascado”, conforme refere.

Não quer ficar no CERSAM, “fala para essa Kombi me levar embora”, pede sempre, fica agitada, agride a si mesma, sendo contida ao leito. Logo no primeiro encontro com o CERSAM já permanece por 8 dias seguidos nesse serviço, em regime 24 h.

Gil, a partir de então, sempre volta ao CERSAM, por vezes ficando em permanência-dia, outras vezes também em pernoite, chegando a ficar seguidamente por várias semanas.

Ela também frequenta o Centro de Saúde com acompanhamento por equipe de saúde da família, e também sempre aparece no Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP, retaguarda psiquiátrica que atende à noite, e também registra muitas passagens e algumas internações curtas em hospitais psiquiátricos.

O mais freqüente é que não se consiga um seguimento do tratamento quando ela vai para casa. Não comparece nas datas marcadas, não espera a Kombi do CERSAM buscá-la no local combinado, aparecendo, em geral, sendo transportada para serviços de urgência em alguma situação crítica, em que está incomodando em lojas e estabelecimentos comerciais ou espaços públicos, ou onde está se expondo ao risco e atrapalhando o tráfego.

Recebe prescrições medicamentosas variadas, tem inúmeros diagnósticos, faz uso em geral, irregular e descontínuo dos remédios, o que leva ao uso de medicação injetável de depósito.

Os profissionais envolvidos com o caso no Centro de Saúde e no CERSAM participam da pesquisa a partir de várias discussões conjuntas realizadas para discussão do caso e seus desdobramentos. Apostam na sustentação de um tratamento aberto, mas atônitos com a descontinuidade do tratamento e com a dificuldade em fazer com que Gil cumpra o plano de cuidados, o projeto terapêutico.

Ponderam que, muitas vezes, os serviços inventam projetos terapêuticos para os usuários de forma antecipada, e que muitos desses projetos não coincidem com os projetos pessoais das pessoas aos quais se destinam. Nesse sentido, a própria pesquisa funcionaria como um disparador de diálogos com essas práticas profissionais, suscitando produção de um saber reflexivo sobre elas, aumentando o interesse e envolvimento dos profissionais pelas histórias de vida dos usuários, caminhando do “caso clínico” para o “usuário-guia”.

“Infelizmente sou a mãe dela”

Dona Nete (a mãe) conta que Gil começou a tratar-se aos 4 ou 5 anos, que tomava anticonvulsivante, que foi criada pela avó até os 18 anos, quando após ter agredido um tio, e após falecimento da avó paterna, foi entregue de volta à mãe.

Em acolhimento no CERSAM, a mãe apresentava arranhões no rosto, nos braços, nas costas, hematomas nas costas e cabeça. Conta que são agressões de Gil, que ela agride outras pessoas na vizinhança também.

Faz sempre questão de demonstrar todo seu esforço em cuidar da filha, uma tarefa que por vezes lhe parece impossível: “quando ela toma o remédio fica boa e é possível cuidar dela, quando ela tá ruim, eu não dou conta, fico com a cabeça ruim também.”

Dona Nete nos momentos mais desgastantes chega a chamar a filha de pilantra, conta que ela urina na cama desde a infância, e que eventualmente também defeca nas suas roupas, e se recusa a lavá-las, e chega a dizer que a filha faria isso intencionalmente. Tenta obrigar Gil a lavar suas próprias roupas, o que gera conflitos intensos e constantes.

Discorre longamente sobre a situação passada e atual de Gil, sublinhando que já não aguenta mais, que para criticá-la sempre aparece muita gente, mas ninguém aparece na hora de ajudá-la. Dona Nete se queixa de que Gil fala sem parar, e praticamente não dorme, e xinga a todos boa parte do tempo, especialmente ela própria e que, ao mesmo tempo que a chama de “Benção”, chama também de “puta”, de “vagabunda”, e vários outros palavrões.

A mãe, por sua vez, também não é alfabetizada, não foi criada pelos pais, mas por parentes, casou-se bem cedo, Gil foi sua primeira gestação, e deste primeiro casamento tem também um filho, com diagnóstico de déficit cognitivo; e outra filha mais nova de um outro relacionamento. O pai de Gil foi assassinado na primeira quinzena de julho/16, à facada, num bar do aglomerado, “por motivo torpe”, em função de desentendimento com outro morador.

O padrasto de Gil, alcoolista abstinente, é de uma família grande e respeitada no aglomerado, casou-se pela segunda vez, com Dona Nete, e ela fala disto, como um grande conquista, conseguida a duras penas “tolerei muita coisa, pra ficar com esse homem”. Dona Nete explicita a tensão frequente entre Gil e o padrasto e se interpõe no fogo cruzado entre os dois para mediar conflitos e equilibrar-se na tarefa de mãe e esposa, de dois sujeitos que “não se bicam”.

Relata vários episódios difíceis com Gil, como quando ela chega em casa depois de dois ou três dias sumida, de madrugada, gritando no beco e assustando a todos, ou quando Nete chegando em casa já ouve os gritos de Gil e reza para que ela sossegue um pouco, ou ainda, quando chegando em casa, encontra a usuária nua na rua, enrolada em cobertor na porta de um bar em frente a sua casa, se recusando a ir para casa.

Devido a esta “maternagem” sofrida, desgastante, permeada por conflitos, desafetos, altos e baixos, rupturas e tentativas de reconstrução, Dona Nete defendeu, veementemente, a ida de Gil para o Hospital de custódia e tratamento em Barbacena, para uma pausa, um descanso, um alento, em meio às muitas tentativas de um laço mãe-filha mais harmonioso.

Depois de alguns encontros e conflitos da mãe com os profissionais das equipes de saúde, ela se convenceu que trancar Gil num manicômio, privá-la da liberdade e da interação com o mundo, iria lhe produzir mais morte que vida e tornou-se aliada na perspectiva de manter o cuidado no território, contudo, seguiu considerando, insuficiente, o que a rede e seus atores ofereciam a Gil e à família.

Conta também que Gil agrediu uma vizinha, que era uma pessoa relacionada ao grupo que controla “o movimento” no aglomerado e que, portanto, poderia trazer

sérios problemas para toda a família, poderiam até ter que mudar de lá. Este fato surge como o que acabou sendo o desencadeador da atitude de colocar uma grade na entrada de acesso da área da frente da casa, onde está o quarto de Gil.

Dona Nete participa da pesquisa a partir de encontros com os pesquisadores e profissionais do Centro de Saúde, no próprio Centro de Saúde e em sua casa.

“Escreve aí: chorando muito para ir embora”

Em sua narrativa de si, Gil conta que quando mais nova e bonita ganhava as coisas, mas agora precisa chorar para ganhar, porque é feia e gorda. Quer fazer um novo “cartão” para poder ir até a Estação Vilarinho e Estação Diamante. Importantes centros de conexões de ônibus em Belo Horizonte.

Gosta de andar, tem medo de engordar muito e morrer, principalmente se ficar presa. Circula em geral pelas pequenas cidades da região metropolitana de BH, sendo abordada por policia, SAMU, serviço social, corpo de bombeiros, em lojas, ou supermercados, onde aparece para pedir ou pegar alguma coisa que precisa.

Gil quer o que considera bom e bonito para si, e barganha com os profissionais da equipe – “só deixo aplicar injeção se comprar um macacão pra mim”, ou “se me dá essa bolsa azul”, ou “me emagrecer e me dá sua calça”. Também pede café, coca-cola e não quer esperar para ser atendida, rolando no chão da rua, em frente ao centro de saúde, mais de uma vez, num gesto de protesto e birra.

Vai ao Aeroporto de Confins, insiste em pegar um avião para São Paulo: “quero ir para São Paulo, conhecer os motoristas, conhecer o povo, o povo de lá ia conhecer eu direito e ia me dar muitas coisas.” A assistente social e a médica da INFRAERO reclamam, pedem uma revisão do tratamento porque a estão deixando voltar lá, porque a deixam andar pelas ruas.

Aparece em rodoviárias ou lugares públicos nas cidades de Ribeirão das Neves, Itabirito, Brumadinho, Ibitité, Nova Lima, Sarzedo, Pedro Leopoldo, Contagem, Betim, Congonhas do Campo, Santa Luzia. Costumando ir várias vezes para a mesma cidade. Pedro Leopoldo é uma das preferidas, algum serviço público, de saúde ou não, a traz de volta para BH, por vezes questionando o tratamento que a deixa perambular e incomodar por aí.

Procura o Hospital das Clínicas e o Hospital da Baleia pedindo cirurgia de estômago, quer emagrecer, quer ficar bonita como a irmã mais nova, “que é magrinha”. Gil foi encaminhada ao serviço de tratamento de obesidade mórbida do Hospital das Clínicas, pela equipe do centro de saúde, para auxiliarem na concretização de sua demanda de emagrecer, mas o hospital reencaminhou-a, ao centro de saúde, com a solicitação de estabilização do quadro psiquiátrico como prioridade, antes de qualquer outra intervenção.

Não aparece no CERSAM nos dias combinados, marcados, mas aparece várias outras vezes, mesmo sozinha neste centro de referência.

Em janeiro e fevereiro de 2007 procura o CERSAM, “quero internar, fiz quebradeiras na minha casa, deixa eu internar!” Sendo admitida para permanência dia. Insiste: “tomo o remédio se a senhora me deixar dormir aqui!” E depois não quer mais ir ao CERSAM, fica agressiva. “Quero ficar em casa, passear, posso

tomar o remédio no posto”. Recusa ficar no CERSAM, “eu rodo o Brasil todo, porque não posso ir para casa? Se eu não for para casa eu não vou ter uma calcinha para vestir.”

Gil quer viver, mas também quer morrer, e tenta suicídio em novembro de 2009 e outubro de 2011, tomando veneno de rato.

Sua entrada na pesquisa é delicada e difícil, como todo o resto.

O pesquisador é levado até a casa de Gil por sua mãe, a encontra parada logo atrás do portão, tenta um cumprimento, dá bom dia, e ela responde, entre xingamentos: “Não vem não! não vem não!” E “que que essa vagabunda está trazendo esse homem aqui?” Fica falando para si mesma, repetindo assuntos que vão se seguindo: “Ela fica lá deitada na rua, a doida, a doida fica lá deitada na rua, a doida vai morrer... os pivetes... tem que cuidar dos pivetes...”

Em ocasiões seguintes, estando o pesquisador desacompanhado da mãe ou de qualquer outra pessoa, a recepção é bem melhor: “Pensei que você tinha morrido? até chorei.” “Querida te pedir um dinheiro...” Depois de algum tempo: “O que você está olhando? Você quer fazer sexo? Fazer sexo é deitar pelado”.

Sai pelas ruas do aglomerado acompanhando o pesquisador, conhece bem as pessoas, é cumprimentada por várias, fala de outras só de ouvir uma voz que grita chamando alguém ou canta.

Quer uma roupa, quer um cinto, quer maquiagem, quer ficar bonita, quer ficar magra, quer andar pela cidade, quer ter dinheiro, quer ir para a porta da garagem dos ônibus do bairro Dom Cabral, quer encontrar novamente com o Samir, vendedor ambulante que costuma estar por lá. Mas está “ficando com sono de tanto remédio que eles tacam”, e tem dificuldade até de andar.

Gil mora com a família, mas seu quarto está à parte, fora da casa principal. Há um portão de acesso do beco para a casa, onde encontramos uma área aberta, com um pequeno quintal. Neste fica o quarto com banheiro onde mora a usuária, com livre acesso para o portão de saída para o beco. Porém, para o acesso à casa, foi colocado um portão, grades de ferro. De maneira que Gil está livre, mas o restante da família, mãe, padrasto e irmã, estão atrás das grades. A instalação dessas grades já foi abordada pelas equipes de saúde como um possível elemento que deixaria a usuária mais instável, por sentir-se excluída da família, já que dorme separada, toma banho separada, também almoça separada.

Em uma ocasião a família conta que resolve deixar a grade aberta e convida Gil para almoçar junto com eles na mesa da casa, e ela dá conta de participar desse almoço, mas logo após, pede para sair porque está com vontade de quebrar as coisas. A mãe ainda insiste para que ela tome o café antes, Gil sai, e fecha a grade, mas a mesma fica destrancada. Ela verifica a grade destrancada e pede para que a fechem porque está com muita vontade de quebrar tudo, a mãe ainda insiste que ela pode ficar aberta, mas Gil pede para que tranquem a grade, o padrasto recua e assim é feito.

Nossa guia pede para trancar a grade, pede ajuda para conter aquilo que sozinha não consegue. Inversão curiosa dos tradicionais cenários dos loucos presos, pois não há grade no quarto de Gil, ela está livre e a grade está na entrada do cor-

redor para sala e cozinha da casa. Os outros estão por detrás das grades, é a família quem fica presa e não a usuária.

Alguns achados e encontros nas trilhas desta usuária

Gil foi escolhida pelos trabalhadores e pesquisadores pelo fato de ser um caso que mobiliza muito a rede de saúde desde o centro de saúde, o CERSAM, o Serviço de Urgência Psiquiátrica-SUP, o SAMU, mas também as outras redes sociais: o PAI-PJ, a Polícia Militar, a comunidade. Era um caso considerado muito incômodo para as equipes, pois ela apresentava dificuldades para seguir qualquer projeto terapêutico, desaparece e só volta quando em crise, o que leva as equipes a se perguntarem: como cuidar de alguém tão errante?

Contudo, o próprio processo reflexivo compartilhado produzido a partir da pesquisa permitiu uma inflexão no olhar sobre esse cuidado, possibilitando às equipes perceberem avanços apesar das imensas dificuldades. Foi percebido produção de vida para além das restrições do diagnóstico, caminhando na construção de um usuário-guia que vai produzindo sua vida, inventando seu cuidado, apesar das reais limitações e precariedades, um usuário-guia vai se delineando para além de um “caso clínico”.

As equipes encontravam enormes dificuldades para viabilizar os projetos terapêuticos e articular a rede assistencial para Gil, mas sustentavam a aposta em acompanhamento aberto, com projeto cuidador dela e da família, sem internação em hospital de custódia. Reconheciam que a própria usuária-guia ia tecendo um específico arranjo de rede, assistencial e existencial.

Houve um período, de 2003 a 2013, em que Gil era frequente no centro de saúde, mesmo sem seguir agendamentos e combinações, e sua principal demanda era emagrecer, o que não se conseguiu. Desde então, sua ida a este serviço é esporádica, ocasional. E assim o vínculo com o centro de saúde nos últimos tempos tem sido com os familiares muito mais que com a usuária, pois ela acaba precisando ficar, muitas vezes, em um serviço que oferece permanência-dia e pernoite, como o CERSAM. Necessitando de repactuar constantemente planos de cuidado que não se cumpriam, como por exemplo, sua frequência ao CERSAM.

O convívio com Gil não era nada fácil, com muitos conflitos, atritos, especialmente com a mãe, pessoa mais próxima dela durante o processo da pesquisa.

Gil escapava todo o tempo do planejado pelas equipes, exigindo muito dos profissionais, que precisam reinventar constantemente suas apostas e propostas de tratamento, para uma pessoa que constrói seus laços mais na rua que nas instituições, família e serviços de saúde. Seria uma usuária difícil em estabelecer laços com os serviços de saúde? Parece que, pelo contrário, alguns serviços são importantes referências na sua trajetória, aos quais ela está frequentemente recorrendo como lugar de apoio, suporte, segurança, amparo. No entanto, o laço que ela estabelece com esses serviços não costuma coincidir com aquele proposto, há uma distância de projetos e propostas de cada parte.

Gil circulava pelas cidades, construindo relações que pareciam frouxas ou fluídas, seu lar é o mundo. Gil sentia que não tinha lar? Isso era a errância? Ela sempre buscando (re)construir relações com outras pessoas, novos laços sociais.

A maneira de expressar-se da usuária envolvia muitas vezes conflitos, atritos, e ruptura de laços sociais, na família, na vizinhança, nos variados locais por onde passa. Mas ela conseguia expressar-se nos momentos de sofrimento como, por exemplo, quando tem vontade de quebrar tudo pedindo para ficar trancada no quarto, atrás da grade, que a separa da família. A grade constitui-se em um dispositivo questionado pela equipe de saúde, mas que, descoberto na pesquisa, tranca a família do lado de dentro da casa e a separa da Gil que fica livre para sair, e não o contrário (RAC MG, 2015).

Nossa usuária-guia reposicionou o olhar das equipes, porque estava invisível para o CERSAM e escapava o tempo todo do centro de saúde:

Contribuiu para ampliar, sensibilizar e flexibilizar meu olhar... Descobri que há muitos modos de cuidar e que cuidar, é em alguma medida, a síntese e o pacto, explicitado ou não, de vários querereres e saberes de usuários, trabalhadores, familiares, gestores, pesquisadores, comunidade. (Fala de uma médica da equipe responsável por ela)

É importante destacar que ficou evidenciada uma tensão entre a gerência/gestão e os trabalhadores em relação ao peso do trabalho na atenção básica e a necessidade de minimizar o desgaste dos profissionais para continuar garantindo energia para o conjunto dos desafios a serem enfrentados neste nível de atenção. Neste caso ficou clara a situação da equipe do centro de saúde se sentindo desamparada para atender casos “complexos” como o da Gil, sem o apoio e matriciamento considerados suficientes.

Por isso mesmo, a equipe fez vários movimentos buscando construir apoio técnico e matricial, expresso, por exemplo, pela articulação do centro de saúde com o Pai PJ para construção do projeto terapêutico singular para Gil, ou as discussões para construção de uma maior integração entre equipes do centro de saúde e CERSAM.

O processo da pesquisa propiciou ou catalisou uma reflexão das equipes sobre a necessidade de atentar para o tanto de “Gils” que existem e que, às vezes, passam despercebidas. E algumas perguntas nos mobilizaram nestas discussões: como singularizar os atendimentos e olhares dos profissionais de forma a se tocarem com os casos como se fossem a primeira vez? E ainda, como cuidar para que os trabalhadores de saúde continuem a se encantar e singularizar o olhar? Como trabalhar de forma que não seja tudo tão pesado para a equipe?

Ao longo do percurso dessa pesquisa, pudemos ter como retorno de alguns profissionais que, a própria maneira de olhar para o usuário como guia, e apostando em suas potências de produção de vida, cria uma nova perspectiva, mais suave para os trabalhadores, que podem sair de um embate permanente e inglório, com os próprios usuários que se mostram “desobedientes” dos projetos terapêuticos estabelecidos, muitas vezes unilateralmente por profissionais ou equipes de saúde.

Nesse sentido, evidenciou-se a importância de se conseguir reconhecer essas redes vivas para abordar de forma mais qualificada casos como este.

Em Busca de uma Síntese Parcial e Provisória

Por um lado, podemos pensar a história de Gil, na lógica de um “caso clínico”, como um caso de difícil manejo e controle clínico, com inúmeras “passagens ao ato”, com “baixo limiar de frustração”, com impulsividade desenfreada que gera tanto riscos para si quanto para terceiros, com episódios recorrentes de hetero e autoagressividade, com baixa adesão ao projeto terapêutico ou plano de cuidados elaborado pelas equipes que a acompanham, com baixo nível de elaboração e produção subjetiva nos atendimentos, configurando uma situação limite para um plano de cuidados, sobretudo que seja pautado na autonomia e na liberdade do usuário.

Por outro lado, se considerarmos o preceito de suspender temporariamente o juízo clínico, colocando “a doença entre parênteses” (BASAGLIA, 2001), tentando seguir a produção de conexões de vida que Gil vai construindo em um amplo território que envolve uma dezena de cidades na região metropolitana, poderemos considerar sua capacidade de escapar sozinha de uma internação mortificante, de resignificar as grades que, em algumas circunstâncias, evitam um novo confronto, uma nova ruptura com seus familiares. Podemos considerar seu modo peculiar de estabelecer vínculos bastante fortes e consistentes com os serviços, estações de tratamento das quais faz amplo e frequente uso, ainda que não dentro do previsto pelos profissionais.

É de se considerar a potência de vida operante nesta usuária-guia, que mesmo pautada por um diagnóstico de uma incapacidade, de uma impossibilidade, desenvolve várias estratégias de visibilidade e de desaparecimento, de pedido de apoio e socorro, mas também de desligamento, de construção e desconstrução de laços, e de novo, de rupturas constantes.

Vivenciamos importantes reflexões junto com os trabalhadores de saúde da necessidade de se olhar cada vez com maior cuidado para esses usuários que são considerados mais complexos, ou inesperados, buscando novas ferramentas e retirando as amarras burocráticas para pensar o diferente e o novo.

Evidenciou-se a necessidade de ampliar o olhar para a perspectiva de que construir redes vivas ultrapassa em muito os limites do setor saúde, com outros processos de parcerias e articulações. E ainda mais que a construção de sujeitos mais autônomos passa também por se considerar e apoiar a produção de vida existente nas tantas redes existenciais que estes sujeitos constroem em seus modos diferentes e muito singulares de andar a vida (MERHY *et al.*, 2014).

Essa outra perspectiva de olhar para o usuário e o tanto de redes que ele consegue articular, foi justamente por onde nos guiou Gil, saindo de dentro dos serviços de saúde, requerendo novos modos dos trabalhadores e dos serviços reinventarem sua forma de produção do cuidado e a si próprios.

Referências Bibliográficas

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

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada – relato de um hospital psiquiátrico**. São Paulo: Editora Graal, 2001.

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.

NEGRI, A. **De Volta – Abecedário Biopolítico**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006.

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.

SERRES, M. **Filosofia mestiça**. Trad. de Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1993.

STENGERS, I. **A Invenção das Ciências Modernas**. São Paulo: Ed. 34, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Coleção Encontros**. Rio de Janeiro: Azougue Editora; 2008.

“Ter câncer mudou minha vida”: a vida de Luíza

Mariana Pompilio Gomes Cabral
Túlio Batista Franco
Maria Salete Bessa Jorge

Introdução

A pesquisa foi realizada em São Luís/MA, a partir de oficinas com trabalhadores de saúde da atenção primária, hospitais de referência, gestores da secretaria municipal e estadual de saúde responsáveis pelo desenho e construção da rede oncológica.

Encontramos a usuária-guia Luíza, em tratamento de câncer de colo uterino há cinco anos, posteriormente encontramos com Maria, sua companheira e Liliane, sua filha. Este encontro foi proporcionado pela ACS que solicitou conversar:

Luíza é minha vizinha. Eu sei que Maria e sua filha cuidam muito dela. Eu só sei que ela tem câncer de colo uterino, não a acompanho muito pois ela não pertence a minha área. Na verdade, não sei nem quem a acompanha, acho que ela não tem vínculo com a atenção primária. Não quis falar na oficina porque não é um caso que eu acompanho. Eu sei da história de Luíza porque sou sua vizinha, mas nunca a vi sendo acompanhada por ninguém do posto. (ACS)

Uma questão que chamou muita a nossa atenção foi o receio da ACS em falar sobre Luíza por não se sentir autorizada, por não pertencer à micro área de sua responsabilidade: “Será que tem algum problema? Eu conheço Luíza, me preocupo muito com ela, às vezes tento ajudá-la, faço visitas, mas eu não sou a responsável pela área dela e nem conheço a ACS dela”.

Luíza é uma mulher de 58 anos, de baixa estatura, negra, cabelos pretos sempre presos na altura do pescoço. Destaca-se a sua magreza, aparentando sinais de fraqueza, misturada a uma timidez, com um tom de voz baixo e uma narrativa que, por muitas vezes, iniciava e finalizava junto à expressão de um sorriso. De início, uma mulher silenciosa, que travava uma conversa pausada, com poucas palavras e longos momentos de silêncio. À primeira vista, Luíza foi discreta, contando sua história de vida entrelaçada à descoberta do câncer de colo uterino e ao tratamento oncológico, entre sorrisos tímidos e lágrimas discretas.

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 nos encontrávamos com ela, em sua humilde e afetuosa casa, sempre acompanhada de sua filha Liliane e sua companheira Maria, Luíza mora com sua filha na casa de sua companheira.

Os encontros percorreram fluxos fora de uma ordem pré-estabelecida, mas que, ao fim, desenhou a rede de cuidado de Luíza, o devir câncer que impõe a uma mulher transformações físicas, sociais, emocionais, espirituais e subjetivas.

Da descoberta à reabilitação: “O câncer mudou minha vida”

Luíza, que está em tratamento de câncer do colo uterino há cinco anos, fez tratamento de quimioterapia e radioterapia, não fez nenhuma cirurgia, indicando um grau mais avançado da doença quando do diagnóstico. Moradora, há 27 anos, de um dos bairros de menor IDH e grande vulnerabilidade social de São Luís/Ma.

As investidas iniciais da pesquisa concentraram sua atenção no território de Luíza, que não se restringe aos aspectos geográficos, incluindo também em seu território existencial, que fala de suas conexões de vida, onde pulsa vida, morte e emergem conflitos, diálogos e movimentos da ordem da paisagem humana e social.

As visitas ao território de Luíza foram acontecimentos, em encontros de afecções entre desconhecidos, marcados pela angústia do inesperado. Entre afecções, intuições, devaneios, movimentos, diálogos e conflitos, foi encarado o processo de construir o desenho da produção de cuidado vivo e em ato de Luíza.

O primeiro momento junto à usuária-guia foi marcado pelas narrativas da descoberta do câncer e dos processos de subjetivações emergentes:

Bom, tudo começou por que eu sou muito teimosa. Eu estava fazendo trabalhos pesados, carregando coisas pesadas, quando comecei a sentir uma dor muito forte nas costas. Essa dor foi acochando, até ficar quase impossível de suportar. Foi quando eu falei com Maria para que a gente fosse procurar o médico, por que aquilo não tava certo não, tinha alguma coisa muito errada. (Luíza)

Luíza logo acionou Maria, sua companheira, que fez contato com uma prima que trabalhava na área da saúde, a qual conseguiu marcar uma consulta emergencial para Luíza. A queixa era de muita dor nas costas, então, foi encaminhada para o ortopedista.

Abrindo um parêntese, antes de continuar a história: Luíza, assim como vários outros usuários da rede SUS, entrou na rede de saúde por meio de um vínculo informal de sua rede de relações. Comenta que [...] “se não fosse essa pessoa, eu nem sabia como conseguir uma consulta, tem toda uma burocracia, né? Mas da forma que eu tava, se eu ainda fosse esperar, eu acho que tinha morrido”[...] (Luíza).

Neste sentido, a concepção de rede com que se trabalha nesse estudo não está centrada em uma estrutura fixa, institucionalizada, hierarquizada e preestabelecida. Pelo contrário, considera-se que as conexões em rede emergem de um desenho rizomático.

Para Merhy (2014), a rede viva é um acontecimento que se produz no encontro e tem o forte protagonismo de usuários. Estes na sua atividade nômade junto aos serviços de saúde, e em conexão com a comunidade e todas as possibilidades de cuidado, têm alta capacidade de produzir redes vivas para atendimento às suas necessidades. O processo de cuidado na rede viva e seus encontros se desenvolvem no meio, entre, com intercessões e fluxos, tendo a possibilidade de romper e também de retomar as conexões de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Luíza entra na rede oncológica de uma forma totalmente singular. Sem a conexão com sua amiga talvez ela não teria conseguido fazer o tratamento em tempo hábil

de se reabilitar para contar sua história. Foi uma rede que produziu vida, cuidado e saúde, entretanto, criada nos movimentos da existência da usuária e não necessariamente no fluxo preconizado pela rede de assistência oncológica formal em seus protocolos.

Fechando parênteses e dando continuidade na história de Luíza, no momento da consulta com o ortopedista, solicitou exames e Luíza realizou uma radiografia e como não se tratava de um problema na coluna, foi encaminhada diretamente e com urgência a um oncologista que trabalhava nesse mesmo hospital. Luíza realizou novos exames e, antes mesmo de receber os resultados, “... começou o sangramento, comecei a sangrar, sangrar, sangrar muito..” (Luíza). Neste momento, Luíza pensava que estava desse jeito por conta da menopausa, não imaginava que estaria com câncer.

No hospital, Luíza recebeu a notícia, ao lado de Maria e de sua prima, de que estava com câncer no colo do útero. Segundo ela, “Naquele dia que eu soube que eu estava com câncer, ali eu chorei, chorei, chorei muito. Naquele dia eu pensei que ia morrer. E eu chorava, só chorava.” (Luíza).

Luíza narra que nunca imaginou que seria acometida por um câncer. Foi uma grande surpresa e se emocionou ao contar como foi sofrido e doloroso todo o processo de tratamento de quimioterapia e de radioterapia:

Eu achava que já ia para o outro mundo, eu fiquei muito fraca, muito fraca mesmo. Por que a dor que a gente sente é toda misturada. É uma dor física e também uma tristeza por achar que você vai morrer.

Luíza narra como seu corpo, de forma única, sentiu o acontecimento oncológico. Fez menção a uma dimensão muito debatida e questionada na saúde coletiva e, principalmente, na oncologia, a intensa articulação e mútua produção entre corpo e mente, físico e emocional. Nos remeteu a pensar no que trazem DELEUZE & GUATTARI (2008) quando argumentam em *“como criar para si um corpo sem órgãos”*, que *“não é uma noção, um conceito, mas antes uma prática, um conjunto de práticas”*, que não se nomeia exatamente como uma teoria mas sobre o reconhecimento prático 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.

Quando a usuária remete que o seu corpo, como um todo, sente o adoecimento, ela narra a sua experiência singular de vivenciar o câncer. Na área oncológica esse afetamento é ainda mais intenso, pois além das dimensões físicas afetadas, é importante lembrar e enfatizar as transformações da vida como um todo, com mudanças de estilo de vida, do cotidiano de existência, além de tudo isso encontrar com os sentidos e as representações sociais que acompanham o adoecimento oncológico como um processo que, na maioria das vezes está ligado diretamente ao imaginário da morte, da finitude humana.

Nesta jornada junto com a usuária na sua experiência com o câncer, foi possível conhecer os personagens envolvidos na produção de seu cuidado, as redes que se desenharam, os nós críticos que emergiram como barreiras a serem enfrentadas.

Luíza, fala de suas principais conexões de cuidado no âmbito formal de assistência de saúde da rede oncológica que experimentou, desde o diagnóstico ao momento atual reabilitação:

O oncologista e a ginecologista foram ótimos, me ajudaram muito, eu não tenho do que reclamar. Eles sempre me apoiaram, não me deixaram desistir[...] Já faz cinco anos que passei por isso e hoje faço acompanhamento de três em três meses nesse hospital. Assim eu vou vivendo até onde Deus permitir. *(Luíza)*

A usuária reconhece na relação com os médicos um bom encontro, referindo-se a eles como cuidadores, acolhedores e responsáveis pelo processo. Entretanto, diante dos caminhos percorridos nesta experiência, surgem elementos analíticos que emergiram nos encontros com Luíza, como o não conhecimento por parte da usuária de algumas etapas do seu processo de cuidado. O não-saber é gerador de mais sofrimento, além dos já previstos. A usuária narra com angústia alguns momentos que ficaram como pontos de interrogação marcados pelo vazio do impreciso e da dúvida:

Sobre o diagnóstico:

O médico falou primeiro para minha amiga, aí ela falou para minha prima, mas as duas não sabiam como me dizer e foi depois disso que ele juntou nós três para me dizer o diagnóstico. *(Luíza)*

Sobre não fazer cirurgia:

Eu não fiz cirurgia. Até hoje não sei por que. Só me disseram que no meu caso, não precisaria de cirurgia. Aí eu não sei se isso é bom ou se é ruim. Por que muita gente que eu conheço operou. *(Luíza)*

Sobre a realização de exames:

Recentemente eu fiz um exame e estou muito preocupada. Sempre que eles passam esse exame é por que eles acham que tem alguma coisa errada. Mas não me disseram para que estou fazendo o exame. Eu é que sei, por que já fiz outras vezes e o resultado nunca é muito bom. *(Luíza)*

Acerca dessas questões, parece escasso o uso de tecnologias leves na produção do cuidado de Luíza. Sobre o cuidado em saúde Franco & Merhy (2012) falam da dimensão relacional entre trabalhadores de saúde e usuários como elemento central na produção de cuidado, incluindo conversas entre trabalhador de saúde e usuários para ficar claro o que está acontecendo e quais as possibilidades na sequência dos acontecimentos. Caracteriza-se como trabalho vivo aquele que se utiliza de forma predominante de elementos “não materiais” e não técnicos, que estão na base do diálogo, da escuta, do acolhimento, ou seja, da possibilidade criar e de proporcionar bons encontros com potência disparadora de um cuidado cuidador. Em detrimento dessa

dimensão, encontra-se o trabalho morto, com predominância de uma base material, já determinado, realizado de forma automática, apenas incorporando sua prática ao processo burocrático e mecânico de produzir ações de saúde.

Luíza sofre com a falta do diálogo com os médicos de referência de cuidado, pautado intensamente no trabalho morto, centrado em procedimentos profissionais, mais do que nas necessidades dos usuários, em processos de trabalho pré-programado, porque ficam sob o comando dos instrumentos, lógica instrumental aprisionando do trabalho vivo, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo, formulário etc. e neste caso há pouca interação entre trabalhador e usuário. E assim, produzindo uma Luíza vivenciando o processo de adoecimento sem se apropriar, e tomar para si o controle sobre seu próprio corpo.

Essas interrogações também foram propulsoras de angústia e dúvida em nós pesquisadores, que diante deste sofrimento narrado por Luíza, tentamos por três vezes estabelecer contato com os médicos de Luíza, com o intuito de conhecer a percepção deles sobre o processo de adoecimento e de cuidado da usuária.

Infelizmente, ambos não nos receberam, sendo que a ginecologista alegou que seus horários estavam muito corridos, por troca de plantão e grande demanda para atendimento e que só poderia participar da pesquisa se fosse fornecendo prontuário ou algum outro dado. No caso do oncologista, houve três tentativas para encontrá-lo, mas em nenhuma houve êxito, sem justificativa.

Os longos momentos de espera pelos médicos nas agendas combinadas e não efetivadas, proporcionaram nossa observação no hospital e chamou a nossa atenção o grande movimento (alta demanda), a fragmentação do cuidado, a demora no atendimento e a evidência de um serviço capturado pela clínica-biomédica.

Sobre a captura do trabalho em saúde pela lógica capitalística de produção (FRANCO, 2015), onde a preocupação é com a cura do sintoma, de forma isolada do todo, pois para se o conhecer o corpo holístico é preciso tempo, vínculo, contato e na lógica da produtividade é difícil captar tais elementos.

Como apontam Merhy & Ceccim (2013) há uma marca importante nessa biopolítica, ou seja, nesse agir sobre os corpos e suas formas de existência. Na saúde, nessas modalidades de exercício do poder, os mecanismos centrais operam por estratégias que visam agir sobre a construção do viver, do morrer e do desejar a partir de seus locais de intervenção. Em lugar de normalizar a vida, os trabalhadores de saúde podem participar da produção da vida, ali onde cada um pode gerar um cuidar de si, não para construir um jeito protocolar de viver, mas para construir seu modo original de viver, e porque não dizer, com todos os riscos de cuidar da vida e construir seu modo original e singular de viver, mesmo estando experimentando os modos de caminhar a vida com determinados limites. Essa seria uma clínica do corpo sem órgãos, em que cada usuário e seus cuidadores se conectam, conversam, combinam em redes intercessoras, como efeito do encontro.

