

SÉRIE MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E O CUIDADO EM SAÚDE, V. 26
SÉRIE CADERNOS DO EICOS 2024



MICROPOLÍTICA E PSICOSSOCIOLOGIA DA **SAÚDE** **AS REDES VIVAS E O CUIDADO**

Organização:

Helvo Slomp Junior

Maria Paula Cerqueira Gomes

Nereida Lúcia Palko dos Santos

Kathleen Teresa da Cruz


Emerson Elias Merhy

Reginaldo Moreira



editora
redeunida

Programa 
EICOS



Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 26
Série Cadernos do EICOS 2024

MICROPOLÍTICA E PSICOSSOCIOLOGIA DA SAÚDE: AS REDES VIVAS E O CUIDADO

Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades
e Ecologia Social (EICOS)

Instituto de Psicologia / Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Federal do Rio de Janeiro

MICROPOLÍTICA E PSICOSSOCIOLOGIA DA SAÚDE: AS REDES VIVAS E O CUIDADO

Copyright © 2024 by Associação Rede UNIDA

Texto revisado conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa de 1990, que entrou em vigor em 2009.

Capa

Entre nós: Kathleen Tereza da Cruz

Projeto gráfico e diagramação

Rafael Feitosa Naruto

Revisores

Debora Cristina Bertussi, Clarissa Terenzi Seixas, Helvo Slomp Junior, Josiane Vivian, Camargo de Lima, Juliana Sampaio, Kathleen Tereza da Cruz, Laura Camargo, Macruz Feuerwerker, Leandro Dominguez Barretto, Lidiane de Fátima Barbosa Guedes, Mara Lisiane dos Santos, Maria Paula Cerqueira Gomes, Nereida Lúcia Palko, Regina Melchior, Reginaldo Moreira, Rossana Staevie Baduy, Sérgio Resende Carvalho, Thais Machado Dias

Tipografia: Família Neulis

FICHA CATALOGRÁFICA Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974

Micropolítica e psicossociologia da saúde: as redes vivas e o cuidado / Organizadores: Helvo Slomp Junior; Maria Paula Cerqueira Gomes; Nereida Lúcia Palko dos Santos; Kathleen Teresa da Cruz; Emerson Elias Merhy; Reginaldo Moreira. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

254 p. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 26).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-148-9



DOI 10.18310/9786554621489

1.Cuidado. 2. Saúde Pública. 3. Prática Clínica Baseada em Evidências. I. Título. II. Assunto.
III. Organizadores.

NLM WA 108

CDU 614

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

Micropolítica e psicossociologia da saúde: as redes vivas e o cuidado	
<p>ISBN 978-65-5462-148-9</p>  <p>9 786554 621489 ></p>	

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrove, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).

Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha).

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).

Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).

Maria Augusta Nicolí (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Revisão

Debora Cristina Bertussi
Clarissa Terenzi Seixas
Helvo Slomp Junior
Josiane Vivian Camargo de Lima
Juliana Sampaio
Kathleen Tereza da Cruz
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Leandro Dominguez Barretto
Lidiane de Fátima Barbosa Guedes
Mara Lisiane dos Santos
Maria Paula Cerqueira Gomes
Nereida Lúcia Palko
Regina Melchior
Reginaldo Moreira
Rossana Staevie Baduy
Sérgio Resende Carvalho
Thais Machado Dias



Imagem da capa

Entre nós: Kathleen Tereza da Cruz



Diagramação

Rafael Feitosa Naruto



Financiamento

Os(as) Organizadores(as)





Apresentação: sobre aranhas, gavetas e movimentos solares

O título acima é uma brincadeira com a ideia de que textos não publicados tendem a ficar “na gaveta”, sendo acessados somente por aranhas, como se nos tempos de virtualidade digital em que vivemos as gavetas físicas ainda fossem tão relevantes para o armazenamento de nossos acervos. De qualquer maneira, propõe-se que produções relevantes para a vida vejam a luz do sol, mais do que isso, que componham os movimentos de nossa estrela.

Esta série de livros, que inicia com dois volumes, intitulados “Psicossociologia da saúde e comunidades: cartografias do cuidado” (livro 1), e “Micropolítica e psicossociologia da saúde: as redes vivas e o cuidado” (livro 2), nasceu de um desejo coletivo de compartilhamento da produção dos autores que participam do grupo de pesquisa CNPq Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva, história que começou como “linha micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde” em 2005, quando um grupo de pesquisadores conectados Brasil afora, a partir de sucessivos movimentos de Educação Permanente em Saúde, vem a se constituir, primeiro, como um coletivo de pesquisas vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e desde então desenvolvendo atividades também no Instituto de Psiquiatria (IPUB), e a seguir como coletivos e linhas de pesquisa vinculados a várias universidades brasileiras, agregando-se também conexões internacionais, a exemplo desta linha 3 do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), coletivo docente ao qual pertence o grupo organizador destas duas primeiras coletâneas.

Os capítulos do livro são originários de produções de diferentes épocas, são frutos de pesquisas realizadas por pesquisadores(as) do grupo Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva, vinculados direta ou indiretamente à linha 3 do EICOS, bem como frutos de projetos de investigação de mestrado, doutorado, pós-doutorado, ou mesmo sem vínculo direto com a pós-graduação, além de reflexões sobre a experiência no mundo do trabalho em saúde. São registros de diferentes falares que perpassam uma diversidade de temas, tendo como eixos transversais de sua política de escritura a micropolítica das existências na saúde e a produção do conhecimento, processo sempre no campo do agenciamento habitado por forças das mais variadas naturezas que nos constituem como nós com e no outro, antes de tudo.

Os textos aqui presentes nasceram de três modos diferentes. Alguns estavam há tempos em suas gavetas, físicas com suas aranhas, ou digitais, por vezes anos. Outros registram produções recentes, por vezes ainda em andamento, e que aproveitam este veículo para já saírem a público. O terceiro grupo de textos é ainda mais recente, já que existiam enquanto ideia, projeto ou desejo, e que pela ação dispositivo da proposta desta série foram estimulados para a finalização de suas produções. O conjunto

dos textos acreditamos que oferece mais um convite em multidão para outros movimentos solares de produção vida e saúde.

Para este livro 2, intitulado “Micropolítica e psicossociologia da saúde: redes vivas e o cuidado”, reunimos os textos que nos pareceram mais ativados pelas tensões produtivas armadas quando do cuidado em rede, rede aqui compreendida das mais variadas maneiras, e em qualquer de suas dimensões, mas sempre demarcada pelo seu caráter processual e em acontecimento, lembrando muito mais a rede corpo sensível da aranha, que a ferramenta de trabalho que é a rede do/a pescador/ora.

Agradecimentos

Primeiro é preciso agradecer às autoras e autores, mesmos(as), que enviaram material para este livro e tiveram que esperar um tempo bem maior do que nós organizadoras e organizadores pensávamos, devido a vicissitudes várias! Mas estamos aqui, agora, e seguimos em frente!

Os textos deste e do outro volume, seu irmão, são frutos das mais variadas experiências nas redes de saúde do SUS, ou próximas a elas, Brasil afora, em meio a projetos também de múltiplas ordens, em geral pesquisas e intervenções integradas com instituições de ensino, entre outros. É preciso agradecer às pessoas e coletivos, e olhe que é muita gente que, permanecendo no anonimato, junto com autoras e autores, com suas vidas em ato, seus sofrimentos e potências vividos e narrados, seus dilemas em cenas de gestão, produção de cuidado e formação em saúde, e outras tantas cenas, mas também com suas alegrias e tanta vida, contribuíram para as reflexões compartilhadas aqui.

Agradecemos à Editora Rede Unida e ao nosso diagramador Rafael Naruto, por atuarem como facilitadores no plano técnico e editorial, apoio que tanto precisamos para publicações de tal complexidade.

É preciso agradecer à nossa querida Erminia Silva, por ter sido, além de uma das autoras, uma alegria especial que esteve com muitas das produções destes dois livros, mas que não vai vê-los nascer aqui deste ponto de vista nosso...

Enfim agradecemos a você leitora e leitor, e, como já cantaram Dona Ivone Lara e Caetano Veloso em *Força da Imaginação*:

Força da Imaginação
Vai lá...
Além dos pés e do chão
Chega lá
Porque que a mão ainda não toca
Coração um dia alcança
Força da Imaginação
Vai lá...



SUMÁRIO

Apresentação	08
Agradecimentos	10
À (bordando) cartografias e lava-pés no cuidado em saúde mental no internato de medicina da UFRB	15
<i>Lidiane Guedes, Daiana Ribeiro</i>	
Outras histórias precisam ser contadas: a produção de vida para além da trajetória infame de uma usuária em atenção oncológica	28
<i>Juliana Garcia Gonçalves, Kathleen Tereza da Cruz, Clarissa Terenzi Seixas e Emerson Elias Merhy</i>	
Encontros de olhares: ensaiando carto(grafias com usuários de drogas	56
<i>Lidiane de Fátima Barbosa Guedes</i>	
Quando formar desenha o cuidar: provocações	64
<i>Maria Paula Cerqueira Gomes, Flávia Fasciotti Macedo Azevedo, José Carlos Lima de Campos e Leiliana Maria Rodrigues dos Santos</i>	
Processo de cuidado e o tensionamento na construção de vínculo	74
<i>Kátia Santos de Oliveira, Ana Lúcia De Grandi, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Josiane Vivian Camargo de Lima, Rossana Staeve Baduy e Regina Melchior</i>	
Sobre a atenção básica brasileira e o que temos feito com ela, enquanto constituímos historicamente um projeto societário de rede básica	87
<i>Helvo Slomp Junior, Clarissa Terenzi Seixas, Mara Lisiane dos Santos, Débora Cristina Bertussi, Nathália Silva Fontana Rosa e Emerson Elias Merhy</i>	
A formação no plano do cuidado: intersecções, encontros e afetos	103
<i>Leandro Dominguez Barretto e Emerson Elias Merhy</i>	
Sobre a interprofissionalidade em saúde: o desafio do entre-profissional	117
<i>Karla Santa Cruz Coelho; Emerson Elias Merhy; Kathleen Tereza da Cruz; Helvo Slomp Junior; Andressa Ambrosino Pinto e Sabrina Nunes Dias da Silva Barbosa</i>	

Cuidado em saúde mental e COVID-19: narrativas de uma equipe multiprofissional ambulatorial no Rio de Janeiro durante a pandemia	130
<i>Yuri Coutinho Vilarinho</i>	
Por uma história cinzenta da reforma psiquiátrica brasileira: a subsistência do paradoxo cidadania-loucura nas práticas reformistas	142
<i>Arthur Arruda Leal Ferreira, Marcus Vinícius do Amaral Gama Santos, Higor Theobald Seabra da Cruz, Laura Petrenko Dória, Bárbara Victor Souza, Letícia Gomes Canuto, Mateus dos Santos Martins e Rafael de Souza Lima</i>	
Derivas cartográficas: (sobre)vivências, (re) existências e corpos em travessia	160
<i>Larissa Ferreira Mendes dos Santos e Laura Camargo Macruz Feuerwerker</i>	
Formação em saúde e produção de si: da psicopatologia ao sujeito-multidão	170
<i>Thayane Pereira da Silva Ferreira, Juliana Sampaio, Adelle Conceição do Nascimento, Luciano Bezerra Gomes</i>	
Pesquisando com os usuários: análise de uma rede de saúde mental	183
<i>Heloisa Elaine dos Santos, Marília Cristina Prado Louvison e Laura Camargo Macruz Feuerwerker</i>	
O apoio matricial como arranjo da gestão municipal em saúde	200
<i>Débora Cristina Bertussi e Laura Camargo Macruz Feuerwerker</i>	
SENTIR – a gênese de um espaço de vivência do sensível na formação em saúde	217
<i>Lidiane Guedes, Monique Brito e Ana Maria Freire</i>	
O midiatravismo como reparação histórica e social das protagonistas travestis brasileiras do norte pioneiro do Estado do Paraná: o documentário como direito à construção de novas narrativas na cidade de Londrina	233
<i>Reginaldo Moreira</i>	
Como a(r)mamos nossa pesquisa: a disruptura das amarras de nossas âncoras para um navegar nos fluxos	243
<i>Reginaldo Moreira e Maria Angelica de Melo Rente</i>	
Sobre os autores	247



**À (bordando) cartografias e lava-pés no cuidado em saúde mental
no internato de medicina da UFRB**

*Lidiane Guedes
Daiana Ribeiro*

*Aqueles que têm na pele a cor
da noite, sabem que educar
é tornar-se semelhante aos
ancestrais.*

*Vanda Machado; Eduardo
Oliveira*

*Oro mi má
Oro mi maió
Oro mi maió
Yabado oyeyeo*

Esta escrita conjunta de duas autoras apresenta o traçado de encontros, caminhos e desvios na formação em saúde, no Internato Saúde Mental em redes do curso de medicina da Universidade Federal do Recôncavo-UFRB. Os corpos que se ocupam dessa escrita atravessam e são atravessados por uma experiência do encontro com mulheres negras que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, um dos campos de prática da formação médica.

As linhas escritas aqui se movem pelos ecos de muitas vozes. Algumas ecoam ainda sem corpo, outras ouvidas ou alucinadas produzem vibrações no processo de corporificar a escrita que se deseja encarnada. No percorrer dos caminhos da formação, múltiplas vozes vão encontrando, nos corpos desviantes de uma suposta norma, campos de expressão para modos de existências. Misturados nesta polifonia, os corpos-existência da professora psicóloga e o da aluna de medicina encontram um lugar-comum no campo do cuidado: núpcias de duas, para “dar língua aos afetos que pedem passagem” (Rolnik, 2011, p. 23).

No curso dessa experiência, nós nos apoiamos na ética da cartografia como guia para acompanhar e dar visibilidade ao percurso dos corpos, encontrando suas raízes ou o mesmo que dizer: o enraizamento dos corpos com a sua ancestralidade no campo do cuidado, processo que envolve corpo, terra, raiz, afetos e memórias nos fios que tecem a produção de subjetividades.

Compondo o sentido da cartografia, tal qual nos oferta Suely Rolnik (2011, p. 30):

Para os geógrafos, a cartografia - diferentemente do mapa, representação de um todo estático - é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso,

acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo [...], dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias.

No fluxo dessa experiência, o movimento que se pretende cartográfico abre campo para conhecer/acompanhar os movimentos de enraizamento dos corpos com seus afetos, a partir do que o corpo pode em seus encontros e do que é capaz de produzir para si no mundo, em si com os in-mundos (Merhy et al., 2016). O pensamento de Benedictus Spinoza (2011), em sua *Ética*, pulsa essa escrita que germina. Das raízes do rizoma brota uma imagem no exercício do pensamento: a mulher negra bordadeira do recôncavo baiano – uma saída para aprendermos a arte de bordar corpos e memórias. Um devir-bordadeira nos arrebatava para um lugar comum na formação em saúde mental: aprender a em-sinar a cuidar da saúde mental com as mulheres negras do recôncavo.

Na tentativa de bordar a escrita cartográfica, as aprendizes de bordadeiras apresentam o texto entre a primeira pessoa do singular (fazendo menção às situações vivenciadas pessoalmente no campo) e a primeira pessoa do plural (ênfase na produção coletiva do conhecimento). Nesse caminhar por entrebordados, a cartografia demarca uma posição ética, estética e política no processo de produção de conhecimentos-vida. “Nós herdamos de nossos ancestrais o nosso próprio método de conhecimento. O africano não estabelece distância entre ele e seu objeto de estudo. Ele toca, ele vive, ele aspira, ele vive a realidade dialeticamente” (Senghor, 1965 apud Machado, 2013). Não se trata de sobrepor a primeira pessoa à terceira pessoa, mas de considerar o processo de subjetivação que emerge do encontro entre elas.

Pedimos licença à ancestralidade: narrativas pretas pedem passagem. Vamos a-bordar.

1º ponto do bordado: o encontro com mulheres negras

Os movimentos da Reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil vêm nos últimos anos buscando reconhecer a dívida histórica com o povo negro, no tocante à discussão sobre o racismo científico-estrutural e sua influência na produção da patologização da loucura e concomitante apagamento da cultura negra. Jurandir Freire Costa (2006) na obra “História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico” aponta que os porões da loucura no século XX destinava à mulher o lugar e o estigma da sífilis:

As mulheres negras e mestiças sempre foram submetidas, por motivos sociais, econômicos e culturais, a uma promiscuidade sexual bem maior que as mulheres brancas [...] brutalmente utilizadas pelos seus senhores. Depois da Abolição, obrigadas a se prostituírem para sobreviverem [...] (Costa, 2006, p. 111).

Basta lembrar, a partir da leitura de Costa (2006, p. 112), que os “psiquiatras tinham nas estatísticas um pretexto para confirmar o preconceito racial. Os indivíduos não brancos, sendo portadores hereditários de predisposição sífilítica, rerepresentavam um perigo para a constituição eugênica do Brasil”. O manicômio tinha um endereço certo para a carne mais barata do mercado naquele período. A Liga Brasileira de Higiene Mental investia no controle dos corpos e na maximização do embranquecimento da população. Quanto mais se borrasse os traços e vestígios fenotípicos dos contornos dos corpos negros, mais se alcançaria os ideais eugênicos importados da Europa.

Charles Nunes Bahia (2019, s. p.) reconhece que “não havia antropofagia que fizesse a cultura brasileira digerir a ancestralidade africana. A regra não era outra senão esbranquiçar cada vez mais; ser um negro de alma branca”. A raça pura, saudável era o ideal a ser alcançado pelo cerne da branquitude alimentada pelo movimento higienista da psiquiatria. “A língua atua, portanto, como mecanismo que protagoniza esse cenário colonizador onde se tira do negro toda sua valoração cultural ancestral (Bahia, 2019, s. p.). A despeito da imposição da língua branca colonizadora, Bahia (2019, s. p.), em sua leitura fanoniana, comenta: “O homem negro foi encolhendo; a cultura negra foi transformada em distopia”, demarcando a suposta superioridade europeia, edificando a hegemonia europeia pela conjunção: língua branca tingindo a nossa cultura e adentrando a porta de entrada para o fortalecimento do império europeu de tal modo que “o item cultural racismo é subjacente à corrente principal da matriz cultural brasileira, pelo menos se se entende por racismo a ideologia da pureza racial dos europeus e norte-americanos” (Rocha, 2015, p. 115).

Nos tempos atuais, as raízes da cultura afro-brasileira no recôncavo baiano pouco encontram sustentação nos solos que apresentam propostas de articulação de cuidado no campo da atenção psicossocial para o povo negro em sofrimento mental. Vale situar que o recôncavo baiano compreende uma região que nasce

...às costas da Baía de Todos os Santos, abriga dezenas de municípios e constitui um dos reservatórios da herança africana na sociedade brasileira. Na história da Bahia, o Recôncavo destacou-se pelas grandes plantações de cana-de-açúcar e de fumo utilizando mão-de-obra escrava... (Marcelin, 2019, p. 55).

Nessa região marcada historicamente pela cultura afro-ameríndia pindorâmica, notamos que, nos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial da região, o lugar do negro ainda ocupa um “não lugar” nos espaços de cuidado, com pouca ou quase nenhuma visibilidade para as suas expressões culturais. Nesse sentido, o bordado aqui se apresenta para além de uma metáfora para a tessitura das relações entre mulheres negras usuárias de um CAPS. O bordado, inspirado no pensamento de Merhy (2013), é engravidado pelas autoras, no processo de tecer cuidado em ato com os saberes dessas mulheres. Vale ressaltar que, no ato de bordar, essas relações, nem sempre de harmonia, apresentam pontos de tensão nos nós da convivência entre corpos subjugados

socialmente, marcados por uma gama de enfrentamentos ao racismo estrutural. E é no cotidiano do CAPS que as protagonistas tecelãs vão, fia a fio, narrando suas histórias, pelos fios da convivência propiciada pelo internato. Contam-nos sobre “O peso de carregar o nome de loucas. Eu não me sinto bem.”, “O receio de dizer que é do CAPS. Digo que venho para universidade”, “Do medo da solidão. Tomo remédio para minha família não se afastar de mim”, “Da invisibilidade social. Na rua ninguém fala comigo”, “Da vida entorpecida pelos remédios. Eu tomo mais de cinco remédios, fico lerda, como se meu corpo estivesse paralisado”, “Da resistência em me olhar. Meu cabelo é duro. Se eu soltar, vocês correm.”.