É fundamental enfatizar o que Luíza relata sobre seu médico especialista em oncologia afirmar em todas as consultas que: “**Tudo que você sentir, se dirija diretamente ao hospital, por que é aqui onde todos os seus problemas serão assistidos, seja**

uma gripe, uma virose uma gastrite”. Isso significa dizer que, além de o cuidado ficar restrito a esses dois profissionais, o que produz muitas dificuldades, sob vários pontos de vista. Por que não estar vinculados a outras equipes de saúde? Por que ter uma única vinculação de cuidado? Qual a dificuldade em compartilhar o cuidado de Luíza com outras equipes que poderiam estar junto na condução e manejo das dificuldades que não necessariamente estão vinculadas especificamente à condição de ser portadora de uma neoplasia? Mas, é que este movimento requer articulação entre equipes e podemos dizer que este modo de operar o cuidado não é simples, porque “pede” espaço na agenda dos profissionais e fundamentalmente chama para conexão entre equipes para produzir acordos e compartilhamentos.

O caminho guiado por Luíza deixa claro que o hospital é o “lugar”! É nesse espaço que acontecem todo o processo de tratamento oncológico, desde o diagnóstico, à realização de exames, tratamento e reabilitação. Não há compartilhamento de cuidado com outras equipes, é vinculado somente a um tipo de serviço de saúde, o hospital, que pelo seu modo de se organizar, também produz sofrimento à usuária diante da ausência de tecnologias relacionais, principalmente, o diálogo, a oferta de informações para tomada de decisões, que não deveria estar capturada pelos protocolos operados pelos profissionais sem considerar a vida dos usuários. Considerando que Luíza vivencia a vida “inteira” e não fica restrita ao modelo biomédico e à terapêutica voltada para a doença. A vida mesmo com câncer é muito mais que o diagnóstico e tratamento.

Luíza e a Atenção Básica: “Prevenção Ginecológica? O que é isso?”

Luíza apontou que sua rede de produção de cuidado era restrita ao hospital de referência oncológica, onde continua seu tratamento até hoje. Ao ser informada sobre o estágio avançado da doença, Luíza foi indagada a respeito da prevenção e nos chamou a atenção que nem Luíza e nem sua companheira tinham realizado exame de prevenção de câncer de colo uterino e de mama. Quando Luíza foi questionada se tinha regularidade na coleta de exames preventivos de câncer de colo de útero, relatou que não! E mais, relatou que não tinha nenhum vínculo com a UBS do seu território e que nunca recebeu visita de Agente Comunitária de Saúde. A resposta de Luíza foi clara: “Como assim prevenção ginecológica? O que é isso? Só fui ao posto de saúde para extrair dente” (Luíza).

Antes do diagnóstico oncológico, nunca tinham ouvido falar sobre unidade básica de saúde e prevenção de câncer ginecológico e de mama. Sabemos que a prevenção de câncer de colo de útero e mama realizados na atenção básica são bons rastreadores da doenças, mas ainda não temos boas cobertura? O que falta? Porque não conseguimos fazer boas coberturas para este rastreamento?

Diante dessas inquietações, cartografando o território, descobrimos que Luíza mora em uma área descoberta pela atenção básica, em um bairro de grande vulnerabilidade social, esquecido e marginalizado em São Luís/MA.

O câncer de colo de útero pode ser rastreado na atenção básica e as equipes de saúde da família têm em seu programa de ação atingir cobertura na coleta de citologia

oncótica, ferramenta potencial para detecção precoce, diminuição do agravamento e da mortalidade deste agravo de importância epidemiológica no Brasil e no mundo. Entretanto, a unidade básica de saúde e suas equipes de saúde da família não têm conseguido atingir coberturas na coleta de exames para interferir na morbidade e mortalidade deste tipo de agravo. O modo de operar das equipes de atenção básica capturadas pela tríade consulta, remédio e exame tem ofuscado sua possibilidade de fazer ações de promoção e proteção à saúde.

A narrativa da coordenadora do centro de saúde:

Aqui nós atendemos muita gente, temos muita demanda. E aí, o que é que acontece? Que há uma área desse território que é descoberta. Infelizmente, isso é uma realidade. Por estarmos próximos a um ponto de emergência, muitos pacientes são encaminhados para cá. (CESF)

O bairro onde Luíza mora é um território grande em relação à população, ou seja, há muito mais famílias do que as equipes podem acompanhar, é a periferia da cidade! E não é só o número da população que conta. Essa população é de grande vulnerabilidade! Bem, aí muda tudo, porque não é suficiente ter unidade de saúde nos bairros, é necessário fazer efetivamente acompanhamento, construir vínculos, acolher as dificuldades e produzir acesso de verdade para ações de atenção básica. É o que se percebe no relato das pessoas que desenham a rede de Luíza:

Antigamente tinha um posto dentro do bairro. Aí era tudo mais fácil, por que era perto, os profissionais já estavam no território, então já eram todos conhecidos. Mas tiraram o posto daqui. Ele está realmente em um lugar mais central, na avenida. Mas muita gente não vem, por que tem que pegar ônibus. Tem gente que não tem dinheiro, é fato. E outra coisa, os profissionais, agora distante do bairro, têm mais dificuldade de ir a campo. Nem sempre têm carro, muito raro. É um bairro muito perigoso, dominado pelo tráfico. As vezes tem profissional que não vai sem um ACS da área. (ENF)

Percebemos que a baixa cobertura de rastreamento de câncer de colo de útero e mama na atenção básica passa a ser um problema social, na medida que temos baixa cobertura de equipes de saúde da família para fazer o acompanhamento desta população de verdade. Então estamos chegando a uma análise de que o problema da incidência do câncer das mulheres tem muita relação com acesso e continuidade do cuidado.

Luíza e a produção de redes de cuidado em seu território comunitário

Diante de um cuidado hospitalar restrito e centralizado na doença, concomitante ao abandono por parte da atenção básica, surge como interferência da pesquisa outras redes de cuidado que produzem vida, saúde e que acolhem Luíza desde o diagnóstico até a sua reabilitação. Suas relações familiares com a filha e sua compa-

neira e o vínculo de Luíza com a sua religiosidade marcada pelo sincretismo entre o catolicismo e a umbanda.

Um de nossos encontros se deu no quarto de Luíza, em que havia, ao lado de sua cama, uma estante coberta com panos de cetim, branco e azul. Ao capturar tal imagem, Luíza foi indagada sobre o que estava encoberto, e como resposta: “Ali são meus escudos, minhas fontes de proteção. Todos os meus protetores estão ali. São Jorge, Pomba Gira, Nossa senhora da Conceição. Tudo, tudo que me protege e me cuida” (Luíza). Luíza abriu a cortina e foi possível ver um colorido de crenças.

Houve interesse em saber a relação entre suas crenças e trabalhos na umbanda relacionados ao câncer. Na fala de Luíza “Eu tenho certeza que foi a minha fé que me curou. Os meus santos e a pomba gira são meus guias, me acompanham sempre, na saúde e na doença”. Percebe-se que a crença religiosa ali era forte, parecendo um elemento estruturante à dimensão da produção do cuidado e não acolhido pelos profissionais do hospital de referência.

Vale lembrar que a religiosidade passou a fazer parte de forma mais intensa na vida de Luíza apenas depois do seu adoecimento. Quando Luíza diz “*A minha fé me curou*” aparece um outro território que cuida, além dos cuidados médicos: o campo espiritual, sua fé e sua forte ligação com as suas crenças, sendo necessário seguir rituais simbólicos para concretizar esse entrelaçamento entre saúde, cuidado, adoecimento oncológico e vida.

Nossa experimentação com Luíza nos produziu em outro lugar. Foi perceptível a presença das três mulheres – Luíza, sua companheira e sua filha, participantes, de forma conjunta, em todos os encontros que aconteceram. Parecia que existiam, ali, detalhes de vidas veladas, que não conseguiam se expressar livremente no coletivo. E, assim, no último encontro, aquilo que era silêncio, virou palavra; a intuição se transformou em ação e o simbólico em ato. Como podemos ver na conversa sobre a relação com sua companheira que gira em torno do seu processo de cuidado:

O que mais me dói é saber que hoje a nossa relação é outra. Na verdade, antes de adoecer, eu já queria ir embora, não fazia mais sentido pra mim o relacionamento, eu queria só a amizade dela. Mas aí eu adoeci. Eu já tava indo embora quando ela disse: fica, que eu cuido de você. E, desde então, eu não sei se eu fiz a escolha certa ou errada, mas faz cinco anos, desde quando eu adoeci, que a nossa relação é assim, de amizade e de cuidado. Eu não tenho nada a reclamar, ela sempre cuidou de mim, ela e minha filha são as únicas pessoas que se importam comigo. [...] Mas tudo isso que te falei, é segredo, ninguém sabe, é um segredo. Não falo sobre minha vida pra ninguém [...] Meus médicos não sabem, meus vizinhos não sabem, ninguém sabe [...] Sei lá, tenho vergonha [...]. (Luíza)

Percebemos que Luíza pôde falar sobre sua vida, seus anseios, suas angústias, seus medos. Em um discurso livre, aquele encontro se transformou em uma potência de vida. Caminhando, lentamente, fomos conhecendo os fios que costuravam a vida de Luíza, de Maria e de Liliane. É marcante a fala da usuária ao relatar a transformação do seu vínculo com Maria, tendo como pilar de união, o cuidado, a solidariedade.

O fato de a relação homoafetiva de Luíza ser um segredo é um ponto importante de discussão. Essa usuária escapa dos padrões e essa diferença não tem espaço para aparecer na sua rede de produção de cuidado em saúde.

O fato é que ter câncer mudou a existência de Luíza, suas conexões afetivas e seu cotidiano. Houve um antes e um depois do adoecimento em sua vida. Sobre sua vida social ela afirma “Antes eu gostava de sair para beber, conversar com as amigas em um barzinho. Hoje, meu único lazer é ir pras festas da umbanda e assistir televisão” (Luíza). Hoje, a única coisa me traz alegria são as festas religiosas. No mais, vivo de forma mais isolada socialmente, sem vínculos nem atividades comunitárias.”

A mulher com câncer em devir e os desafios da produção do cuidado oncológico

Esta experimentação que vivemos como pesquisadores nos permite arriscar em dizer que os processos de adoecimento e cuidado marcam 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 não pontual, nem linear, se inscreve no corpo de forma marcada, 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. Vivenciar o câncer foi, para Luíza, uma experiência existencial, portanto, não somente física e orgânica.

Luíza convoca à reflexão de que o cuidado oncológico atravessa múltiplas dimensões, sejam físicas, sociais, econômicas, subjetivas e existenciais.

(Des)Considerações Finais

A rede de Luíza é um retrato da centralização do cuidado nos espaços hospitalares e especializados, com dificuldade de articulação com a atenção básica e de promoção de vida e prevenção à saúde. A produção do cuidado de Luíza, que envolve a família, a religião e a comunidade acontecem tangentes à rede protocolar preconizada na Rede Oncológica.

Além disso, coloca-se em pauta de discussão se a Rede Oncológica tem ferramentas para lidar com a mulher em sua singularidade, conhecendo-a e respeitando-a em sua diferença e singularidade.

Esta usuária nos possibilitou colocar o cuidado em saúde para câncer de colo de útero em análise, já que Luíza sequer sabia poder fazer preventivo de câncer de colo de útero e experimentou a religião/espiritualidade, cuidado e apoio familiar em seu processo de enfrentamento com o adoecimento. Conhecemos várias “Luízas” inseridas na rede oncológica e nas redes que ela mesma produziu.

Referência Bibliográficas

BRASIL. MS. **Portaria nº 1.473/GM**, de 24 de Junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 25 de jun, 2011.

BRITO-SILVA K, BEZERRA A. F. B., CHAVES L. D. P., TANAKA, O. Y. – “Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso” – **Rev Saude Publica**, 2014, 48(2), p. 240-248, abr.

CASARIN M. R., PICCOLI, J. D. C. E., “Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, 16(9), p. 3925-3932.

DELEUZE G, GUATTARI F., **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia**. V. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

FRANCO, T. B., “Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade”. **Saúde e Sociedade**, 2015, 24, p. 102-114.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E., **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

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.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JORGE, M. S. B., PINTO, D. M., QUINDERÉ, P. H. D., PINTO, A. G. A., SOUSA, F. S. P., CAVALCANTE, C. M., “Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia”. **Rev. Ciencia e Saude Coletiva**. 2011.

MATOS M. I. S., “Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico”. *In*: MATOS, MARIA IZILDA S. D. E.; SOIHET, RACHEL (Orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 107-127.

MERHY, E. E, CECCIM, R. B., **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização** [Internet]. Niterói: UFF; Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados> [acesso 19/08/2016].

OLIVEIRA, P. E.; GUIMARÃES, S. M. F. – “Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer”. **Ciênc. saúde coletiva**; 20(7): 2211-2220, 07/2015.

RICO, A. M.; IRIART, JORGE A. B., “Tem mulher, tem preventivo: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil”. **Cad Saude Publica**; 29(9): 1763-1773, Set. 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. São Paulo: Estação Liberdade.1989.

TEIXEIRA L.A., PORTO M., HABIB P. A. B. B., “Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória”. **Cad. saúde colet**, 2012; 20(3).

As vidas que entram e as vidas que ficam de fora dos serviços de saúde: visibilidades construídas a partir de uma usuária-guia

João André S. de Oliveira
Lua Sá Dultra
Leandro Dominguez Barretto
Rafaela Cordeiro Freire

“A vida é um buraco, e a gente tem que passar por tudo... se não passar por tudo a gente não aprende” (BJ)

Introdução

Uma parte do grupo de pesquisadores na Bahia, tomou como desafio relacionar-se com um território no qual alguns de nós já circulávamos pela dupla atuação: docência e cuidado. Nesse território, encontram-se uma Unidade de Saúde da Família (USF) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAd), ambos serviços com fortes interfaces com a universidade da qual alguns de nós somos professores, e que vêm se articulando progressivamente em torno do cuidado de pessoas dessa região.

O CAPSAd é um serviço que recebe estudantes de graduações da área da saúde e residentes de programas de residências multiprofissionais em saúde mental e saúde da família. A USF possui uma equipe de saúde da família e também recebe estudantes da graduação de medicina, tanto do internato, como de outros componentes curriculares que contemplam inserção na atenção básica. Nesses serviços, atuamos como docentes e como profissionais de saúde há alguns anos, participando do cuidado das pessoas residentes em duas micro áreas pertencentes ao território da USF e dos usuários do CAPSAd.

Como em ambos os serviços atuamos como trabalhadores e docentes, vale a pena deixar claro que, de alguma forma, já conhecíamos a usuária que é tomada como disparadora das reflexões apresentadas nesse capítulo, antes mesmo da pesquisa começar – seja por vê-la circular nos serviços, seja por ter feito algum atendimento a ela, seja por que já participávamos de forma mais intensa de seu cuidado. Assim, as reflexões que fazemos aqui são, antes de tudo, reflexões sobre nós mesmos e sobre como nos posicionamos em relação à produção do cuidado.

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é, a partir do encontro com uma “usuária-guia” e com os trabalhadores de saúde que se conectam a ela na produção de seu cuidado, construir bons problemas e boas perguntas sobre o tema do cuidado em saúde, especialmente em relação aos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse percurso, procuraremos fabricar algum grau de visibilidade para questões que entendemos importantes para enfrentarmos o desafio da construção de práticas de cuidado, cotidianamente, comprometidas – ética e politicamente – com as múltiplas vidas que se apresentam nos serviços de saúde e suas várias formas de se expressarem para nós.

Apostas Metodológicas

A RAC traz como aposta metodológica a ideia de que “o método é o encontro”. Assim, como dispositivo para que essa ideia pudesse atualizar-se nos diversos contextos nos quais a pesquisa seria construída, apostou-se na ideia do “usuário-guia” (GOMES *et al.*, 2014, p. 66)

Tomar o usuário como guia dos caminhares que produziríamos na pesquisa tinha como objetivo tirar proveito do nomadismo que os usuários exercem na produção singular de suas próprias vidas e que, nesse processo, também vão produzindo seu cuidado em saúde; assim, o próprio usuário iria mostrando para nós as suas conexões existenciais, permitindo-nos enxergá-lo com outros olhos,

vislumbrando outras conexões que este produz para si a cada incursão pelas diferentes redes em que transita: de sociabilidades, afetivas, de saúde [...] Tecedura não hierarquizada, mas transversalizada, com distribuição e desacomodação das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida. (CHAGAS, *et al.*, 2014, p. 138)

Pela inserção de alguns de nós como docentes de forma mais orgânica, a relação com o CAPSad foi a que se fez mais intensa, desde o início. Dessa forma, fizemos um convite para a equipe para participar da pesquisa como pesquisadores locais e fizemos a apresentação da consigna do usuário-guia: qual é o (a) usuário (a) vocês consideram mais desafiador, que mais mobiliza e afeta a equipe? A resposta foi unânime e, quase em uníssono: BJ.

A equipe da USF estava presente nessa reunião e como BJ fica em situação de rua na área de abrangência da equipe, também é usuária da unidade de saúde da família. Dessa forma, a relação com a USF foi se dando nessa articulação em torno de BJ, a qual foi se conformando, aos poucos, como nossa usuária-guia.

A partir da escolha da usuária-guia pelas equipes (CAPSad e USF), elegemos como fontes da pesquisa todas as pessoas ou registros que pudessem ofertar narrativas sobre BJ. Assim, foram fontes a própria BJ, por meio de entrevistas gravadas e transcritas, além dos contatos cotidianos nos serviços; os trabalhadores de ambas as equipes, com suas narrativas colhidas em reuniões de equipe ou em discussões propostas pela pesquisa; contato com amigos de BJ ao acompanharmos seu caminhar pelo território; o prontuário; e, também, nós mesmos, por meio de encontros fortuitos com BJ ou andanças com ela pelo território, alguns registrados em diários de campo, outros registrados senão em nossos corpos, ressoando como interferências ou ruídos desses encontros. (ROCHA *et al.*, 2014)

Assim, procuraremos, guiados por BJ, percorrer alguns caminhos que ela traçou e, talvez mais do que isso, enfrentar novos caminhos e novos territórios que fomos construindo em relação à produção do cuidado, a partir do que BJ produziu em nós. É, talvez, nesse sentido que ela tenha sido nossa guia, nos conduzindo a habitar territórios existenciais, no mundo do cuidado em saúde, que antes nos eram desconhecidos. (ROLNIK, 2011)

Resultados e Discussão

Antes de qualquer coisa, gostaríamos de convidá-los a conhecer a usuária-guia. Afinal de contas, quem é BJ?

BJ por ela mesma:

BJ é uma pessoa muito especial no CAPS, que procurou o CAPS para ser ajudado, por que bebia muito e usava muita droga, “eu nunca faltei ao CAPS, e todos sempre me trataram muito bem na hora das minhas crises”; já “tomou duas federais” por conta de tráfico de drogas e foi solta após pagar fiança. Entrou no tráfico para ajudar sua mãe, para não a ver sofrer após ser “largada” pelo pai, passou por muitas dificuldades. “Já vivi minha vida muito! No dia que meu pai largou minha mãe, que eu vi ela comer macarrão sem tempero, eu disse: Neeeca! Fui traficar! Minha vida foi essa, trafiquei muito, botei tudo dentro de casa e minha mãe nunca sofreu mais”. “Hoje em dia todo mundo me considera. Deixei de vender droga; mas boba eu não sou não! Quando eu tô revoltada...” Tem muitos amigos na rua, que a ajudam e os quais ela ajuda também. Gosta de mulheres e sempre se considerou “entendida”. Ela mora em um quartinho ao lado da casa da mãe, mas prefere passar os dias e as noites na rua, onde tem movimento, festas, música, onde pode catar latas e tomar conta dos carros. Tem um irmão que morava na Suíça e agora mora em Madagascar, outro que mora no seu bairro e uma irmã que mora com sua mãe e com a qual não se dá muito bem. É disputada para participar de dois “sindicatos”¹⁸, o da Praça da Sé e o da Cidade Baixa, mas prefere o da Praça da Sé, pois o pessoal é mais tranquilo e procura menos briga. “Sou católica ainda não batizada, mas frequento o Candomblé, no Terreiro do meu padrinho, onde já fui batizada”. Como é querida pelos profissionais de saúde e uma das mais antigas no CAPSad, não precisa pegar fila para ser atendida, basta chegar que consegue a consulta. Quer parar de beber, pois sabe que está fazendo mal a si própria, mas acha muito difícil: “Eu fiquei um mês no hospital...gostei muito de lá! Eu não queria sair, era para ter ficado dois meses, para sair mais forte, aí, quando eu saísse ia estar mais preparada; assim que eu cheguei, disse “mãe, vou aqui! Ai deu logo vontade (de beber)... não foi nem por mim, você sabe que vício é uma coisa estranha, né? Você não ter coragem de dizer que não vai mais fazer aquilo”.

BJ pelos trabalhadores dos serviços:

É uma alcoolista, ex-usuária de cocaína, que mobiliza a todos e todas da equipe, e por quem todos têm muito afeto. Ela tem um vínculo forte com alguns trabalhadores de saúde, especialmente com sua técnica de referência e com a médica da USF, que já foi clínica do CAPSad. Já quebrou vidraças deste serviço mais de uma vez e gosta de “causar”; apesar disso, é muito querida onde mora,

¹⁸ Sindicatos são grupos de pessoas em situação de rua que se reúnem para compartilhar a bebida, se ajudar, e que adotam certos territórios para esses encontros (Sindicato da Praça da Sé, por exemplo).

é muito solícita e gosta de ajudar, espontaneamente, todos que estão precisando. Gosta de jiu-jitsu, já foi monitora da oficina de acupuntura do CAPS, que adorava; com frequência, ajuda ativamente no cuidado de outros usuários e nas atividades desenvolvidas pelos serviços, como campanhas de vacinação e feiras de saúde. Gosta de apresentar o CAPSad e o território para estudantes novos e outros visitantes. Uns a chamam de “ele” e outros a chamam de “ela”. Tinha uma companheira que morreu em um acidente de moto, na qual BJ estava presente e ficou ferida; sente-se culpada por esse acontecimento. Ela tem altos e baixos em relação ao alcoolismo e alterna momentos de crise, quando fica agressiva e agitada, ameaça, e aumenta o consumo de álcool, e momentos nos quais está bem, organizada, quando bebe menos. Gera sensação de frustração e impotência porque, a despeito das inúmeras estratégias tentadas em relação ao seu cuidado, continua praticamente “na mesma”, sendo muito difícil ser seu técnico de referência.

A BJ que foi se apresentando para nós é uma pessoa muito querida por todos nos serviços de saúde e no território onde vive e circula, tanto na rua, por seus companheiros, como pelos comerciantes; uma pessoa muito bem relacionada, que conhece muita gente e que tem várias conexões. É uma verdadeira rede viva (MERHY, *et al.*, 2014, p. 157) quando se trata da construção de seu cuidado, pela forma que vai se relacionando com todos e vai produzindo vínculos e afetos, inclusive com os trabalhadores de saúde. BJ apresenta-se com vestimentas, posturas e atitudes reconhecidas como do gênero masculino, mas transita entre o gênero feminino e o masculino a depender da situação em que se encontra; às vezes gosta de ser chamada de “ele”, às vezes de “ela”. Percebemos que ela não se deixa capturar por essas construções e transborda as mesmas.

BJ é uma rede viva que se produz intensamente na rua: pistas para aproximar-se de suas conexões existenciais

Traremos algumas narrativas de BJ, que nos ajudaram a nos aproximar de como ela constrói sua existência, a conhecer mais sobre ela, e, também, a produzir algumas reflexões sobre a produção do cuidado.

BJ nos fala um pouco sobre a vida na rua:

É ótima minha vida! Eu tenho minha casa, mas eu durmo na rua por que eu quero... eu não tenho medo, porque não devo nada... quando fui traficante eu não devia, imagine agora que eu vivo na rua! Só não pode vacilar! Eu tenho meu quarto, moro só, aí eu fico com medo de ficar em casa só... aí eu fico com eles (o pessoal do sindicato), aí todo mundo me defende. Um fuma pedra, outro fuma maconha, todo mundo usa, mas sempre tem um dizendo: “tem que comer, para ficar gordinha”! Eu gosto deles, sabe por quê? Porque não gosto de ficar sozinha dentro de casa. Aí eu fico por lá! Quando eu quero dormir dentro de casa, eu durmo... aí eu vou lá ver minha mãe: “Mãeee! Aí ela pergunta: “já

tomou café”? “Já”! Aí ela me dá um bocando de moeda. “Vai para onde agora”? “Vou cá embaixo”. E fico lá!

Na rua, não pode vacilar! Se você alguém deixou uma coisa ali, você não pode pegar... hoje, quatro da manhã, um cara passou por mim e me pediu cachaça. Eu disse: é um real! Ele me pagou... hoje eu fiz vinte e um real... às cinco da manhã já tava cansada... aí, seis horas, eu fui em casa tomar um banho, que a mulher vai passar aqui... aí a mulher veio, me deu uma pizza e um guaraná. Eu peguei meu pedaço, enchi meu copo e disse: Se virem aí! E eles dividiram... só um que tá me devendo, que pegou meu desodorante que a doutora me deu (médica clínica do CAPS).

Não precisa ser agressivo para ser respeitado na rua... depende... mas não bula comigo não, que eu viro Satanás; mas, não (não precisa ser agressivo para ser respeitado)!

Para nós, ficou evidente que BJ tem uma relação intensa com a rua e com as pessoas que vivem, trabalham ou que circulam nela. Ela se sente muito à vontade na rua e não apenas por que seu quarto é insalubre, pequeno, úmido, mas por que parece que ela não vê muito sentido em dormir sozinha em um quarto, quando lá fora ela é respeitada, querida e reconhecida.

Na sua narrativa, aparecem cenas de conflitos, de relações tensas, de construção de códigos éticos necessários para viver na rua, mas não só isso; o que chama a atenção é o destaque que BJ dá para as cenas de cuidado (inclusive cuidado em saúde), de proteção, de solidariedade, de acolhimento, de relações afetivas, de amizade. Sabemos que nem todas as pessoas que estão em situação de rua a enxergam da mesma forma que BJ ou têm a mesma experiência que ela; no entanto, esse destaque para a vida que é produzida na rua, e a potência das conexões existenciais que BJ produz, mostra com muita força a dimensão “rede viva” que transborda nela.

Abaixo, mais uma narrativa que aponta para as redes existenciais produzidas por BJ em torno das amizades e das relações na rua, inclusive com a polícia. O papel de BJ em relação ao cuidado de seus companheiros ou amigos aparece na sua relação com Zé Bodó, que visitamos, com BJ, no sindicato de baixo (Baixa dos Sapateiros). Em todo o momento, a intenção de BJ era conseguir que ajudássemos seu amigo a cuidar do problema da próstata, que fosse à USF e fizesse os exames. Conversamos bastante com ele e percebemos o sentimento quase paternal em relação à BJ.

Meus amigos na rua são Zé Bodó, Edivaldo, Índio... esses três que eu mais gosto. O resto eu não gosto não, fica procurando briga. Cá em cima, é outro sindicato; cá embaixo é outro! Todos os dois “sindicatos” querem que eu fique, só que eu gosto de ficar mais lá embaixo, porque lá embaixo eu ganho dinheiro, cá em cima eu não ganho...pois eu não conheço outros cara, eles brigam... cá em cima, eu conheço Capem, Macaco, Tchichola... conheço eles “tudo”. O de lá de baixo tem uma cara que tá me segurando, me ajudando a não beber, que é Zé Bodó ...Paga café para mim de manhã... Ele (Zé Bodó) mora na rua... tem 14 anos na rua ele...e u tô dizendo para ele fazer exame de próstata! Não quer ir! Mas Paulo

vai, meu outro amigo também, ele vai agora, pois as meninas do Irmã Dulce (um dos principais hospitais filantrópicos da Bahia) tá ajudando ele lá... ele vai quinta feira, ficar lá, tomar remédio, tirar o álcool...

Quem tocar em mim, Ave Maria! Zé Bodó quer bater, parte para cima! Outro dia eu dormi e um cara quis pegar minha sacola. Zé jogou ele de cima do muro lá embaixo. Eu me sinto segura perto dele, ninguém encosta em mim. Todos eles, de cima, até embaixo! Cá em cima, Macaco também, Ave Maria, quem quiser que encoste em mim! Eu frequento seis sindicatos: cá em cima (Praça da Sé), lá embaixo (Baixa do Sapateiro), Tororó, Dique Pequeno, Dique Grande e avenida Peixe. Cá em cima, todo mundo anda armado (faca, facão...), lá embaixo não, pois a gente fica perto de um módulo policial. Eles não mexem com a gente, pois a gente não briga... fica sentado lá, bebendo, cheirando, escondido... me sinto mais segura no sindicato de baixo, pois é perto da minha casa. Se tiver “barril” (der algum problema), é mais fácil, rápido, de correr para casa.

Dois aspectos nos chamaram muito a atenção no movimento de BJ na construção de suas redes de relações e conexões, não só na rua, mas também nos serviços de saúde: a necessidade de ser reconhecida, estimada, valorizada; e seu papel na produção do cuidado em saúde de outras pessoas, conhecidas dela ou não.

Em relação à necessidade de ser reconhecida, temos muitos elementos que apontam para isso. Mais de uma vez ouvimos BJ afirmar que consegue ter acesso à consulta na USF sem ter que esperar, basta chegar; alguns trabalhadores dos serviços já relataram ter a ouvido demarcando essa “vantagem”. Já ouvimos dela, e também de alguns profissionais, que é a mais antiga do CAPSad, que os novatos não podem chegar e achar que vão ser tratados do mesmo jeito que ela é tratada. Também ressalta que é “disputada” por todos os sindicatos, que todos a querem participando e que ela prefere o da Baixa do Sapateiro.

Abaixo, destacamos uma parte do item “BJ sobre ela mesma”, que trouxemos na apresentação da nossa usuária-guia:

É disputada para participar de dois “sindicatos”, o da Praça da Sé e o da Cidade Baixa, mas prefere o da Praça da Sé, pois o pessoal é mais tranquilo e procura menos briga. Como é querida pelos profissionais de saúde e uma das mais antigas no CAPSad, não precisa pegar fila para ser atendida, basta chegar que consegue a consulta.

A narrativa de um (a) dos (as) trabalhadores (as) da USF reforça essa ideia:

Percebo que ela (BJ) tem uma necessidade de costurar seu eu mostrando pra todos e todas o quanto ela é amada, o quanto ela era boa no jiu-jitsu, o quanto ela é antiga no CAPS (e daí seu despeito com os “novatos”).

O outro aspecto, o do papel de BJ na produção do cuidado de outras pessoas, apresentou-se com muito destaque em várias ocasiões; desde os primeiros encontros com a equipe do CAPSad e da USF, os trabalhadores já destacavam como ela é que-

rida por todos e como ela se envolveu com entusiasmo na oficina de acupuntura do CAPS, da qual ela era monitora, e como isso tinha feito bem a ela. Também ouvíamos dos trabalhadores que BJ fazia um “corre¹⁹” de marcar exames para algumas pessoas e de garantir o lugar em filas de espera de consultas.

A narrativa de uma trabalhadora da USF, com a qual BJ construiu forte vínculo, traz isso de forma clara e ainda apresenta mais elementos:

Vejo também quantos amigos BJ tem, quanto de fato ela é amada, pelos seus companheiros de rua, pelos pais, pelos funcionários dos serviços. É bastante solidária, sempre nos ajudando nas campanhas de vacina e nas atividades de campo, chamando as pessoas pra “ouvir a palestra”, pra se vacinar, pra pegar preservativo. Como o CAPS é um serviço por onde passam muitos alunos e estagiários, ela usualmente apresenta a USF e a Faculdade como um todo, sem nenhum/a técnico/a. Um dos “corres” que dá é conseguir marcar consulta e exame pras pessoas. Com frequência me pede pra agendar consulta pra uma tia, uma vizinha, para amigo ou amiga. Explico a territorialização da atenção primária, ela compreende, oriento onde a pessoa deve marcar. Poucas semanas depois, novamente.

Ela faz um relato sobre o papel central que BJ teve na produção do cuidado de um de seus companheiros de sindicato, em uma situação que agenciou a equipe da USF a ir ao território para cuidar dele.

Uma vez ela chegou à USF bem afoita que um de seus companheiros do sindicato da cachaça, Índio, estava passando mal, e pediu que eu fosse lá no pé da ladeira. Na hora eu não podia ir... e falei pra ela/e trazê-lo. Ela foi lá, mas Índio não quis vir. Então ela retornou pra me dizer isso. Combinei então que assim que terminasse, iria lá, no pé da ladeira. Quando cheguei lá... Índio estava com muita falta de ar. A equipe do consultório na rua já tinha colhido o escarro dele, e o resultado tinha dado positivo pra tuberculose. Tinha indicação de internar. Ele aceitou e no dia seguinte foi internado. As chances de evolução desfavorável para Índio eram enormes, caso BJ não tivesse ativado a rede de saúde como fez. Hoje, Índio continua em situação de rua, tratando a tuberculose através do consultório na rua, que três vezes por semana vai no campo fornecer a medicação.

Em outra situação, em relação a uma usuária amiga de longa data de BJ e conhecida por nós todos, ela não só apoiou a médica da USF no cuidado, como se tornou uma espécie de acompanhante terapêutica, pactuando em ato com a médica e com a própria usuária, uma ida ao bingo no fim de semana. Um plano terapêutico singular sendo pactuado em ato, na rua, de forma peripatética (LANCETTI, 2007), apostando na potência das conexões existenciais construídas pelas pessoas. Abaixo, vai o resumo da narrativa dessa trabalhadora de saúde:

19 Corre é uma gíria que significa um “bico”, um trabalho pontual no qual se consegue algum dinheiro.

Márcia está em surto psicótico (mania e delírio) há 3 meses. A procurei em casa, não estava, aí fui no CAPS ver se estava por lá. Não estava, mas aí encontrei BJ. Falei pra ela que estava procurando Márcia, se ela a tinha visto. Ela disse que a tinha visto mais cedo, carregando uma mala vermelha e dizendo que ia embora. Falei que ela não estava bem, num tom que pedia pra ela me dizer se ela concordava ou não. Ela concordou. Falei que ela gostava muito dela, e que sempre perguntava por ela, que confiava nela. BJ sorriu, e falou: “não sai do meu pé!” Aí falei que iria procurá-la. Ela se ofereceu para ir e falou que sabia por onde Márcia andava. Não encontramos Márcia no Largo, aí fomos pra Praça. Na praça, uma senhora artesã gritou o nome de BJ e mandou um beijo, sorrindo. Ela não estava, e aí BJ disse que ela deveria estar no Mercado de Santa Bárbara. Já na rua perto da unidade, Márcia apareceu, nos abraçou. Falamos que estávamos procurando por ela. Ela virou pra BJ: “você não sabe por onde eu ando não, é? Eu tava no mercado. Tomei uma cerveja, até dormi no chão. Sonhei e tudo”. Aí BJ falou que já era hora do cinema, e fomos todas pro CAPS. Chegando lá, me despedi delas e sugeri que elas saíssem no fim de semana. Edna falou: “Vamo sim, Biribi, vamo pro bingo. Me olhou e disse: “porque você não vem no bingo com a gente”? Nessa hora, BJ olhou pra mim rindo, como quem diz “cada uma que você me apronta”, como me disse lá no HUPES, e falou que saíam sim. Disse antes de encontrarmos com Márcia que muitas pessoas não tinham paciência pra ela e que a estava destratando na rua. BJ me faz repensar o tempo inteiro como existem diversas formas de viver, de se entender no mundo, e de quanta coisa boa a rua pode oferecer.