É interessante notar que o ato de tecer-bordar, antes de ser colocado como um a priori de uma atividade artística, está vinculado ao desejo dessas mulheres de produzir belas tapeçarias com o quinhão de sofrimentos que, historicamente, marca o corpo negro-feminino e fere sua existência. As mulheres narram e bordam suas histórias, refletindo sobre o processo de “bordar a si” e de “bordar o mundo” que estão vivenciando. A coragem de contar a própria história exige uma disposição para tornar-se vulnerável. É na vulnerabilidade que há espaço para criatividade, desconstrução e reconstrução, e isso nunca é fraqueza, mas força. Percebemos, então, que o olhar sobre o processo saúde-doença e a escolha no modo de cuidar são mais eficazes quando desenvolvidos em conexão com os macro e microcontextos corpóreo-sociais e sob a égide de dimensões subjetivas e culturais.

Ao adentrar no CAPS, na primeira semana de prática no serviço, uma aluna da primeira turma do Internato em Saúde Mental escutou que a primeira coisa que deveria fazer ali seria ir ao fundão do CAPS pedir a benção à Mãe Lúcia. O fundão fica no quintal do CAPS, espaço frequentado por um grupo de mulheres negras que costumam se sentar em um círculo com cadeiras dispostas na mesma posição, assegurando o lugar que cada uma ocupa naquela roda. Ai daquele que se sentar no lugar de alguma delas. Intruso não entra ali no fundão ou, se entrar, não fica por muito tempo. Algumas figuras masculinas passam por ali, seja para fumarem e trocarem um dedo de prosa, seja para tomarem uma sombra embaixo do pé de acerola ou para sentirem o cheiro da alfavaca, que deixa temperados os dedos de quem arranca um galhinho de suas folhas. Cheiros e movimentos revelam a força dos afetos que tornam aquele quintal um espaço de cuidado. Demora-se ali quem é amigo. A amizade entre elas é o que move essas mulheres a se encontrarem dois dias na semana no fundão do CAPS.

Um outro ponto do bordado aparece dando forma ao modo de ver aquele fundão: a aprendiz de linhas situa o seu olhar entre os pontos que alinham as nossas experiências no encontro de mãos. “Fundão” é um dos microambientes do conjunto que é o CAPS. Um ambiente simples, composto pela horta e sua diversidade de ervas, uma terra fértil onde o que se planta dá. Nasce amendoim, acerola, boldo, hortelã, coentro, erva-cidreira, favada e outras plantas. Ah! Há uma mesa e algumas cadeiras onde as mulheres acomodam

seus corpos em círculo. Elas se olham, conversam, identificam as dores umas das outras, oferecem cuidado, aconselham, silenciam. Quando chegamos, nem sabíamos como adentrarmos este território que integra a memória histórico-afetiva e saberes ancestrais. De fato, não há universidade capaz de nos preparar para acolhê-lo, o que nos faz compreender junto a Cerqueira e Merhy (2014, p. 30) que “o conhecimento não é só o que é formulado a partir da reflexão, do exercício com o pensamento e formulações teóricas nos textos e artigos acadêmicos”. Em sua produção, em ato, convoca um deslocamento da atenção para traçar os rastros do percurso através do padecer da experiência com o outro: “a partir daquilo que decorre da e na experiência do outro em nós e na experiência de nós no outro” (Cerqueira; Merhy, 2014, p. 30).

Como nos inspiram Cerqueira e Merhy (2014), em sua leitura sobre Spinoza, são os efeitos dos encontros e seus regimes de afetabilidades que nos ensinam como chegar, caminhar, conhecer e expandir cada camada do que pode nosso corpo na intercessão com outros corpos. Nas palavras desses pensadores:

Encontro é algo que faz os corpos colidirem mesmo sem contato visceral, direto, físico, mas que altera os corpos, afetando-os, efetuando não só a mistura dos mesmos, mas modificando-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo, forjada em ato. Deste modo, o usuário também é produtor de saber, contudo, saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida. Saber imprescindível para os arranjos das tecnologias leves (Merhy; Cerqueira, 2014, p. 29).

No fundão aprendemos com os saberes dessas mulheres que o lugar que abriga o corpo é sagrado. Cada uma sabe o seu lugar e protege o lugar da outra por meio da afirmação de suas tradições. Rolnik (2011) nos faz atentar para essa dimensão micropolítica de produção do cartógrafo em sua imersão com a paisagem psicossocial, no tecer conhecimento e vida, frente ao conhecimento a que está exposto.

A maioria dessas mulheres são negras e apresentam ligação com religião de matriz africana. As mulheres em círculo, mulheres pretas que se juntam para se cuidarem e que assim vão deixando suas marcas naquele território vivo e existencial, corajosamente vão sustentando um modo de proteção de si por meio da coletividade da roda. O corpo da mulher negra não encontra reflexo em seu espelho. A “pele negra e as máscaras brancas”, que intitula a obra célebre do psiquiatra Frantz Fanon (2008), pode se referir também ao referido encontro. A negação em participar de uma oficina de fotografias ofertada pela segunda turma do estágio de medicina que tentava estreitar laços na roda tomou a forma de uma reação agressiva quando uma das mulheres bravejou em voz alta a sua dor por não conseguir se olhar no espelho e a tristeza em não se reconhecer nos álbuns de fotografia nos seus tempos de mocidade. Outras vezes das companheiras na roda reafirmam a dor de existir, a falta de gosto para ver a sua própria imagem. Outras reclamavam do excesso de medicação que não faz cessar as vozes que elas ouvem e gritam em suas mentes.

No bordado, a arte é produzida e fica guardada em telas e tecidos. Na minha memória, também guardo as expressões e gestualidades que permeiam os corpos das mulheres, quando desafiadas a narrarem suas próprias experiências a uma principiante de medicina. Tenho ouvido de muitas mulheres histórias tão parecidas, crises de ansiedade, inseguranças, ideação suicida, medos, temores, perdas, violência, solidão, enfim, são tantas tormentas. Não há como pensar a realidade dessas mulheres sem considerar as marcas deixadas pelo colonialismo e seus instrumentos de dominação: racismo, o escravismo, a ideologia de embranquecimento, uma herança perversa sobre a qual se estruturou uma sociedade nada igualitária. Experimentar os corpos na medida em que somos corpos relacionais parece mesmo um desafio na vida cotidiana. É impossível limitar a intensidade desses encontros. Assim sendo, a trajetória de tais mulheres se dará a partir de signos e significados, em relação à identidade, religiosidade, cultura afro-brasileira, linguagem do corpo, desses sistemas entrelaçados que atuam como partes de um imenso bordado.

Quando pergunto como poderíamos ocupar aquele espaço junto à turma de estudantes de medicina que eu acompanhava como professora-preceptora e o que desejariam que a gente ofertasse para os encontros naquela roda, recebi a resposta de que bastaria estar ali de corpo presente, ouvindo, conversando, de modo que as vozes vão baixando de volume e diminuindo a aparição dentro da cabeça. Uma ética do encontro: dar passagem aos saberes tradicionais. Falo para Mãe Lúcia que preciso aprender com ela sobre como ensinar a cuidar. Ela sorri e diz que já estamos cuidando aos escutá-las. A escuta surda embranquecida produz alucinações auditivas. Assim é lançado nosso pacto: aprender a cuidar para cuidar com bem-querer digno. O lugar de aprendiz sobre a ancestralidade, sobre a cultura do recôncavo vai bordando linhas sobre um certo jeito de estar ali. Aos poucos meu corpo vai ganhando espaços naqueles encontros e me provoca a sensação de aceitação na roda. Aquela voz vinha de Mãe Lúcia. Sempre generosa, atenta, sensível e cuidadosa por entre as linhas de seu sofrimento.

Outras vezes me sentia expulsa da roda por uma das mulheres. Aqui a chamo de Joana. Certo dia, sentei ao seu lado na roda e ela deu um grito, declarando que não estava a fim de conversa naquele dia. Eu dei um salto e pulei para fora do círculo. Sem graça e ofendida, eu me afastei. As companheiras me acolheram generosamente pedindo para compreender que ela era assim, que havia dia em que estava mais nervosa, mas era uma boa pessoa. Talvez eu tenha me aproximado daquilo que alguns estudantes tanto reclamavam, diante da sensação de desconforto e frustração por não serem aceitos tão facilmente naquele fundão/naquela roda. Escutei de alguns estudantes que, quando o fundão está desorganizado, todo o CAPS também se desorganiza. E, pelo visto, a gente também.

Com o passar do tempo, após a quarta turma do Internato, cada uma com duração de quatro meses no CAPS, enfim me sentia mais aceita por Joana, figura que

mais me desafiava naquele espaço. A proposta de realizar um grupo Tenda dos Contos foi a ocasião marcante que oportunizou o laço entre nós. O ponto entre um bordado frouxo e outro apertado ganhava o nó tão esperado por mim, aquele fio que faltava para iniciar o ponto do bordado. No primeiro encontro da Tenda dos Contos, pedimos que cada uma das mulheres trouxesse algo que remetesse a algo marcante de suas vidas. Contamos com a participação de mais um psicólogo residente e quatro estudantes de medicina, além da Assistente Social do CAPS na roda com as mulheres. Investimos na preparação do ambiente, decorando o fundão com esteiras, objetos de cerâmica, flores, água, almofadas e cheiros de plantas secas que exalavam a cultura negra do recôncavo. A roda se abriu quando sentamos abaixo de suas cadeiras, ajustando-nos na esteira, e elas formavam um círculo à nossa volta, sentadas em suas cadeiras. Mãe Lúcia nos olhou e disse que estávamos iguaizinhas às iaôs. Nossa curiosidade por aquela palavra curta, mas com significados longos foi acolhida por ela, que nos contou sobre o significado da palavra em iorubá, que remete às filhas de santo no candomblé. Essa lembrança puxa um fio a ser bordado com os ensinamentos de Machado (2013, p. 78): “Enquanto iaô, a terra me acolheu durante muitos dias, fazendo-me brotar do chão como uma nova semente”.

A posição de estarmos abaixo delas escutando suas histórias e partilhando as nossas enquanto os objetos passavam de mão em mão tecia o campo entre o tempo e as memórias. Fazia ruir o presente, abrindo o solo para se compor na relação de respeito com os ensinamentos transmitidos pelas mulheres mais velhas. Nossos corpos se acomodavam na ética do encontro, que se curvava em reverência aos saberes, memórias e histórias das mulheres negras do “famoso fundão do CAPS”. As mulheres abriram a sua dor, quando todas naquela roda partilharam também alguma dor da existência. Estudantes, professora, psicólogo foram convocados a habitar a mesma roda pelo sofrimento que nos humaniza(va). Foi a condição para ser aceitação no círculo do saber sobre o viver vivente. O lugar ocupado pela docência em psicologia no curso de medicina seguiu um outro curso, uma inclinação não só do corpo que estava abaixo da altura daquelas mulheres ali na esteira e na relação com o aprendizado. Era como se elas precisassem arrancar uma dor de nós para confiar também as suas dores.

Bordando o cuidado: lava-pés, chás e bênçãos

O cuidar não é absoluto de quem chega de fora com seus saberes estruturados, nem impenetrável nos corpos que já estão no “fundão” do CAPS. Seu fazer acontecer rompe com a lógica hierarquizada do modelo assistencial hegemônico em saúde. O cuidado no cerne destas mulheres tem outro significado, fazendo-nos apostar que o caminho a ser percorrido na “troca” de cuidado é o do meio, no espaço do entre: “A micropolítica do trabalho e cuidado em saúde se dá no espaço desse entre, fazer e saber, nessa dobra. O trabalho vivo em ato, em saúde tem essa condição, o saber se institui a partir do encontro com o outro, pois todo e qualquer trabalho em saúde se faz no encontro, com o usuário” (Cerqueira; Merhy, 2014, p. 28).

A presença viva, em ato, possibilita apreciar os arranjos e desarranjos do trabalho

vivo em ato. Para tanto é preciso estar presente, em uma condição de abertura e porosidade ao modo de vida do outro. É o que recolhemos quando, juntas, elas expressam que o fundão é apreciado como um cantinho diferente, especial e acolhedor, o que é seguido pela força do gesto de cada uma cuidar de si.

Os tecidos da dimensão micropolítica nos faz compor com o “fio a fio” de outros corpos negros. Sim, pois o “fio após fio” é posto como uma atividade em que algo é construído de modo muito devagar, etapa por etapa, como se o bordado ao qual dão origem não pudesse ser acelerado. Enxergar o humano das relações, da história e da cultura negra e o seu constante trânsito pelo medo e pelo lançar-se contra ele é dar-se conta de suas potencialidades. Disso também somos parte. Com isso conseguimos escapar do jargão profissional e de uma leitura medicalizadora sobre a vida diversificada das mulheres negras usuárias do CAPS para nos aproximarmos de práticas que mobilizam a memória e a tradição do povo. É nesse processo de produção que nos desafiamos a bordar uma oficina que começa a integrar outras práticas de cuidado no Internato de saúde mental no curso de medicina: O Lava-pés.

1º OFICINA: LAVA-PÉS - ESCALDA-PÉS

A prática de cuidados é a mais antiga prática da história do mundo. Durante milhares de anos, os cuidados não eram dependentes de um sistema, menos ainda pertenciam a uma profissão. A cultura do banho terapêutico nos pés – os chamados “Lava-pés” ou “Escalda-pés” – é praticada desde a Grécia e Roma Antiga. Além de ser um ritual milenar de purificação e conexão com a essência do corpo e da alma, é um exercício de humildação e inversão de status social.

A terapia do Lava-pés ou Escalda-pés confere expressiva importância aos ritos de passagem, pois ela é objeto de análise que busca interpretar sob a perspectiva de sua significação cultural e social o modo de se relacionar. Ao lavar os pés de mulheres negras em sofrimento mental, estamos rompendo com os poderes centralizadores para dar lugar a uma relação de cuidado dialógica, na qual, segundo Vasconcelos (2008), a valorização, articulação e confrontação de outros saberes tornam-se imperativas.

Durante o planejamento da oficina, ouço um estudante do Internato de medicina remeter-se ao ato do lava-pés como um exercício necessário na prática da medicina. Ele repete para si e para os colegas que o médico precisa se curvar, precisa se humilhar, rebaixar-se para atender a quem precisa. A humildade como um exercício ético foi pautado como sinônimo de humilhação, talvez pela influência dos valores cristãos que apregoam a máxima de “que aqueles que se exaltam serão humilhados e aqueles que se humilham serão exaltados”. O mesmo aluno, na semana anterior ao lava-pés, já tinha se curvado para pintar as unhas dos pés das mulheres do fundão. Ao ser questionado por ser um homem a pintar as unhas, ele devolve que esse é um gesto de carinho e cuidado que reserva para sua mãe. A mulher se emociona e lhe entrega os pés para pintar com

esmalte vermelho. Compondo com os valores africanos, resgatamos a solidariedade como um traçado ético para a posição do corpo que se inclina, não como um ato de humilhação ou rebaixamento, mas uma reconciliação com os fazeres comunitários: “No terreiro, pelas vivências, aprende-se a ser sendo, participando dos fazeres comunitários. A cada tempo, o saber de cada tempo para ser, para cuidar de si, do outro e da vida” (Machado, 2013, p. 42).

Foi pelo aguçar do olfato, ao sentir o cheiro marcante dos óleos essenciais e ervas tradicionais, que D. Maria deixou-se seduzir. Com o olhar marejado, o corpo cheio de vibrações harmônicas e um tímido sorriso nos lábios, presenciei D. Maria puxar ar para os pulmões, como se estivesse rememorando algo muito prazeroso. E não tomei por surpresa quando ela me relatou o seguinte: “Vocês conseguiram fazer com que eu me lembrasse de minha mãe e meus avós. Senti o cheiro quando me aproximei da porta e logo entrei... Eu conheço essas folhas, sempre me acompanham, desde criança. Aprendi a me curar com as ervas. Aliviam minhas dores musculares, mas também me ajudam a ter equilíbrio na mente. Nunca pensei em ser cuidada com tanta delicadeza e familiaridade.” Enquanto experienciava o cair das águas em sua pele e o toque em seus pés calejados, também deixava fluir por entre as memórias sensitivas a emoção do tempo de mocidade, tempo esse de aprendizado com seus ancestrais. E disse-me, exalando doçura e força: “Eu me senti muito bem hoje. Continuem cuidando deste jeito.”

Esse modo de fazer e sentir o cuidado borda-se a outras linhas de saberes e fazeres, conforme nos indica Merhy (2013, p.152):

Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido, pelo menos, por dois grandes vetores de construção da realidade: um primeiro diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a semiotização dos fluxos, que os deixa carregados de significados. Um segundo, os 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.

Dos corpos que se inclinam e desviam para cuidar se abrem outras possibilidades para o fazer da medicina e da psicologia se deixar atravessar pela “potência de intercessão” com o outro, colocando-se em suspensão, permitindo uma expansão dos modos de cuidar, potencializando a vida e as singularidades dos sujeitos.

Cerimônia do lava-pés

As fotografias e a apresentação de um folder foram oferecidas como pista-convite para a cerimônia do Lava-pés, conforme registros a seguir:



Fotos: as autoras.

O que é?

A terapia do “Lava-pés” ou “Escalda-pés” é uma prática milenar, conhecida há mais de 400 anos, presente em várias tradições e civilizações.

Para que serve?

Associada à massagem nos pés, é uma técnica de tratamento suave e não invasiva que desintoxica o organismo (revitaliza as energias) e relaxa o corpo.

Como funciona?

De acordo com a Medicina Chinesa, existem terminações nervosas nos pés que estão associadas aos diversos órgãos do corpo humano. A pressão e o aquecimento desses pontos causariam um reflexo imediato no equilíbrio energético de todo o corpo.

Quais benefícios?

- Recompõe energias;
- Ajuda a aliviar a pressão dos pés;
- Reduz calos, inchaço e câibras nas pernas e pés;
- Alivia o estresse, sintomas emocionais, cansaço e dores nos pés e no corpo;
- Proporciona relaxamento, bem-estar, equilíbrio;
- Ativa a circulação sanguínea;

Diminui a enxaqueca.

Qual o significado?

Segundo a tradição das mulheres negras do recôncavo, o lava-pés fortalece nossa ligação com a terra, com as plantas, limpa o corpo das energias ruins e promove sentimento de pertença, cuidado e valorização da tradição dos saberes das mais velhas e mais velhos.

Para as tradições judaica e chinesa, representa um ato de doação, amor, reverência, humildade, hospitalidade e acolhida.

“Você não sabe o quanto eu caminhei para chegar até aqui. Percorri milhas e milhas (...)” (Cidade Negra, 1998).

Preparo

1º Passo: Pôr água quente numa bacia, de modo que a temperatura fique confortável, normalmente entre 36° e 40° C.

2º Passo: Acrescentar sais, essências de óleo, extratos aromáticos de ervas e outros ingredientes, se desejar, para diversas finalidades.

3º Passo: Imergir os pés até a altura do tornozelo, por 15 a 20 minutos. Depois de retirar os pés da água, seque-os e coloque meias ou enrole-os na toalha para manter a temperatura agradável.

4º Passo: A Reflexologia – A massagem de pontos reflexos dos pés pode ser feita durante a imersão ou após terminar de enxugar bem os pés. Se quiser, pode usar um creme hidratante, o que causará um relaxamento incrível.



*“Um pé depois do outro nessa caminhada
Coisas boas e ruins eu vejo nessa estrada
E nada vai me fazer parar
Posso até tropeçar,
Mas nada vai me derrubar (...)”
(Projota)*

Considerações finais: abrindo outros pontos do bordado

A escolha pelo bordado pelas aprendizes desse novo ofício nesta experiência cartográfica, uma professora psicóloga e uma aluna de medicina, possibilitou às duas o lugar-comum do “não saber fazer”. Aprender juntas juntando-se às mulheres negras possibilitou deslocamentos do corpo grudado no saber da clínica para um corpo que se desata dos saberes estruturados, abrindo-se aos n(ó)s do cuidado que se borda com

fiões “fora da clínica”. Nesse sentido, “o processo de em-sinar com linguagens das artes sugeriu escutar, olhar, dialogar, atualizar e transformar acontecimentos comunitários em vivências” (Machado, 2013, p. 30). O fora que possibilita o dentro no movimento dos fiões: o cheiro dos temperos do recôncavo e das ervas tradicionais, o toque nos pés, o cuidado com as unhas, o cuidado que começa da cabeça aos pés, mas que vira a clínica dos pés à cabeça. O cuidado tecido com o Lava-pés e outros elementos da cultura do povo negro do recôncavo, como os chás, os saberes sobre as plantas e seus diversos usos, parte de um resgate com os ensinamentos vivenciados nas comunidades de tradição e cultura afro-brasileiras e suas heranças ancestrais. Como nos em-sina Machado (2013, p. 99), “os ensinamentos são forças em potência que permanecem silenciosas na corporeidade. Forças à espera do momento oportuno para sua materialização pela palavra e ações interfecundadas pela tradição e vida”. Bordando com Machado (2013) e com as mulheres do fundão, incorporamos um percurso de enraizamento sobre as lições do em-sinar e aprender: “você me ensina a cuidar”, preciso aprender a cuidar, “vocês já estão cuidando, fazendo isso que fazem”. Mulheres mestras, guardiãs de um patrimônio imaterial, afetivo, incomensurável. Parafraseando Machado (2013), essas mulheres são mestras que se confundem com a cultura do recôncavo, com suas memórias, com a sabedoria acumulada pelos acontecimentos da vida vivente. “A cosmovisão africana serve como reflexão para a aproximação ou reconciliação da tradição [...] afro-brasileira com a cultura, com a Ciência, com a Filosofia, com a Psicologia” (Machado, 2013, p. 101) [...], com a formação em saúde mental. Ainda temos muito a aprender sobre o bordado e a arte de narrar histórias. “Queremos o certificado da faculdade, a gente não diz que vai para o CAPS, agora a gente diz que é da faculdade”. Deixamos o ponto em aberto para tecer, bordar outras narrativas...