Em um dos hospitais da cidade, onde BJ ficou um mês internada, ela ficou próxima a uma mulher que tinha o mesmo nome de batismo que o seu, e que estava em franco surto psicótico, andando nua pelos corredores; ajudava a mulher a se vestir, para protegê-la da exposição de estar despida na enfermaria. Nesse momento, olhou para a trabalhadora de saúde que a estava visitando e disse, sorrindo: “vocês me aprontam cada uma, viu”?

Será que a vida de BJ realmente entra nos serviços de saúde?

Neste momento queremos disparar uma reflexão em torno do que temos produzido como visível e que achamos que vale a pena trazer para nosso campo de problematização e aprender com isso: todos esses elementos que trouxemos até agora em relação a como BJ produz sua existência, em uma complexa rede de conexões, principalmente na rua, aparecem apenas timidamente como matéria prima de conversa para as equipes do CAPSad e da USF na construção do plano terapêutico singular de BJ.

Sabemos que, em menor ou maior grau, todos os trabalhadores com os quais BJ possui vínculo conhecem até certo ponto a sua história de vida; no entanto, a impressão que temos é que algo passa despercebido, parece não conectar, quando olhamos para a forma como as crises de BJ foram manejadas até há bem pouco tempo, por exemplo.

Uma questão que nos chamou a atenção na narrativa de BJ é que quando ela fala sobre sua vida, da sua experiência na rua, em nenhum momento o álcool entra como um elemento central, pelo menos não como algo que ela traga de forma negativa. Ela até fala sobre seu “vício”, sobre seu desejo de parar de beber (isso aparece várias vezes), e sobre suas crises, mas, ao mesmo tempo, ela traz que não é mais “drogada”, que não é mais traficante, relatando inúmeras outras coisas sobre si, de modo que, para nós, o tema do álcool vai ficando secundário, vai diminuindo.

No entanto, quando ela entra em “crise” e chega ao CAPS ou na USF quebrando vidraças, chutando lixeiras, ameaçando e tumultuando, o que aparece com frequência nas narrativas dos trabalhadores é: “BJ está completamente alcoolizada, bebeu a semana toda”. Há um sofrimento intenso se expressando de alguma forma nessa crise.

Mas também há a hipótese de que o álcool possa ser um meio de amenizar a dor, e a agressividade nos serviços uma maneira de pedir ajuda às pessoas em quem ela confia, com quem tem vínculo e acredita que a podem ajudar. Apesar do motivo dela estar em crise às vezes ser conhecido, por exemplo, a partir da preocupação com a saúde da sua mãe, parece não haver desdobramentos reais propostos pela equipe do CAPSad em relação ao seu cuidado. Há um reconhecimento da existência de sofrimento, no entanto, parece que isso não tem sido suficiente para disparar a construção de outras possibilidades de cuidado em relação à BJ.

Vale a pena destacar que, no caso do CAPSad, foi trazido em reunião de equipe certo incômodo de alguns trabalhadores apontando para a percepção de que o serviço trabalha pouco no território e desenvolve suas ofertas prioritariamente de forma “intra-muros”; também já ouvimos esse mesmo apontamento de residentes que estagiaram no serviço. Enfim, apesar de haver várias atividades fora do CAPSad, na praia, no parque, o futebol (“baba”), parece não haver um movimento de conexão em relação à vida que se produz “lá fora”, e parte da própria equipe percebe essa fragilidade.

Assim, o que termina aparecendo para a equipe cotidianamente são as consequências do que acontece “lá fora”, sem que esse sofrimento seja compreendido e significado pelos trabalhadores e sem que haja desdobramentos concretos construídos no plano terapêutico singular. Apesar de BJ trazer parte da sua vida, de uma forma ou de outra, para dentro dos serviços, ainda parece não existir de forma mais intensa um movimento no sentido inverso, sair dos serviços e se conectar com BJ na rua, onde ela se produz de forma mais potente, onde ela tem muitas conexões que a ajudam a produzir seu cuidado.

Chama a atenção que, até há bem pouco tempo, quando BJ entrava em crise e fazia algo considerado grave, como quebrar uma vidraça ou ameaçar algum membro da equipe, era muito recorrente a aplicação de punições, de medidas disciplinares, como suspensão do serviço por períodos variáveis ou ser colocada para fora do serviço naquele dia. No entanto, ela ficava abstinência por um período, voltava a frequentar o CAPSad e, novamente, voltava a beber e a repetir o mesmo comportamento, sendo punida novamente.

Esse desencontro de perspectivas produz sofrimento em muitos trabalhadores que se sentem impotentes e frustrados com as inúmeras estratégias construídas, sem o efeito esperado. A seguir, apresentaremos a narrativa da médica da USF, com a qual BJ

tem forte vínculo, que traz o tema do sofrimento. No entanto, sabemos que isso não é uma exclusividade dela. Todos nós nos reconhecemos nesse sofrimento ao lembrarmos de vários usuários que acompanhamos, inclusive na atenção básica, que também produziram esse sentimento em nós.

BJ me afeta bastante. Fico sempre me perguntando o quanto o serviço, e o quanto eu no serviço, a ajuda. Qual é o projeto terapêutico que ela tem pra si mesma? E qual é o projeto terapêutico que as equipes têm para ela? Isso anda, não anda? Ou parece que as coisas estão indo bem quando ela para de bagunçar o serviço? Pra mim é bem ruim quando ela está em crise. Consequentemente, é bom quando ela não está. As coisas no seu lugar dando a ligeira impressão de que tudo vai bem. Desde que a conheci, não sei o quanto que houve de “evolução” na sua história. Sim, muita coisa andou, muitas tentativas lançadas. No entanto, ela continua em situação de rua vários dias da semana, bebendo quase o tempo inteiro, sem trabalhar com a guia que ela verbaliza que quer (será que quer ou é só que é bonito dizer que quer?), fazendo uns “corres” (bicos) que muitas vezes são tráfico de drogas, com a gastrite de sempre.

Nossa intenção não é analisar como o cuidado de BJ foi produzido, ou refletir sobre os porquês das idas e vindas, das recaídas e das crises, dos acertos e dos erros; queremos tirar proveito do que ela produziu em nós e tentar produzir visibilidade para uma questão que consideramos como “da hora” quando pensamos o cuidado em saúde, em especial o cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. O que fazer com o sentimento de impotência e com o sofrimento diante do outro com o qual temos vínculo e para o qual desejamos sinceramente “o bem”, quando percebemos que nossas abordagens e nossas estratégias parecem não dialogar com a complexidade das vidas e os sofrimentos que se apresentam para nós?

Considerações Finais

Neste capítulo, tentamos explorar alguns territórios que fomos levados a habitar a partir dos efeitos que os encontros com BJ e sua vida, e com alguns trabalhadores do CAPSad e da USF geraram em nós. Nesse movimento, tentamos produzir língua para esses afetos, mesmo sabendo que são “línguas provisórias e inconclusas”. (ROLNIK, 2011). Vale a pena demarcar aqui, que os encontros não foram somente com BJ e com os trabalhadores, nesse percurso, produzimos encontros com nós mesmos, nos revisitamos e nos estranhamos em muitos momentos.

O devir cartógrafo em nós produziu interferências, o que nos levou a fazer algumas fissuras em torno da forma como nos posicionamos em relação à produção do cuidado.

As várias fontes sobre BJ e sobre nós mesmos, afetados por BJ, que trouxemos para essa experiência de escrita, apesar do sentimento de impotência e frustração que entendemos existir e com o qual nos identificamos, ao mesmo tempo oferece também uma perspectiva de pesarmos novas formas de nos posicionarmos diante do outro

que busca cuidado, de conseguirmos nos constituir como anômalos, ou seja, como trabalhadores de saúde que não se deixam capturar pelas amarras da formação, com a centralidade nos núcleos profissionais fragmentados e cientificidade das práticas, tomando o outro como objeto (MERHY, 2010). Trabalhadores de saúde 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, 2010, p. 26)

Dessa forma, pensamos que o encontro é “estar na experiência com o outro” (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2013, p. 100), e que esse encontro deve permitir

uma ampliação sobre a condição de objeto que colocamos o usuário. Neste movimento do encontro deslocamo-nos na produção de intercessores, em circulação de produção de vida, de decisão e de escolha. Estar atento à potência da repetição para aumentar as possibilidades de operar com as diferenças e não pelas generalizações e anulação do outro. Produzir diferença na repetição, na repetição do ato de cuidar e do que aparece em acontecimento. (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2013, p. 100)

BJ nos guiou a reconhecermos inúmeros movimentos potentes em relação ao seu cuidado, de conexão com sua vida, mas também percebemos fragilidades. Esses movimentos precisam ser pensados à luz de sua perspectiva, em um esforço intenso de alteridade e intercessão. Sabemos que isso não é simples e envolve um gasto considerável de energia e tempo, assim como algum grau de sofrimento, pelos deslocamentos que exige em relação aos nossos territórios de conforto e pela necessidade de lidar com os vetores de subjetivação hegemônicos, bastante presentes em nossa fabricação subjetiva como profissionais de saúde, em torno dos agenciamentos de mercado, da moral, e do saber científico (FRANCO, 2015).

A multiplicidade de conexões que BJ produz na rua, fora dos serviços de saúde, aponta para o reconhecimento de que estes são apenas uma de suas conexões; às vezes uma forte conexão, como é o caso de BJ, e, às vezes, nem é a conexão que mais contribui com a potencialização de sua existência. Mas pode vir a ser essa conexão potencializadora. Talvez seja justamente nesse território físico e principalmente existencial, a rua e suas múltiplas conexões, que residam as possibilidades de criar, juntamente com BJ, estratégias mais potentes e que se conectem muito mais com seus caminhares na vida e no cuidado.

A percepção que temos é que a demarcação de que o CAPSad é um serviço especializado no cuidado de pessoas que fazem o “uso abusivo” de álcool e outras drogas contribui com uma sobrecondição de todos que lá trabalham, pois tendemos a enxergar o usuário a partir do uso da substância e não a partir das conexões que fabrica na sua vida e das vidas que constrói para si, dentro e, principalmente, fora dos serviços de saúde. A droga – e o papel que ela joga na vida dos que buscam cui-

dado – terminam sendo os códigos principais para lê-las, e não a vida e as conexões produzidas nela; dessa forma seria possível entender qual a vida que a conexão com a droga produz.

Assim, atuar na produção do cuidado na perspectiva de produção de vida dos usuários, seja mais potente na medida em que os profissionais de saúde estabeleçam as relações com os usuários que possam constituir-se como verdadeiros dispositivos de potencialização dessas existências. Relações que se constituam como ponto forte de conexão nas redes que esses usuários, redes vivas que são, constroem para si no mundo da vida e do cuidado em saúde.

Referências Bibliográficas

CHAGAS, M. S.; TALLEMBERG, C.; SOUZA, M. C.; PAZ, E. F., “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: Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E., (Orgs.). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176, p.: il.

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.

GOMES, M. P. C.; CIPRIANO, R. C.; FREIRE, J. T.; MERHY, E. E.; ABRAHÃO, A. L.; SILVA, E.; VIANNA, L.; TALLEMBERG, C. “Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Histórias de R”. *In: Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176 p.: il. -

LANCETTI, A. *A Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2007. 127p.

MERHY, E. E., “Desafios de desaprendizagens no trabalho em Saúde: em busca de anômalos”. *In: LOBOSQUE, A. M., (Org.) Caderno Saúde Mental. Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação*, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010. v. 3.

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.

ROCHA, M.; VIANNA, L.; SANTOS, N.; GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E.; SILVA, M. A. B.; COSTA, M. S.; GONÇALVES E SILVA, L. A.; PRADO, J. K.; “O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro”. *In: Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176 p il. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*. 2. Ed. Porto Alegre: Sulina e UFRGS, 2011. 248p.

SCHIFFLER, C.R.; ABRAHÃO, A. L.; “Interferindo nos microprocessos de cuidar 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. 176 p.: il.

.....

Reflexões sobre políticas
e dispositivos de gestão

.....

Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde

Débora Cristina Bertussi

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Mariana Prado Freire

Marília Cristina Prado Louvison

Para entrar nesta conversa, vamos situar o leitor sobre a regulação como vem sendo operada no SUS, como pode vir a ser um conceito-ferramenta da gestão do cuidado em saúde e discutir as experimentações de arranjos de regulação para o compartilhamento do cuidado encontradas no campo da pesquisa. Neste sentido, interessa debater com alguns autores suas contribuições e dialogar com os arranjos regulatórios para produção de rede de cuidados em saúde.

Regulação é um conceito polissêmico, partindo já de sua aplicação em diversas áreas do conhecimento, tais como a biologia, mecânica, economia e ciências políticas. A regulação no direito, por exemplo, traz a ideia de que o papel do Estado é estabelecer as “regras do jogo” e garantir que sejam respeitadas. No direito brasileiro incide principalmente no âmbito das atribuições do Estado e sua interferência na economia, entendida como uma operação de restrição exercida pelo Estado sobre a atividade de mercado. Na ciência política surge como sinônimo de ordem e equilíbrio. A noção de regulação se confunde com a definição de poder político, pois representa um modo de conciliação de conflitos, de organização dos processos decisórios (OLIVEIRA e ELIAS, 2011, p. 573).

O conceito de regulação mais utilizado em saúde refere-se à regulação do acesso dos usuários aos serviços, o que, na prática, produz uma redução, já que a regulação fica focada no controle do acesso do usuário e na adequação à oferta, sem interrogar as necessidades de saúde e a própria adequação da oferta de consultas e procedimentos especializados. Ao contrário do que pensa uma grande parte da população, o acesso a esses tipos serviços de saúde é restrito também no setor privado da saúde (vide os processos de autorização ou não de cirurgias e procedimentos diagnósticos e terapêuticos por parte dos planos de saúde) e internacionalmente em diferentes sistemas de saúde (IRIART, 2016). Por outro lado, aqui no Brasil, certos tipos de procedimentos são realizados quase exclusivamente pelo SUS, tais como a terapia renal substitutiva e a maioria dos transplantes.

A regulação tem produzido crescente interesse e vem ocupando progressivamente a agenda da gestão do SUS, envolvendo as relações entre os serviços públicos e privados, sendo marcada pela contenção de custos, pelas tensões entre as diferentes fontes de financiamento, o controle dos mercados e dos prestadores profissionais, demandando-se do Estado capacidade regulatória para proteger o interesse geral (supostamente o da população), sem menosprezar a participação dos atores coletivos na tomada de decisão.

No estudo produzido por Oliveira e Elias (2011 p. 573), destacam-se quatro ideias fundamentais relacionadas à regulação: controle, equilíbrio, adaptação e dire-

ção. As ideias de controle e equilíbrio correspondem mais ao componente técnico, ao passo que direção e adaptação referem-se ao componente político da regulação. A regulação está vinculada a uma ampla gama de ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. No entanto, a ênfase normativa e burocrática na operação da regulação, expressa como o ato de cumprir regras, e os modelos tradicionais de regulação mostram-se insuficientes diante dos desafios atuais do SUS. Assim, ela tem sido muito mais trabalhada no que seria seu aspecto técnico (aplicação de normas e protocolos construídos a partir do conhecimento técnico-científico), do que no seu aspecto político, que envolveria negociação e construção compartilhada.

Para Santos & Merhy (2006, p. 26) o ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que proveem ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema, que também sofrem variações ao longo dos anos e do entendimento dos atores sociais em foco.

A Política Nacional de Regulação, que definiu a regulação em três eixos (regulação sobre sistemas, regulação da atenção e regulação do acesso) e instituiu os complexos reguladores, fortaleceu a ideia de uma estrutura central na gestão, com características de uma área meio, e favoreceu a centralização e a externalidade em relação à produção do cuidado (BRASIL, 2008). Apesar disso, favoreceu que os municípios brasileiros organizassem suas ações de regulação, oferecendo a eles diretrizes estruturais. Considerando todas essas questões, uma atualização da Política Nacional seria bem-vinda, no sentido de incorporar novos arranjos e agendas.

A tensão em relação ao foco das ações de regulação é constante: ora considerando fundamentais as ações macropolíticas no campo da regulação, pois possibilitam definir um plano estrutural, fundamental como ponto de partida para uma saúde integral. Ora reconhecendo que a possibilidade de construir ações mais cuidadoras e promotoras de saúde passa fundamentalmente pelo olhar para a micropolítica dos serviços, dos processos de trabalho e das relações construídas entre usuários, trabalhadores e gestores. Segundo Giannotti (2013) é a atuação na micropolítica que será capaz de promover mudanças nos processos de regulação para aproximá-los de uma perspectiva cuidadora.

Na prática, a regulação tem trabalhado muito, por exemplo, na produção de protocolos, definição de cotas e agendamento de consultas e procedimentos. Estas são importantes ferramentas da operação da regulação, mas é preciso discutir de que maneira são realizadas, incluindo ou não o diálogo com os diferentes atores e levando em conta ou não os diferentes contextos e necessidades. Por exemplo, um protocolo para determinada especialidade feito por uma renomada universidade, pode, muito facilmente não fazer o menor sentido para os trabalhadores do município, com suas especificidades e necessidades.

Nesse debate, é preciso resgatar a ideia de que a produção do cuidado em saúde é viva, mobilizada pelos encontros e desencontros, que estão além das regras e protocolos. A clínica produz uma explicação baseada em questões gerais, num olhar sobre a média de comportamentos de indivíduos e coletivos submetidos a determinadas

condições. O que é um diagnóstico clínico? É uma conclusão a que chegamos, ouvindo, conversando ou não, examinando ou não, pedindo exames ou não para diferentes pessoas para, a partir dos elementos recolhidos, chegarmos a conclusão de que há uma probabilidade grande que aquela pessoa esteja vivendo uma determinada situação clínica. O que o diagnóstico nos oferece? Oferece uma sistematização de movimentos que precisam ser feitos para manejar aquela situação. O que o diagnóstico não nos oferece? Não oferece a possibilidade de singularizar aquela experiência. A possibilidade de produzir cuidado depende exatamente de partirmos desses conhecimentos gerais e acessar a singularidade da produção de uma existência (FEUERWERKER, 2016).

Os protocolos, então, são úteis, servem como uma sistematização da abordagem para diferentes situações clínicas, mas para fazerem sentido precisam ser pactuados entre os trabalhadores dos vários pontos da rede de saúde. Além disso, precisam ser tomados somente como um ponto de partida, uma linha de base, para o manejo clínico, pois este, necessariamente, precisa levar em conta a singularidade das existências/experiências dos diferentes usuários. Podem também ser parte dos arranjos para a produção do cuidado compartilhado em rede, mas sem imaginar que o protocolo baste, seja suficiente, para definir automaticamente como cada ator vai participar do processo. Ao contrário, como dissemos, o protocolo pode ser tomado como ponto de partida para algo que precisa ser construído em cada situação e com todos os participantes.

Assim, como Giannotti (2013), a partir do que vivenciamos em São Bernardo, pensamos que a regulação passe a ser entendida como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde, e não apenas como instrumento de garantia de acesso. Para isso é necessário criar e inventar modos de produzir regulação considerando as relações entre trabalhadores de diferentes pontos da rede e, principalmente, as singularidades de cada usuário.

Partindo desse sentido que Feuerwerker (2016) traz para produção do cuidado, devemos ampliar o que é mobilizado nos processos regulatórios. A regulação em saúde oferece uma sistematização de critérios de acesso que precisam levar em conta não somente elementos clínicos gerais, mas também as situações concretas dos usuários e da rede. Para tanto, é preciso que os diferentes trabalhadores e os usuários estejam juntos definindo e decidindo as prioridades e os caminhos a percorrer. Poderíamos chamar esta regulação de “regulação a quente”. Uma regulação que considera a produção de uma existência.

O estudo produzido por Giannotti (2013) evidenciou, na efetivação do SUS em um município, a fragilidade de duas das dimensões da integralidade propostas por Cecílio (2001): uma mais focalizada, fruto da articulação dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, e outra com foco mais ampliado, que prevê a articulação entre os serviços de uma rede dentro e fora do setor saúde. Giannotti (2013), identificou a contrarreferência e a articulação entre os serviços como objetivos difíceis de serem atingidos pelos dispositivos tradicionais de regulação. Há uma tensão constitutiva entre atenção básica e especializada, já que, por um lado, a atenção básica requer do apoio da especializada, mas, por outro, não precisa necessariamente transferir os cuidados para lá. Assim, os encaminhamentos na atenção básica são realizados mui-

tas vezes por dificuldades de manejo clínico e os especialistas produzem uma certa fidelização dos usuários mantendo-os reféns de infundáveis retornos. Isso se confirma na análise das filas administradas pela regulação: os próprios especialistas consomem mais de 60 por cento das vagas da própria atenção especializada. Especialistas encaminham para outros especialistas. Assim, além da fidelização de usuários, há um consumo interno, autofágico, de vagas.

Rocha (2014) conceitua Atenção Ambulatorial Especializada como um conjunto de ações e serviços de saúde caracteristicamente demarcadas pela incorporação de tecnologias leve-duras e duras, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar e por tecnologias combinadas, tanto aquelas que se referem a conhecimentos específicos, tecnologias leve-duras, quanto a aparato instrumental específico, tecnologia dura, reconhecendo que as tecnologias relacionais, leves, transversalizam de maneira singular todas as modalidades de cuidado em saúde. Discute sua constituição como lugar específico de atuação, historicamente marcada pela agenda da medicina e suas lógicas de produção e conquista de mercado. Na sequência, esse movimento vem sendo “decalcado” pelas demais profissões da saúde.

No SUS, a atenção especializada é um forte ponto de “entroncamento” entre o público e o privado. Não por acaso há um predomínio importante de prestadores privados nesse âmbito. Prestadores que se conectam aos dois sistemas, oferecendo aos dois a produção de procedimentos. Não por acaso, a política de atenção especializada no SUS tem sido uma política de omissão, que não interroga nada. Rocha (2014) explora bem essas tensões em seu trabalho.

Na lógica da produção da integralidade, orientada ao cuidado compartilhado, pensamos que a Atenção Ambulatorial Especializada deveria corresponsabilizar-se pelos usuários, cumprindo o objetivo de garantir retaguarda assistencial e matriciamento a processos cuidadores que se fundamentam num vínculo principal mais frequente com Atenção Básica, articulando-se ainda com a Atenção Hospitalar e Atenção às Urgências e Emergências. Como elas, deveria orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção socio-cultural.

Na concepção de Rocha (2014), a Atenção Especializada não se encerraria nos serviços ambulatoriais especializados propriamente ditos, apesar de ele partir de uma visão sistêmica da organização de serviços de saúde. Constrói a ideia do cuidado especializado, não necessariamente vinculado a um lugar físico. Cuidado especializado pode acontecer em qualquer lugar da rede. Nessa linha, mostra que em outros sistemas universais existe também esse problema de desconexão entre “níveis de atenção” e filas. Assim, há diversos arranjos em experimentação especialmente no sistema inglês visando a coordenação de serviços, sob a denominação de “shared care” – cuidado compartilhado ou “integrated care” – cuidados integrados.

A Regulação pode ser um dispositivo nessa produção de conexão, desde que em diálogo com o cuidado. Aliás a regulação (não a governamental) opera fortemente na produção de mecanismos e fluxos de conexão, como bem explora Cecílio (2014).

Ele nos ajuda a pensar outros movimentos e caminhos que estão sendo produzidos cotidianamente pelos trabalhadores (“agir profissional”), pelos outros vários interessados (“agir clientelista” muitas vezes) e pelos usuários (“agir leigo”). Sabendo que os fluxos organizados no plano formal muitas vezes não dão conta das necessidades, todos se movimentam, lançando mão de sua “rede privada de conexões”, maior ou menor, mais ou menos poderosa, atravessando os vários planos de produção, que se misturam o tempo todo. Não são privilégio de ninguém. Todos fabricam modos de fazer vidas valerem a pena.

Reconhecer que os usuários ativamente participam da regulação, disputando sentidos e fabricando brechas é bem interessante, já que gestores e trabalhadores dificilmente reconhecem os usuários como produtores ativos – são “os portadores de necessidades” e não de potência. Fabricam possibilidades de acesso, atravessando regras e normas restritivas, excludentes e distantes das suas necessidades. Nunca se subordinaram à lógica de uma única porta de entrada, por exemplo. E nunca serão convencidos disso enquanto a atenção básica (ou qualquer outro ponto da rede) for tão produtora de barreiras. Nunca deixarão de fabricar possibilidades alternativas de vínculo enquanto os serviços fabricarem propostas de peregrinação numa rede analógica (que precisa ser percorrida ponto a ponto para se chegar ao destino).

Mas, temos um desconforto com a designação desse agir como “leigo”, apesar de Cecílio (2014) afirmar essa escolha como uma provocação ao instituído. “Leigo” nos parece poder reforçar a ideia de que os usuários, assim como certos trabalhadores, por não serem portadores de um saber técnico, tenham seus saberes/sabedorias não reconhecidos e, portanto, não sejam reconhecidos como interlocutores válidos na produção/disputa de projetos terapêuticos. No SUS, habitualmente todos esses (os não portadores de saberes técnicos) são os que precisariam “ser educados” (SLOMP & FEUERWERKER, 2015).

Consideramos que a regulação é também uma produção social e um campo de disputa permanente. Muitos outros atores, como os prestadores de serviço, indústria de equipamentos, corporações profissionais – para além dos vereadores e políticos em geral – atravessam e atuam fortemente nesse campo. Usuários produzem seus mapas de cuidado e desenham fluxos e caminhos que precisam fazer sentido para a operação dos sistemas de saúde em redes. No entanto, o que se observa em geral, é a operação das centrais reguladoras focalizadas no acesso, mais preocupadas com a gestão da fila e da oferta do que com as demandas e necessidades. Desse modo, distanciam-se cada vez mais do mundo da vida e da produção do cuidado e são atravessadas por todos: gestores, trabalhadores, usuários, movimentos, corporações etc.

Fila pode ser uma entrada interessante para a produção de mudanças, desde que seja um processo compartilhado e vinculado ao cuidado, como já experimentado em alguns lugares do Brasil (BADUY *et al.*, 2011; FRANÇA, 2013). Nessas experiências, ao se deparar com a demanda reprimida de consultas especializadas, foram analisadas as filas e discutidas as razões para os encaminhamentos. A partir daí foram construídas ferramentas de apoio matricial que qualificaram o cuidado na atenção básica, possibilitando compartilhamento do cuidado e da gestão dos casos. Essas experiências produziram um lugar para o especialista que é o de apoiar a produção do cuida-

do, compartilhando saberes que minimizam a necessidade do encaminhamento. Em outros casos, eles entram diretamente em ação, mas aproximando-se de práticas mais cuidadoras.

Desse modo, nos parece fundamental que esse lugar assumido habitualmente pela Regulação seja interrogado. Ao invés de simplesmente fazer a gestão da fila, ocupando-se de estabelecer critérios de priorização e de encaminhamento, interrogar-se a respeito do que leva à produção de encaminhamentos. Aliás, é por se ocupar principalmente da fila, que a regulação só se preocupa com os encaminhamentos quando as vagas disponíveis deixam de ser suficientes. Ou seja, enquanto não há fila, vão distribuindo consultas e procedimentos. A “escassez” relativa é que produz alerta.

Em São Bernardo, a partir de 2014, finalmente essas questões puderam começar a ser endereçadas, carregando todas essas preocupações e reflexões em relação à produção do cuidado em rede. Rede e cuidado são uma obsessão para todas as áreas da secretaria. Todas mesmo. Mas, por várias razões, as relações entre UPAS, hospitais, UBS, CAPS, consultório de rua, vigilâncias etc. entraram na agenda antes de que fosse possível mexer na atenção especializada.

Em vários casos também partimos da análise das filas. Mas sempre interrogando e explorando o que em cada situação levava aos encaminhamentos, porque dependendo do que estava em jogo eram diferentes as estratégias de enfrentamento propostas. A problematização das filas também envolveu diferentes profissionais, dependendo do tema em questão. Muitas vezes os apoiadores, baseados em seus diferentes núcleos profissionais, foram fundamentais na problematização e na proposição de saídas. O debate sobre o manejo clínico tem sido feito de muitos modos: consultas compartilhadas, discussões de caso presenciais ou a distância, aulas, matriciamento etc. com protagonistas diferentes dependendo da situação. Nem sempre o “especialista” é o profissional mais indicado para fazer o debate sobre o cuidado com a atenção básica. Depende de seu perfil, abertura etc. etc. Bons clínicos e bons médicos de família cumprem muito esse papel em determinadas circunstâncias, por exemplo.

Vale a pena compartilhar alguns desses processos para dar mais sentido ao debate que vimos fazendo aqui neste texto. Um campeão nacional de filas na atenção especializada são dores crônicas, com os usuários fazendo fila na ortopedia. Num dos territórios de São Bernardo, quando foi identificada essa situação, a primeira interrogação foi: do que é mesmo que esses usuários precisam? Encontram isso na consulta de ortopedia? O que acontece com eles depois da consulta? Enfrentavam uma nova fila para a fisioterapia. Melhoravam temporariamente depois das sessões habituais. E depois de um tempo voltavam de novo a ter dor porque ninguém havia se ocupado de enfrentar efetivamente o problema. Ou seja, não recebiam resposta às suas necessidades.

Com base nessa apreciação, foram sendo construídas alternativas para o manejo das dores crônicas no âmbito da atenção básica com a participação de diferentes tipos de trabalhadores. Grupo de atividade física promovido pela secretaria de esportes (“De bem com a vida”) é boa oferta em algumas situações. Liang Gong para outras, Grupos de Dor para os casos agudizados. Acupuntura auricular em algumas situações. A possibilidade dessas ofertas foi sendo construída envolvendo médicos,

enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, apoiadores fisioterapeutas, entre outros. Essas atividades obtiveram ótima receptividade e são altamente frequentadas pelos usuários.

Apesar disso tudo, encaminhamentos para ortopedia e para a fisioterapia continuaram e novas filas foram sendo produzidas. Novamente as filas foram analisadas. A maior parte dos encaminhamentos para fisioterapia agora era feita pelos próprios ortopedistas da atenção especializada. A pergunta então foi: em que situações os usuários continuam sendo encaminhados para os ortopedistas? Por que mais usuários com indicação não estão sendo encaminhados para os grupos de dor?

A chegada de fisioterapeutas para os territórios (providência da gestão central, reconhecendo a des-assistência instalada nessa área, apesar dos arranjos cuidadores produzidos nos territórios) trouxe à tona um novo dilema para toda a equipe: como aproveitar esses novos profissionais?

Analisados novamente os casos, uma parte dos usuários realmente precisaria da intervenção direta de um fisioterapeuta. Outros poderiam ser atendidos em grupos com supervisão indireta – mas essa precisamente era a indicação para os grupos de dor... Se montassem novos grupos com a fisioterapeuta para todos esses usuários, quase imediatamente toda sua agenda ficaria ocupada.

Essa questão foi levada à reunião do território, contando com a participação de trabalhadores das unidades envolvidos com os diferentes tipos de estratégias alternativas já desenvolvidos. O debate foi por um caminho bem interessante. Por que tantos encaminhamentos aos ortopedistas? Por que tantos encaminhamentos dos ortopedistas à fisioterapia? Parte desses usuários poderia estar nos grupos, por que não estavam? A ideia que predominou foi a de produzir um desenho de matriciamento entre a fisioterapeuta e os trabalhadores da atenção básica para discutir um manejo mais fino dos casos de dor. E também voltar a discutir as alternativas terapêuticas já existentes com todos os profissionais, pois nem todos estão acionando esses recursos. Em outros territórios, com os mesmos princípios, outros arranjos foram propostos, considerando suas especificidades.

Esse tipo de construção, partindo de problemas e soluções construídas nos territórios, tem sido um dispositivo interessante para interrogar a conexão da atenção especializada com os demais pontos da rede e produzir movimentos de reorganização, que começam em um território e se expandem para os demais. O debate em rede para a produção da continuidade do cuidado após internações hospitalares, que envolvem hospitais, apoio, atenção básica, atenção domiciliar e serviços especializados, também desencadeou mudanças de fluxos, rearranjos e interrogações sobre aspectos do cuidado especializado. Em outras situações, a gestão central pauta movimentos de reorganização. Ou seja, a partir de diretrizes comuns, há iniciativas de mudança sendo produzidas por todos os lados.

A experiência com a pneumologia foi produzida a partir de iniciativas da gestão central, mas não foi somente a fila o marcador utilizado para produzir soluções: a vulnerabilidade social e características geográficas dos territórios foram também levadas em conta. Na pneumologia, a análise da fila revelou a predominância absoluta (70% dos casos) de usuários com asma grave e DPOC. Foi, então, montada

uma equipe especializada (com pneumologistas e médicos de família) para trabalhar com foco principal na ampliação da capacidade de manejo clínico no âmbito dos territórios.

Começando pelos territórios mais vulneráveis, inclusive do ponto de vista climático, foi feito um trabalho unidade a unidade para discussão de todos os casos. Percebeu-se a necessidade de uma atualização técnica das equipes acerca do manejo de doenças pulmonares crônicas. A própria atividade de atualização foi usada como oportunidade para a construção de relações mais solidárias e cooperativas entre a equipe da especializada e as equipes de apoio e da atenção básica. Na sequência foram montados matriciamentos e consultas compartilhadas para montar os projetos terapêuticos, conforme a necessidade dos usuários e das equipes. Com esse apoio permanente, que incluiu grupo de *whatsapp* e conversas por *skype*, as equipes da atenção básica puderam assumir o cuidado de muitos usuários com doenças respiratórias crônicas. Somente os casos mais graves e agudos passaram a ser encaminhados para os especialistas. Atualmente, não há fila de espera por consulta em pneumologia, houve fortalecimento de vínculo e corresponsabilização dos profissionais da atenção básica e da atenção especializada pelo cuidado aos usuários; início de uma nova cultura de relação entre os profissionais. A vigilância também participou do processo, realizando um amplo processo de debate envolvendo os agentes comunitários de saúde para ampliar a capacidade de orientação em relação aos ambientes, especialmente nos territórios muito úmidos, próximos à serra e à represa. O processo vem fazendo tanto sentido para os envolvidos que tem aberto espaço para início de iniciativas semelhantes em outras especialidades.