Referências

ABRAHÃO A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. de S.; ROCHA, M. SANTOS, N. Lucia P., SILVA, E. e VIANNA, L. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. s.; SLOMP JÚNIOR, H. (orgS.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 22-30.

BAHIA, C. N. Apropriação Cultural Antropofágica das Máscaras Brancas do Racismo Indigesto. Revista Sísifo, [S. l.], v. 1, n. 9, [S. p.], 30 jun. 2019. Disponível em: https://www.revistasisifo.com/p/numero-9_20.html. Acesso em: 13 maio 2020.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs). Pesquisadores INMUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

COSTA, J. F. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

MACHADO, V. *Pele da cor da noite*. Salvador: EDUFBA, 2013.

MARCELIN, L. H. *A linguagem da casa entre os negros no recôncavo baiano*. 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/mana/v5n2/v5n2a02.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MERHY, E. E. *Engravidando palavras: o caso da integralidade*. In: FRANCO, Tulio Baptista; MERHY, Emerson Elias (org.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 25-42.

ROCHA, G. dos S. *Antirracismo, negritude e universalismo em pele negra, máscaras brancas de Frantz Fanon*. *Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana*, [S. l.], ano VIII, n. XV, p. 110-119, ago. 2015.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Sulina, 2011.

SPINOZA, B. *Ética*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011. Tradução de: Tomaz Tadeu.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008.

Outras histórias precisam ser contadas: a produção de vida para além da trajetória infame de uma usuária em atenção oncológica

Juliana Garcia Gonçalves
Kathleen Tereza da Cruz
Clarissa Terenzi Seixas
Emerson Elias Merhy

Diariamente me deparo com pessoas em frente à sala onde trabalho aguardando para serem atendidas pelo Serviço de Ouvidoria. Percebo quando chego que nutrem a expectativa que talvez eu seja a pessoa que irá ouvi-las e ajudá-las. Não sou essa pessoa. Na maioria das vezes trazem queixas, histórias recheadas de dor, de sofrimento, de descaso, de muitos caminhos e descaminhos, de muita falta de informação. Sou sim uma agente pública que, com análises estatísticas, pareceres técnicos, noção de promoção de direitos, posso ter causado o que os levou até ali. Não sei os nomes e menos ainda os detalhes dessas histórias. Não olho nos seus olhos. Algumas vezes recebemos por e-mail ou ofício uma solicitação de esclarecimento originária da ouvidoria. A essa altura, as pessoas já se transformaram em números e os relatos deixaram de ser adjetivados. E assim as mensagens vêm e vão, sobem e descem na hierarquia formal, nos distanciam da vida e das dores. Cabe à equipe que trabalho imprimir lucidez e pragmatismo ao processo. Compreender à luz de leis, portarias, normas e fluxos onde reside a “verdade e o bem comum”, estabelecer cenários, elaborar projetos, planejar ações, avaliar governabilidade e viabilidade técnico-financeira, gerenciar riscos.... E as pessoas são um risco. Delas não sabemos o que podemos esperar. Os pacientes e suas famílias continuam sentados ali, aguardando quem poderá ouvi-las. Mas o que é ouvi-las? Esses sentimentos, mistos de vergonha, com compaixão e respeito, duram os primeiros minutos do meu dia. São, porém, consumidos pela porta da sala que se fecha, pela tela do computador que se acende e pelas burocracias que dominam o resto do tempo. Ali fechada na sala já não vejo as expressões. Evito sair muitas vezes, principalmente quando percebo que os rostos não mudaram... horas de espera. Os ofícios que chegam, petições, ordens judiciais possuem nomes, não rostos. Mais fácil. Assim não temos que nos haver com as semelhanças entre eles e nós. Na sala fechada, guardamos nosso medo e traçamos os caminhos daqueles nomes... Quase nunca acompanhamos os efeitos das nossas ações e decisões nas existências daquelas pessoas. Nossa tarefa é autorizar, desautorizar, dar ciência, encaminhar, estabelecer metas numéricas, garantir resultados. Mas o que é mesmo isso?

Apresentação

Muitas intervenções organizadas sob a forma de políticas incidem sobre os vários problemas que são da responsabilidade de um sistema de saúde. Vários são os instrumentos de gestão utilizados para implementar, acompanhar, controlar, avaliar e/ou ordenar e coordenar fluxos entre estabelecimentos de saúde, entre diferentes serviços. Vários são os protocolos acordados e postos em prática por equipes de diferentes serviços. Centenas ou milhares de usuários circulam nesses caminhos e experienciam os

efeitos de tudo isso em seus corpos, em seus cotidianos, em suas rotinas, em seus desejos, expectativas, sentires, agires. O que vivem eles, os usuários-cidadãos nesses labirintos do cuidado, e o que podemos aprender com eles sobre quem somos (nós, os profissionais), como nos conduzimos e o que ofertamos em nossos “sistemas” de encontros?

A cena introdutória descrita por J. descreve esse sentimento profundo de distanciamento desse “viver usuário”. Há um efeito de arrebatamento de si nos labirintos forjados pela parafernália técnico-política que, como sugere Cruz (2016), abstrai do foco do trabalhador da saúde, sobretudo aqueles que não estão no contato direto e cotidiano, o experienciar dos usuários, que se tornam nomes e números sem rosto e sem corpo, sem existência sentida pelos agentes públicos.

Instigada por essa inquietação, J. se propôs a uma nova experiência diante do cuidado oncológico em seu estudo de doutorado, e acompanha a trajetória existencial de uma usuária da Atenção Oncológica, acometida por câncer de mama. Convidamos você a nos acompanhar nesse longo caminho vivido por ambas - a pesquisadora J. e a usuária R. - em que J. relatou minuciosamente as experiências de R. no caminhar pelos serviços de atenção oncológica. J., afetada pelo encontro com R., passa a constituir parte importante de sua rede de apoio, a partir do lugar institucional de gestora que ocupava no serviço de oncologia, mas também como mulher que se solidariza com o viver da outra.

A proposta inicial da investigação do doutorado era acompanhar a usuária na sua trajetória entre o diagnóstico do câncer e o início de seu tratamento. Contudo, no desenrolar da pesquisa, percebeu-se que não se tratava de acompanhar um andar, mas de compreender uma história a partir de um diagnóstico - um registro da vida do prisma de uma doença de tratamento longo e de muitas incertezas prognósticas.

Diante desse desafio, imperativo, a trajetória foi traçada utilizando-se de ferramentas capazes de auxiliar na consolidação de um texto pautado pelas subjetivações, sem a pretensão da produção de verdades. Um texto que pretende trazer para a cena a pesquisadora e a usuária, reconhecendo o exercício da experimentação implicada, no afetar e ser afetado, como produtor de novos sentidos e conhecimentos. A escrita se deu “a quente” e foi invadida pelas angústias, medos, alegrias e avanços da usuária e seu impacto na pesquisadora. O tempo cronológico não foi central, sendo utilizado apenas para ordenar ações e facilitar a dinâmica de interlocução entre R. e o sistema formal no qual estava inserida.

Para a construção dessa trajetória, instituiu-se como princípio que “não há um saber a priori, mas uma produção conectada com um estar em um certo mundo” (Gonçalves, 2013, p. 38). Rancière (2010), em entrevista à Revista Cult, referindo-se à imprevisibilidade das revoluções diz, “podemos prepará-las, mas não antecipá-las. A temporalidade

autônoma de uma revolução, os espaços que elas criam não correspondem jamais ao quadro conceitual que temos no início” (Rancière, 2010, p. 2).

O exercício aqui expresso contribui para revelar questões significativas relacionadas ao impacto do câncer e do tratamento na vida de usuárias, sem a pretensão de representação universal dos caminhos de pacientes oncológicos inseridos no sistema de saúde público brasileiro.

Para construir a trajetória, utilizou-se, além da usuária-cidadã como guia (Gomes et al, 2014), que se constitui numa estratégia para uma pesquisa cartográfica (Deleuze, 1990, Merhy, 2002) e outras ferramentas analisadoras na tentativa de captar a riqueza do vivido, como o fluxograma analisador (Franco, 2003). Esses diferentes recursos contribuíram para análise do caso e o enriquecimento da experiência.

O caminho percorrido desaguou, ao final, no que chamaremos “rio da vida”. O rio trouxe a imagem do embarque na nascente, das correntezas, das bifurcações, das “dobras”, das pedras, dos muitos navegantes. Uma entrega da vida às incertezas. As narrativas se constituíram como um escape da pesquisadora/narradora. Por meio delas foi possível “tirar a cabeça da água” e respirar. Sem o recurso da escrita, dificilmente teria vencido a correnteza.

As narrativas, assim como os relatos da nossa usuária, foram inseridas ao longo do texto e funcionam não apenas no processo de produção do conhecimento, mas no processo de elaboração do vivido, como experimentação das palavras e seus muitos significados e principalmente como registro dos acontecimentos, como sugerido por Merhy: “...narrativa do e sobre o visível, e narrativa do invisível tornando-se extensividade existencial no encontro (o devir-cartógrafo que somos, todos)”. Uma tarefa central acompanhou a pesquisadora:

Estabelecer com a usuária-cidadã uma relação horizontal na qual a mesma não fosse colocada ou se colocasse como objeto de estudo, mas avaliadora-pesquisadora de campo, assim como eu. Sendo assim, meu pedido a ela foi de ajuda voluntária na pesquisa, quando e da forma como conseguisse produzir. A usuária foi informada sobre como se daria sua participação, inclusive sobre a possibilidade de interrupção em qualquer momento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado. No processo de construção deste lugar de usuário como guia, avaliamos juntas que esta experiência de falar o vivido pudesse contribuir para mantê-la conectada a vida que já não era a mesma, mas era a vida produzida com, apesar e para além da doença. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

Assim, construiu-se a duas mãos a história que se experimentou e expressa, considerando de forma central os olhares, sentimentos, medos, dores, perspectivas, emoções. As fontes principais foram as memórias escritas e orais de encontros, os

registros de contatos por muitos meios (aplicativos de mensagens, correio eletrônico), no tempo entre o seu diagnóstico e o fechamento do doutorado. Recolheu-se que,

Sua contribuição (da usuária) se deu principalmente pela abertura que ela me ofereceu para estar junto e participar. Aos relatos dela se junta, minha perspectiva. No processo fui me misturando, me separando, resistindo e ao fim, me costurando ao material dado por ela. A história aqui contada é assim uma narrativa, uma reinvenção ressignificada de alguns eventos que afetaram nossas vidas durante esse processo. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

O Rio da Vida

O Rio da Vida surge como expressão do experienciado pela pesquisadora J. e pela usuária R. Com esse recurso,

...fomos olhando a trajetória, seus eixos principais, suas fugas nas margens, seus quase acontecimentos, na profundidade se produzindo superfície, na intensidade dos não limites, no caminhar no outro. Ao desaguar (nosso passo inicial) permitimos que os dias e as histórias nos levassem. Coube-nos ir narrando os acontecimentos, juntas. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

Os trechos escritos revelam o árduo exercício de olhar para o outro sem julgá-lo, buscando não imprimir nele os desejos e os valores da pesquisadora. Procurou-se narrar o intenso processo de encontros e o esforço de J. para conectar-se com R. sem abstrair a vida que ali pulsa para se defender. O relato que se segue fala da vida de R. a partir do encontro com o câncer de mama, aos 32 anos, e dos efeitos em J. do encontro com R. nesse momento de vida.

O contato

Em 23 de fevereiro, J. recebeu uma mensagem pelo celular - à noite, durante o jantar em família, cansada depois de um dia de trabalho. O telefone toca e um colega distante lhe pede orientação de como ajudar uma amiga jovem que recebera naquele dia um diagnóstico de câncer de mama. J. ouve a história e, como fazia comumente, orienta que passe seu telefone à moça. Minutos depois, recebe uma ligação. A mulher se identifica e lhe conta brevemente sua história: Um caroço no seio que foi identificado por ela dois meses após parar de amamentar. Em consulta com ginecologista, após ultrassonografia, foi orientada a procurar um mastologista. Como recentemente havia amamentado, foi sugerido que não seria câncer, mas um nódulo de leite. O caroço continuou crescendo e uma nova biópsia acusou câncer de mama. O diagnóstico foi dado ontem. Estava apavorada, porque lhe disseram que seu tratamento estava marcado para iniciar no final de maio, 3 meses depois do diagnóstico.

Conta-me que tem um filho ainda bebê e que sente medo. Tento abstrair a dor e me comprometo a ajudar... Óbvio, sem me envolver. Minha noite é atordoada pelas incertezas do outro... Não a conheço, mas tenho medo.

Também sou mulher, também sou mãe e temo pelos descaminhos que estão por vir. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

Um dia depois, R. faz novo contato dizendo que havia procurado o Ministério Público para acelerar o processo. J. orienta que aguarde uma tentativa sua. Pede calma.

Senti-me mobilizada e solidária. Essas situações sempre me provocam um dilema ético: como interceder por uma mulher entre muitas que aguardam a possibilidade de serem tratadas de câncer? Sempre me resguardo da minha culpa de facilitar o acesso, avaliando que conheço o lugar onde trabalho, conheço a ociosidade dos leitos e sei que há reserva de vagas. Isso me basta para vencer meu conflito e pedir pelo outro. E foi o que fiz. Prontamente fui atendida e a consulta foi marcada. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

Prognóstico reservado

R. tem 32 anos, é analista do Departamento de Pessoal e faz enfeites personalizados para festas. Ajuda as pessoas a comemorarem a vida. Tem um filho de 1 ano e 6 meses. Foi casada duas vezes. O segundo casamento terminou com o diagnóstico do câncer. O homem que a acompanha nas consultas é seu primeiro ex-marido, apaixonado, esperançoso por uma nova chance. Passo a chamá-lo de “seu anjo da guarda”. R. mora com sua mãe, na periferia do Rio. Sua mãe possui sequelas motoras de uma doença, mas a ajuda com o filho. Relata um pequeno nódulo identificado pela médica na atenção básica, no posto de saúde próximo a sua casa. Exame de rotina e o resultado de ultrassom com classificação BI-RADS 4, seguido de diagnóstico de câncer. O desespero, a solidão e a avaliação de um mastologista “muito atencioso” que indica uma punção ambulatorial e descarta o diagnóstico de câncer: um nódulo de leite - uma glândula mamária, que cederia após a punção em poucos dias, indicando o retorno em 3 meses. Passaram-se dois meses e o nódulo aumentou 6 vezes, agora com dor. O mesmo médico atencioso já não se mostra tão solícito. Novos exames e o diagnóstico final, 6 meses depois: um câncer avançado. R. tem um tumor grave, triplo negativo. Um colega explica a J. de forma detalhada do que se trata: o triplo negativo é o tipo de câncer de mama para o qual houve menos avanços no desenvolvimento de terapias nos últimos anos. A característica do câncer de mama triplo negativo é não ter três biomarcadores presentes em outros tipos de cancro. O triplo negativo acomete 20% das mulheres com neoplasia nas mamas. É frequentemente um tumor agressivo quando comparado a outros tumores da mama, pois tende a crescer mais rapidamente e é menos provável de ser detectado em uma mamografia anual. Além disso, esse tumor se espalha mais facilmente e mais precocemente para outras partes do corpo: as metástases. Parece também reincidir com mais frequência do que outros subtipos de câncer de mama. Seu prognóstico é reservado.

...após o choque inicial vim para casa com uma tarefa difícil: dar a notícia à família e aos poucos que sabiam do caso e tentar, de alguma forma, alguém que pudesse me ajudar a conseguir antecipar o início do tratamento e, se possível, que fosse no Hospital que é o Hospital de referência para Câncer e seria o local que eu estaria mais segura... e esse

anjo apareceu, conseguiu diminuir todo meu sofrimento e ansiedade e, para minha alegria, a minha 1ª consulta no hospital que eu queria ser tratada ocorreria em 02/03/2015, mais de 03 meses antes do que eu começaria no outro hospital. (Fragmento do diário de campo cartográfico de R.)

Sua primeira consulta foi agendada para 02 de março de 2015, a partir de um pedido informal ao diretor da unidade de mama do Instituto de Câncer.

Tenho medo de não dar mais tempo

R. é atendida no hospital de referência, matriculada, os exames são agendados para o final de março, quase 30 dias depois, e escreve para J.: “Tenho medo de não dar mais tempo”. J. sensibiliza-se, mas se irrita ao perceber que não está fácil escapar de R. Sem entender a origem desse incômodo (“Sou eu ou ela que está provocando o que sinto?”), sente a urgência que R. expressa e novamente mobiliza seus contatos na intenção de adiantar os exames, mas lhe explicam que o agendamento é feito em uma data na qual todos os exames podem ser realizados. Dessa forma, poupam o paciente de idas e vindas. Trabalham no sistema de “células”, explicação que constrange J. em sua intenção. R. aceita sua negativa com respeito e agradece a tentativa. Contudo, J. não se convence nem com a explicação do serviço e nem com a aceitação de R. Novas questões surgem:

Fui à consulta hoje e o tumor está bem grande, o médico acredita que primeiro seja necessário fazer quimio pra depois a cirurgia pra retirar a mama, porém só após os exames que estão marcados pro dia 27 vamos saber ao certo! Sobre a data dos exames, você consegue ajudar em algo? São um ultra abdômen, ultra mama, eco, eletro e RX de tórax. Ainda tem o exame de sangue que posso fazer qualquer dia. Tem uma cintilografia que o aparelho tá quebrado e pediram para fazer no particular. Já marquei. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 02/03/2015)

Na consulta, informam a R. que o aparelho de cintilografia está quebrado. R. decide pagar o exame com recursos próprios e descobre uma clínica onde o valor do exame é menos da metade do que na clínica indicada. Insegura, pergunta a J. se conhece essa clínica, já que esse valor mais baixo ela poderia achar um jeito de pagar. J. resolve buscar uma vaga na sua instituição, descobre que a agenda está livre e marca a cintilografia para 20 dias depois.

Os colegas me alertaram para meu grau de envolvimento, mas já era tarde demais. Eu já era responsável por R. (Trecho do diário de campo cartográfico de J.)

Oi, queria até pedir desculpa pela minha ansiedade... A sensação que tenho é que a cada dia está maior e dói mais. Tive esperança que o remédio melhorasse minha dor pra eu tentar esquecer, mas infelizmente a dor parece cada vez maior! (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 03/03/2015)

A primeira intercorrência clínica de R. aconteceu antes do início de seu tratamento. Entre a sua primeira consulta médica e a realização dos exames, no dia 09 de março, R. escreveu relatando que um chute do filho ainda bebê fez com que a dor no seio piorasse e que este ficasse ‘crescido e quente’.

Boa tarde, tudo bem? Sobre a questão do medicamento, a dor tinha melhorado, mas na sexta meu pequeno me deu um chute e desde então não paro de sentir dor. Tá bem quente e crescido, será que eu deveria ir na emergência ou é normal? Eu estou meio sem referência, por isso fico sem saber o que fazer e te perturbo. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 09/03/2015)

J. pergunta se foi orientada sobre como proceder em caso de piora clínica, mas ela não tinha sido. Sugere a ela que procure a emergência e R. relata que não tem com quem deixar o filho. Só poderá ir no dia seguinte. Com a progressão do tumor e um quadro inflamatório, R. fica 4 dias internada. Na internação, os exames que deveriam ser feitos no ambulatório são realizados. A cintilografia é adiantada. E descobre-se que a máquina, afinal de contas, não estava de fato quebrada.