Desde o início da década passada, Merhy & Cecílio (2003, p. 9), ao discutir a atenção hospitalar, indicaram a transversalização do cuidado dentro do hospital como indispensável à integralidade. A produção de cuidado solidário e democrático passa, ainda segundo os autores, pela desconstrução da lógica das profissões que habitualmente se sobrepõe ao cuidado e às necessidades dos usuários e pela produção um trabalho mais horizontal, mais descentralizado e em conexão com os territórios.

Equipes hospitalares com médicos e enfermeiros diaristas, discussões de caso em equipe multiprofissional, construção compartilhada de protocolos e dispositivos que aumentam o protagonismo das diferentes profissões na produção do cuidado vêm sendo trabalhadas em São Bernardo. Na relação com a rede de urgência/emergência, existe uma intensa conexão entre os hospitais e as UPAs, havendo uma mobilização intensa e intercâmbio entre as diferentes unidades para garantir aos usuários o melhor cuidado no tempo necessário, evitando as famosas internações em macas no pronto-socorro. Os Núcleos Internos de Regulação nos hospitais cumprem um papel importante nesse processo (pertencem e funcionam dentro dos hospitais e não estão vinculados à equipe de regulação central, quer dizer é mais uma atividade regulatória produzida a partir do lugar do cuidado e não da gestão burocrática).

A existência de um componente de regulação dentro do hospital provoca uma mobilização interna, constante, que amplia a responsabilização coletiva da equipe em relação à condução dos casos. A decisão de aceitar um caso novo é da equipe e não mais um ato solitário do médico regulador da central. É um processo vivo, incessan-

te, produzido no cotidiano, que utiliza muitas estratégias de conexão e comunicação instantânea, sendo *whatsapp* uma das mais efetivas.

Há algum tempo, existe um dispositivo de articulação entre hospitais municipais de São Bernardo e os territórios, mobilizado a partir de encontros entre as equipes hospitalares e as equipes de apoiadores. São reuniões diárias para discussão dos casos (internados ou em observação nas salas amarela e vermelha da urgência) que requerem articulação de rede para a produção de cuidado na sequência da alta hospitalar. Esse dispositivo, adaptado de uma estratégia da administração hospitalar para gestão do tempo de permanência hospitalar, é chamado de Kanban (uma ferramenta de gestão toyotista, adaptada internacionalmente para gestão de leitos e que aqui foi transformada em dispositivo da gestão compartilhada do cuidado).

A partir das discussões de caso mobilizadas pelo Kanban, surgiu a ideia de monitorar os casos mais graves que pedem rede após a internação hospitalar. Inicialmente o radar foi direcionado para os casos que internavam novamente com menos de 30 dias da última internação hospitalar. A ideia é colocar a rede de saúde em análise: o que era para acontecer e não aconteceu; o que aconteceu, mas não foi suficiente; quem poderia ter se ocupado de perceber e dar um sinal de alerta? Ou seja, produzir novas visibilidades para casos e situações que só se tornavam visíveis mediante alguma catástrofe.

Apresentamos aqui a narrativa de um usuário-guia e as visibilidades permitidas pelos arranjos regulatórios produzidos para o cuidado compartilhado deste usuário:

O Sr. História tem 68 anos e esteve internado em um hospital de longa permanência por 2 anos consecutivos. Seu diagnóstico, DPOC grave e dependência de oxigênio. A vida do Sr. História era muito dependente de sua convivência com os serviços de saúde. Ele havia se tornado um grande frequentador de tudo: atenção básica, UPA, policlínica e hospital. Era considerado, pelas equipes, agressivo e pouco aderente ao tratamento. Depois de o caso entrar no radar, as apoiadoras do território em que ele morava ficaram de levantar todas as informações existentes sobre ele na rede de serviços. Também iriam visitá-lo em sua casa.

Depois disso, foi montada uma reunião com todas as equipes que estavam cuidando dele. Eram 35 trabalhadores: ACS, enfermeira, médica e psicóloga da UBS, apoiadoras, gerente e assistente social da UPA, enfermeira e técnica de enfermagem da policlínica, equipe da unidade em que estivera internado, coordenador no NIR do HC, coordenadora da regulação, diretor do departamento de urgência e emergência, diretora e assessora do departamento de atenção especializada e assessora de gabinete.

Cada um foi dizendo o que sabia sobre ele. E logo uma primeira surpresa: Sr. História havia ido 59 vezes à UPA nos últimos 60 dias. Sr. História havia dito para as apoiadoras que o visitaram em casa que a UPA era o seu “boteco”. Contou também que não via seu irmão, morador do Rio de Janeiro, há muito tempo e que tinha uma sobrinha que morava na Itália. As apoiadoras haviam se surpreendido com sua hospitalidade, pois, pelas informações anteriores, esperavam um senhor agressivo. Não encontraram esse sr. História, pois o de agora acolheu-as muito

bem, contou muitas histórias. Dentre elas, que gostava muito de ler livros de História, mas que estava tendo problemas para ler por conta de estar enxergando mal. Relatou que quando internado havia ficado bravo porque os profissionais queriam acessar veias no seu braço direito e ele não queria deixar. Eles insistiam sem ouvi-lo: ele só sabia usar a bombinha com a mão direita e sabia fazê-lo melhor que todos trabalhadores responsáveis por seu cuidado. A equipe da atenção básica disse conhecer e cuidar do Sr. História na UBS; a ACS relatou que na maioria das visitas domiciliares, o Sr. História estranhava receber a ACS e dizia que esperava receber a médica em sua casa.

O encontro e conversa entre todas as equipes que acompanhavam o Sr. História produziram surpresas e novidades. Uma primeira surpresa foi saber que sua longa internação devida-se ao fato de não dispor de familiares que se responsabilizassem por seu acompanhamento domiciliar, já que ele tinha uma relação distante com a família. A alta hospitalar só se tornou possível porque um amigo (localizado pelo serviço social), com quem trabalhara anos atrás, se propôs a morar com ele. Sr. História enfrenta todas as dificuldades de alguém com grave dependência de oxigênio; tem que carregar seu (pesado) cilindro para todos os lados e precisa fazer várias paradas no caminho – para ir à padaria, para subir as escadas do prédio onde mora. Saber que Sr. História havia buscado ajuda na UPA 59 vezes nos últimos 60 dias, foi impactante. Ninguém havia se dado conta claramente disso. O que ele estaria buscando?? Todas as equipes conheciam bem Sr. História, mas uns não sabiam o que os outros propunham ou faziam com ele. Além disso, ninguém entendia direito o porquê de várias de suas legítimas reclamações. Ficamos nos perguntando: será que Sr. História seria um usuário agressivo ou um reivindicador de cuidado? Por que os trabalhadores se irritam quando os usuários reivindicam e disputam o cuidado? Por que eles passam a ser considerados agressivos?

Com as conversas dos trabalhadores com e sobre o Sr. História, a equipe que ficou mais próxima foi a da atenção básica. Descobrimos que ele não entendia direito o que acontecia com ele: não esperava que tivesse que viver com tal grau de limitação. Depois de muita conversa, ele compreendeu que o comprometimento de sua capacidade respiratória iria limitar mesmo seus movimentos: tinha que andar devagar, parar para recuperar o fôlego e não precisava procurar socorro todos os dias em função dessas limitações. Entendeu também que havia uma equipe e não somente um médico para acompanhá-lo, que ele receberia visitas de todos e que eles conversariam entre si a seu respeito. Sempre que fosse necessário, o médico iria à sua casa, mas não todos os dias porque isso não era necessário.

A partir de toda essa conversa, foram feitas as combinações necessárias entre as equipes dos diferentes serviços, incluindo quais as reavaliações necessárias e todas as conversas necessárias com o próprio Sr. História. Aprendemos, no entanto, que o principal problema era ele não ter tido oportunidade de conversar sobre seu problema, suas limitações e modos de manejá-los. Todos sabiam disso, menos ele... E a insegurança e a insatisfação com as limitações levavam-no a procurar ajuda incessantemente. Atualmente está tranquilo, inclusive morando sozinho. E a rede aprendeu que é preciso conversar de verdade, entre si e com os usuários. Fazer combinados e

realmente acompanhar seus desdobramentos e não ficar esperando que aconteçam automaticamente.

No entanto, com o radar funcionando, uma quantidade significativa de situações que exigem rede o tempo todo passa a ser identificada. O desafio atual é conseguir sustentar rede simultaneamente para tantos usuários, quando novas situações com diferentes complexidades são identificadas todo tempo. Como fabricar responsabilizações e não deixar de dar ouvidos a novos ruídos?

Rede é uma produção. Cuidado compartilhado é uma produção. Regulação faz sentido se for trabalhada para produzir conexão e colada à produção do cuidado. É o que enfatizam nossa gestora-guia.

Referências Bibliográficas

BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M; BORIAN, J. T., “A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção”. **Cad Saúde Pública** 2011; 27:295-304

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM nº 1.559** de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p. 48, 4 de agosto de 2008.

CECILIO, L. C. DE O.; CARAPINHEIRO, G. ; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M. de ; ANDRADE, M. DA G. G.; SANTIAGO, S. M.; MENESES, C. S.; REIS, D. O.; ARAÚJO, ELIANE CARDOSO ; PINTO, N. R. DA S.; SPEDO, S. M.; “O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado”. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 30, p. 1502-1514, 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; “Curso de Especialização em Saúde Pública USP”: GESTÃO E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM REDES DE SAÚDE. **Video Aula**. Acessado em 05/07/2016: <https://www.youtube.com/watch?v=TEqCt9SYIZY>.

GIANNOTTI, E. M.; **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

GOMES, R. F.; **Estratégia de Aprimoramento do Acesso a Assistência: Estudo de Caso no Nível Municipal**. Dissertação. Programa de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2013.

IRIART, C.; “El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades” (parte 1) [The US health care system: Myths and realities]. **[Part 1] Saúde em Redes** 2016; 2(1) DOI:<http://dx.doi.org/10.18310%2F2446-4813.2016v2n1> Available at:http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/665/pdf_26.

OLIVEIRA, R. R. de e ELIAS, P. E. M.; “Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil”. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2012, vol. 46, n. 3, pp. 571-576. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>.

ROCHA, D.C.; **Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política**. Dissertação (Mestrado Profissional) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: 2014.

SANTOS, F. P. MERHY, E. E.; “A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro: uma revisão”. **Interface Comun Saúde Educ** 2006; 10:25-41.

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** [online]. 2015, vol. 20, n. 2, pp. 537-546.

Engravidando de outros sentidos a coordenação do cuidado em saúde

Helvo Slomp Júnior
Stefanie Kulpa
Clarissa Terenzi Seixas
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Rossana Staeve Baduy
Kathleen Tereza da Cruz
Emerson Elias Merhy

Apresentação

A entrada em campo da pesquisa RAC em cada município se fez de vários modos ou etapas, a depender de muitas coisas: região do Brasil, realidade local, possibilidades de entradas e apostas de cada frente de pesquisa. No caso da cidade X, município onde os autores vivenciaram esta pesquisa, optou-se por fazer um movimento de apresentação da pesquisa aos gestores do nível central e distritos de saúde, através de oficinas, e aos gestores de serviços, a partir de participação nas reuniões distritais. Após esta primeira aproximação, quando da demonstração de interesse na pesquisa pelo(a) gerente do serviço, pactuávamos a forma de construir, junto aos trabalhadores, a mesma discussão realizada com a gestão. Em todas estas instâncias de discussão, para além do objetivo de “entrar em campo”, a aposta era de que o campo se construiria a partir do desejo dos diferentes atores em participarem dos movimentos da pesquisa, pois, entendendo que *avalia quem pede, quem faz e quem usa*, tomando-nos todos – pesquisadores formais, gestores e usuários – como pesquisadores.

Construímos então uma encomenda coletiva de narrativas de casos que os trabalhadores considerassem potentes para analisar o cuidado nas redes e/ou sobre os quais, quisessem conversar, com base no que haviam compreendido inicialmente a respeito da pesquisa. Foi possível iniciar as atividades de aproximação com o usuário indicado a fim de “seguir” com ele seus caminhos pelas redes em busca de cuidado. A expectativa era a de que ao compartilhar conosco sua experiência nômade ele se produzisse como usuário-guia da pesquisa levando-nos para outros caminhos para além dos itinerários terapêuticos pautados pelas redes de ofertas. Assim, não foi estabelecida uma “porta de entrada” principal para a pesquisa: operamos com a ideia do rizoma, ou seja, abertura para qualquer entrada ou saída (DELEUZE; GUATTARI, 1995), inclusive no aspecto temporal, é, interessava tanto os caminhos percorridos pelo usuário na rede no presente como em outros momentos e lugares, ou seja, a sua história de vida.

Valendo-se dessa estratégia metodológica do usuário-guia, nossa equipe da pesquisa esforçou-se em dar voz a alguns usuários em suas buscas pelo cuidado, como também aos trabalhadores com eles envolvidos. Assim, do mesmo modo como construímos nossa inserção no campo, tivemos múltiplas “portas de entrada”: por vezes iniciamos nosso caminho a partir da Atenção Básica (AB), outras pela rede de atenção especializa-

da (AE) ou pela rede de urgência e emergência (U/E) etc. pontos da rede que funcionaram como linha de partida para acompanharmos as andanças de nossos usuários-guias.

Nesses diferentes caminhos que percorremos, por vezes se abria uma tensão entre o que se preconiza no Brasil quanto à “coordenação do cuidado” e o que acontecia no cotidiano do trabalho em saúde. Passamos a nos perguntar: havia, a despeito das apostas da gestão municipal, um lugar da rede operando essa coordenação? Se sim, este lugar era a AB? E, conseqüentemente a integralidade do cuidado ao usuário estaria garantida?

Neste capítulo, pretendemos abrir uma conversa a partir dessas questões, buscando contribuir com o debate em torno da coordenação do cuidado a partir da AB, e refletir sobre a possibilidade de novas práticas de gestão e de cuidado em saúde. Este tema surgiu como um bom problema a ser debatido a partir dos encontros que vivenciamos com diferentes gestores, trabalhadores e usuários. Um tema, aliás, como tantos outros que emergiram ao longo da pesquisa e que não estava dado *a priori*, o que é constitutivo da cartografia como estratégia de produção de conhecimento. Surpresas que fazem parte desse jeito de pesquisar.

Abrindo uma conversa com os sentidos da “coordenação do cuidado”

Ao questionarmos sobre quais sentidos da “coordenação do cuidado” reverberaram em nós, perguntamos que outros emergiram nos encontros com os diferentes atores com quem compartilhamos as experiências desta pesquisa. A coordenação do cuidado que ganhou forma no nosso caminhar ora se deu aos sussurros, ora com palavras, silêncios, movimentos e imobilidades dos nossos usuários-guias e dos trabalhadores que deles cuidam.

Pareceu-nos então relevante colocar esses sentidos em diálogo e, ao mesmo tempo, olhar o aparecimento e a instituição desta noção no campo da saúde, arriscando-nos a fazê-lo de modo genealógico. Nossa intenção não é definir o que é a “coordenação do cuidado”. Não estamos tentando produzir um conhecimento da “origem”, instituindo uma suposta “verdade”, aquilo, que se busca quando se faz uso da “interpretação”, a partir de um pensamento representação *a priori*. Interessa-nos marcar a singularidade dos acontecimentos, “*espreitá-los lá onde menos se os esperava (...) apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos.*” (FOUCAULT, 1979, p. 15). Esse modo ativa em nós um olhar “... *que distingue, reparte, dispersa, deixa operar as separações e as margens...*” (FOUCAULT, 1979, p. 27).

Interessa-nos captar as diferentes interpretações ao longo do processo de construção da coordenação do cuidado e os movimentos que foram produzidos em torno dessa construção. O que se teria desejado e intencionado ao se inventar uma coordenação do cuidado localizada na AB? Quais os agenciamentos²⁰ ou “quereres-moveres”

20 A noção de agenciamento aqui é tomada em uma perspectiva de que a vida e os mundos são produzidos permanentemente e de modo coletivo e, por isso, agir ou expressar-se depende de um desejo produzido em um certo sentido, seja ele de fixidez ou de mudança, de repetição ou de invenção. O que acreditamos que “somos” ou que “pensamos” está sendo produzido por agenciamentos, e isso tudo pode ser agenciado de outro modo: agenciar é fazer acontecer um novo movimento (DELEUZE; GATTARI, 1995).

que esta perspectiva produz ou não, que problemas se tentou enfrentar cujo esforço de enfrentamento resultou nesse projeto chamado coordenação do cuidado em saúde?

A formulação da coordenação do cuidado a partir da Atenção Básica acompanha a própria construção da AB que, no Brasil, vai se dando ao longo do século XX e continua neste nosso século. Tivemos nossos primeiros “centros primários de saúde”, influenciados pelo Informe Dawson de 1920 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964), documento do governo inglês cujo projeto posicionava esses equipamentos no primeiro modelo de rede regionalizada e hierarquizada de saúde existente, testado a partir do pós-guerra. Já havia ali uma menção à “coordenação”, porém exclusivamente no sentido assistencial e mediante a administração de uma necessária intercomunicação, da garantia de transferência de informação entre os serviços a fim de garantir a “integração” entre eles.

O projeto da atenção primária à saúde vem depois, nos anos 70, fortemente impulsionado pela Declaração de Alma Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Aquela construção inglesa do Informe Dawson, muito mais estrutural e preocupada com otimização de “recursos”, é incorporada agora nesse projeto de cunho mais político, já que Alma Ata traz essa proposta organizacional para o campo da equidade, mas também sofisticada a ideia de coordenação, pois, se os ditos sistemas de referência precisam ser integrados, funcionais, também deveriam ser “mutuamente amparados”.

Não podemos deixar de conversar com a obra de Starfield (2002), bastante codificadora desse campo de construção da AB no Brasil, e retomada por um certo setor de médicos de família e comunidade e pelo Ministério da Saúde. Starfield afirmava que “coordenação da atenção” é um *“estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”* (STARFIELD, 2002, p. 365), e, ao longo de sua produção, vincula essa função a certa integração de todos os serviços relacionados à saúde, a fim de se garantir que todos os serviços necessários sejam recebidos.

Ao falar dessa “integração” a autora pontua fortemente a existência de certa interação entre médicos no acompanhamento de “encaminhamentos” a partir da atenção primária à saúde (APS), propondo uma coordenação compreendida como transferência e compreensão de informações. A autora constrói, inclusive, toda uma taxonomia das possibilidades de encaminhamento da atenção primária para os níveis secundário e terciário de atenção, assim como destes para a APS.

O que Starfield (2002) coloca como condição para possibilitar a coordenação é a noção de “continuidade da atenção”, para que não se percam as informações sobre o problema de saúde que o usuário está tentando resolver. A continuidade, nesse caso, diz respeito à estrutura do sistema, é orientada para o problema (e não “para a pessoa”, como setores da medicina de família no Brasil irão preferir), cujas informações de acompanhamento precisam ser fornecidas de um médico a outro, e o prontuário entra em cena como dispositivo de garantia dessa continuidade. Ainda, para a autora, a “relação pessoal” não é “necessária” nem para o primeiro contato, nem para a longitudinalidade, nem para a continuidade.

Entendemos que Starfield opera uma noção de continuidade na condição de *quanta* de informações para alimentar tecnologias leve-duras a duras (MERHY, 2000)

que apoiariam, aqui ou ali, a longitudinalidade da atenção, um construto técnico, cognitivo e médico centrado.

Essa noção de coordenação da atenção parece compor a construção da “coordenação do cuidado” tal como descrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde coordenar o cuidado compreenderia

(...) elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. (BRASIL, 2012, p. 26)

Também está prevista na PNAB uma responsabilização compartilhada entre as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), como garantia da longitudinalidade do cuidado. Nas diretrizes do NASF a coordenação do cuidado também aparece como responsabilidade pelo usuário, a fim de protegê-lo de

... intervenções exageradas, desarticuladas e não negociadas com eles. (...) [Coordenação do cuidado] significa para a equipe assumir o usuário, mesmo (ou talvez principalmente) quando há procedimentos ou aspectos do problema de saúde que ela não domina totalmente, ou não lhe caiba executar (cirurgia ou tratamento prolongado, por exemplo) (...) quem está na Atenção Primária à Saúde tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está em outros serviços de saúde da rede (serviço hospitalar, unidades de urgência e emergência, centro de especialidades) (BRASIL, 2009, p. 15-6).

O mesmo documento, na seção sobre saúde mental, ainda enfatiza o compartilhamento das responsabilidades entre equipes ESF/NASF, mas desde que “permanecendo a coordenação do cuidado com a equipe de Saúde da Família” (BRASIL, 2009, p. 44).

A “coordenação do cuidado” pela AB poderia se restringir, então, a uma questão de cunho administrativo tomando a complexidade clínica e a necessidade de tecnologias duras e leve-duras como definidoras dos encaminhamentos. Nesse sentido, cabe problematizar até que ponto designar a AB como lócus responsável por essa coordenação não se configuraria uma escolha puramente instrumental e estrutural? É possível tomar a AB como um modelo único e partir do princípio que está mais apta a assumir essa função por uma suposta compreensão ampliada que teria dos processos vividos pelos usuários em seus contextos de vida singulares, pelo maior conhecimento dos seus sofrimentos, desejos e angústias, pela formação de vínculo que é ali favorecida?

Múltiplas coordenações e descoordenações do cuidado

A Secretaria de Saúde do município estudado conta com um Departamento de Atenção Primária à Saúde, e dentro dele um setor chamado “coordenação do cuidado”, enquanto que nos distritos sanitários há uma coordenação de atenção. As atribuições deste setor central de coordenação do cuidado dizem respeito, principalmente, aos encaminhamentos a partir da AB para a média e alta complexidade, envolvendo atividades como agendamento e acompanhamento das consultas especializadas, contato com especialistas, visitas a hospitais etc. Também é neste setor administrativo que se faz a gestão dos NASF e do serviço de telessaúde/telerregulação. Um termo em inglês foi adotado como guia para essas investidas em prol do usuário: *advocacy*. Buscando compreender melhor este termo, observamos que o mesmo se referiria a um engajamento/comprometimento com o usuário, para a resolução de seus problemas e pela defesa dos seus direitos²¹. Nota-se um investimento em uma arquitetura que visa dar suporte a uma coordenação que venha a garantir a continuidade e a qualidade do cuidado. Mas será que toda esta arquitetura os garantem? O que acontece com casos como o de Maria?

Maria é uma jovem de 21 anos que já há 7 circulava por vários serviços de saúde: unidade de saúde da família, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e hospital psiquiátrico. Não se sabe o que ela tem, para alguns trabalhadores seria um caso de “retardo mental” com momentos de agressividade, para outros, um “transtorno afetivo bipolar”. No entanto, é um caso considerado complexo por todas as equipes com as quais ela interage. Para a família, suas crises e acessos de raiva são produtores de muito sofrimento e geram um ciclo de violência: Maria quebra as coisas em casa, apanha na rua porque causa conflitos, apanha em casa porque causa conflitos, bate ou ameaça familiares, e apanha por tudo isso.

Quando começamos a pesquisa junto a esta equipe de ESF, os trabalhadores indicaram Maria como uma usuária que gostariam de discutir, pois, segundo eles, este caso encarnava toda a dificuldade da equipe. Todos da equipe conheciam Maria, e durante muito tempo tentaram muitas coisas para cuidá-la. Tentaram o CAPS infanto-juvenil, ao qual ela dizia querer ir, o ambulatório de psiquiatria, o CAPS adulto, procuraram escolas regulares e especiais. Apesar dos muitos esforços da equipe, Maria continuava indo e voltando de cada ponto da rede que acessava, e sua condição de saúde e vida não melhoravam. O que acontecia durante os períodos em que a mesma frequentou outros serviços, como o CAPS ou o hospital psiquiátrico, a equipe nada sabia.

Vocês já tentaram conversar com a equipe do CAPS?”- perguntamos. “Antes tinha uma pessoa muito boa lá no CAPS... qual era o nome dela? Aí a gente sem-

21 A expressão inglesa *advocacy*, sem tradução literal para o português, é utilizada no Terceiro Setor no sentido de lobby realizado por ONGs ou personagens influentes na sociedade, quando engajados na defesa de uma causa, para a resolução de um problema ou pela defesa dos direitos de uma entidade ou de um grupo. Nos EUA, seria um valor moral e cultural ensinado nas escolas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

pre sabia das coisas... a gente tinha uma relação boa com ela. Mas ela saiu e nunca mais teve nada. Hoje em dia não sabemos nada de lá. Desde que ela saiu, nunca mais veio ninguém aqui para conversar... mas nós também não fomos lá.

Nos contam que do hospital algumas vezes vem um papel, dizendo que medicação está tomando. Mas se a alta for a pedido dos familiares, Maria volta para casa, e para os demais serviços da rede que a atendem, sem qualquer orientação: “*não vem nem o papel com os medicamentos*” – nos conta a referência do CAPS.

(fragmentos de diário de campo)

Há uma grande preocupação da equipe com Maria, e muita frustração também. Após todos os investimentos, a equipe já não tinha mais uma relação próxima com ela. Quando sua história é narrada em um encontro com os pesquisadores, há muito a equipe não sabia por onde andava, a frustração gerou o distanciamento e certa impossibilidade de continuar investindo em Maria.

No entanto, é inequívoca a mobilização que Maria produziu na equipe de ESF. Por diferentes caminhos a equipe buscava parceria para o cuidado da usuária, buscava construir algum caminho pela rede que pudesse ofertar outras possibilidades de cuidado que na ESF não conseguiam ofertar. Após várias tentativas frustradas, de certa forma, a equipe acabou “desistindo”, até o momento em que foi feito o convite para a equipe trazer para a conversa um caso que os afetasse e sobre o qual gostariam de conversar.

Podemos perceber uma tentativa da equipe de coordenar o cuidado de Maria, no sentido de articular ofertas e possibilidades para ela. Nesse período de grande mobilização da equipe, havia vínculo entre os trabalhadores, Maria e sua família que demandavam muita atenção. No entanto a falta de interlocução e trabalho compartilhado entre os serviços da rede passaram a inviabilizar os movimentos da equipe que continuava sem conseguir cuidar dela sozinha. Mas existiam espaços para o compartilhamento e a pactuação de ações. O que acontecia então?

Na proposta de gestão desse município, há espaços-tempos formais de conversa, como os colegiados de gestão (colegiado gestor semanal, colegiado gestor dos distritos sanitários, colegiados dos departamentos do nível central) e as reuniões semanais de equipes nas unidades. Porém, a mera existência dos espaços-tempo em si – importante investimento político e administrativo – não parecia suficiente para que lá fosse engendrada a tão almejada coordenação do cuidado. Será que o que acontece – ou não – nesses espaços, faz a diferença? Que conversas são essas? Quem participa delas? Será que se discute o que se faz, os processos de trabalho? Abre-se espaço para que as pessoas se conheçam no que fazem, problematizem, inventem e pactuem novas coisas? Ou são espaços-tempo habitados por questões administrativas, burocráticas? Espaços-tempo nos quais, por vezes, até ocorre a discussão de um caso complexo, mas como caso clínico que, quando não “solucionado”, passa a fazer parte das frustrações e da pilha dos casos que as equipes consideram “sem solução”.

Passamos, a acompanhar as andanças de Maria e sua família pela rede, a visitá-la e à sua família com a equipe de ESF, e, assim, conversamos com o CAPS, o Hospital Psiquiátrico, a UPA. “*Sabe, isso tem sido muito bom. Vocês nos obrigaram a olhar no-*

vamente para Maria, prestar atenção, ver o que podíamos fazer por ela” – nos conta um trabalhador da equipe de ESF (fragmentos do diário de campo).

Mas Maria continua sua peregrinação pela rede. Quando está agressiva, “em crise” não é caso para a equipe da atenção básica, que encaminha para a emergência, que por sua vez encaminha para o CAPS ou para o hospital Psiquiátrico. O CAPS entende que tem responsabilidade sobre casos “moderados” e não “graves”. O cuidado de Maria é sucessivamente transferido e descontinuado, já que não foi possível compartilhá-lo, e é sempre assumido de maneiras diferentes por cada equipe, por cada trabalhador envolvido. A cada estação de cuidado (CECILIO; MERHY, 2003), a cada momento, há mais ou menos vínculo com Maria, há mais ou menos desejo de cuidar, e os movimentos e recuos nesse sentido vão se dando conforme as possibilidades de cada equipe, de cada serviço, naquele espaço-tempo. Todos coordenam o cuidado, mas até certo ponto, até onde a estrutura formal das redes permite, com os recursos e ferramentas que se têm.

“não temos condições de ficar com Maria” – diz a trabalhadora de referência à mãe de Maria em um dia que a mesma veio encaminhada da UPA. Então, do CAPS é encaminhada de volta à UPA e deste, ao hospital psiquiátrico, que segue aceitando a todos os que lhe chegam. De lá, conforme o pai de Maria, quase sempre volta pior. Para a família, ir à unidade básica ou ao CAPS perdeu o sentido, já que viraram lugares de passagem até a internação psiquiátrica: “não adianta nada ir lá, não fazem nada.” Referem que gostam do atendimento na UPA, pois lá Maria quando em crise é atendida e, ou volta para casa, ou consegue uma internação. Juntamos os trabalhadores do CAPS, ESF, gerentes dos serviços e apoiadores para conversar (o hospital não topou). Todos gostam da experiência, foi a primeira vez que conversaram. Todos compartilham seus conhecimentos e vivências com Maria e sua Família, as dificuldades e frustrações. Algumas tentativas de ações mais compartilhadas são ensaiadas. O CAPS fica de articular as ações.

(fragmentos de diário de campo)

Mas os encontros da pesquisa são poucos e espaçados, e as ações combinadas encontram dificuldades de serem colocadas em prática. Segundo a trabalhadora de referência do CAPS, Maria “não tem perfil” para a maioria das atividades do CAPS, nem para outras atividades ofertadas em outros lugares no município, como aulas de natação, oficinas de geração de renda ou projetos educativos comunitários, pois ela pode se tornar “agressiva”. Explica que os trabalhadores não saberiam manejar uma possível crise de agressividade dela, pois a equipe multiprofissional, em sua maioria, não teve qualquer formação para atuar na saúde mental: passaram recentemente em um concurso e ficaram sabendo que seriam lotados em um CAPS.

Perguntamos: “E nesses casos, quando vocês não sabem o que fazer, a quem pedem ajuda?”. “Não tem ninguém que ajuda” responde a referência de Maria no CAPS. Perguntamos sobre os apoiadores e, segundo a trabalhadora, “o apoiador consegue as vagas pra gente”.

Não foi possível juntar os trabalhadores novamente para que pudessem, juntos, problematizar esta questão. Maria foi internada novamente. E, novamente, nada se sabia de Maria, só que ela estava internada.

(fragmentos do diário de campo)

Após um longo período de altos e baixos, com três internações em um ano, Maria vivenciou um período de maior estabilidade, *“parou de bater e quebrar as coisas, não está aprontando mais”* diz a mãe, que está muito feliz. *“Trocaram o remédio dela e agora ela está bem, esse deu certo, o outro eu dizia há tempo que deixava ela louca”*. Neste momento, o CAPS entendeu que ela estava estável e deu alta. Segundo a referência do CAPS, *“ela agora vai ser acompanhada pela atenção básica”*.

Em visita à equipe ESF perguntamos: *“E agora, que Maria está melhor, qual o projeto de cuidado para Maria?”*. Mas a equipe entende que não tem o que fazer com Maria: *“Infelizmente é assim... trabalhamos a partir da demanda, quando ela não apronta, a família não procura, e não chega até a gente. Ai tem muitas outras pessoas precisando de cuidado, e passamos a atender as demandas.”* Quem coordena o cuidado de Maria? Quem cuidará de Maria agora?

(fragmentos de diário de campo)

Poderíamos sumariamente constatar que ninguém coordena o cuidado de Maria, que todos abdicaram dessa tarefa. Mas todos os trabalhadores que, em cada momento, se colocaram como cuidadores participaram dessa coordenação em alguma medida e de acordo com suas possibilidades, ao menos enquanto Maria e sua família perambulavam pelos serviços em busca de cuidado. O resultado final pode dar a impressão, em certa medida, de uma “descoordenação” do cuidado ou até, por vezes, de certo “descuidado”. Será que isso existe, a ausência de coordenação? Ou haveria sempre coordenação, ora a partir de um serviço, ora de outro, ora pelo próprio usuário? Maria faltava ao CAPS, sua mãe fazia “alta a pedido” da internação, buscavam mais a UPA do que os demais serviços. De um jeito ou de outro, com ou sem autorização ou convocação da equipe, Maria e sua família também atuavam na coordenação do seu cuidado. Seria possível pensar em uma coordenação compartilhada, construída com os diferentes trabalhadores e com a participação do usuário?

Problematizando a coordenação do cuidado

Nesta e em outras vivências com usuários-guias que tivemos em campo, a coordenação do cuidado da vida cotidiana não se pareceu tanto assim com aquela preconizada nas diretrizes da AB ou das RAS. As equipes de AB conseguem, de fato, coordenar o cuidado conforme essas diretrizes declaram? Em algumas condições sim, por um tempo da vida dos usuários sim, mas em outras diversas condições e momentos, não. É exclusivamente a AB que se coloca em cena nesta coordenação? Entendemos que não. Os trabalhadores dos diferentes serviços vão assumindo, com maior ou menor grau de envolvimento e investimento, esse papel. Nessa multiplicidade há acesso

a serviços e há cuidado, mas também se encontra muito descuidado e até interdições. O usuário muitas vezes tem acesso ao serviço (coordenação da atenção), mas não necessariamente ao cuidado, que entendemos como coisas diferentes.

Eis aí outro questionamento possível: como foi feita essa inflexão de coordenação “da atenção” para coordenação “do cuidado”, no Brasil? De que cuidado se está falando? Para Merhy (2004), o cuidado não é o conjunto de atos curadores ou promotores da saúde, ou de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, mas sim tudo aquilo que produz maiores graus de autonomia no modo do usuário andar sua vida, o que só acontece se houver encontros intercessores, ou seja, encontros dos quais saímos diferentes do que entramos. A produção do cuidado, assim como o processo de trabalho em saúde, também depende do diagnóstico médico e dos procedimentos que ele pede ao longo da rede, mas especialmente da singularização das experiências. Quem é o outro de quem estou cuidando? (FEUERWERKER, 2016). Será que o cuidado, entendido nessa dimensão, é o que estamos querendo “coordenar”?