As células

As células de R. crescendo de maneira desordenada e adoecida não eram as únicas. “As células” também era o nome dado ao processo de trabalho organizado a partir de unidades com equipes multidisciplinares integradas. Deveriam ser constituídas com a lógica de agilizar e humanizar o atendimento às pacientes com câncer de mama. Foi assim que explicaram o funcionamento da unidade onde R. seria tratada. Uma unidade dedicada ao cuidado de mulheres acometidas por câncer de mama. O sistema parecia interessante. Aos olhos de um gestor preocupado com a humanização do atendimento, parecia uma pérola dentro de um mar caótico que era o sistema de saúde no município do Rio.

J. sente-se orgulhosa por trabalhar ali. Parabenizou a iniciativa, mas manteve sua desconfiança: uma unidade de atenção de oncologia especializada em câncer de mama deveria primar pelo cuidado. Logo no primeiro dia, orgulhou-se ao perceber a preocupação em agendar todos os exames para um mesmo dia, evitando assim idas e vindas infinitas. Contudo, sentiu um certo incômodo quando transferiram para a paciente a responsabilidade de conseguir uma cintilografia. Um exame caro. R. pediu sua opinião sobre onde agendar, mas antecipou: “só posso pagar no serviço que cobraria 50% de um serviço de referência”. J. sabia que um resultado errado era pior do que um exame não realizado. Buscou no Instituto como estava a marcação e, para seu espanto, com seu pedido o exame poderia ser realizado em uma semana. Ficou estarrecida: “Era uma célula sem vida!”. R. a questionou sobre o prazo da marcação e J. defendeu o modelo, sem muita convicção. Porém, olhando pelo olhar de quem quer ter seus exames realizados o mais rápido possível, não era simples entender. Mas R. acatou.

A necessidade de uma internação de emergência antecipou tudo, os exames foram realizados rapidamente. Concluída essa fase, definiu-se a conduta terapêutica: sessões de quimioterapia para diminuir o tumor e só depois a cirurgia e a radioterapia. O tumor era muito agressivo, crescia vertiginosamente e precisava ser contido.

E aí a surpresa: só poderia começar a quimioterapia em um tempo mais curto, se fosse para outra unidade. Perderia o vínculo em fase de construção e iria para outra unidade do mesmo Instituto para se submeter à quimioterapia. Outro local, outra equipe de saúde. Nada mais fazia sentido. E o modelo de atenção que era enaltecido pela equipe? E aquela tal de referência e vínculo que bradamos por aí? E as células saudáveis que diziam ser o modelo defendido na unidade? J. sente-se traída, enganada. Mas não divide sua indignação com R. Tenta intervir, em vão. Deveria ser assim. E foi. Tempos depois, R. descreveu sua percepção das três unidades em que já havia passado da mesma instituição:

...na unidade I tudo é organizado, mas parece uma fábrica; na unidade III, o espaço é ótimo, mas não se envolvem; mas no II, eles cuidam da gente (Fragmentos do diário de campo cartográfico de R.).

J. torce para que seu tratamento seja mantido na unidade que procurava ser honesta com suas limitações, mas sabia acolher.

Passei pela consulta, mas a médica me pediu pra vir na secretária da oncologia e solicitar que ela marque uma consulta no Hospital II. Porque aqui só tem vaga pra quimioterapia daqui a 3 semanas e precisa ser feito com urgência. Ela disse que meu tipo de câncer é agressivo. Você consegue interferir em algo? (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 23/03/2015)

O instituto em que R foi inserida possui uma unidade exclusiva para o tratamento de câncer de mama, com estrutura que inclui emergência, ambulatórios, internação, realizando exames e cirurgias, quimioterapia e radioterapia. R. foi atendida em suas primeiras consultas ambulatoriais e internada para tratamento da intercorrência nessa unidade. Porém, seus ciclos de quimioterapia foram encaminhados para outra unidade, localizada em outro bairro, especializada em outro tipo de câncer, e conta o seguinte:

Fui atendida. Super bem atendida por sinal, o médico é espetacular! Estou encantada. Me explicou tudo em detalhes. Muito bom ter vindo pra cá. Estou aguardando a marcação da quimio. 07/04, só. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 27/03/2015)

Estou meio assustada, ontem parece que conversando com o médico a ficha caiu realmente, feliz por começar a quimio e com medo ao mesmo tempo. Vai dar certo! Tem que dar certo! Hoje estou com umas pontadas, mas não é constante. Parece que a “mastectomia radical modificada” está martelando rs. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 28/03/2015)

Extravasamento

Não era um dia comum. Aquela segunda chegou com um gosto estranho, um gosto desconhecido. No aplicativo de mensagens, surge uma nova frase: “...e começou a batalha. Período de renovação”. A foto sumiu do aplicativo de mensagens. Era a primeira sessão de quimioterapia. Seis de abril de 2015. A opção do tratamento medicamentoso como primeiro passo era um sinal que o tumor era grande demais para a retirada cirúrgica. Era preciso fazê-lo diminuir. Mais uma prova de que as coisas poderiam ter sido diferentes. Mas R. não questionava. Seguia seu destino. Parecia entender que a vida lhe oferecia apenas o que lhe foi atribuído como possibilidade. Seus agradecimentos frequentes provocavam um enorme constrangimento em J. “...uma amiga a acompanhava. A vida retribuía com afeto àqueles que sabem sorrir” - pensou. Na sala, os rostos em silêncio, os olhares a esmo. Mas ela era nova ali e ainda desconhecia os gestos, as posições e não sabia avaliar o risco. Em cada bolsa, uma quantidade de veneno dosada cautelosamente. Uma fórmula de vida e morte, uma ambiguidade sob medida. Mas era a alternativa e é preferível entender que era renovação. Resignação, talvez.

Para R., foi estabelecido o seguinte plano de cuidado: 04 sessões de quimioterapia vermelha, 04 sessões de quimioterapia branca, mastectomia radical da mama direita e 25 sessões de radioterapia. Na primeira sessão de quimioterapia, no entanto, R. foi vítima de extravasamento do antineoplásico administrado em via periférica. O extravasamento consiste na saída de quimioterápicos para fora do vaso sanguíneo, causando, de imediato, dor local, edema, calor, diminuição ou parada do gotejamento. É uma das intercorrências mais graves decorrentes do tratamento quimioterápico antineoplásico endovenoso, podendo provocar danos funcionais e estéticos graves e definitivos. Dentre as causas mais frequentes do extravasamento estão a posição não confirmada ou incorreta do cateter venoso (deslocamento) e a ruptura do vaso.

No entanto, como era a primeira sessão de quimioterapia, R. não percebeu o ocorrido de imediato e, somente quando a amiga (acompanhante) questionou a enfermagem sobre a vermelhidão na mão de R., é que foi verificado o extravasamento. O antineoplásico extravasado era um quimioterápico vesicante, considerado como um dos que provocam reações mais graves, podendo destruir o tecido atingido.

A mão deveria permanecer pendente, enquanto o medicamento seria injetado por sua veia. Ela se manteve forte, tentando abstrair o medo. Mas esqueceu de avisar a sua veia que ela também deveria ser forte e foi traída. Se R. assimilava a pressão sofrida, firme, seu corpo não suportou. Sua veia rompeu. E o veneno se divertiu passeando pelos tecidos do seu braço. E foi a amiga zelosa, e não a enfermeira contratada para cuidar dela, que se deu conta que algo não corria bem.

Tivemos um acidente de percurso. O medicamento rompeu a veia e vazou e isso em hipótese alguma poderia acontecer. Terei que vir ao Hospital a cada 3 dias. Vai abrir uma ferida na mão e não se sabe até onde isso pode

ir. Parece que não foi um erro. A minha veia é fina e não aguentou. Eles tiraram foto, pois, em 10 anos, a enfermeira disse que não viu nenhum caso. Enfim, vou passar pomada, tomar anti-inflamatório e colocar compressas de gelo muitas vezes por dia e torcer pra não necrosar. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 06/04/2015)

R. não percebeu que sua mão e seu braço eram invadidos pelo líquido e reagiam, colorindo-se de vermelho. Perguntou, na expectativa de que nada estivesse errado: “É assim mesmo?”. Não era, e não poderia ser sob nenhuma hipótese. O clima de falsa tranquilidade foi sacudido pelo pânico da equipe. Enfermeiros e médicos a cercavam. Discutiam, consultavam protocolos. Ouviu a frase nada tranquilizadora: “...em 10 anos que trabalho na quimioterapia, isso nunca aconteceu”. Queria saber o que aconteceria. Perguntou e não recebeu resposta. Imaginou que o remédio invadiria seu corpo, atingiria seu coração e seria o fim. Diante do despreparo da equipe para lidar com a situação, se irritou, chorou, deixando extravasar, não veneno, mas dor. Mas se envergonhou depois e, com uma dignidade absurda, justificou o ocorrido: “minha veia era muito fina, não foi culpa de ninguém”. Passou a ter que ir ao hospital de 3 em 3 dias, enjoada, com dor. Para alívio de todos, a ferida não se abriu, o tecido não necrosou. E era apenas o quimioterápico mais vesicante. Pensou J

A vida retribui com generosidade àqueles que sabem perdoar. Percebi que ela ainda não havia entendido que a única pessoa que tem o direito de perder o controle ali é ela. Ainda não entendeu que só ela pode extravasar.

O quente e o frio incomodam, mas o peso... Ah, esse é insuportável

Bom dia! Estava dormindo porque foram 14 x vomitando em 12hs. Estou tomando os remédios, mas até as 6 da manhã nem água parava. Agora não estou vomitando, estou alternando entre frio e calor intenso. Só consegui comer 2 biscoitos e um pouco de purê. Fiquei meio desanimada, mas... (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 07/04/2015)

Desde o início, R. afirma que gosta da vida, dela aquecida, em movimento. R. tem medo, mas tenta lidar com ele como quem espera pela montanha-russa, apostando que vai conseguir transformar as inseguranças em alegrias e superar os temores. Sair rindo. Só que agora a velocidade é outra e não há prazer que dê conta de mudanças tão bruscas. A vida esquenta, esfria. R. está por dentro disso e não há atalhos ou margens seguras. Junto com o frio e o calor, veio o peso. O peso da vida, da maternidade, da solidão, do abandono, da doença e da morte. Qualquer balanço lembra que a dor é profunda e colada. Mora ali, nela, no seu corpo. As noites já não são de descanso. No peito, o peso do mundo.