Lembramos que o conceito de coordenação do cuidado nasce com sentidos de acesso assistencial e continuidade de informações propondo uma certa organização por dentro da rede formal, essa modelagem supostamente sólida, previsível, que pede apenas regras de fluxos, e que seria facilmente manejável (MERHY *et al.*, 2014). Neste sentido, não seria da coordenação da atenção que se está falando ao enunciar-se “coordenação do cuidado”? Entendemos que sim, e também reconhecemos que esse *hardware* é indisciplinado, dificilmente governável, e por vezes tem frustrado as tentativas de fazê-lo fluir adequadamente.

Para Feuerwerker (2016) as redes, no plano formal configuram principalmente uma distribuição de responsabilidades (referência/contrarreferência) entre equipamentos de saúde, algo bastante frágil, mesmo em seu melhor funcionamento. Por exemplo, nem sempre se encaminha pelos melhores motivos e quem recebe não “devolve” como se espera. Em parte, ruídos assim aconteceriam porque tais redes, na prática, são hierarquizadas e teriam sido desenhadas com base em uma valoração social da complexidade (quanto maior a complexidade do serviço, mais “valor”, ele e os que nele trabalham teriam) que impede o que a autora considera como condição *sine qua non* para o cuidado. Ou seja, a interlocução colaborativa e espontânea entre os que trabalham nos vários pontos da rede. No caso de Maria, tanto a equipe da ESF quanto o CAPS vivenciaram esta dificuldade de interlocução todas as vezes em que a usuária esteve no hospital psiquiátrico.

E o que é a coordenação do cuidado em uma perspectiva da organização hierarquizada das redes? Entendemos que o sentido é funcional, administrativo, coordenar no sentido de governar as práticas de tal forma que elas obedeçam a certa lógica que é pedida por um determinado modelo. Coelho (2008) admite que o uso de modelos é muito comum em vários campos do conhecimento, e na saúde coletiva não é diferente. O autor entende que a adoção de um modelo assistencial em saúde, por exemplo, se dá de dois modos, ou se lança mão de um modelo teórico prévio, que se acredita funcionar na prática; ou se recolhe experiências exitosas já existentes em outros lugares, para então adaptá-las e testá-las onde se está. Parece-nos que com a proposta da

coordenação do cuidado não tem sido diferente, ela é operada mediante uma razão instrumental segundo a qual se desenha um algoritmo de encaminhamentos; e é localizada em um “lugar”, no caso em questão, na AB.

Se considerarmos o compromisso com o cuidado e não somente com a atenção à saúde, não surpreende que esse tipo de implantação de modelo criasse tensões, ou não produzisse os efeitos esperados. Para Da Cruz (2016), toda máquina de governo em saúde é invariavelmente agenciada a fazer uma inversão, abstraindo a experiência. A experiência, aquela que está no espaço vivo das redes e nos encontros entre as pessoas que fazem o dia a dia da produção do cuidado, é o que pode tornar concretos os instrumentos, ferramentas, indicadores quantitativos e a agenda de governo. Quando então se opera a coordenação do cuidado como diretriz e convocatória, como um modelo que busca induzir um determinado comportamento das redes sem que haja diálogo e reconhecimento das experiências cotidianas onde o cuidado é produzido, com seus êxitos, mas também suas dificuldades, cria-se uma distância que a esvazia de sentido. O risco é o efeito colateral de ofuscar, desqualificar o trabalho em saúde que já se faz no cotidiano, ou de não acontecer nada.

De parte das equipes da AB a coordenação do cuidado, assim como qualquer diretriz ou convocatória, pode ou não ser aceita ou bem recebida. Aceitamos regras ou mudanças que não vão “atrapalhar” o que já estamos fazendo, as coisas que sabemos que precisamos fazer (FEUERWERKER, 2016) e que são possíveis. No mais das vezes, vira um discurso vazio, algo simbolicamente atribuído à AB, mas raramente praticado lá, ou uma tarefa que, na sua repetição (MERHY *et al.*, 2010), é isenta de sentido para as equipes e, conseqüentemente, para os usuários.

Quando observamos o afastamento da equipe de ESF em relação a Maria, depois de um período de tentativas frustradas, vemos o quanto teria sido importante que a experiência de tentar produzir a articulação necessária para cuidar de um usuário pudesse ter contado com estratégias de apoio aos trabalhadores, para que esses pudessem considerar esta coordenação “possível”. Da mesma forma, quando Maria recebe alta do hospital e do CAPS e conquista certa estabilidade, a equipe não considerou possível a construção de um projeto de cuidado com Maria e sua família, para que esta estabilidade recém conquistada tivesse, a partir dessa construção, mais chances de se prolongar. O modelo que rege o processo de trabalho daquela equipe preconiza um atendimento centrado na demanda espontânea, e produz na equipe a concepção de que é impossível fazer diferente. São nessas experiências cotidianas vividas pelos trabalhadores que as diretrizes das políticas e da gestão vão perdendo o sentido para a produção do cuidado.

Qualquer ação governamental é um intenso vivido de novas relações, de novos espaços-tempos, e é este vivido que possibilita mudanças – ou não. Se tudo não for permanentemente problematizado com os trabalhadores que as irão produzir, tende-se a gerar um desconforto para muitos dos que acreditavam naquilo que já vinham fazendo, às vezes há tempos. E dessa forma não há agenciamento para a mudança, ou o há para a resistência a ela. O que se atropelou aqui? Talvez o tempo que os coletivos precisam para seus movimentos, e a consideração de que sua vida já existia e continua acontecendo fora dos arranjos que as equipes pensam para cuidar do outro.

Não se muda assim, num rompante, o trabalho vivo em ato que produz saúde e que já está lá, acontecendo. Os trabalhadores podem estar isolados, cada um fazendo o que acha que é sua função, seu objetivo, mas também estão vivenciando seus desejos e afetos. Há que se compor com o que já se faz, com o que já se vive, o que já pulsa ali nas equipes e nos territórios.

Engravidando de cuidado a “coordenação do cuidado”

Lembre-mos das cenas de nossa usuária-guia Maria. Como se deu a coordenação do seu cuidado? Parece que essas vidas indisciplinadas frente às normas, esses coletivos da saúde às vezes inventivos e desejanter de cuidar, outros fragilizados, produzem seus próprios mundos dentro de suas possibilidades, usando ou não, aqui ou ali, as ofertas institucionais. Não bastou uma nova regra de significados, um discurso para muitos, coerente e convincente, até mesmo os esforços de ações práticas, pois tudo isso demanda certos desejos de ação, agenciamentos para o cuidado. O usuário, que é nômade, também é incontrolável, indisciplinável:

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 (MERHY *et al.*, 2014, p. 156).

Quem faz a gestão de sua própria vida é o usuário, e não os trabalhadores de saúde. Se nos mantivermos com uma tímida participação na vida dele, se não chegarmos nem perto dela, nosso saber técnico e nossas propostas terão ainda menor valor (FEUERWERKER, 2016). E esse usuário nômade corre por uma rede que tem vida, vida que também é imponderável e incontrolável. O conceito de “rede viva” nos ajuda a pensar a coordenação do cuidado pelo próprio usuário:

... 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 *et al.*, 2014, p. 157).

Pensemos então a coordenação do cuidado como uma caixa de ferramentas que opera na ordem da implicação com a vida do Outro, um conjunto variável de tecnologias leves, relacionais, que potencializa a produção do cuidado pela rede viva. Mais do que uma “coordenação”, uma gestão do cuidado pelas redes, que se constituísse assumindo a multiplicidade de atores que a constituem e a participação do usuário em tudo isso. Que investimentos teriam efeito nesse sentido?

A gestão teria um papel interessante nisso sim, mas entendemos que este papel pode ser mais potente se for construído por fora de ações prescritivas e não se restringir ao plano de organização formal da rede. Garantir os colegiados e outros espaços-tempo coletivos é fundamental, mas não suficiente. A gestão acessa processos que podem (ou não) facilitar a formação de sensibilidades e de dizibilidades para os agenciamentos que produzem encontros e que se produzem nos encontros, produzindo ela mesma os encontros. Dessa forma, liberaria a coordenação do cuidado das amarras administrativas, deixando-a proliferar em qualquer ponto por onde o usuário circule, entendendo que a coordenação/gestão do cuidado é constitutiva do trabalho de todos que cuidam, e não conviria tentar atribuí-la a um único lugar ou equipe.

Claro que é indispensável, e também da alçada governamental, o investimento no arcabouço necessário para que esse processo se instale. Mas fazer tudo isso respeitando os vários tempos envolvidos na implementação de ações na saúde. Fazer gestão do cuidado como prática constitutiva da própria gestão e não na condição de mais uma medida normativa abrupta que pretende “implantar” uma nova regra ou fluxo.

Os trabalhadores querem pautar a conversa segundo suas necessidades, suas situações concretas, suas dúvidas de manejo (atentando-se para as que não se restringem aos procedimentos técnicos), de um modo horizontalizado. É aqui que também entraria a gestão. É preciso construir oportunidades para se conhecer, espaços vivos de encontro, de conversação entre usuários, trabalhadores de diversos serviços, gestores locais (FEUERWERKER, 2016), inclusive aceitando-trabalhar com uma questão cara para a prática do cuidado que é o não-saber que introduz ruídos nos saberes.

Pensando na ideia de aproveitar experiências de gestão do cuidado, sem pensar em transplantá-las, mas sim em aproveitar a potência de boas ferramentas, apontamos a possibilidade do “apoio” como um dispositivo que pode ser poderoso para ativar a coordenação do cuidado nas redes. Mas implantar uma estratégia de apoio não garante, necessariamente, que os processos aconteçam.

Sinceramente, não sei bem qual a função desta pessoa, me parece que seu trabalho é trazer problemas para resolvermos.

A gente nunca conversou com ele, ou ele vem aqui para passar algumas informações da gestão.

(falas de trabalhadores registradas em diário de campo)

Então, não estamos falando de qualquer apoio, nem de um determinado apoio adjetivado (apoio institucional, matricial, temático, de rede etc.), mas sim daquele que tem, em sua constituição, uma aposta no cuidado. Um arranjo de apoio que aposte em encontros intercessores (SUNDFELD, 2016), que esteja implicado na produção de conexões e agenciamentos cuidadores e que opere nos múltiplos entremeios do cotidiano. Um apoio que seja agenciador de redes de cuidado, que vá sendo tecido nos encontros entre apoiadores e trabalhadores de saúde, realizando distintas ofertas de acordo com as necessidades e demandas das equipes, articulando a organização do trabalho no cotidiano e a produção do cuidado, e, como diz Bertussi (2010), “*reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado*”.

Considerações finais

Tentamos problematizar a tensão entre uma certa construção que é dada pela tradição de organização de redes de atenção à saúde adotada no Brasil – a coordenação do cuidado a partir da AB – e o que efetivamente cartografamos em nossa pesquisa. Possibilidades de gestão do cuidado a partir de múltiplos sujeitos, sem um “centro” ou ponto ideal da rede que deva tomar para si essa função, além de uma importante multiplicação dessa coordenação muito mais como prática constitutiva do trabalho em saúde do que como função na rede, em contraposição à uma lógica hierarquizada, dentro de um modo analógico de ordenamento, como o é a ideia de primário, secundário, terciário.

Essa temática muitas vezes é dada como resolvida ou dependente apenas de soluções estruturais ou, no máximo, organizacionais. Não desprezamos a importância de intervenções nessas dimensões, mas apontamos a necessidade de trazer para esta conversa o tema do cuidado em si, vivenciado como encontro que conecta singularidades e que só acontece nas redes quando potencializamos formas e arranjos para que os trabalhadores possam recheiar suas caixas de ferramentas de outros fazeres e saberes que aumentem suas possibilidades de encontrar caminhos, tomando o nomadismo do usuário como parte constitutiva na construção de sua rede viva de existência.

Nossa perspectiva também incluiu o trabalho em saúde como acontecendo em ato, um trabalho vivo com significativo grau de autonomia, engendrado menos pelo governo estatal do que, e talvez principalmente, pelo governo de si e dos coletivos locais, nos encontros. A aposta é a de que na saúde todos fazem gestão (EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM MOVIMENTO, 2016) e, acrescentaríamos, todos fazem coordenação do cuidado, quer se queira ou não. Tudo isso, entendemos, é constitutivo do trabalho em saúde, trabalho que dificilmente é capturável, neutralizável ou disciplinarizável por este ou aquele modelo se os trabalhadores assim não o quiserem, se não houver o que chamamos de agenciamento como acontecimento no “entre” dos corpos. O reconhecimento disso tanto por formuladores como por gestores produz mudanças nos seus modos de governar e, desse modo, pode-se aproveitar essas disputas cotidianas não como uma insurgência ou rebeldia, mas considerando-as como expressão do desejo dos atores presentes no cotidiano do trabalho, envolvidos no cuidado, de participarem da formulação de seu trabalho, do qual são os melhores conhecedores. Assim, as disputas podem ser debatidas, explicitadas e se tornarem uma potência para a produção de mais vida no cotidiano do trabalho em saúde, em apostas radicais de defesa das vidas individuais e coletivas.

Referências Bibliográficas

- BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B (Textos Básicos de Saúde). **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27 [versão preliminar]. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p. 197-210, ilus.
- COELHO, I. B.; “Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde”. *In*: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Saúde em Debate 190. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 96-131.
- DA CRUZ, K. T.; **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros**. (colegção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; 9). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**. [Tradução da edição francesa de 1980 por Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa]. Vol. 1, 1ª Ed., Rio de Janeiro: Ed. 34 (Coleção TRANS), 94 p., 1995.
- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM MOVIMENTO. **Todo mundo faz Gestão**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textosem-cena/todo-mundo-faz-gestao/>>. Acesso em: 19 jun 2016.
- FEUERWERKER, L. **Gestão e produção do cuidado em redes de saúde**. Aula do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) 2016. Faculdade Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=TEqCt9SYIZY>. Acesso: 28 jun 2016.
- FOUCAULT, M.; “Nietzsche, a genealogia e a história”. *In*: _____ (Org.). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 15-37.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Advocacy: o lobby do bem**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/acaosocial/article26c3.html?id.article=592>. Acesso em: 7 abr 2016.
- 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, feb. 2000.
- 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. **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.
- 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
- MERHY, E. E.; CERQUEIRA GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; LIMA SANTOS, M. de F.; DA 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.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary Health Care**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1978.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920**: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington: OMS, 1964. 38p Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B6q96ZZCFxnXN2RMMnJwam5qbW8/edit>> Acesso em: 7 jul 2016.

STARFIELD, B.; “Coordenação da atenção: juntando tudo”. *In*: _____. **Atenção primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002, p. 365-415.

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. 2016.

Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios

Débora Cristina Bertussi

Ana Cristina Sundfeld

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Mesmo quem opera em uma visão mais tradicional de gestão reconhece que existem diferenças e dissonâncias entre as formulações de proposição da gestão central e o que acontece nas unidades de saúde. E produzem ferramentas para forçar uma aproximação entre essas formulações: a da gestão e a do cotidiano em diferentes serviços. A supervisão tradicional é uma delas.

A supervisão nesse caso tem o intuito de verificar o cumprimento de normas, protocolos e procedimentos, com a intenção de corrigir erros e aprimorar o funcionamento do serviço. Busca assegurar a adesão e a reprodução das regras e modelos instituídos. Supervisão nesses termos é uma atividade instrumental ligada à administração, efetivando uma aposta no controle do trabalho e do trabalhador, usada como um instrumento para o aumento da produtividade e elemento de ligação entre a administração superior e a equipe operacional. A referência principal está nas normas e rotinas da organização (BERTUSSI, 2010).

Apesar de também chamada supervisão, na saúde mental esse movimento foi instituído para apoiar o processo de reforma psiquiátrica, contribuindo para novos modos de pensar e cuidar. Em diálogo tanto com a análise institucional como com a psicanálise, nessa modalidade de supervisão há o reconhecimento da necessidade da análise da implicação ou da transferência – dependendo da referência – e aí a aproximação vem engravidada de outras possibilidades.

Além da ideia de supervisão e análise de implicação, a análise institucional traz outros conceitos-ferramentas no sentido da produção de processos de autoanálise e autogestão. Aposta na criação de dispositivos para que os coletivos produzam (auto) análise dos conflitos e tensões, das implicações e potências criativas. Nessa perspectiva, o coletivo é visto como produto dinâmico e processual, capaz de produzir protagonismo no cotidiano (SUNDFELD, 2016).

As hierarquias, neste caso, são mediadas pela potência e capacidade de produzir em processos singulares, não a hierarquia de poder de imposição de vontade de um sobre o outro, mas na disputa de projetos, interesses e desejos. Há produção de desafios ético-políticos, invenção de mundos, de novidades e de realidades. Neste sentido, os trabalhadores de saúde passam a ser considerados coletivos em produção, implicados com a saúde que produzem, enquanto se produzem como coletivos (BADUY, 2010, p. 94).

Reconhecendo que o SUS é uma obra compartilhada entre trabalhadores, gestores e usuários, condição fundamental para produzir novidades, alguns autores da saúde coletiva reconheceram as imensas dificuldades que estavam sendo enfrentadas para produzir um SUS comprometido com o cuidado. Desde o início dos anos 90, vem sendo buscadas alternativas às formulações usuais da saúde coletiva. Inspirando-

-se na experiência acumulada no campo da saúde mental/luta antimanicomial esses autores (MERHY, CECILIO e CAMPOS, 1994; 1997), em diversos trabalhos, trouxeram para a saúde coletiva conceitos como acolhimento, vínculo, referência, ferramentas para colocar em análise o processo de trabalho em saúde, que possibilitassem trabalho compartilhado e criatividade (como as unidades de produção e as linhas de cuidado, por exemplo). Nesse movimento, vem também a ideia do apoio como uma estratégia de aproximar a gestão do cotidiano, ampliando as possibilidades de uma produção compartilhada e negociada dos arranjos e processos de trabalho.

Na formulação de Campos (2007), a gestão de coletivos inclui o objetivo de ampliar a capacidade de análise da realidade e de si mesmos; trata-se de um dispositivo para construção de novas subjetividades, para a formação de sujeitos com graus de autonomia. Esses espaços coletivos podem proporcionar aprendizagem, novos arranjos e práticas em saúde.

Para ele, o apoiador institucional é responsável pela construção de espaços coletivos, estimulando a escuta, o diálogo e a análise reflexiva das necessidades e conflitos. O apoio é montado como função e a relação do apoiador com a equipe é mediada por contratos construídos com o coletivo que versam sobre objetivos, expectativas, métodos de trabalho, dentre outros, voltados para a gestão e organização dos processos de trabalho.

Na mesma linha, as equipes de referência e o apoio matricial constituem uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, além de arranjos organizacionais com potencial para ampliar o poder das equipes quanto ao processo de trabalho a partir de negociações, trocas de saberes e práticas e decisões conjuntas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nessa formulação, o apoiador matricial é um especialista que contribui com seu núcleo de conhecimento e experiências para complementar a atuação da equipe de referência e promover, em parceria, estratégias de intervenção que aumentem sua capacidade de resolver os problemas de saúde da população.

Ainda no começo dos anos 2000, várias dessas proposições de Campos foram organizadas e sistematizadas no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH), proposta quando de sua passagem na secretaria executiva do ministério da saúde (2003 a 2004).

Pasche & Passos (2010, p. 429) situam a função do apoio como exercício do método da PNH: “*um modo (estruturado) de incluir novos parceiros, multiplicando os agentes de contágio da política pública de saúde*”. O apoiador, nesse caso, tem a função de referência, acompanha os atores na invenção de caminhos que não seguem uma rota *a priori*, pelo contrário, são linhas de força, abertas, maleáveis e fluidas. Trata-se de dar movimento a uma dada realidade institucional por meio da inclusão de vozes, de pensamentos e de desejos que podem acionar mudanças pelo “poder de contágio”. O sentido do modo de fazer o apoio na PNH sugere a construção de posicionamentos em permanente movimento e experimentação.

Para Merhy (2010), a ênfase está na experimentação e o apoio é uma aposta, proposta como um dispositivo. O dispositivo é tomado como disparo, marcado pela transitoriedade, o que exige do apoiador uma permanente linha de fuga de si mesmo, recusa de capturas que podem instalá-lo no lugar de porta-voz do outro, munido de

um saber que supervisiona, decide e governa pelo outro. Por isso o apoiador precisa também se colocar em análise, pois também é afetado e corre o risco de captura. Ele desenvolve a perspectiva micropolítica de análise do trabalho em saúde, reconhecendo também as relações de poder e as disputas de projeto que habitam o cotidiano do trabalho em saúde, independentemente da gestão, as múltiplas e mútuas afetações entre gestores, trabalhadores e usuários, em processos mutáveis de subjetivação (MERHY e FEUERWERKER, 2012).

BERTUSSI (2010) discute alguns elementos constitutivos do apoio e destaca o devir-apoiador, que se produz na tentativa de aprender a ultrapassar a subjetividade fundamentada no eu, a deslocar-se para os devires. Devir que deve ser repetido em todos os sentidos, em todas as ocasiões. É necessário compreender que somos muitos em um, multiplicidade produzida no encontro, a partir dos agenciamentos mútuos que ocorrem nos encontros entre apoiadores e trabalhadores.

No trabalho do apoio, é necessário fabricar os próprios intercessores, entendidos a partir de Deleuze (1992), para o qual quaisquer encontros fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural. É preciso produzir interferência. Neste sentido, o trabalho do apoiador não se configuraria como uma prática puramente técnica e nem dependente exclusivamente do núcleo profissional, mas sim como prática relacional, acionando tecnologias relacionais, em uma produção intensamente micropolítica.

O apoio como dispositivo pode pôr discursos e práticas em análise, provocar estranhamento e desnaturalização das lógicas e dos processos de trabalho cotidianos. Protocolos, portarias e programas que muitas vezes engessam as práticas de saúde e estimulam encontros previamente padronizados podem ser interrogados, repensados, reinventados, transformados, em ato.

A produção dos coletivos em ação configura-se com maior potência quando há brechas para o debate intenso e cotidiano do que fazer, como fazer e porque fazer. O que atravessa essa produção é a caixa de ferramentas do apoiador para operar o apoio às equipes de saúde. Caixa de ferramentas que funcione com potência de bússola para o pensar num terreno de tensionamentos e desafios, deslocamentos, desconfortos e oferta para uma possível reterritorialização. A caixa de ferramentas funcionando como conceito-força que compõe o plano de consistência para as análises micropolíticas, compreendendo que nessa caixa entram desde os protocolos de cuidado, estratégias de encontro e afetações, até um conjunto de ideias e modos de intervenção e invenções que favoreçam a constituição de arranjos para produzir cuidado.

Apostas para a produção do Apoio como dispositivo em São Bernardo do Campo

Em São Bernardo, os apoiadores são designados apoiadores de rede. São cinco apoiadores, com diferentes formações profissionais em cada um dos nove territórios em saúde do município. Seu principal papel é movimentar trabalhadores em diferentes pontos da rede, colocando-os em conexão para o cuidado em diferentes situações. Esse arranjo singular do apoio disparara o desejo de percorrer suas linhas de criação. Como esse apoio é fabricado? Como opera no cotidiano? Que efeitos produz?

O arranjo do apoio em São Bernardo do Campo (SBC) dialoga com as formulações de Merhy (op. cit.) acima referidas e com experiências de municípios como João Pessoa e Londrina (BERTUSSI, 2010; BADUY, 2010).

Por ser uma experiência que se diferencia das experiências de apoio em geral, consideramos importante explicitar alguns aspectos de sua montagem e reflexões que ela suscita. Gestor-guia, apoiador-guia, gestor-pesquisador, trabalhador-pesquisador, orientador-pesquisador são algumas de nossas implicações com a produção do apoio e deste artigo.

Podemos destacar algumas noções-ferramentas que compõem esta aposta, em permanente movimento e inventividade. A ideia do apoio como possibilidade de potencializar a equipe em suas atividades diárias na UBS, na possibilidade de agenciamento entre equipes, na construção de projetos terapêuticos compartilhados, transição e continuidade do cuidado, na produção de encontros entre trabalhadores de diferentes serviços (da saúde ou não).

Como mencionado, 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.); entre outras possibilidades. São vários arranjos na organização da 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 o suporte de uma dupla de facilitadores de educação permanente (originários dos diferentes departamentos da Secretaria de Saúde). Esses facilitadores apoiam a análise dos processos de trabalho, a organização das agendas, a discussão de casos complexos e a articulação com outros serviços.

Nos territórios há também a figura dos orientadores de educação permanente com a função de facilitar os processos de educação permanente nos territórios, que incluem apoiadores, facilitadores, gerentes dos serviços como UBS, CAPS, UPA, trabalhadores de diferentes lugares da secretaria. Os territórios reúnem-se mensalmente com a facilitação dos orientadores.

Mensalmente também acontece uma reunião de educação permanente específica para apoiadores, facilitadores e referências atenção básica para os 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.

A ideia que estimulou a criação de todos esses espaços foi produzir visibilidade para as disputas que operam na construção dos projetos de saúde no cotidiano, provocar reflexões e problematizações sobre os modos de cuidado, além da construção de acordos e pactos com base em novos sentidos produzidos para o trabalho e para os problemas.

Mas os espaços de encontro e conexões não são somente os instituídos pela gestão. Muitos são fabricados cotidianamente pelos trabalhadores. Outros, pensados para uma finalidade, terminam operando como potentes dispositivos. É o caso do Kanban, reunião que acontece em alguns dos hospitais do município para discussão de casos e que com a participação de trabalhadores do hospital e dos apoiadores. O propósito destes encontros é produzir o compartilhamento do cuidado durante e depois da internação. É amplamente reconhecida na rede de SBC como uma composição potente para gerar projetos de cuidado no território, envolvendo diferentes pontos da rede. A seguir um exemplo de arranjos que o kanban tem possibilitado disparar.

Liz, 3 anos, mora com a mãe, uma irmã de 4 anos e a avó materna. Nasceu com uma encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE) e desde seu nascimento passou por várias internações no HPSC, começou a ser acompanhada pelo Programa de Internação Domiciliar (PID). Houve nova internação em 04/08/2014 quando a criança tinha 1 ano e 5 meses. Apresentava o quadro de IRA Crônica, ECNE, Síndrome Convulsiva e Hipocalemia e permaneceu internada, entre idas e vindas entre UTI e enfermaria, durante aproximadamente 500 dias, recebendo alta em 22/12/2015.

Durante o período de internação, a equipe de apoiadores passava informações, atualizadas semanalmente por meio da discussão do KANBAN, para equipe da UBS. A criança precisou de traqueostomia e gastrostomia. Durante a internação havia uma preocupação da equipe do HPSC em relação continuidade dos cuidados à criança em casa, sendo várias vezes avaliada a possibilidade de alta com o PID. Mas a mãe apresentava-se muito angustiada em relação a alguns procedimentos que precisariam ser realizados mesmo depois da alta. Depois de resolvida essa angústia, a mãe, já segura em relação aos cuidados, estava muito cansada e sua rede de suporte era restrita a avó da criança, que no momento residia em outro território de São Bernardo do Campo, o que dificultava o acesso e compartilhamento do cuidado.

No dia 12/09/2015 a Equipe do HPSC começou a discutir a possibilidade de desospitalização da criança. A partir dessa possibilidade, foram produzidos vários encontros. No dia 18/09 foi realizada reunião entre apoiadora, enfermeiro e ACS para maior aproximação da dinâmica familiar, condições de moradia da família e a importância de acompanhamento e monitoramento da UBS. Liz desde o seu nascimento havia permanecido apenas um dia em casa. A equipe do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS também entrou na articulação. Neste processo ocorreu mudança do enfermeiro na equipe da UBS e a nova enfermeira iniciou maior aproximação da equipe do HPSC, participou do espaço KANBAN. Na sequência, o enfermeiro da unidade de internação da pediatria do HPSC junto com a enfermeira, ACS e apoiadora foram fazer visita domiciliar para analisar a viabilidade da alta hospitalar e instalação de equipamentos domiciliares (BPAP), bem como fortalecer o vínculo entre as equipes e família. Posteriormente também foram com a equipe do Programa de Internação Domiciliar. Foi pactuada a transição e continuidade do cuidado com a equipe PID e apoio da equipe de

saúde da família. Neste processo ocorreu também uma reorganização familiar e a avó materna foi morar na casa de Liz para apoiar na realização dos cuidados com a criança. Atualmente Liz encontra-se sob os cuidados da família, da equipe do PID com apoio da equipe de saúde da família.

Esta articulação entre equipes do hospital, atenção domiciliar e equipe de saúde da família foi possível porque o Kanban com a participação dos apoiadores favorece muitos agenciamentos para produção do cuidado intra hospitalar e em conexão com a rede de serviços. Neste caso aconteceu um movimento que não é usual nos sistemas de saúde local, o enfermeiro do hospital ir até casa da criança ensinar a família a fazer uso do (BPAP) e apoiar a equipe da atenção básica para dar suporte a família. Estes agenciamentos para transição e continuidade do cuidado são estruturantes para rede ser rede de fato e para o cuidar em rede.

As discussões do Kanban proporcionam uma mistura de linguagem e valores que abordam sintomas, procedimentos, histórias de vida e territórios existenciais dos usuários, provocando tensionamentos e desafios. Todos aprendem. Equipe hospitalar aprende das políticas, da rede, da realidade dos territórios. Apoiadores puderam se aproximar da linguagem clínica e do raciocínio médico, o que sendo transformado em ferramentas ampliar sua capacidade de diálogo com médicos e enfermeiros em diferentes lugares da rede. As reuniões fomentaram novas grupalidades entre os apoiadores, relações de solidariedade e conhecimentos sobre os territórios.

Os encontros também possibilitaram conexões entre serviços (entre hospitais; entre hospital e reabilitação; apoio, UBS e atenção domiciliar). As reuniões produziram visibilidade para tensões no compartilhamento do cuidado entre na rede de urgência, na relação entre hospitais e CAPS, desafios de compor com conselho tutelar, conselho do idoso, CREAS, para angústia dos apoiadores!

É possível apontar outros efeitos do Kanban: comunicação entre equipe e apoio e maior responsabilização sobre os usuários (ACS avisa da internação do usuário, equipes acionam o apoio para acompanhar o caso, pedem notícias, às vezes até vão ao kanban), produção de ferramentas para mobilizar discussões e análise dos processos de trabalho junto as UBS (planilhas de acompanhamento, estudos de caso, contato entre assistente social do hospital 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 ganhando visibilidade, menor solidão e isolamento no enfrentamento das muitas situações complexas que desafiam o manejo das equipes...

Cenários e desafios da produção do apoio: pistas e analisadores

O apoio fabrica e ao mesmo tempo é fabricado pelos planos de produção da gestão, das relações das equipes e dos processos de trabalho, conectados e inseparáveis. 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: 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 (SUNDFELD, 2016).

O apoio é fabricado pelos diferentes agenciamentos que implicam apoiadores, facilitadores, gerentes, referências e trabalhadores. Nos diversos cenários, apoio pode ser efetivado por meio de suporte, fazendo a gestão no lugar de, resolvendo/diluindo conflitos, cobrindo faltas etc. Composições produzidas no cotidiano, com diferenças e regularidades, que podem armar encontros em que se compartilha, faz junto ou se desresponsabiliza, bloqueia a entrada etc. (SUNDFELD, 2015). Facilitadores e gerentes mais presentes, atitudes dialógicas e parcerias, mas também combinados que não se sustentam, responsabilizações e cobranças.

Algumas decisões compartilhadas com apoiadores e trabalhadores são alteradas pelo gerente; os acordos e pactuações fazem aparecer disputas de projeto e tensionamentos em relação aos processos de trabalho e à lógica do cuidado e ora se sustentam, ora são quebrados; ora é possível armar negociações, ora prevalecem decisões 'de cima'. Apostas em visitas domiciliares e matriciamentos disputam com consultas e procedimentos centrados no especialista; a organização de uma agenda viva é dificultada pela determinação de horários reservados para determinado tipo de clientela. As propostas 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! (EPS EM MOVIMENTO, 2014 a)

O apoiador precisa ser um cartógrafo, acompanhar processos, estar 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 parecem entrar em jogo alguns dilemas que perturbam o apoiador, 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! (SUNDFELD, 2016).

As andanças pela rede favoreceram novas agendas, fomentando novas grupalidades entre os apoiadores. As conexões produzidas ampliaram a legitimidade do apoio em diferentes espaços e serviços (UPAs, CAPS, hospitais, CER, escolas, CRAS, Vigilância etc.), além de produzirem visibilidade para os casos complexos. Esta movimentação ampla do apoio também angustia os apoiadores, pois dispõem de menos tempo para estar em cada serviço, sendo necessário 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. E nem só os apoiadores podem apoiar (EPS EM MOVIMENTO, 2014b).

Jasmim, 17 anos, usuária abusiva de drogas ilícitas, desenvolveu tuberculose pulmonar e HIV. Após complicações da tuberculose, foi residir nos fundos da casa da avó; vivia complexa situação socioeconômica, o que afetava diretamente sua recuperação. Por complicações no quadro, foi internada no hospital x. Em reunião de KANBAN, o caso foi discutido. A apoiadora, que conhecia a usuária, debateu com a equipe do hospital a complexidade de sua situação. Na sequência, a apoiadora produziu um encontro das equipes para o cuidado do caso: equipe do programa de tuberculose, equipe do hospital x, CAPS AD, CAPSADIJ, equipe de saúde da família, do serviço de DTS/AIDS e CREAS. Foi produzido um projeto terapêutico compartilhado. Em meio aos acordos a usuária acabou abrigada, o que demandou uma articulação da rede de saúde com a equipe do abrigo, intermediada pelo apoiador. Diante de novas complicações em função do dreno de tórax, com a usuária apresentando picos febris e secreção purulenta, houve nova internação. Acionado pela apoiadora, o médico infectologista (CRT) foi ao hospital para avaliar a situação de Jasmin, discutindo projeto terapêutico compartilhado entre equipe do hospital, equipe do CRT, equipe de saúde da família. Após alta do hospital, usuária fugiu do abrigo e foi residir na casa da avó, envolvendo assim uma nova equipe de saúde da família em seu acompanhamento. Houve a programação de uma internação para tratamento da tuberculose liberada pelo juiz, porém no dia na internação a usuária não aceitou. Assim o acompanhamento da TB passou a ser de responsabilidade da equipe de saúde da família com o apoio da equipe do programa de TB. Atualmente o tratamento para tuberculose foi concluído, a usuária realiza acompanhamento no programa DTS/ AIDS, completou 18 anos, mora com um companheiro e o casal continua sendo acompanhado pela equipe de saúde da família.

A produção de projeto terapêutico compartilhado em rede produz muitas possibilidades de cuidado, aprendizagem entre as equipes, ampliação das ofertas e acordos entre equipes produzindo visibilidade para uma questão importante. O cuidado especializado pode ser produzido em todos os pontos da rede de saúde e não somente em um ponto específico da rede, como policlínica e/ou centro de especialidade. O cuidado especializado pode ser construído com um arranjo peripatético (LANCETTI, 2008) na rede. Os dispositivos de produção de encontro entre trabalhadores para o cuidado em arranjo compartilhado “pedem” outros movimentos instituintes, invenção e muita novidade.

A produção de espaços coletivos é uma aposta da gestão juntamente com a educação permanente (EP) na perspectiva da 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 facilita-

dores. A atividade de análise enfrenta um desafio constitutivo do espaço que é a presença dos gestores 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. Espaços não são garantias de nada, é preciso cuidar dos processos e isso às vezes é bastante tenso, disputado, ruidoso.

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 etc.

A produção de grupalidade entre os apoiadores acontece em arranjos 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 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 (FEUERWERKER, 2014).

O matriciamento em saúde mental pretende contribuir para a criação e o 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 enfermeira do CAPS e equipes, psiquiatra do território e equipes. Este processo vem aproximando profissionais, dando visibilidade e conversa sobre preconceitos, medos e dúvidas. Os apoiadores vêm contribuindo para este processo por meio do planejamento coletivo com equipes e matriciadores, construção de fluxos, atendimentos compartilhados, planejamento de EP com psicóloga da UBS, visitas ao CAPS e articulações entre equipe do CAPS e UBS, visitas domiciliares conjuntas etc.

A fabricação do apoio no município de São Bernardo é intensa e convida variados atores, agenciando trabalhadores e gestores, ampliando apostas e trazendo para cena a complexidade imanente ao cuidado. As produções do apoio e seus efeitos

são variados, múltiplos, processuais; sem garantias prévias ou roteiros estabelecidos, podem mobilizar composições, aprendizados e sensibilidades. Como dispositivo, o apoio movimenta potências, provoca, indaga, inventa, cria, desmancha, analisa, cuida, amplia, conecta. Nesta criação coletiva e em constante movimento tem agenciado redes, fortalecido um cuidado sensível e centrado nas necessidades do usuário, acompanhado por conexões tecidas pelos encontros e pelas experimentações.

Referências Bibliográficas

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 183 p. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BARROS, R. B., BARROS, M. E. B. “Da dor ao prazer no trabalho”. *In*: SANTOS-FILHO, S. B., BARROS, M. E. B. (Orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p. 62-78.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. “Cartografar é acompanhar processos”. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓCIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 52-75.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal**. 2010. 234 p. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. 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, p. 399-407, fev. 2007.

CECILIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. “Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia”. Tradução de Aurélio Guerra Neto *et al.* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v. 3.

EPS EM MOVIMENTO. **Dispositivos de Redes**. 2014a. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/dispositivos-de-redes>>. Acesso em: 15/8/2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Novos dispositivos de gestão**. 2014b. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/novos-dispositivos-de-gestao>>. Acesso em: 15/8/2016.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. “Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea”. *In*: MANDARINO, A. C.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009, p. 29-56.

_____. “Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado”. *In*: Ana Cristina de Souza Mandarino; Estélio Gomberg. (Org.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências** 1 ed. Salvador: Editora da UFBA, 2012, v. 1, p. 5-21.

MERHY, E. E. “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.

_____. “A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves”.
In: _____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 41-66.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. “Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde”. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.

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. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. 2016.

Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica?

Clarissa Terenzi Seixas
Rossana Staevie Baduy
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Josiane Vivian Camargo de Lima
Stefanie Kulpa
Maria Lucia da Silva Lopes
Carla Vanessa Alves Lopes

Apresentação

Repetir repetir — até ficar diferente.
Manoel de Barros, 2008.

A realização de uma investigação que tem uma aposta ético-metodológica na pesquisa interferência, na produção do usuário-guia e na construção de um processo avaliativo compartilhado em que todos – trabalhadores, gestores e usuários – são pesquisadores, inevitavelmente tensiona a valorização de uma suposta neutralidade do pesquisador e, na intensidade das experiências de campo, provoca nossos corpos, sentidos, afetos de pesquisadores/trabalhadores/usuários. Uma questão, em especial, vem martelando de forma insistente e repetitiva nossas cabeças e corpos, tensionando dois pilares da Atenção Básica e, mais especificamente, da saúde da família: a responsabilização e o vínculo.

Em alguns documentos ministeriais do final dos anos 90 é possível achar, sob o nome de “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e de corresponsabilidade”, uma versão rudimentar do(s) conceito(s) como algo propiciado pela convivência contínua e com potencial para “... a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos” (BRASIL, 1997 p.15). Documentos do início dos anos 2000 já trazem os conceitos de vínculo e responsabilização como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). Mais tarde, na portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2011), os termos são entendidos ora como princípios, ora como fundamentos e diretrizes da Atenção Básica e aparecem sob uma definição mais precisa, onde o vínculo “... consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2011). Traz, ainda, o vínculo e a responsabilização como dispositivos requeridos para a coordenação do cuidado:

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao

longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011).

Chamando a compreensão expressa na política para o debate sem, no entanto, tomá-la como portadora de uma “verdade” sobre o tema, o vínculo e a responsabilização implicariam no conhecimento das histórias de vida do usuário, constituiria algo que precisa ser permanentemente construído entre trabalhadores e usuários, algo que implicaria uma confiança mútua. Mas como se faz para construir vínculo no cotidiano do trabalho em saúde?

Destacamos que vínculo e responsabilização serão ou não desenvolvidos no contexto do trabalho em saúde que, por sua vez, é produzido por meio de intensas relações entre trabalhadores de diversas formações e destes com os usuários. Um trabalho vivo em ato permeado por um alto grau de incerteza e que toma corpo no encontro de um trabalhador com um usuário. Encontro esse marcado pela ação dos atores em cena que no exercício de sua capacidade de autogoverno e com seus valores e histórias de vida, disputam entre si, com normas e protocolos, a melhor forma de desenvolver o trabalho em saúde no cotidiano. Este processo ocorre numa arena onde existem diversos agrupamentos de forças implicados política e socialmente disputando seus projetos, impondo finalidades no processo de produção do cuidado que nem sempre serão a cura e a promoção (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

São essas e outras questões que serão trabalhadas aqui a partir de algumas cenas vividas no âmbito dessa pesquisa em um Município brasileiro que chamaremos de X. Todos os nomes usados são fictícios a fim de preservar o anonimato das pessoas.

O reconhecimento mútuo do interlocutor válido como prerrogativa para a construção de vínculo

Sueli é uma senhora de 47 anos que, no início de 2014, inicia seu périplo por diferentes pontos da rede do SUS do município de Curitiba (Unidade Básica de Saúde – UBS, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, hospitais, ambulatórios de especialidades etc.), seja referenciada ou por conta própria, com queixas recorrentes de dor de cabeça, tonturas e visão embaçada. Após inúmeras incursões infrutíferas pela rede de saúde, obtém o diagnóstico de um tumor cerebral benigno de cerca de 7 centímetros de diâmetro no lobo frontal e realiza uma cirurgia para sua retirada, não sem dificuldade para conseguir tal intervenção, mesmo após o diagnóstico.

Em uma de nossas idas à UBS da área de referência de Sueli, a equipe responsável pelo seu cuidado nos convida a visitá-la.

Ao chegar ao domicílio de Sueli, vivenciamos uma cena inesperada: os trabalhadores da equipe são impedidos de entrar pela usuária que, gentilmente, afirma que o problema já foi resolvido e que não precisa mais da unidade. Revela,

inclusive, que pretende contratar um plano privado de assistência à saúde, pois já não quer mais depender do sistema público, teve uma experiência que considera ruim. Nesse momento, atingimos o clímax da cena, ao assistir, atônitos e impotentes, toda a equipe – médico, gerente, técnica de enfermagem e agente comunitária de saúde (ACS) – fincar pé em frente ao portão de Sueli, reivindicando seu direito de entrar no domicílio, proferindo ameaças e discutindo, em alto e bom som, que essa negação teria sido causada por uma suposta confusão mental e dificuldades cognitivas provocadas pelo tumor. Partimos, finalmente, eles visivelmente revoltados com o ocorrido, para logo em seguida concluir que o caminho talvez fosse interditá-la.

(fragmento do diário de campo dos pesquisadores)

Ainda que nossas discussões não se baseiem em um momento estanque, mas em dezoito meses de construção da pesquisa nesse cenário junto a esses atores, tomar essa cena, pelo seu caráter simbólico, é importante para ilustrar uma questão que tem se evidenciado para nós tanto na pesquisa RAC como no nosso cotidiano de pesquisadores, trabalhadores e usuários do SUS: a repetição de certa forma de operar a noção de vínculo e de responsabilização pela Atenção Básica (AB), sobretudo pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF.

Se tomarmos os conceitos expressos nas políticas [produzidos a partir de intensos debates sobre a necessária invenção da atenção básica na construção do SUS, protagonizados principalmente por Merhy, Cecilio e Campos já no início dos anos 90 (CECILIO, 1994), (MERHY e ONOCKO, 1997)], já tão naturalizados (e às vezes esvaziados) entre pesquisadores e trabalhadores do campo da Saúde Coletiva, podemos pensar que, se em algum momento da relação entre Sueli e aquela equipe houve o estabelecimento de um vínculo, ele inexistia na cena que presenciamos. Chegamos a essa conclusão nas longas discussões suscitadas pela necessidade de processar a angústia gerada pela vivência daquela cena, que o vínculo não é algo que o trabalhador pode construir unilateralmente, seguindo mais uma das tantas cartilhas produzidas no cotidiano da saúde. Porque se as tantas *Suelis* que atendemos diariamente não quiserem, elas fecham a porta e o vínculo não se dá, a responsabilização não acontece.

Mas o que levou Sueli a abrir mão do vínculo com a equipe, a declinar sua oferta de responsabilização? E aí parece que tocamos em um ponto-chave para refletir sobre os acontecimentos da trajetória de Sueli, como a ponta do fio de um confuso novelo que nos faz querer entender como ele enroscou e o que mais tem nesse emaranhado de fios, mas sem nenhuma intenção *a priori* de desenroscá-lo ou de procurar culpados pelo enrosco, mas apenas entendendo que pensar sobre essa trama também é fonte de aprendizagem. Analisamos que, ao não conseguir o cuidado que buscava por meio da equipe de Saúde da Família, independentemente do nó estar ali ou em outro(s) ponto(s) da rede, ela considerou a equipe como um interlocutor desqualificado. E, ao ser pega de surpresa nesse lugar, a equipe reage tentando, por sua vez, desqualificar Sueli como interlocutor válido: ela está confusa, ela tirou um tumor da cabeça e isso afetou seu raciocínio, ela precisa ser interditada.

É como se instalasse um desconforto tão grande quando Sueli rejeita a oferta da equipe, como se o seu não-aceite do que se lhe quer dar constituísse uma ofensa, uma afronta tamanha que é preciso lhe carimbar um diagnóstico, uma condição incapacitante que tire a sua autonomia de decidir e a torne “posse” do serviço de saúde. Como se ao se negar a aderir à um projeto traçado por “aqueles que sabem o que é melhor para você” e exercer sua autonomia de escolha, Sueli reacendesse a chama do controle dos corpos e vidas do outro presente em cada um de nós, profissionais de saúde que, sobretudo na Atenção Básica, ainda operamos na lógica da vigilância, responsabilizando-nos pelo cuidado do usuário nem que, para tal, precisemos construir vínculo “na marra”.

Mas será que é possível construir vínculo unilateralmente, no exercício do controle sobre a vida do outro? Desenvolver essa pesquisa tem nos levado a compreender vínculo como algo passível de ser construído, mas que também pode ser desconstruído e que, portanto, precisa ser cuidado. Nesse sentido, vínculo é algo que só se constrói se o outro também quiser, se ambos se considerarem “interlocutores válidos”; ou seja, se assumirem uma postura ética de enxergar o outro da relação como alguém com quem há de se estabelecer pactuações (SLOMP JÚNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015), que tem necessidades, desejos, expectativas e um saber que, na maioria das vezes, é diferente do meu e isso enriquece a minha prática (SEIXAS *et al.*, 2016). A partir desse reconhecimento mútuo como interlocutor válido, prerrogativa para a construção do vínculo, torna-se possível a responsabilização por projetos terapêuticos construídos de forma compartilhada, no espaço do entre-desejos de usuários e trabalhadores.

É certo que operar esses conceitos na complexidade do cotidiano do trabalho em saúde não é simples e tampouco natural e, assim considerando, ao trazer essa cena, não intencionamos, por nossa vez, desqualificar esses trabalhadores e classificar sua prática de forma maniqueísta, já que em inúmeras outras situações pudemos perceber sua responsabilização pelo caso de Sueli e de diversos outros usuários daquele serviço. Mas analisar o caminhar de Sueli e de outros usuários-guias que pudemos acompanhar ao longo da pesquisa no que eles nos contam do processo de trabalho das diferentes equipes é interessante para questionar o modo como os conceitos do vínculo e da responsabilização funcionam no cotidiano dos serviços de Atenção Básica do SUS.

Relações simétricas como produtoras de vínculo

Nossa história com Ricardo começou em novembro de 2014. Estávamos como pesquisadores e nosso pedido para os trabalhadores de uma UPA era para que escolhessem um usuário que de alguma forma os afetara, pelo sucesso, pela dificuldade ou pelo insucesso. Foi dessa forma que conhecemos Ricardo, antes mesmo de conhecê-lo pessoalmente: pela narrativa de trabalhadores da UPA sobre sua história.

As primeiras vezes que nos encontramos com Ricardo, nos deparamos com um homem de 37 anos, com diagnóstico de neuropatia alcoólica, acamado, numa casa com vários cômodos, sem água encanada nem energia elétrica, conhecida pelos vizinhos e equipe de saúde da família por “oca”, onde Ricardo vivia com sua família – cinco irmãos e irmãs, três sobrinhos e o pai – de origem paraguaia e indígena. A presença das drogas era evidente, havia muitas garrafas de cachaça pela casa e um forte cheiro

de maconha e de drogas inalantes. Ricardo não andava, falava pouco, movimentava pouco os braços e, nos nossos primeiros encontros, sempre repetia a mesma frase: “Preciso ser internado, vocês vão conseguir para mim? Aqui ninguém cuida de mim, só a Ana, quando pode. Se eu continuar aqui, vou morrer”.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família responsável pelo território faz visitas semanais à família e resolve pedir a avaliação do fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que aponta a necessidade de sessões diárias de fisioterapia para Ricardo. Porém, não conseguem fisioterapia para ele sob diversas alegações dos serviços: não tem vaga, não tem perfil, não tem transporte, não tem acompanhante, o profissional do NASF não tem tempo para esse cuidado. A equipe da ESF sente-se de mãos atadas e o define como um problema, um caso complexo.

Quando ouvíamos essas histórias de tantas dificuldades para o acesso de Ricardo ao tratamento fisioterápico, sentíamos o quanto havia de produção de barreira para o seu tratamento. Mas, para além disso, havia outras falas a seu respeito, que abriam nosso olhar para outros pontos de vista sobre aquele usuário-guia.

Uma delas era a de Lia, uma trabalhadora da Equipe de Saúde da Família que estabeleceu um relacionamento bem próximo com ele e com a família. Ana, irmã de Ricardo, certa vez, em um de nossos encontros, se referiu a Lia como aquela que “*cai e levanta conosco*”. Ao longo dos 18 meses em que convivemos com Ricardo e seus familiares, percebemos que Lia era a trabalhadora da ESF que eles mais conheciam. Lia conhecia a história deles em detalhes, foi com ela que fomos até a “oca” e fomos apresentados à eles. Em um dos encontros com a equipe de saúde da família da UBS de referência, uma fala dela foi muito significativa para nós “só quem já viveu sabe quanta barreira existe para ter acesso ao serviço que necessita”. Entre Lia e a família de Ricardo tinha-se construído aquilo que se poderia chamar de vínculo.

Na história de Ricardo, assim como na narrativa de Sueli, a construção de relações entre interlocutores que se considerem mutuamente válidos também emerge como condição necessária para a construção do vínculo e da responsabilização. Ao perceber Ricardo como um “*sujeito portador de uma vida complexa, de saberes e desejos com quem é necessário dialogar a fim de se produzir, de modo compartilhado, novas possibilidades de manejo dos problemas e sofrimentos*” (SLOMP JÚNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015, p. 1802), Lia confere validade à existência e aos modos de se relacionar com a vida dele e de sua família, o que permite que ela, enquanto trabalhadora de saúde, estabeleça uma determinada relação de cuidado com o usuário. Este, por sua vez, reconhecido em suas diferenças e, de certa forma, sentindo que sua demanda, mesmo que naquele momento não atendida, era reconhecida pela trabalhadora, também passa a reconhecer a interlocução com Lia como válida.

Nessas relações onde os envolvidos, nas suas diferenças, se consideram interlocutores válidos – seja o usuário pelo trabalhador ou vice-versa – é possível que se estabeleça uma relação de *simetria*, não como *harmonia e igualdade*, mas com *dissolução das fronteiras entre os interlocutores* (SZTUTMAN, 2008, p. 206-7), sem negar singularidades, nem passar por cima do fato de que há diferenças, porém desfazendo a existência de um sujeito e um objeto, e considerando que todos somos sujeitos e objetos. Compreendendo que o encontro entre um usuário e um trabalhador não é

um simples encontro de diferentes, mas, muitas vezes, de mundos distintos, exigindo agires em relações de simetria, de equivalentes; a simetria de si com o outro como uma aposta política em um tipo de relação entre si e o outro (MERHY, 2014b).

A possibilidade de uma relação de simetria ocorreu, neste caso, agenciada também pela proximidade da trabalhadora com a situação vivenciada por Ricardo, pois a mesma lhe remetia à sua própria vivência. E muitas vezes, na complexidade das relações no trabalho em saúde, cenas como esta, encontros intercessores, reativam marcas em nossos corpos. No caso relatado, as diferenças entre os sujeitos implicados não operaram na constituição de uma assimetria entre eles, não produziram na trabalhadora ou no usuário um sentimento de repulsa do outro, mas sim de simetria entre interlocutores válidos.

As diferenças podem ser promotoras de relações de simetria, quando algo no encontro nos afeta e nos desloca do lugar conhecido, por vezes desencadeando reações violentas de nossos corpos, nos desterritorializando muito intensamente, desmanchando nossos contornos e exigindo que sejamos outros. Vivenciamos isso como pesquisadores:

Nos primeiros encontros o que reverberava era a dificuldade de vislumbrar uma possibilidade, a dificuldade com o cheiro daquela casa, com a organização daquela família, com tantas drogas, relações conflituosas e solidárias. Afinal, tinham relações como todas as famílias têm, permeadas de conflitos, amores, cuidados e descuidados. Mas o mais difícil era lidar com o sentimento de impotência. Era desconfortável, não sabíamos muito bem o que fazer, o que falar. Aí fomos escutando a sua fala em busca daquilo que ele dizia em todas as nossas conversas, ele repetia o pedido: *“Eu preciso sair daqui, se eu continuar aqui vou morrer”*.

(fragmento do diário de campo dos pesquisadores)

Este desmanchamento exigiu que criássemos *um novo corpo* que pudesse *encarnar este estado inédito que se fez em nós* (ROLNIK, 1993, p. 242). A simetria assim pôde acontecer quando este movimento, esse desmanchamento de nós mesmos, produziu o engendramento de um novo contorno existencial, onde este outro e seus modos de andar a vida “cabiam”.

Ao mesmo tempo, as falas de outros trabalhadores da equipe apareceram, onde podíamos ver, ouvir e sentir o julgamento moral que sofre o usuário que “bebe demais”, que “usa drogas”, que “vive na rua”, que “não cuida da casa (*“a oca dos índios”*)”, que “não trabalha” e que “se voltar a caminhar, vai voltar a usar drogas”. Enfim, víamos operar certa criminalização do desejo (MERHY, 2012) daquele usuário, cujo modo de vida era considerado inadequado e incompatível com uma vida saudável.

E embora alguns destes trabalhadores fossem quase semanalmente à “casa dos índios”, vivíamos certo desconforto, nestas situações, pela sensação de que a distância entre eles e Ricardo era tão intransponível que não havia nenhuma possibilidade de cuidado – se considerarmos cuidado como algo que se constrói de forma pactuada, no entre-desejos trabalhador e usuário. E, naquela situação, o que se operava era uma certa desresponsabilização pelo cuidado, pois havia um processo de subjetivação subjacente que os desqualificava *ao ponto de quase colocá-los no limite de serem tão pouco humanamente*

lógicos que tínhamos a sensação de que para alguns trabalhadores ali havia vidas que não valiam a pena (MERHY, 2012, p. 13). Exemplo desta situação era a impossibilidade de se conseguir tratamento fisioterápico para Ricardo, como já relatado acima, embora nesse município houvesse muitos serviços de fisioterapia, ele, segundo expressavam alguns trabalhadores, não se encaixava nos critérios e no perfil de nenhum deles; a única oferta que se pensava para ele era a internação, um asilo que o tirasse daquela “oca”.

Pensar em projetos terapêuticos singulares, não era uma opção, não havia ninguém que se disponibilizasse a dar continuidade a um projeto terapêutico além dele mesmo. Nesta situação, Ricardo e sua família eram interlocutores desqualificados, *como corpos problemáticos, sujeitos desprovidos de saberes e se tornaram objetos de intervenção da equipe* (SLOMP JÚNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015, p. 1802).

Nossos deslocamentos no caminhar em busca de relações simétricas

O nosso primeiro encontro com Rosa se dá a partir da narrativa construída pela equipe de saúde da família, que nos apresenta Rosa como um caso no qual, apesar de o considerarem difícil, tiveram êxito no trabalho de articulação entre os vários serviços de saúde envolvidos. Começamos, então, a traçar nosso *perfil provisório* de Rosa, compreendendo tal perfil como algo incompleto, provisório, que pode ocultar a potência do outro e que está aberto aos movimentos de desmanchamento e de remodelação com as novas intensidades geradas pelos encontros (BADUY *et al.*, 2016).

Rosa foi apresentada como uma criança que sofreu abusos na infância. Viveu em um contexto familiar complexo no qual é retratada uma situação de abuso, mãe com vários parceiros sexuais que forçava ela e suas irmãs a terem relações sexuais com eles. Aos 14 anos, durante uma consulta de enfermagem, relatou essa situação e foi orientada a procurar o Centro Regional de Assistência Social para realizar a denúncia e, após isso, foi expulsa de casa. Nesse momento, foi inserida na rede de proteção à criança e ao adolescente, mas não vê o cuidado apresentado na rede como algo com sentido para ela e foge dos locais de abrigo para ficar na rua. E na rua constrói sua vida. Prostituição e o uso de drogas, como forma de sobrevivência, fazem parte da sua vida. Sua mãe, bem depois desse evento, viria a morrer de AIDS.

A unidade de saúde é reconhecida por ela como um ponto onde consegue apoio para realizar ações de higiene e às vezes conseguir alimentos.

(excertos do diário de campo)

Nessa construção do perfil de Rosa somos pegos de surpresa: Nossa! Que vida complexa! Que duro! Que encontro difícil, pois ele nos desorganiza e o que eu sei já não serve, nos faz questionar, nos coloca em análise, e sofremos, sofremos com o deslocamento... deslocamento do lugar de sabido para um lugar diferente... lugar de abertura para estar com o outro tão diferente de mim. Nesse momento buscamos estabelecer um movimento de simetria com Rosa, como a diferença que agrega em nós mais vida e não rejeição (MERHY, 2014a).

Na trajetória de construir um outro ângulo do perfil provisório de Rosa, encontramos outras narrativas. Narrativas de distanciamento, num movimento de simplificação e enquadramento da sua vida em encontros assimétricos:

Sua condição de saúde se deteriorou nos últimos anos devido sua condição de moradora de rua e usuária de drogas. A fragilidade que o abandono e a rua impuseram se revelam em seu histórico. Em consequência desta perversa realidade, ela tornou-se 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 uso de injetáveis quando necessário. Passou por três gestações de risco seguidas, vivenciadas neste período, que apesar das dificuldades foram acompanhadas pelo pré-natal realizado pela equipe, acompanhamento importante que propiciou o diagnóstico e tratamento para sífilis.

(excertos de narrativas dos trabalhadores)

Segundo uma trabalhadora da equipe de ESF, Rosa não tem condição de criar os filhos, ela não tem condições financeiras e de organização da vida para ser mãe. A primeira filha é tirada quando a equipe de saúde detecta uma condição de não cuidado em relação à criança e pedem abrigamento. Posteriormente, buscam garantir que os filhos seguintes não saíssem do hospital com ela e fossem diretos para o abrigamento. Na última gestação, além do abrigamento da filha, garantem que ela passe por uma laqueadura.

(fragmentos do diário de campo)

Nessa aproximação, vivemos certo “desarranjo”, um “desconforto” com o distanciamento, o julgamento e a assimetria na relação da equipe com Rosa. Percebemos uma forte captura no agir em saúde, no encontro com usuário, pela centralidade nas próprias lógicas de saberes, tomando o outro como seu objeto de ação. Nesse encontro, acontece uma reafirmação do já sabido, do saber do profissional de saúde sobre o outro, no sentido de reforçar o que ele considera ser o ‘correto’ de caminhar na vida, o modo ‘mais saudável, a melhor forma de viver. Percebemos aí um encontro assimétrico e o movimento de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de viver, onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros (MERHY, 2009b; MERHY, 2014b).

Mas por que será que o trabalhador em nós, quando encontra o outro tão diferente de si, produz efeitos de controle sobre a vida do outro? Ou caminhamos por essa escolha de forma quase que inconsciente na fuga do sofrimento que encontros simétricos entre atores válidos podem gerar? MERHY (2014 a, p. 13) anuncia da seguinte forma tais questões:

o contato com a diferença, como no caso do encontro com um “louco muito louco”, com facilidade coloca o fascismo em nós em ação. Há dificuldades em operarmos simetricamente com diferenças tão radicais e para enfrentá-las praticamos o fascismo e nominamos de outros jeitos. E nos convoca: precisamos ver isso, precisamos pensar isso no nosso próprio agir.

Será que se estivéssemos frente ao cuidado da Rosa não aventaríamos pensar em caminhos semelhantes de controle da vida dela? Será que a vulnerabilidade social de Rosa misturada com o que consideramos vínculo e responsabilização nos agenciariam a produzir ações tão radicais como as produzidas? Não sabemos, provavelmente denominaríamos de outra forma e buscaríamos outros caminhos, mas que talvez a radicalidade do que seria realizado na vida do outro chegasse ao mesmo extremo.

De novo o susto! Será? E lá vem o deslocamento do pensar: como criar espaços para encontros simétricos com Rosa, encontros simétricos entre interlocutores válidos? E pensando sobre essas questões na relação entre profissional de saúde e usuário, percebe-se certo tipo de território para a denúncia da limitação desse agir controlador e de dominação sobre a vida do outro que ocorre no campo das tecnologias leves. Tal lócus se apresenta como território de desterritorialização que, ao gerar ruídos, pode ser a força motriz de um processo autoanalítico dos cotidianos de produção do cuidado para uma nova forma comunicativa entre os envolvidos no cuidado.

Nesse caminhar com Rosa pelos diversos espaços de cuidado, aparecem outras narrativas, que geram outro tipo de afetação na construção do seu perfil mutável, talvez uma mais próxima de produção de outros olhares e sentires junto com ela:

Em outro momento da vida, após a última gravidez, Rosa começa a fazer vários movimentos de tentar conseguir reaver essa filha tentando alcançar os critérios apresentados pela juíza (responsável pelo abrigo). Buscou trabalho, saiu da rua, estava morando em um quarto compartilhado com a prima, consegue se manter em abstinência e realiza visitas à filha abrigada.

As mudanças na vida de Rosa são percebidas pelos profissionais do Centro Regional de Assistência Social que antes também não a viam como sendo capaz de ser mãe, mas que nesse momento começam a sofrer junto com ela, pois começam a acompanhar os movimentos que ela fez na vida, mas sofrem ao identificar que as barreiras são muito complexas de serem transpostas por ela para alcançar o objetivo pretendido que é conseguir a guarda da filha.

(fragmentos do diário de campo dos pesquisadores)

Em algum momento, alguns trabalhadores, no caso do Centro Regional de Assistência Social (CRAS), se colocam numa posição de simetria em relação a Rosa e, nesse caminhar, vivem junto com ela acontecimentos *de dentro* dos movimentos da sua vida. Como será que conseguimos torcer o nosso olhar, a ponto de apostar nela e desejar junto com Rosa o retorno de sua filha?

Acreditamos que a possibilidade de entender o perfil de Rosa construído em um momento de interação com a usuária como provisório, trouxe para a equipe do CRAS a possibilidade de visualizar Rosa como uma multidão e que essa está sempre em produção. E na nossa torção do olhar para a multidão que era Rosa, ela passou a ser considerada uma interlocutora válida para dizer sobre si, seus desejos e sua trajetória.

E, em algum momento que não saberíamos precisar, deu-se a abertura para o encontro com o outro tido como muito diferente de mim, que me potencializa no agir

junto com ele produzindo outras possibilidades para a produção do cuidado (BADUY *et al.*, 2016. no prelo). Produziu-se uma possibilidade de vínculo (ou um rudimento deste) e uma possibilidade de responsabilização pelo caminhar de Rosa na vida.

É preciso se perder no labirinto para produzir vínculo

Em sua tese, Da Cruz (2016, p. 83) conta que abriu mão de *um agir técnico mais prescritivo na condução da pesquisa* e que se dedicou *ao movimento de encontro com as coisas, com as pessoas, com as cenas, com as imagens, com os corpos de todas as ordens, das naturezas mais variadas*, buscando novas formas de expressar-se. Nesse movimento, usou a imagem/significado do *labirinto* pra entender como funcionava o epistemológico nela e falar da sua transformação como pesquisadora ao longo da experiência da sua tese. Vamos aproveitar as imagens/significados que Da Cruz (2016) criou do labirinto para falar do quanto olhamos para os processos que vivemos do lado de fora. Na figura 1 (DA CRUZ, 2016, p. 83) vemos um labirinto e ao seu lado a *imagem de um executivo, que tinha uma expressão de segurança e felicidade, e dava a impressão de que ele dominava os segredos do labirinto.*

Figura 1. Labirinto



Fonte: DA CRUZ, 2016, p. 83

Como pesquisadores, também vivenciamos este lugar de quem olha um labirinto de fora, *como quem domina os segredos do labirinto*. Na nossa experiência com o usuário-guia Ricardo – que retomamos aqui a fim de desenvolver essa ideia – em alguns momentos experimentamos essa sensação de que tínhamos a fórmula para o agir daquela equipe, criando vínculos e nos responsabilizando mais pelos usuários, produzindo projetos terapêuticos singulares. Também fizemos nossas prescrições e julgamentos e foi preciso proceder à desconstrução deste lugar.

Ou seja, aos poucos fomos entrando no labirinto em que a equipe vivia na relação que conseguia construir com o usuário, e fomos sentindo a impotência, fomos ocupando o espaço, fomos nos perdendo em nosso saber. Aí, quando nos perdemos é que fomos fazendo deslocamentos, seguindo as *curvaturas* do labirinto *em busca das singularidades* (DA CRUZ, 2016, p. 86), a partir das possibilidades de simetria que fo-

ram sendo construídas nos encontros, o que pode ser percebido através de recortes dos nossos primeiros encontros com Ricardo extraídos do diário de campo do pesquisador:

Até que ele consegue a nossa adesão ao pedido de outros cuidados fora de casa! Percebemos muitas vezes que quem buscava a adesão era ele, ou melhor ele buscava a nossa adesão à produção de rede viva que ele fazia e, aos poucos, fomos produzindo possibilidades de cuidado para ele e para nós.

Naquele momento não suportamos somente conversar com ele, tínhamos a sensação de que não fazíamos nada. Buscamos outros contatos com e fora da equipe saúde da família, tentando entender porque alguém que precisava de tantos cuidados de saúde, tais como fisioterapia e terapia ocupacional, tinha tantas dificuldades. Nossa movimentação produziu outros movimentos e ele acaba conseguindo ir para outro lugar! Acaba indo para uma instituição asilar, o que também nos deixou em um certo desconforto, afinal contribuimos para sua “internação”. Era uma instituição asilar que acolhia pessoas dependentes de outros para realizar suas necessidades fisiológicas e que não tivessem quem cuidasse delas.

Neste lugar, Ricardo já muito mais falante, mais disposto, outros movimentos acontecem e nós e outros envolvidos no processo vamos nos deslocando e de alguma forma vamos aderindo às suas novas frases repetidas “*Eu quero andar, eu sei que posso andar*”. Na tentativa de conhecer mais a rede de cuidados existentes naquele município, andamos pelos caminhos formatados pela rede de cuidado formal, unidade básica de saúde... Distrito Sanitário de referência, e recebemos a informação de que como não era estratégia de saúde da família, não realizava visitas domiciliares e que o usuário tinha que ser levado até a Unidade. Ele foi levado, mas pouco ou nada rolou, ele produziu desconfortos em nós e nós tentamos produzir também desconfortos.

Fomos percebendo que enquanto nós e os trabalhadores estávamos focados em nossos saberes, por exemplo, não internar, tem que ter acompanhante, nada acontecia. Ou, mais que isso, não só focados em nossos conhecimentos e protocolos formais, mas enquanto nós, trabalhadores de saúde, ficamos paralisados pela representação familiar daquele usuário tão distante daquele padrão de uma família “estruturada” em torno do trabalho como elemento central, organizada a partir de uma moradia pertencente a um território fixo, considerados como “um problema social”, nada acontece. Pois, paralisados, não exploramos as possibilidades de produção de projetos singulares a partir de encontros, ficamos presos onde os usuários não se enquadram e vidas permanecem descuidadas.

(fragmentos do diário de campo)

É fácil perceber que, em nossos encontros com o usuário, também em vários momentos estivemos “perdidos no labirinto”. Algumas vezes nos pegamos estabelecendo uma relação com o usuário como objeto que queríamos transformar, ignorando sua história; outras – e estas foram muito frequentes – nos encontramos com nossos *não saberes*. E, foi a partir do reconhecimento de que o nosso saber não daria conta de produzir cuidado naquela situação que abrimos nossa escuta para as propos-

tas que Ricardo trazia. Neste movimento, junto com ele e com outros trabalhadores, vimos que este embrenhar-se no seu mundo-labirinto contribuía na construção de seu projeto terapêutico. Talvez, no encontro com o outro, entendido como o espaço do exercício do nosso *não saber* e do reconhecimento do outro como sabido, é que possamos perceber que precisamos do outro para construir saídas viáveis dos labirintos em que nós e ele nos encontramos.

Mas que *não saber* é este? Somos incompetentes? Muitas vezes reconhecer que não sabemos, é reconhecer um certo fracasso profissional e preferimos negá-lo. O *não saber* poderia estar vinculado à insuficiência das ferramentas que temos disponíveis e reconhecidas nas organizações de saúde para atuar perante situações onde o outro não se encaixa em critérios, protocolos e fluxos assistenciais pouco maleáveis. Muitos autores (MERHY; FEUERWERKER, 2009; CECÍLIO, 1994; CECCIM, 2004) reconhecem a insuficiência de tecnologias presentes nas organizações que se propõem à produção do cuidado em saúde. Como e quando produzimos inclusão do outro para além dos critérios e normas já estabelecidos na organização?

Mas, qual a relação do labirinto e da simetria, que vamos lançando mão ao longo desta escrita? Apostamos que o ponto em comum é o desconforto no “não saber” do “sentir-se perdido”. De certa forma, tanto no labirinto, como na produção de relações simétricas, ficamos deslocados, desterritorializados quando percebemos o nosso não saber ou a insuficiência dele, com uma sensação de “frio na barriga”, de “não sei o que fazer ou o que dizer”, dá medo e ansiedade. Não é possível prever o que vamos fazer, será uma produção que acontecerá em ato no momento do encontro (MERHY, FEUERWERKER, 2009). Nestas situações, uma saída é nos aliar ao outro (usuário ou trabalhador) para produzirmos possibilidades e, assim sendo, o reconhecimento do nosso não saber ou a insuficiência dele, pode ser uma “chave” para a produção de relações simétricas em nosso cotidiano do trabalho em saúde.

Relações simétricas são uma condição necessária para estabelecimento de relações de vínculo e responsabilização. Desta forma trouxemos o conceito de *simetria* para problematizar esta situação que temos visto se repetir no cotidiano dos serviços de saúde e reiteramos: *A simetria não cancela a diferença* (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 141). Mas ao assumirmos que esta diferença não gera desigualdade na relação, como considerar o outro em seu jeito de viver que muitas vezes nos causa indignação e repulsa? Será que é possível evitar que façamos julgamentos e que tenhamos preconceitos num primeiro momento de encontro com o Outro tão diferente de mim? Como considerar seus saberes, considerá-lo um interlocutor válido e construir com ele relações de *afetividade e confiança* (BRASIL, 2011) para que ele também me reconheça como um interlocutor válido? Como produzir relações de simetria, capazes de construir vínculo e responsabilização?

Apostamos na necessidade de problematizarmos um pouco mais no que engravidamos quando falamos de vínculo e responsabilização e constatamos que, muitas vezes, há uma banalização destes conceitos que se pretende operar no cotidiano e produzimos mais barreiras do que inclusão; pegamo-nos atuando na produção de uma subjetividade que produz culpabilização do usuário, como diz Merhy (2009a, p. 295), *produzindo serialização subjetivante no modo de desejar e produzir a vida*.

Sabemos que a vivência com os usuários-guias Ricardo, Rosa e Sueli que escolhemos trazer para a cenas pela radicalidade da situação vivida, em que o momento do encontro com o outro pode produzir tanta repulsa, medo e mal-estar que nos impede de desejá-lo, é rotineira no cotidiano do trabalho em saúde. O que trazemos aqui para este texto é justamente o desafio enfrentado todos os dias em situações de muitas intensidades e diferenças para pensar: como então engravidar o vínculo e a responsabilização de mais vida no cotidiano do trabalho em saúde, de modo que a produção do cuidado também faça sentido para as pessoas de quem cuidamos?

O que essas experiências têm em comum?

Até aqui, partimos de cenas vividas com usuários-guias que nos deslocaram ao longo da pesquisa e tecemos análises à partir do que cada uma delas disparava em nós. Mas, o que estas cenas têm em comum?

Elas, muito provavelmente, foram fruto do exercício de práticas consideradas “cuidadoras” pelas equipes de Saúde da Família, realizadas com a maior das boas intenções, no exercício da sua responsabilização pelo outro. Muitas vezes, a responsabilização e o vínculo aparecem não como o que faz com que eu me preocupe e me ocupe em favorecer o alcance da melhor saúde possível à partir das demandas, necessidades e desejos do usuário, mas sim em favorecer o plano de vida que eu acredito que seja o melhor para ele. Mas, quem sabe o que é melhor para o usuário?

O que nos remete a outra questão comum às cenas narradas: as relações de poder que operam na relação trabalhador de saúde/usuário quando esse é um usuário “rebelde”, ou seja, aquele que não tenha para si o mesmo projeto de vida que o trabalhador tem para ele. Nesse sentido, buscamos trazer ao longo do texto que uma das aprendizagens de nossas experiências é a necessidade de estabelecermos relações simétricas com o outro na construção do vínculo. E que vínculo é uma relação, portanto não pode ser estabelecido unilateralmente, mas sim no reconhecimento mútuo de interlocutores válidos.

Outro ponto de aproximação entre as cenas é que parece que muitas equipes da Saúde da Família elaboraram para si um tipo-ideal, um usuário padrão: submisso, que aceita aquela vida que foi traçada como a melhor para ele. Pessoas que abram a porta quando solicitadas, mesmo que aquela visita não tenha sido agendada. Que abram suas vidas para serem esmiuçadas. Que não sejam rebeldes. Que sigam prescrições à risca e não interfiram, não questionem. Que tenham adesão a planos terapêuticos traçados unilateralmente.

Podemos dizer que muitas vezes o que se quer são **pessoas-cordeiro**: dóceis, obedientes, dessas que andam em tropas e que podemos manejar, prender num cercado e manter sob controle. Só que pessoas-cordeiro não existem. Elas podem até fingir durante o dia, na frente do dono, para fazer ele pensar que tem o controle. Mas de noite elas tiram a fantasia e, na ponta dos pés, a pessoa-cordeiro-hipertensa vai fumar o cigarro que ela jura que nem tem mais; a pessoa-cordeiro-diabética vai comer aquele doce escondida; a pessoa-cordeiro deixa de tomar o medicamento. Mas tem algumas pessoas-cordeiro que tomam coragem e tiram a lâ à luz do dia, trancam o dono para fora e fazem o que bem entendem. E, nesse deixar de ser cordeiro elas incomodam,

incomodam muito uma Saúde da Família que, ao não refletir sobre sua prática, opera na lógica da vigilância em saúde, assumindo para si a responsabilidade por prescrever o melhor modo como o outro deve andar a sua vida. Assim, “*Em nome de uma suposta defesa da vida, retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver*” (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010, p. 66).

Ao colocar como querem ser cuidados e resistir às ofertas instituídas que lhe fazem, Sueli, Ricardo e Rosa tornam visíveis as tensões produzidas com equipes que tentam impor seus projetos de cuidado. E como não ir do descaso e desresponsabilização para o autoritarismo?

Ao considerarmos que tanto trabalhador quanto usuário trazem para o encontro suas formas de estar e compreender a vida, poderíamos supor que resistir ao “enquadramento” proposto pelas ações das equipes da saúde ou de assistência social seria justamente a expressão de sua potência e desejo de manter o governo de sua própria vida (BADUY, 2016, no prelo). Afinal, onde eu resisto é a minha capacidade de decidir para mim o que desejo.

Quando o Outro está em busca de ajuda, já traz consigo, nas entrelinhas, uma proposta de ajuda. Mas poucas vezes paramos para ouvi-lo e perguntamos a ele: “O que você gostaria que a gente fizesse para lhe ajudar?”. Ao se estabelecer a simetria e reconhecer o outro como interlocutor válido e assim se permitir ser afetado e ver a multiplicidade reconhecendo a vida em potência no outro, abre-se uma janela para a possibilidade de produção de outros territórios existenciais a partir do desejo – do desejo de voltar a andar, de ser mãe, de ter outras opções de cuidado. Vida em potência que é produzida na fuga do controle que, muitas vezes, demonstram a insuficiência dos saberes cientificamente comprovados (PELBART, 2003) para dar conta da multiplicidade e da complexidade da vida. A aposta é que produzir vínculo é produzir mais autonomia para os sujeitos em relações simétricas.

O que incomoda é o quanto, em nome do vínculo e da responsabilização, se tem cometido iatrogenias, interdições, atrocidades, microviolências cotidianas. Talvez, como disse Merhy (2005), se esteja engravidando os conceitos do vínculo e da responsabilização de outros valores, de uma outra ética, numa distorção do que se pensou originalmente.

É claro que isso não é culpa/responsabilidade exclusiva dos trabalhadores. Eles são produtores/produzidos pelos modos de organizar a gestão, pelos dispositivos propostos pela política nacional para ordenar o processo de trabalho na atenção básica. Focalização da agenda (nas ações programáticas prioritárias), exigência de produtividade sem nunca levar em conta a complexidade dos processos, avaliação do trabalho somente a partir de **metas** quantitativas, entre outras.

Muito longe de ser uma ‘caixa vazia’, cada trabalhador e cada usuário têm 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, p. 14, dialogando com HELMANN, 2013)

Portanto, ações dos gestores nos diversos pontos das redes de atenção interferem na produção do cuidado no cotidiano, potencializando os trabalhadores para ações cuidadoras, de vínculo e responsabilização ou valorizando e criando metas que consomem o seu agir no sentido de atingi-las e ficando o cuidado, descuidado. Há necessidade pensar em dispositivos de gestão do cuidado que considerem trabalhadores e usuários como interlocutores válidos, numa relação de simetria. Dispositivos que explicitem as tensões, as dificuldades de encarar o desafio de produzir transformações, e que isto *não se produz mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que pode produzir alternativas de práticas e de conceitos* que possam sustentar encontros simétricos entre trabalhadores, gestores e usuários (BERTUSSI, 2010, p. 181). Nessa direção a Educação Permanente em Saúde (EPS) como política de gestão da rede de cuidados em saúde pode nos orientar sobre como engravidar conceitos tão preciosos como vínculo e responsabilização na produção do cuidado, pensar na EPS pois ela incide

“diretamente no espaço da micropolítica. É nesse espaço de disputa, em que o poder produz processos de subjetivação, que podem operar dispositivos para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para analisar as práticas, enfim criar espaços para que novos pactos e acordos possam acontecer na organização do trabalho em saúde”. (BERTUSSI, 2010, p. 181-2)

Para que novos processos possam ter lugar, precisamos indubitavelmente interrogar permanentemente os modos instituídos de produção de saúde. E, nesse sentido, entendendo **que vínculo e responsabilização, mesmo** que por vezes massificado, pode ser engravidado, desde que a partir de outro projeto ético-político, aquele que coloca a centralidade das práticas de saúde no cuidado, nas demandas e necessidades em saúde das pessoas e coletivos.

O desafio é engravidar, no cotidiano do trabalho em saúde, o vínculo e a responsabilização de sentidos que potencializem as escolhas de cada usuário para sua vida, outras possibilidades que tenham significado para ele. Precisamos cuidar a cada momento para não fazer juízo moral e criminalizar as escolhas e desejos do outro, fugir da captura do saber o que é melhor para o outro.

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, 2008, p. 14).

E, neste processo, reconhecer nossos não saberes e a necessidade de uma ação ativa na busca de compartilhar a produção do cuidado com o usuário de forma viva e singular.

Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado...

Referências Bibliográficas

- BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BADUY, R. S.; KULPA, S.; TALLEMBERG, C.; SEIXAS, C. T.; CRUZ, K. T.; SLOMP JÚNIOR, H.; LOPES, C. V. A. “Mas ele não adere! – o desafio de acolher o outro que é complexo para mim”. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes** – Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 1. ed. v. 1. p. 220-227.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 24 jun 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências. Desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários**. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 jun 2016.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. “O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social”. **Physis (Rio de Janeiro)**, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.
- DA CRUZ, K. T.; **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.: il - (coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 9).
- FEUERWERKER, L. M. “Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez. 2005.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 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, feb. 2000.
- MERHY, E. E. “Engravidando palavras: o caso da integralidade”. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.
- MERHY, E. E. “A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle”. **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia (Rio de Janeiro)**, v. 14, n. 27, p. 283-308, 2009a.
- 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, 2009b. v. 3. p. 23-36.
- 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.
- MERHY, E. E. “Prefácio”. *In*: MOEBUS R.L.N. **O trágico na produção do cuidado : uma estética da saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014a. 252 p.: il. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 2).
- 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. 51, out. 2014b. 53-64 out.

MERHY, E.E. "Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua". *In: Conselho Federal de Psicologia*. Grupo de trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 9-18.

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.

PELBART, P.P. "Poder sobre a vida, potência da vida". **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia (Rio de Janeiro)**, n.17, p. 33-43, 2003.

ROLNIK, S. "Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico". **CADERNOS de subjetividade (São Paulo)**, v. 1, n. 2, p. 241-251, set./fev. 1993.

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.

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.

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

VIVEIROS DE CASTRO, E. "O nativo relativo". **Mana (Rio de Janeiro)**, v. 8, n. 1, p. 113-148, abr. 2002.

Experiências e experimentações no cotidiano micropolítico de uma gestão no município do Rio de Janeiro

Maria Paula Cerqueira Gomes
Leila Vianna
Monica Rocha
Maria Amélia Costa

Este texto é fruto das experiências que um grupo de pesquisadores da RAC Rio recolheu a partir do acompanhamento do trabalho dos gestores de uma das áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, em especial no desenvolvimento de seus trabalhos em um de seus espaços coletivos conhecido como Fórum de Redes²².

(...) Havia um universo de pouco mais de 60 integrantes de equipamentos das redes de saúde de uma determinada área programática do município do Rio de Janeiro. Após a apresentação de todos os presentes uma longa pauta é apresentada. Na pauta desde temas mais diretamente ligados ao planejamento, como mudanças na SMS, novos fluxos entre as redes de cuidado daquela área, central de regulação hospitalar, vaga zero e seus tempos de acesso, urgências e emergência, internação eletiva, altas contingenciadas, fluxos de alunos, residentes, informes do centro de estudo, enfim, uma agenda extensa e diversificada (...) nossa, parece que essa reunião foi feita por encomenda!!!! Não pedimos nada e estão colocadas quase todas as redes de cuidado trabalhadas na rac!!! Diante de tantos temas e de tantas pessoas diferentes fiquei me perguntando como seria possível dar conta daquilo tudo. Como temas tão diferentes poderiam fazer sentido para todos presentes mesmo quando um determinado assunto não fazia parte direta de suas ações principais? (...)

(trechos do relato de um dos pesquisadores da RAC-Rio)

Essa passagem ilustra de forma exemplar o início de um dos múltiplos movimentos da pesquisa Rede de Avaliação Compartilhada – RAC quando começamos a nos encontrar com algumas das marcas dos processos de trabalho produzidos na coordenação de uma das áreas programática de saúde do município²³.

Em princípio estávamos ali para em conjunto com as equipes dessa área pensar e problematizar a produção do cuidado nas distintas redes de atenção. Redes temáticas, redes vivas, linhas de cuidado, produção de acessibilidade e barreira, todas essas questões também ali se colocavam, mas um ponto dessa rede começou a chamar cada vez mais a atenção dos pesquisadores. Mergulhamos intensivamente em um dos dispositivos de gestão da área programática, o Fórum de Redes, e, na medida em que

22 O Fórum de redes é uma estratégia de gestão implementado desde 2006, que nasce com a discussão sobre o acesso e a necessidade de construir canal de construção da rede. Nesta área programática é realizado bimensalmente, participam do encontro todos os coordenadores das unidades de área.

23 O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 áreas programáticas em saúde, a saber: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3.

acompanhávamos os movimentos ali produzidos, mais atenção chamava a maneira singular como os gestores da área conduziam esse espaço. Assim, começa a se desenhar a ideia de produzir um deslocamento do conceito de usuário-guia para gestor-guia. Isto porque os movimentos disparados pela gestão, sobretudo pela coordenadora da área e sua assessora principal, faziam valer em ato o conceito de dispositivo, muito já discutido e trabalhado ao longo da pesquisa.

Conhecer a capacidade dessa gestão em se produzir como dispositivo possibilitou verificar diferentes planos de exploração da fabricação das linhas de cuidado, uns mais procedimentos-centrados, outros usuários-centrados, outros gestor- ou profissionais-centrados. Outros tantos atravessados por disputas que atualizavam diferentes maneiras de operar essas linhas.

Aos poucos a caixa de ferramentas desse coletivo de gestão ganhou forma e visibilidade para todos nós, assim como o reconhecimento de que muitas vezes a gestão do cuidado na micropolítica foi disparadora de ações na macropolítica. Nessa mesma direção, começamos a perceber que os dispositivos que integravam essa caixa de ferramentas estavam diretamente conectados a certa forma de produzir gestão e isto tinha efeitos imediatos no aumento da acessibilidade ao cuidado nessa rede.

Uma forma de gestão capaz de reconhecer que não só o gestor fabrica redes, mas o trabalhador, o usuário e os espaços de produção de coletivos em funcionamento nos territórios. Uma gestão que entre as estratégias de trabalho inclui a aposta de que a produção de coletivos é parte inegociável de seus processos de contratualização para a fabricação das redes de cuidado de seu território. Assim, esse encontro com o gestor-guia demonstrou a grande importância de acompanhar os movimentos da gestão de uma coordenação de área programática, cartografando suas tensões, seus impasses, suas ações mais endurecidas, atos mais criativos, ou seja, deu forma a muitas das produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar e o gerir. Deu visibilidade aos sentidos dos processos coletivos em ato e a forma como suas redes são fabricadas com vistas a produzir o cuidado em saúde, bem como as disputas dessas produções que se capilarizavam nas redes e equipamentos de saúde dessa área.

Havia ali, diante de nós, uma espécie de gestão-experimentação que produzia movimentos instituintes, incluindo o inesperado, as interferências, os impasses, as tensões como matéria-prima dos seus processos de trabalho. Nesse encontro com o gestor-guia foi possível reconhecer a produção de vários modos de gerir os processos de gestão, várias combinações e várias formas de abordar o mesmo tema.

(...) Governar é produzir coisas, que às vezes a gente não sabe, muitas vezes ou a maioria delas a gente não tem certeza exatamente do que é que vai acontecer (...). Não sabemos exatamente o que vai resultar o nosso agir. Inferimos estrategicamente, acreditando saber.

(...) A maioria das vezes, ao governar somente podemos recolher de nossos agires, seus efeitos *a posteriori*, pois não conseguimos prever o que vai acontecer, somente podemos “intencionar”. E governar é intencionar resultados, mas produzir acontecimentos. O *intencionar resultado* é claramente atributo de um

agir linha, que em sua forma estriada de produzir o espaço, tenta dominá-lo e demarcá-lo, através da produção de objetos esquemáticos (dos fatos políticos) e suas respectivas imagens públicas (as marcas de governo), típicos do *agir-estado*. O *produzir acontecimentos*, é justamente o inesperado provável, o desconcertante “efeito colateral”, o incontornável efeito nanquim, que insiste em vaziar a política de governo, e manchar flores e jardins os mais variados possíveis, deslocando linhas originalmente planejadas. (CRUZ, 2016, p. 313)

As participações nos espaços do Fórum de Rede provocaram a necessidade de abrir um espaço para que as narrativas do gestor-guia e seus modos de produzir a gestão pudessem vir para a cena e, assim, em conjunto recolher e reconhecer as ferramentas que eram colocadas em ação para a operação dos coletivos do fórum. A pesquisa das fontes com o gestor-guia começou a desenhar as estratégias utilizadas pela gestão com vistas a reduzir o hiato entre ela e os processos de cuidado fabricados no cotidiano de suas redes.

Tornava-se cada vez mais interessante compreender como os gestores conseguiam trabalhar com normas, protocolos, redes temáticas, metas sem que isso os afastasse dos processos que acontecem no mundo real. Percebeu-se que os modos de gerir essas redes de forma frequente operavam com um descentramento de seus fluxos e protocolos e incluíam os agenciamentos de suas redes vivas, mutáveis, dinâmicas, imprevisíveis como operadores igualmente importantes para se entender e sustentar as linhas de cuidado. Sem que houvesse essa nomeação, por parte das pessoas envolvidas, verificou-se uma gestão, em acontecimento, em ato, a partir de cada encontro entre o trabalhador, os usuários e a gestão.

Um exemplo interessante foi o trabalho realizado no Fórum com alguns dos impasses a respeito da regulação, sobretudo, quanto ao tempo da chegada de algumas situações de internação. Havia um protocolo a ser cumprido, mas que em dado momento não dava conta de resolver a demora entre a identificação da situação e a vaga para a internação em uma unidade de saúde. Embora a situação identificasse algumas unidades específicas, esse problema foi colocado em análise e em trabalho pelo gestor e, ali mesmo, no espaço do fórum, novos arranjos e encaminhamento foram produzidos, mediado pela gestão, para além do protocolo inicial, sem que o mesmo fosse abandonado. O efeito de trazer para o centro do Fórum esse problema e ali mesmo produzir novos encaminhamentos permitiu a todos experimentar novas formas de entender e trabalhar outras situações de impasses e tensões.

Um ponto importante, que aos poucos ganhou força entre nós, foi a necessidade de se aproximar um pouco mais dos processos que estavam em jogo no Fórum de Redes. A partir de nossos encontros, reflexões, idas as redes, o sentido e os movimentos daquele coletivo se transformavam entre nós, aumentando a necessidade de se aproximar um pouco mais das formas de operar esse espaço. Entender o conceito de coletivo que operava no Fórum de Redes se tornou fundamental para a pesquisa.

Assim, paulatinamente começamos a reconhecer que o espaço do Fórum de Redes operava como um coletivo, como um espaço múltiplo potente porque se abria para incluir as diferenças das tensões constitutivas do mundo do trabalho e da produ-

ção do cuidado. Observamos um coletivo em ação, não como sinônimo de grupo, de unidade, de homogeneidade ao contrário, como dispositivo importante na produção de redes vivas e quentes porque em seu interior havia espaço para o trabalho com as tensões e diferenças de pontos de vista. No entanto, a existência desse espaço não garantia que todos esses pontos de vista uma vez colocados a trabalho deslocassem os impasses e resolvessem as questões.

Nesses exercícios com o gestor-guia, descobrimos algumas *ferramentas-funções* que eram acionadas pela forma como os gestores ocupavam e movimentavam o coletivo do Fórum de Redes. Olhar essas funções e a forma como eram acionadas nos ajudou a compreender o modo como os processos de gestão são potencializadores ou não na fabricação de redes de cuidado centrada nos usuários.

Elegemos algumas dessas *ferramentas-funções* identificadas por nós no intuito não só de apresentá-las como fazer um convite a futuras experimentações nos diferentes coletivos. A aposta é de que, com essa oferta, estas ferramentas auxiliem a operar no interior das lógicas institucionais, tornando-as ruidosas, abrindo espaços para reflexão de seus processos de trabalho e dos diferentes modos de gestão em disputa.

Durante o tempo em que acompanhamos o gestor-guia algumas dessas funções ganharam força, entre elas destacamos a **função dispositivo**, a **função conectiva**, a **função da centralidade no cuidado** e a **função acesso**. Assim, foi possível perceber que a capacidade do gestor de acionar, em maior ou menor intensidade essas funções, estava diretamente ligada à produção de movimentos no coletivo que garantissem a centralidade do cuidado e na acessibilidade de suas redes.

A função dispositivo

Muitos foram os momentos no coletivo do Fórum em que todos e cada um foram convocados a olhar novamente uma determinada situação, um determinado problema e, assim produzir novos significados para o já visto. Dessa forma, os olhares eram trabalhados para reconhecer esses espaços, **que muitas vezes não são visíveis**. Por isso a importância de se apropriar de conceitos que se coloquem em ação para operar a serviço da produção do que chamamos de máquinas de fazer falar e fazer ver.

(...)Em outra reunião da discussão do indicador óbito materno e infantil observamos que a coordenação conhecia com detalhes da maioria dos casos que estavam em risco e foram traçadas linhas cuidado distintas para cada caso.

(trecho do relato do diário de campo de um dos pesquisadores da RAC-Rio)

Assim, reconhecemos a importância da função dispositivo desse coletivo. Dispositivo analisador que provoca mudanças, gera desconfortos, mobiliza a busca ativa do conhecer que está por vir e extrai, como consequência, a modificação dos processos de trabalho centrados na fragmentação e nos procedimentos. Em uma análise dos processos de trabalho que operam nos coletivos, é vital mapear o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior.

Para explicar este movimento tomamos emprestado o conceito foucaultiano de dispositivo como aquilo que engendra movimento produzindo novos sentidos e significações no cotidiano.

Pode-se entender um dispositivo como um conjunto de linhas heterogêneas de diferentes elementos, um novelo, composto de matizes e naturezas diferentes. Este conjunto multirreferencial, multivetorial, forma processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se afastam quanto se aproximam uma das outras. Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas. **Os dispositivos são como máquinas de fazer ver, de fazer falar o múltiplo, o plural.** (DELEUZE, 1991) São formadas de linhas de luz, linhas de fala, linhas de força que afetam e fazem afetar, abrindo novos enunciados, novas possibilidades de sentido e significação (FOUCAULT, 2000, AGAMBEM, 2005).

A função da centralidade no cuidado

Tomar as redes como sinônimo de construção de planos de cuidado. Nem sempre essa direção de trabalho ganha o foco e o centro da agenda das diferentes frentes de construção do Sistema Único de Saúde. Daí a importância do gestor acionar mecanismos de explorar os vários mapas do cuidado que são produzidos e se colocam em disputa nas redes de atenção – entre os profissionais, os gestores, os usuários, as famílias, as instituições. Trabalhar, reconhecendo essas formas de entender o cuidado, muitas vezes em disputa, falam e reconhecem a existência de muitos saberes sobre os sujeitos: o saber tradicional, o saber científico, o saber popular, o senso comum. E esses saberes têm influência direta na produção dos planos de cuidado.

Este reconhecimento abre espaço para contratualizar e criar espaços intercessores. Espaços estes que, ao se ocuparem de todos os personagens protagonistas dos planos de cuidados, geram novos espaços movidos por uma tomada de responsabilidade compartilhada. A ideia é a de que o reconhecimento do cuidado enquanto um território múltiplo, que fala de várias conformações, recuse o atual modelo tecnoassistencial profissional-centrado ou procedimento-centrado.

O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato. Reconhecer a existência dos distintos planos de cuidado, colocar em cena estes saberes como opções tecnológicas, permite pensar estratégias de cuidado para além do campo sanitário *stricto-sensu* ampliando as ações em saúde, incluindo a intersetorialidade, a arte, a cultura etc. a serviço do usuário e de seu problema.

Como nos fala Merhy podemos dizer que nos modelos tecnoassistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores sobre o processo de adoecimento são produzidas com base em espaços intercessores preenchidos pela “voz” do trabalhador/gestor e pela “mudez” do usuário. Deve-se fazer a defesa da intersecção compartilhada, no entanto olhar para as redes na tentativa de reconhecer se os coletivos existentes produzem ou não espaços de intersecção compartilhada não é tarefa fácil e nem trivial.

Não foram poucas às vezes em que no espaço do Fórum um caloroso debate se deu. O tema central girava em torno dos diferentes entendimentos de quais estra-

tégias de cuidado eram mais adequadas para sustentar um tratamento. Ou, outras tantas vezes, sobre a importância de se reconhecer e incluir na direção do tratamento que um determinado modo de vida, de estar no mundo, por mais diferente que fosse era parte fundamental da estratégia de cuidado desenhada.

A função conectiva das redes

Outra função acionada de forma frequente no espaço do fórum pela gestão foi o que se pode chamar de função conectiva de suas redes. Esta função foi acionada em inúmeras situações, nas quais as redes se reduziam a determinados temas ou determinadas especialidades, como é possível observar em algumas das narrativas presentes na gestão.

(...) Por que que quando se fala, por exemplo, de tuberculose, só importa para a atenção primária? E quando uma pessoa é internada com derrame pleural, quando o hospital devolver, vai devolver para quem? É para a atenção primária. E também me interessa saber quando meu usuário interna no hospital. Então se a gente não tiver essa visão, o sistema não funciona.

(...) Mas tem outro exemplo de tensão inicial que foi a implementação no hospital do acolhimento com classificação de risco. Quando começou o acolhimento com classificação de risco, entendíamos que este movimento não podia começar no hospital, sem começar nos outros equipamentos todos. Por exemplo, se eu chego no hospital e digo “o azul não é para estar aqui” e encaminho para a atenção primária, porque agora é assim, mas antes a pessoa chegava no hospital e ficava horas esperando mas em algum momento ela seria atendida, mas agora não é mais assim (...) Mas até que você convença os profissionais da ponta, que aquelas pequenas urgências são para serem tratadas lá e não encaminhadas, é um processo complexo de formação, de educação. É aí que acontece o trabalho em rede (Fonte 1).

Havia um entendimento de que era preciso se aproximar das múltiplas formas de fabricação e produção de sentido das redes de cuidado. Perceber as diferentes formas de preencher os espaços das redes com relações criando os laços possíveis a cada um para a construção das linhas de cuidado. Reconhecer os vários tipos de conexões entre trabalhadores, serviços, usuários, gestores. Poder olhar a forma como os coletivos, serviços e trabalhadores produzem ações que se orientam, ou não, para a busca de ganhos cada vez maiores de contratualização e autonomia dos usuários perante seus modos de andar a vida.

Significa também poder conhecer como as redes de cuidado são ou não mais porosas e se deixam ou não afetar pelas múltiplas formas de existência dos sujeitos. É, em última instância, conhecer como as redes reconhecem o outro que demanda o cuidado enquanto um sujeito e como tal, reconhecem que está nele, na sua narrativa, no seu corpo, na sua posição na vida o eixo para a construção dos planos de cuidado compartilhados responsáveis e implicados. Explorar a função conectiva das redes é uma forma de tomar a produção do vínculo como um agenciamento micropolítico e pensá-lo em sua multiplicidade de conexões. Ter a possibilidade de também conhecer como o vín-

culo se produz no encontro entre gestores, trabalhadores e usuários nessas redes é abrir espaço para identificar os processos de subjetivação múltiplos, que podem destituir os indivíduos e os coletivos de seus lugares naturalizados, substancializados, portanto, previamente marcados. E, assim, abrir espaço para a reflexão dos processos de trabalho, do cuidado como acontecimento e para novos arranjos cuidadores. É possível, assim, olhar quais os dispositivos de fabricação de redes são produzidos nos territórios.

A função acesso

O tema do acesso foi exaustivamente debatido e trabalhado em todos os Fóruns de rede. Muitos foram os momentos e situações nas quais foram problematizados quem são os personagens que produzem o acesso e como essa produção é realizada.

(...) vc tem que respeitar a equidade do SUS. Precisa ter outra a solução para a regulação. Precisa ter uma prioridade clínica. Essa reunião precisa gerar movimento na unidade de vcs! (Fonte1)

Em diversos momentos, o conjunto dos processos de trabalho de um determinado local foi colocado em análise, bem como sua maior ou menor capacidade de produzir acesso ao tratamento, a outras linhas de cuidado, ou a outros dispositivos. Nos debates do Fórum, o acesso deixava de ser apenas sinônimo de problemas recepção, de construção de fluxos e diagramas para torna-se um analisador privilegiado da prática dos gestores e das equipes que operam as redes de cuidado.

Uma gestão, um Fórum, muitos agenciamentos

Por meio do que nomeamos como *ferramentas funções*, foi possível para parte de nós recolher e dar passagem a alguns dos movimentos desse coletivo, presentificado no Fórum de Redes que tomava os sinais que vinham daquele território como um importante acontecimento para se trabalhar a produção do cuidado das pessoas. Aos poucos, foi possível perceber que quando o centro de uma gestão de fato é o usuário, o tema trabalhado pode ser até administrativo, mas a vida do usuário e o cuidado que ele demanda invadem a discussão.

(...) Quando um pai de família, provedor, morre por uma coisa previsível, precisamos refletir. Não pode ser visto como uma fatalidade. Não dá para dormir tranquilo!

O manejo da gestão no fórum de redes abria espaço para compartilhamentos, não só do reconhecimento das redes formais e informais que eram produzidas naquele território, como também para a fabricação de novas redes e arranjos cuidadores. O que acontecia naquele espaço coletivo, a forma de manejá-lo promovia um deslocamento de uma narrativa única, seja sobre o entendimento de uma situação, de uma ação a ser planejada, de um fluxo, de um protocolo, para dar visibilidade a

vários planos de produção sobre aquele mesmo tema. E, dessa forma ampliavam-se as possibilidades de resolução e ação.

Havia ali um exercício de se perguntar, de problematizar mais do que declarar, do que afirmar e, este movimento, ampliava o espaço de produção coletiva e de produção do conhecimento. E, ao mesmo tempo permitia olhar certo modo de produção e de proposições de como as redes acontecem.

Nesse sentido, o Fórum de Redes foi um dos planos de exploração de como as redes se movimentavam e de como os trabalhadores fabricavam e fabricam redes em ato, o tempo todo. Algumas dessas redes eram fabricadas pela via da norma, outras por meio do protocolo e outras pelas histórias de vida e, muitas vezes tinham como efeito imediato produzir tecnologias itinerantes de cuidado.

Essas *ferramentas funções* deram um pouco conta de dar visibilidade a algumas das formas que a gestão utilizava como estratégia para fazer as redes vivas serem compartilhadas, falam ao mesmo tempo da maior ou menor capacidade dos agentes institucionais recolherem os acontecimentos dessas redes como operadores analíticos do cuidado prestado naquele território.

Referências Bibliográficas

AGAMBEM, G. **O que é um dispositivo?** Esta fala foi proferida por Giorgio Agamben em uma das Conferência realizada no Brasil em 2005. Disponível em <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Downloads/12576-38793-1-PB.pdf>.

CRUZ, K. T. **Agires Militantes, Produção de territórios e Modos de Governar**. Conversações sobre o Governo de Si e dos Outros. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. “Que és un dispositivo?” *In*: BALIBAR, E.; DREYFUS, H.; DELEUZE, G. *et al.* **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1999. p. 155-163.

FOUCAULT, M. “História da sexualidade”. *In*: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243 – 27.

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: 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: Rede Unida, 2014.

MERHY, E. E. **Público e Privado: entre aparelhos, rodas praças**. Campinas, fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-05.pdf>>. Acesso em: 26 nov 2011.

_____. **A saúde pública como política: o estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. “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*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 68-95.

Violência dentro e fora: o recolhimento na pele do pesquisador

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

Introdução

O produto deste trabalho pretende registrar a experiência das pesquisadoras com a violência urbana em um dos bairros que fizeram parte do território da pesquisa sobre o cuidado nas redes no Rio de Janeiro.

A violência tem se constituído importante objeto da saúde pública, tanto na produção científica como na proposição de políticas públicas. Mergulhar em um território marcado pelas diversas formas de violência pressupõe uma análise de seu contexto, no intuito de um maior aprofundamento acerca das estratégias de cuidado construídas pelos profissionais de saúde e pelos usuários. A construção de estratégias de enfrentamento da violência traz consigo peculiaridades importantes.

A violência urbana atravessa e se impõe no cenário dos grandes centros urbanos, e no nosso caso não foi diferente ao iniciarmos o campo de estudo. Entramos em contato com cenas e situações em que a violência era protagonista. Algo com que os profissionais de saúde e usuários que habitam a região convivem e constroem estratégias para o seu dia a dia.

Olhar para a violência com as lentes do cuidado demandou um esforço e um despir de nós mesmas, daquilo que identificamos como certezas e verdades neste território, por vezes produtor de tristeza e dor, pois estávamos estudando a produção de cuidado nas redes de atenção à saúde. Cuidar, segundo Merhy (2002), pressupõe a superação do modelo de atenção “procedimento centrado” para um modelo de atenção “usuário centrado”, tendo a defesa da vida do usuário como principal princípio norteador. Ou seja, o cuidado remete a uma prática que tem como objetivo principal a saúde do usuário tomado como sujeito, compreendendo-a como a ampliação de sua “reserva técnica” para enfrentar os desafios da vida, e não tomando os diagnósticos e os aspectos biológicos do adoecimento como centrais (FEUERWERKER, 2013).

Ainda segunda essa autora, “*essa abordagem tem algo a ver com um projeto de felicidade, com os modos de estar no mundo. Melhor maneira possível que varia para cada um e também ao longo do tempo, da história e das sociedades. Se saúde é isso tudo, é claro que para produzi-la, torná-la possível, são necessários muitos elementos: boas conexões, bons encontros, projetos de vida, possibilidades de viver ganhos e perdas, de enfrentar – sem desmontar – as dificuldades, as frustrações e os desencontros que também fazem parte da vida*” (FEUERWERKER, 2013).

Cuidar também é considerado algo da vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que con-

formam a vida (FEUERWERKER, 2013). Necessária essa consideração para sabermos que nesse terreno, o do cuidado em saúde, permeado pelos territórios e relações de violência, profissionais, usuários, seus familiares e vários outros personagens são participantes ativos, com pauta própria e possibilidades e impossibilidades que muitas vezes desconhecemos. E há múltiplos sentidos nesta produção (MOREIRA *et al.*, 2014).

As diversas formas de violência

Para um leitor estudioso no assunto, saber de que tipo de violência estamos falando seria um questionamento imediato, principalmente, por que já há consenso de que o termo violência é um termo “complexo, polissêmico e controverso” (MINAYO, 1998).

Neste caso, seria certo dizer que experienciamos ao longo da vida, vários tipos de violência como, por exemplo, a violência de gênero, a estrutural, a institucional, a cultural, a racial, a física, a política, a econômica, a social...

Por essa razão, seria coerente insistir com a indagação: que tipo de violência os pesquisadores vivenciaram e pretendem discutir neste texto? A resposta vem imediatamente, sem ter que passar por grandes reflexões: aquela que o corpo sente.

Hobsbawn (1994), em a “*Era dos Extremos*”, sinaliza para um futuro de incertezas e conturbações, ocasionados pelo desmonte dos sistemas institucionais e pela animalização da política, reflexo em parte, da ortodoxia econômica apoiada e praticada pelos países capitalistas. No Brasil, vivemos um momento de muitas violências em que a corrupção, o golpe político²⁴, a violência policial, a institucional e o desmonte de direitos, antes garantidos em lei, dividem o país com uma onda de fundamentalismos, ameaçando a democracia construída a duras penas por todos nós.

Longe de uma explicação razoável para os acontecimentos, de uma coisa temos certeza: o corpo sente a violência muito rapidamente, antes mesmo que possamos falar ou teorizar sobre ela.

Não é nossa intenção nesse texto discutir violência à luz das diversas teorias e assim produzir mais análises, sempre parciais devido à complexidade do tema. Também não cabe aqui escolher um tipo de violência e tentar fazer uma análise exaustiva sobre a questão. Não é esta a nossa intenção.

Desejamos sim, costurar o que fomos recolhendo no território da pesquisa, o que foi nos afetando, o que foi batendo em nosso corpo antes mesmo que a reflexão ocupasse o seu lugar e se incumbisse de desconstruir conceitos já cristalizados em nós, disparando outras reflexões, outras certezas (ainda que provisórias), uma delas sendo unânime entre nós: a violência é uma via de mão dupla, somos subjetivados por ela. Em outras palavras, produzimos violência e somos produzidos por ela.

Como somos socializados de forma maniqueísta, a partir de verdades aparentemente estanques, polarizadas e irrefutáveis como, por exemplo, bem x mal, direita x esquerda, oprimido x opressor, casta x impura, não seria de se estranhar o incômodo em se perceber como indutor de violência.

24 Este texto foi escrito meses após o golpe que retirou a Presidenta Dilma do poder, com alegação de fraude fiscal que não foi comprovada.

Trata-se então, de imprimir um novo olhar para essa velha questão: esses conceitos se fluem, se misturam, se continuam e se descontinuam, e, por isso mesmo, provocam sentimentos ambíguos de acordo com um contexto determinado. A partir daí não seria um exercício razoável imaginar um mal construído delicadamente, passivamente, a direita na esquerda (e vice-versa), bem ao modo que Morin (1986) propõe; o oprimido exercendo opressão, como Beauvoir (1962) já havia cogitado há tempos atrás, e a “bela, recatada e do lar”²⁵, sendo motivo de repúdio pela maioria das mulheres brasileiras, em determinado momento da história.

Cenário – Vila da Flores²⁶: onde a vida pulsa com extrema coragem

Vila das Flores é distante do centro, muito populosa e extensa em área, tendo o trem como meio de integração principal com o centro da cidade.

O bairro reúne uma população de 368.534 habitantes, distribuída principalmente nas classes média e média-baixa, possuindo IDH dos mais baixos do Rio (de 0,742), ficando em 119º lugar, entre os demais bairros do município. Ainda segundo o censo de 2010, 68% desta população está na faixa etária produtiva, com cerca 15,7% de crianças. A renda per capita da região gira em torno de R\$ 511,14. A região registra uma das mais altas temperaturas da cidade, chegando a 45°. Um calor que aquece, mas também refrigera.

A região possui cerca de 114 loteamentos (46 irregulares e 68 clandestinos), além de 33 favelas. Milícias, narcotráfico e polícia disputam o território o tempo todo; uma combinação explosiva que impõe a alteração de fluxos previamente organizados pela rede de saúde, impedindo por vezes atividades de cuidado, seja nas unidades ou no território; provocando ainda o absenteísmo dos próprios funcionários, consultas desmarcadas e “vazios” no atendimento que somente no dia a dia vão se tornando visíveis e, poucas vezes dizíveis por parte dos usuários.

Entender a produção do cuidado por meio das multiplicidades e contrastes em territórios como este é trazer para este campo de análise as singularidades dos sujeitos e suas possibilidades existenciais, como Redes Vivas em produção. Perceber os territórios requer uma lente historicamente construída, que nos possibilite compreender as evoluções e transformações como complexidades contemporâneas. Olhar para a multiplicidade de territórios presentes em um único território requer esforço e calma. Ter esse encontro nos permite muitas formas de olhar. Torna possível perceber

[...] um quadro de contrastes exacerbado pela heterogeneidade e desigualdade social e cultural, pela fragmentação e compartimentação de espaços de moradia

25 Expressão cunhada em abril de 2016 pela revista *Veja*, pretendendo enaltecer as supostas qualidades da esposa do presidente interino do Brasil, Michel Temer, a Sra. Marcela Temer, que ao se casar aos 20 anos com o seu primeiro namorado, 43 anos mais velho, jamais trabalhou, dedicando-se à administração do seu lar. O texto de três páginas, sob o título de “Bela, recatada e do lar”, enalteceu este padrão retrógrado que coloca a mulher em uma condição de subalternidade já há muito ultrapassado por nós, e provocou uma reação da sociedade brasileira, sendo alvo de críticas e memes irônicas.

26 Nome fictício.

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, [s.p.]).

É essa a rua, esse território que nos interessa, que se destaca em nossas lentes. Um lugar que comporta alegrias, dores, dissabores, desafios. Preenchido por signos e diferentes sentidos, é um lugar de múltiplos sinais, que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras, esse território nos invade, porque, de alguma forma, também somos ele quando estamos lá. 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 (MERHY *et al.*, 2014).

Fragmentos da violência: o muro que há em nós

A violência é um fenômeno social, historicamente aprendido, e as redes de saúde hoje precisam produzir modos de convivência nos diversos cenários permeados pelas diversas formas de violência, produzindo cuidado por meio das dobras e dos atravessamentos que esse problema traz e produz nas tantas vidas que vazam neste cenário. Modos de convivência marcados por tensões. O medo e a prudência não são ignorados. Sentimentos que protegem, mas que também limitam. Traz consigo a ideia de “garantir a integridade dos profissionais e dos usuários na região”, mas ao mesmo tempo limita o agir, a produção de cuidado, de vida.

Olhando o que se passa. Uma agente comunitária sai, mas volta em seguida, dizendo que podem sair em outro momento. E surge um helicóptero. A informação que ouvimos é: “ele está voando baixo? Se estiver a coisa vai ficar feia”. Bom, ficamos mais um pouco, conversamos com a médica e o helicóptero baixou. A prudência se fez presente e optamos por ir embora, antes que a “chapa” ficasse mais quente.

(narrativa de A)

Durante as nossas conversas com os profissionais de saúde e usuários, ficamos sabendo das dificuldades enfrentadas para o exercício do cuidado de uma forma mais

integralizada, tendo em vista que a violência impõe o seu próprio ritmo. Um ritmo que freia, acelera, atropela.

Os limites que a violência impõe aos serviços de atenção à saúde foram se revelando à medida que mergulhávamos no bairro. Perceber que há territórios, por exemplo, em que a condução da Cegonha²⁷ não chega, gera um incômodo. Há impedimentos ora físicos, ora contextuais (pelos momentos de violência intensa), além dos limites das fronteiras determinadas pelas divisões territoriais, deixando a grávida em trabalho de parto à mercê de sua própria sorte. Esse impedimento transcende ao que é tácito e adquire concretude quando a própria gestante pergunta à enfermeira, durante uma consulta de pré-natal, se ela “pode ‘marcar’ com a Cegonha em outro lugar, próximo à casa dela, mas que o poder paralelo permite acessar”.

Outra cena nos fez parar para pensar e repensar as diversas formas de produção de vida possíveis em locais onde a violência se coloca como pano de fundo: a decisão das mulheres terem filhos dos integrantes do narcotráfico como uma forma de obter “status” entre os membros da comunidade. Todavia, se seu companheiro morre (o que é muito rotineiro nesse contexto), elas não desejam mais a gestação, os filhos, uma vez que essa possibilidade de “ascensão” dentro da comunidade perde o sentido, não sendo mais garantida. Neste caso, a gestação encontra outro lugar com a morte do pai. Como diz um ditado popular, “rei morto, rei posto”.

Essas formas de violência, e de sobrevivência a elas, veladas, mas respeitadas, às vezes ficam muito forte em nós. Como pesquisadores, tentamos suportá-las e tratá-las como fato em nós e em investigação em ato, mas, a verdade é que isso extravasa (como no caso da pesquisadora que presenciou uma cena de violência contra a mulher por seu companheiro, no trajeto para a unidade de saúde):

Já há algum tempo venho me perguntando o que acontece com as mulheres de Vila da Flores. Engravidam a pedido do homem; engravidam do chefe do tráfico para ter *status*; engravidam sem desejar engravidar. E aí vejo essa cena. Fico me perguntando: em que momento elas protagonizam suas próprias vidas?! Quando elas desejam seus próprios desejos?! O que essas mulheres representam naquele território?! Ao mesmo tempo em que vejo muita coragem, muita atitude, vejo também muita submissão. E não entendo. Estou me esforçando para processar tudo isso.

(narrativa de M)

Naturalmente esse incômodo recebe mais um ingrediente: em nossa equipe de pesquisa, só há mulheres. A possibilidade de não se misturar com as violências e, mais especificamente com a violência de gênero, é inexistente. Não há neutralidade. Impossível não se afetar. O que vamos discutindo em equipe é: o que podemos fazer

27 Projeto implantado em 2011, o Cegonha tem como principais objetivos humanizar e garantir o melhor cuidado para a mãe e para o bebê – desde o pré-natal até o parto, para reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização de exames pré-natal. Lançado inicialmente em duas regiões – uma delas incluindo a área que estamos pesquisando – chegou em 2012 a toda a cidade. Uma das estratégias do projeto é disponibilizar ambulâncias para a gestante que entra em trabalho de parto, que a busca em casa e a leva até a maternidade.

com isso? Como isso pode funcionar como dispositivo para algo que cria valor no cuidado em saúde?

Cenas assim nos dão sempre a sensação de, ao mesmo tempo, estar vendo um sujeito vitimizado e um sujeito transgressor. Alguém habitado por mais de uma alma. Hoje é possível pensar nisso sem dicotomias, sem muita dificuldade, “*porque somos, de fato, muitos tipos de sujeitos em nós. Temos muitas almas que nos habitam, que se relacionam e que, em certas situações, ocupam lugares centrais uma em relação a outra*” (MERHY, 2006). Enquanto pesquisadoras também nos sentimos assim em várias circunstâncias.

Não é à toa que a pesquisadora vai e volta na questão, tentando trabalhar consigo mesma (e com a equipe) a angústia que envolve a violência. É o encontro em ato se fazendo presente:

Hoje, na hora do almoço, li na internet um trecho de Clarice Lispector. Logo pensei nas minhas inquietações, em ontem... Não busquei referências, apenas trouxe para cá o que li:

“Não entendo. Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender. Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras. Sinto que sou muito mais completa quando não entendo. Não entender, do modo como falo, é um dom. Não entender, mas não como um simples de espírito. O bom é ser inteligente e não entender. É uma benção estranha, como ter loucura sem ser doída. É um desinteresse manso, é uma doçura de burrice. Só que de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco. Não demais: mas pelo menos entender que não entendo”.

(narrativa de M)

A violência contra as mulheres é um crime recorrente em nosso país. De acordo com dados divulgados pela central de atendimento à mulher – ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, dos atendimentos realizados de janeiro a outubro de 2015: 38,72% das mulheres em situação de violência sofrem agressões diariamente; para 33,86%, a agressão é semanal. Dos relatos de violência registrados na Central de Atendimento, nos dez primeiros meses de 2015, 85,85% corresponderam a situações de violência doméstica e familiar contra as mulheres (CAMPANHA COMPROMISSO E ATITUDE, 2016).

Vila das Flores é um local em que os contrastes se destacam. Desde a frieza de seus indicadores até o que o calor da nossa presença e do que os nossos olhos podem alcançar. Compreender que os significados das formas de violência variam para todos nós foi tarefa árdua. Compreender que somos habitados por várias almas requer sair da zona de conforto. Requer entender que algumas expressam lugares mais amplos, outras se subordinam mais facilmente. Vivemos nos momentos relacionais com os outros, tudo isso em conjunto. Tudo ao mesmo tempo. E as nossas almas conversam entre si e com as dos outros. E, o mais interessante ainda é que ao estarmos habitados por todas estas possibilidades e todas elas se expressarem nos nossos agires, não somos muito preparados para sentirmos e olharmos isso nas nossas ações. Não nos vemos nestas nossas multiplicidades. Não vemos os vários nós em nós mesmas e,

muito menos, não vemos a presença dos outros em nós ou a nossa no outro. Quanto mais tudo o que isso implica (MERHY, 2006).

Depois de muitas reflexões e trocas foi possível ressignificar parte das cenas, como estas que trouxemos até aqui. Intrigava-nos o fato de que uma mulher vitimada poderia estar ali por desejos próprios. E, por limitação nossa, não entendíamos como mulheres como essa, humilhada na rua pelo próprio companheiro, não aprenderam que aquilo era um ato de violência, de uso, de exploração. Naquele momento, não fazia sentido para nós, que ela era habitada por várias almas. Que por mais paradoxal que fosse sentia-se tanto humilhada e usada, quanto usando (MERHY, 2006).

Imaginamos que o mais interessante é podermos ver na cena a implicação de nós pesquisadoras e a possibilidade de explicitar no agir de cada um os movimentos das várias almas que se expuseram.

Os dados registrados revelam as várias facetas das diversas formas de violência, que acabam por afetar a todos nós. Como trabalhadores da saúde, precisamos estar muito atentos para estranhar o óbvio, caso contrário, acabamos por perpetuar o que a frieza desses números tenta esconder: uma desigualdade estúpida, construída culturalmente e ideologicamente, coniventemente a partir de todos os nossos aparelhos socializadores:

Um das gestantes pergunta sobre a visita ao hospital, que é planejada para elas. Uma delas diz já ter ido à visita e que a enfermeira mostrou a maternidade, informando que não era para gritar, que não podia acompanhante, que quando estivesse com dor devia agarrar no ferro da cadeira e que no momento do parto elas estariam sozinhas. Senti um silêncio e os olhares arregalados. Pensei naquele momento o que estaria passando na cabeça daquelas mulheres, algumas sendo mãe pela primeira vez e outras no terceiro, quarto filho; não importa a quantidade de vezes, parir é sempre a primeira vez.

(narrativa de A)

Perceber as diversas formas de violência no território nos amarra, nos imobiliza, nos constrange. Mas perceber nuances de violência nas camadas tênues que tecem o cuidado nos enfraquece, nos apavora.

Temos, de fato, dificuldades em nos sentirmos responsáveis por ações que nos incomodam e que olhamos com estranheza, como se não fossemos seus construtores. Não temos o hábito de olharmos para nós mesmos, nos nossos atos e daí tirar reflexões sobre a implicação que estabelecemos como nosso agir e o dos outros (MERHY, 2006).

Fragmentos da violência: a concretude do muro real

Os sinais que vêm dos confrontos nos territórios determinam os movimentos, a produção de vida, a produção de cuidado. Determinam o que conhecemos como Acesso Seguro. Tal estratégia é baseada na construção de um plano de segurança, montado pela unidade, com a participação de todos os profissionais. Tal protocolo foi criado, originalmente, pela Cruz Vermelha, para promover o acesso da população à serviços básicos (saúde, escola...), em situações de guerra. Para o Brasil, e para o Rio de Janeiro,

especificamente, a Cruz Vermelha criou/adaptou esse protocolo para as situações/locais com situações de violência. É pautado em 3 classificações: verde – normal (dentro e fora da unidade); amarela – parcial (algumas áreas seguras para acesso) ou total (ninguém vai para a rua). Unidade aberta para receber a população; vermelha – unidade fecha.

Tal classificação é feita também pelos próprios profissionais, nos momentos de instabilidade e/ou conflitos em seus territórios, e descortina para nós conceitos e sinais de violências dos mais diversos.

Em uma Clínica da Família, em Vila da Flores, numa reunião geral sobre “Como construir um acesso mais seguro”, em que o protocolo seria construído a partir daquele momento, as definições de risco vazaram para além do que já existe “estabelecido”. Os ACSs dominam a discussão e listam o que, para eles, naquele território, são exemplos de riscos, para constar no referido protocolo:

[...] fogos, fumaça, operação policial, corpos na rua, ameaça de invasão (poder paralelo é pior do que polícia), confronto entre facções diferenciadas, fechamento de ruas, território deserto, operação na noite anterior, morte de integrantes da área, pneus nas ruas (pegando fogo ou não).

É necessário ainda ir além para entender esses sinais:

[...] fogos = tiroteio (pode ser entrada da polícia ou confronto com outras facções); pneus = aviso de operação policial (pode ou não acontecer, pode ou não ter tiros). Fala de uma ACS: “nem sempre que tem fumaça tem tiro (a informação que eles recebem pode estar errada; a fumaça pode ser da noite/madrugada ainda), mas sempre que tem fogos tem tiros”.

E foi dentro desse contexto que outra unidade saltou aos nossos olhos. Segundo a própria gestão da área, é uma unidade que fica na “Faixa de Gaza”, entre territórios comandados por milícia e tráfico. Territórios e populações que demandam por cuidado. Diante dos constantes confrontos e dificuldades de manter a unidade aberta, surgiu, num determinado momento, discussões sobre como manter a unidade, uma Clínica da Família, aberta para aquela população.

A vida pulsa, de fato, em Vila das Flores. A decisão tomada pela gestão e profissionais locais foi a de manter a unidade funcionando: “Solução: construção de um ‘muro de aço’ e a parceria com o batalhão de polícia que ‘guarda’ a unidade no período em que estiver em funcionamento, de segunda a sábado”. (narrativa de A)

O muro de aço é concreto, real, e custou muito caro à gestora dessa região, tanto no que tange ao dinheiro em espécie, quanto no que se refere às infundáveis negociações e reuniões com os profissionais que atendem nesta unidade. Conforme ela mesma frisa, a solução foi discutida e encontrada em conjunto, sempre se tendo em conta que a iniciativa objetivava não fechar um equipamento social, localizado em uma área de extrema carência, de poucas possibilidades e muito populosa.

As conversas sobre o muro real mexem e remexem. Surgiu um desconforto entre os pesquisadores com relação ao muro que nos surpreendeu, em um primeiro

momento. As críticas foram sendo tecidas sempre na direção da impossibilidade e da indignação. Pudera, é um muro, não é? A ideia de um muro concreto, que separa, mas que protege, que indigna, mas que possibilita, abalou o muro que há em nós. Um muro que é porta, porta aberta.

Recorrendo à história da civilização, os diversos muros (PELLEGRINE, 2016) que nos vêm à lembrança traduzem mesmo um sentimento de apartação e de intolerância. Vamos mais fundo: de ódio, propriamente dito. Foi assim com o Muro de Berlim (que durante a Guerra Fria dividiu Berlim em oriental e ocidental, na Alemanha, e a bem da verdade, o mundo inteiro entre a zona de influência soviética e a zona de influência norte-americana). Foi assim com o muro americano (22 km de barreira de aço e 3 metros de altura, recheado de alta tecnologia para matar, com o objetivo de conter a imigração clandestina proveniente do México.), com o muro da Vila Mimosa (era escrito com a letra z mesmo,) que era a zona do baixo meretrício, localizada durante a década de 1980, no bairro do Estácio (LAGO, 1991). O muro resguardava (como se fosse possível) as santas das putas, em um mesmo quarteirão.

Como partimos do pressuposto de que onde há desconforto, tem que haver a discussão e análise para entendimento, este mesmo estranhamento dos nossos colegas também foi alvo de estranhamento entre a nossa equipe: será que isso ocorre só nessa cidade e por sermos daqui, estamos naturalizando este cenário de violência? Será que por levarmos a nossa própria violência para dentro do muro, nossos sentidos já não são capazes de reconhecer o peso das outras violências?

A resposta a esta pergunta dispara em nós: Não!!! Enxergamos o muro com olhos de “força fraca” (MENDONÇA, 2015). A vida que tem dentro do muro não pode ser ignorada. A decisão dos profissionais em permanecer no território só demonstra o compromisso profissional e com o cuidado. O muro também funciona como abrigo para os usuários em momentos de violência, de disputa entre as diversas formas de operação da violência e invasão de território.

A ideia de que com a violência (em nós), ou sem ela (a nos dominar), ou mesmo, apesar dela, é preciso tecer estratégias que expressem que a resistência é o que move todos nós.

Solução para as violências? Por trás do muro, antes do muro, ou em nós? Não. Para muitas perguntas, muitas e infundáveis reflexões, porém ainda poucas respostas. A vida não cabe na exatidão de algumas Ciências.

Resistência? Há, isso tem, sim. Dentro do muro a gente é capaz de ver isso. É uma correlação de forças, movimenta muitas pessoas (usuários, invasores, profissionais, gestores). É um movimento que não para. Parafraseando Chauí (1986): “*conforma ao resistir e resiste ao conformar*”.

A frieza da violência, a profundidade dos muros – a relação com o cuidado

A violência não é um fenômeno complexo, mas já é considerada um problema de saúde pública, principalmente porque incide no perfil de morbimortalidade da população. A área da saúde, neste caso, tem sido uma constante aliada, no processo de detecção das formas de violência existentes, no tratamento para suas vítimas, e

na elaboração de estudos e propostas de promoção e prevenção dos agravos à saúde, ocasionados por esta.

As análises realizadas neste estudo apontam, entretanto, que a abordagem sobre o tema não pode se limitar a uma aproximação conceitual sobre os tipos de violência e sinais a serem observados pelas equipes. Existe a necessidade de espaços de reflexão sobre a prática, tomando como objeto os dilemas, os aspectos subjetivos, éticos e culturais que permeiam a identificação de formas de violência e a definição das ações a serem tomadas. Espaços que possibilitem uma leitura multiprofissional da situação por meio do trabalho em equipe, com reflexões, análises e decisões compartilhadas.

Outro aspecto particularmente importante para a qualificação do trabalho – e não somente para as situações de violência, mas para qualquer trabalho em saúde – é promover entre as equipes uma reflexão sobre saúde como exercício de autonomia e incluir a negociação com os usuários como elemento fundamental na definição de projetos terapêuticos. A concepção dos profissionais sobre a autonomia e participação do usuário no cuidado é um assunto que merece novos estudos e pode contribuir para o avanço da desejada atenção integral e centrada no usuário (MOREIRA *et al.*, 2014).

As reflexões apresentadas privilegiaram a análise das formas e contextos em que a violência permeia e conduz as produções de vida no bairro de Vila das Flores. Uma reflexão que identificou muros, físicos e internos à nós. Muros que abriram possibilidades, em nós, e nos que vivem e trabalham lá. Permitiu identificar os arranjos e as estratégias construídas nas e pelas equipes de saúde da família e gestão local: atores envolvidos, saberes utilizados e os modos e espaços como as ações são definidas e implementadas. O enfrentamento às situações de violência necessita, entretanto, de uma abordagem intersetorial e que pressupõe em sua construção uma micropolítica própria, com a participação de outros atores e saberes na composição do cuidado.

Referências Bibliográficas

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* **Relatório Parcial da Pesquisa RAC Rio de Janeiro**. Área Programática 5.3. Rio de Janeiro (mimeo), 2015.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1962.
- CHAUÍ, M. **Conformismo e Resistência**. Aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Editora Brasiliense, 3ª edição, 1989.
- CAMPANHA COMPROMISSO E ATITUDE. **Dados nacionais sobre violência contra mulheres**. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/dados-nacionais-sobre-violencia-contra-a-mulher/>. Acesso em: 01/06/2016.
- DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Tradução e prefácio de Edmundo Cordeiro. Ed. Veja: Passagens. Lisboa, 1996.
- FEUERWERKER, L. C. M. “Cuidar em saúde”. In: FERLA, A. A. *et al.* (Org.). **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43-57. Coleção VER-SUS/ Brasil.

HOBBSAWM, E. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica: Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 2ª edição, 1995.

LAGO, E. **Vila Mimosa: Resistência no Cotidiano**. 1991. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 1991.

LINHARES, J. “Marcela Temer: bela, recatada e “do lar”. **Revista Veja**, abr./2016. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar/>. Acesso em: 10/06/2016.

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.

MENDONÇA, P. E. X. **Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas**. Tese de Doutorado: PPG Clínica Médica/FM/UFRJ. – Rio de Janeiro.

UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 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”. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MERHY, E. E. “Cuidado com o cuidado: o caso da fila do toque e a implicação do ato de cuidar”. *In*: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Orgs.). **Perplexidade na universidade – vivências nos cursos de saúde**. Editora Hucitec: São Paulo. 1ª ed., 2006, v. 1, p. 84-89.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p. (Saúde em debate, 145).

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. “Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva”. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos** [online]. 1997, vol. 4, n. 3, pp. 513-531. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>. Acesso em: 05/06/2016.

MOREIRA, T. N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWERKER, L. C. M.; SCHRAIBER, L. B. “A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família”. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MORIN, E. **Para sair do século XX**. Tradução de Vera Azambuja Harvey. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

PELLEGRINE, Luis. “Cortinas de ódio. Os Muros que dividem o Mundo”. **Revista IBC**. Disponível em: http://www.brasil247.com/pt/247/revista_oasis/218911/Cortinas-de-%C3%B3dio-Os-muros-que-dividem-o-mundo.htm. Acesso em: 21/06/2016.

Autoras
e autores

Adernanda de Rocco Guimarães

Farmacêutica. Especialista em saúde da família e em Regulação em Saúde, Sanitarista da SMS de João Pessoa/PB. Pesquisadora trabalhadora.

Alzira de Oliveira Jorge

Médica Sanitarista. 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

Aluna da Graduação em Psicologia UFF/Volta Redonda. Integrante do Projeto de Extensão Rede de Avaliação Compartilhada em Saúde no SUS.

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. Doutoranda em Saúde Pública/USP. Professora da Faculdade de Catanhal/PA. Pesquisadora da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde (UFRJ).

Angela Aparecida Capozzolo

Médica. Doutora em Saúde Coletiva – UNICAMP. Professora adjunta UNIFESP – Baixada Santista. Orientadora de educação permanente de São Bernardo do Campo. Pesquisador da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – UFRJ.

Angela 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.

Barbara Eleonora Cabral

Psicóloga. Doutora em Psicologia UFRS. Professora Adjunta do Colegiado de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Docente da Residência Multiprofissional de Saúde da Família. Coordenadora do Pró-Saúde/PET-Saúde/Redes de Atenção da Univasf.

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.

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.

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.

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.

Claudia Cavalcanti Galindo

Enfermeira. gestora de regulação da Central Interestadual de Regulação de Leitos Pernambuco-Bahia. apoiadora institucional da VIII Gerência Estadual de Saúde da SES-PE.

Claudia Talleberg

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.

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.

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. Pesquisador da Linha de Pesquisa da 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.

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.

Edith Lúcia Mendes Lago

Assistente Social. Mestre em serviço social na PUC-RJ.

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. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública – USP. Pesquisadora da Linha de pesquisa micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde-UFRJ.

Erminia Silva

Historiadora. Doutora em História – UNICAMP. Pesquisadora do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde.

Flávia Helena M. de A. Freire

Psicóloga. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFF-Volta Redonda. Pesquisadora da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – UFRJ.

Heloisa Elaine dos Santos

Psicóloga. Mestranda em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da 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.

Isaac Linhares de Oliveira

Médico. Residente de Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal da Paraíba.

João André S. de Oliveira

Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS). Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – FMB/UFBA. Pesquisador da Linha de Pesquisa Construção do Cuidado no Cotidiano do SUS – UFBA e da Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – UFRJ.

José Denes Rufino

Enfermeiro. coordenador da Central Interestadual de Regulação de Leitos Pernambuco-Bahia.

José Guilherme Wady Santos

Psicólogo. Doutor em ciências sociais/UFPA, Professor colaborador do UFPA, Pesquisador da Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde (UFRJ).

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.

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.

Juliana Sousa Soares de Araújo

Médica, Pediatra, Mestre em Modelos de Decisão e Saúde/UFPB. Professora da FCM/PB.

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/IOCRUZ Amazonas. Pesquisador 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.

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.

Lea Mara Reis de Melo

Fonoaudióloga. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Residente Multiprofissional em Saúde do Núcleo de oncologia pela Universidade do Estado da Bahia.

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.

Lua Sá Dultra

Médica. residência em Medicina de Família e Comunidade/USP. Prefeitura Municipal de Salvador. É mestranda em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA.

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.

Lysandra Nívea Farias

Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde de Borba/AM (2012-2016).

Magda de Souza Chagas

Enfermeira. Professora substituta da UFRJ-MACAÉ. Doutora em 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.

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.

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.

Maria Amelia Costa

Geógrafa. Professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Doutora em 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 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 Filadélfia 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. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Professora Dra. em Enfermagem EERP/USP Pós-doutora em Saúde Coletiva /UNICAMP.

Maria Zenaide de Souza Carvalho

Parteira-fina. Primeira presidente da Associação de Parteiras da Floresta de Marechal Thaumaturgo. Pesquisadora da RAC.

Mariana Leite

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública/USP. Pesquisadora trabalhadora.

Mariana Pompilio Gomes Cabral

Psicóloga. graduada pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPSAC – UECE. Membro participante do Grupo de Pesquisa em saúde mental, família, práticas de saúde e enfermagem – GRUPSFE.

Mariana Prado Freire

Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da USP. Especialista em Álcool e Drogas pela Unifesp. Mestranda em Saúde Pública/USP.

Marília Cristina Prado Louvison

Médica. Doutora em Saúde Pública FSP/USP. Professora Doutora da FSP/USP. Pesquisadora RAC.

Mary Ann Menezes Freire

Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da UNIRIO. Doutora em enfermagem – UNIRIO.

Mônica Garcia Pontes

Bióloga. Professora da Fundação de Ensino de Contagem.

Monica 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.

Nancy Oliveira Brandt

Administradora. gestora de regulação da Central Interestadual de Regulação de Leitos Pernambuco-Bahia, apoiadora institucional da Secretaria de Fazenda de Juazeiro-BA.

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.

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.

Patrícia Albuquerque

Psicóloga. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ. Assessora do Secretário de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Paula Monteiro de Siqueira

Psicólogo. Pesquisadora trabalhadora de São Paulo.

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Médico. Professor IESC/UFRJ. Doutor em medicina pelo PPG de Clínica Médica da UFRJ.

Pedro Mendes

Psicólogo. Doutor em ciências PPG Clínica Médica da UFRJ. Pesquisador gestor em São Bernardo do Campo.

Rafaela Cordeiro Freire

Médica Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em comunicação e informação em saúde. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Pesquisadora na Linha de Pesquisa Construção do Cuidado no cotidiano da atenção à saúde no SUS. Pesquisadora da Linha de Pesquisa Construção do Cuidado no Cotidiano do SUS – UFBA e da Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – UFRJ.

Raquel Miguel Rodrigues

Fisioterapeuta. Professora Assistente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro/campus Macaé. Apoiadora Institucional da Gerência do Fundo Municipal da Secretaria Municipal de Saúde de 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.

Roberta Barros de Almeida

Enfermeira. Diretora multiprofissional da Unidade de Pronto Atendimento 24 h 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 Cariri Chalegre de Almeida

Médico de Família e Comunidade, Residência Integrada em Saúde – Escola de Saúde Pública/ Centro de Saúde Escola Murialdo – RS.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Odontólogo. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMDF/IOCROZ Amazonas. Pesquisador RAC Norte.

Rosania Aparecida da Silva

Médica. Especialista em Medicina de Família e Comunidade, trabalhadora da prefeitura de Belo Horizonte e Unimed BH. Preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da UFMG.

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

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

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 Cavalcante Silva

Assistente Social. Especialista em Políticas Públicas. Especialista em Saúde da Mulher. Mes-tranda 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.

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.

Stefanie Kulpa

Pedagoga. Mestre em Educação pela UFRGS. Pesquisadora da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/UFRJ. Pesquisadora do Programa de Avaliação Institucional Educativa/UFRGS/FIOCRUZ.

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.

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.

Túlio Batista Franco

Psicólogo. Professor Associado da Universidade Federal Fluminense. Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha-Itália.

Vanessa Caravage de Andrade

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família e Gestão em Saúde. Gestora – pesquisadora em São Bernardo do Campo.

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.

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas

Enfermeira. Doutorado em ciências ENSP. Professora Adjunta da UFPB.

Wendel da Silva Viana

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Residente Multiprofissional em Saúde do Núcleo de oncologia pela Universidade do Estado da Bahia.

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 987205