Poxa, ontem que vi que minha próxima consulta não será com meu médico, fiquei arrasada! Rs. Tô com medo porque estou insegura com infecção, cirurgia, recuperação, sem contar que passei muito mal nessa primeira quimio e na segunda devo estar com pontos do cateter, então estou tensa. Me ligaram sobre o cateter, dia 22 interno às 7 e já coloco no mesmo dia. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 15/04/2015)

As redes

Eu percebo que todos me tratam muito bem, mas achei que tivesse influência sua nisso. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 10/04/2015)

Enquanto caminhava, R. tecia. Tecia redes coloridas e apostava nos laços como uma forma de se prender à vida e seguir em frente. Passou a ser conhecida pelo nome. Era abordada por outros usuários porque não parava de rir. Trocava contato com médicos. Interferia nas marcações para garantir que sempre fosse atendida pelos melhores médicos. Nem sempre conseguia, mas ria e seguia tecendo. J. não entendia como era possível rir e brincar no meio de tantas tragédias. Nem R. sabia explicar. Às vezes, atribuía aos outros os laços que ela própria fazia. Primeiro disse que achava que todos a tratavam bem por influência de J. Logo no início comentou: “Acho que acabo atraindo pessoas com muitos problemas para contar. Mas adoro poder ajudar. Chego pras consultas e logo estou conversando.” Mais tarde, ao comentar sobre seu trabalho fazendo enfeites para festas infantis, disse-me: “Sou péssima em fazer laços. Sempre saem tortos. Sempre peço pra minha mãe fazer por mim”. J. pensa:

R., laços são laços. A maioria deles é torto mesmo. A sua rede foi você que construiu da maneira que foi possível construir. No meio da água turva e da correnteza. Com ela você criou possibilidades, rompeu barreiras, pescou amizades, superou obstáculos. Sua rede foi seu barco. E ela é sua. Você não ganhou de presente, você fez cada laço. Do laço no lenço verde aos laços de amizade, passando pelo enfrentamento de cada etapa, pelo questionamento de normas banais, pela indignação com o descaso, pela denúncia dos erros. Sua rede é sua. Só sua (Trecho do diário de campo cartográfico de J.).

Um lenço verde

J. conhece R. pessoalmente no dia 24 de abril de 2015, em um encontro antes de uma consulta médica. J. sente-se ansiosa. Feliz, mas ansiosa. Chega cedo e espera. Sua referência: um lenço verde. Desce aflita, dominada por um medo de decepcionar R. Há muitos anos não sentia suas mãos suadas pela emoção de um encontro. Coincidentemente, o dia marcava os 60 dias do diagnóstico final e os 60 dias do seu primeiro contato com R. Sessenta dias era também o prazo estabelecido pela Lei Federal n. 12.732/2012 que definia o limite máximo para o início de um tratamento oncológico após o diagnóstico. A Lei que J. se propôs a estudar no seu doutorado.

J. só se deu conta disso horas depois e sente que foi o encontro e não o diagnóstico que passou a dar sentido a esse tempo dado pelos dias. Marco de vida, um acontecimento, e não contagem regressiva para o sucesso ou insucesso instituído pelo início de um tratamento. J. vai ao local combinado para o encontro, chega sem jeito e a localiza em uma mesa, acompanhada de um homem. Cumprimenta-a rapidamente e sai à procura de uma sala onde possam conversar. Volta e a convida para a acompanhá-la. Coloca as

cadeiras de forma que possam ficar frente a frente. E aí sim passa a olhá-la. É uma jovem, com rosto quase infantil, olhos inquietos, corpo pequeno, traços fortes. E, em seu peitoral esquerdo, um pequeno curativo do cateter recentemente colocado. Seus cabelos ainda insistem em se mostrar para além do lenço que lhe cobre a cabeça. J. apresenta-se rapidamente e despeja uma enxurrada de ideias que vai tentando organizar à medida que fala. Explica quem é, fala da pesquisa, das suas apostas na gestão na saúde pública e, por fim, da participação de R. na pesquisa. Tenta mostrar naturalidade e esconder sua emoção. R. sorri mansamente e a acolhe dizendo: “Estou aqui porque quero. Não faço o que não quero. Não tenha vergonha de me pedir isso. Quando recebi seu e-mail me consultando sobre a possibilidade da minha participação, pensei: ‘ela sofreu para escrever isso’. Tive pena de você”. R. se solidariza com o medo de J. e sua ansiedade. J. descobre-se personagem dessa história. Relaxa, emociona-se:

Nos encontramos durante mais uma hora entre risos, confissões, relatos e narrativas. Um intervalo nas nossas vidas de mulheres, donas das tarefas do mundo. Estamos juntas. Entendi, ali, que foi ela que me convidou para seguir com ela e será ela que abrirá espaços de forma corajosa, para enfrentarmos as incertezas que virão. Foi sua capacidade de expressar seus desejos, de compartilhar seus sonhos, de dividir seus medos. Tornamos quase cúmplices. Ela me conta sua história e faz questão de frisar: “não tem como esquecer. Sei te falar cada detalhe. Inclusive havia dito para minha mãe que, ao fim, deveria escrever sobre tudo que passei. Hoje, já sou outra”. Algumas vezes me emociono com seu relato articulado, mas doloroso; mas ela se mantém firme. (Fragmentos do diário de campo cartográfico de J.)

Já cheguei. A consulta foi bem. Só que, por causa da dor de cabeça, ele pediu uma tomografia do crânio. Quem me atendeu foi meu médico. Nem vi a tal médica que falaram que ia me atender. Ainda bem. E falei pra ele que eu não aceitava trocas. Ele riu sem graça, coitado. Adorei te conhecer!! (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 24/04/2015)

Com o avançar do tratamento, R. começa a identificar as falhas no sistema, os obstáculos nas redes de atenção. Em maio, identifica que começam a faltar insumos na unidade de saúde e demonstra desconforto com a possibilidade de ver seu tratamento e o de outros pacientes serem prejudicados. Na terceira sessão de quimioterapia, R. espera de 11:30 às 15:00 horas para ser atendida.

Foi minha 3ª sessão de quimioterapia e novamente a espera me incomodou, sendo que dessa vez resolvi questionar e fui informada que as marcações eram feitas em uma agenda virtual simultaneamente ao cartão do paciente e que essas marcações por algum motivo não ficaram salvas e há uma duplicidade grande de marcações causando esse inconveniente de longas esperas a atrasos e que há a expectativa de que seja liberado um sistema que irá possibilitar a otimização desse processo e torço para que isso aconteça o quanto antes, pois, nas quase 3 horas que esperei pelo meu atendimento, presenciei duas pessoas passando mal. Essa sessão foi ainda mais tranquila que as outras e começo a agradecer ao cateter por

estar tornando tudo mais fácil e rápido, as reações estão sendo cada vez mais brandas, só a sensação de frio e calor não melhoram. PS: Uma coisa que tem me preocupado bastante é que a cada nova sessão de químio falta algum tipo de material. Luvas tamanho pequeno, máscaras, gaze, etc. e me pergunto até que ponto isso pode chegar, até quando será possível continuar com o tratamento ou se chegará o dia em que os pacientes não poderão realizar seus tratamentos por falta de coisas mais sérias. (email enviado à J. por R. em 18/05/2015)

Uma carta de amor

Em maio, J. recebe o primeiro relato escrito de R. sobre sua história com o câncer. Abre seu e-mail com a emoção de quem recebeu uma carta de amor. E era mesmo.

Gostaria de ter escrito sobre você, mas não sei se deveria. Só quero que saiba que você é meu anjo da guarda e que nunca poderei te agradecer por me estender a mão sem ao menos me conhecer e ter abraçado a minha causa como fez e faz! Um dia espero que isso tudo seja só uma lembrança ruim do passado e que possamos rir juntas! (email enviado à J. por R. em 18/05/2015)

O título do arquivo anexado: “Um pedacinho de tudo até aqui”. Um texto inicialmente pautado por fatos e dados. Uma descrição com detalhes do diagnóstico, do tumor, do prognóstico, feito por quem leu sobre o assunto, folheou exames e procurou entender sua doença. O relato vai ficando fluido e delicado e sua autora aparece. Fala dos seus medos e angústias. Em agosto, R. reenvia o mesmo texto, porém, agora, mais extenso. Conclui: “Não sou forte como pensei que fosse...”

Doente e careca

R. continua surpreendendo! Conta rindo a J. uma conversa que teve com sua mãe: “Eu disse pra minha mãe que meu médico era lindo e ela me disse que era pra eu deixar de ser boba. Que homem vai se apaixonar por uma mulher pobre, doente e careca?” J. choca-se, cala e segue ouvindo: “A pessoa cheia de coisa, doente e apaixonada pelo médico. Ninguém vai se interessar por mim nesse momento. No meio desse processo.” R. ri, e não ri com mágoa. Brinca e tenta não deixar que a imagem que lhe foi dada cole nela, mas inevitavelmente cola. Continua se apaixonando e seduzindo.

Tô querendo pedir o telefone dele, porque vira e mexe tem uma coisinha. Tô morrendo de vergonha, mas vou pedir. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 03/06/2015)

O pequeno príncipe

Sexta senti muita dor à noite como se fosse no coração, achei que fosse ter um treco. O antibiótico me destruiu, muito enjoo, boca estourada por dentro e por fora. E ainda fui pra emergência quinta e ontem com o G. Ontem teve que tomar benzetacil. Porque a febre estava quase 39 e nenhum remédio ficava no estômago. Ele nunca tinha tomado, sofri mais que ele. Na quinta, a pediatra suspeitou de sinusite, pulmão tava limpinho,

só que na sexta de madrugada ele começou a vomitar tudo. Agora não está tomando nada, porque estava vomitando a amoxicilina e o médico suspendeu. Eu já sei que ele tem uma alergia que do nada ele dorme ótimo e acorda todo encatarrado, só que o bendito teste alérgico só com 2 anos (Mensagem enviada por R. por aplicativo em 14/06/2015).

G. tinha um ano e quatro meses quando sua mãe foi diagnosticada com câncer. Seu pai foi embora e ele e a mãe se mudaram para a casa da avó que possui dificuldades motoras e justifica o uso do ansiolítico pela falta de paciência com a criança. Aos poucos, o pai tentou criar uma rotina para ver o filho, mas durante um longo período visitava o filho mensalmente durante duas horas. G. já não o aceitava. Quando ia aos finais de semana para a casa do pai, chorava muito e voltava doente. R. resistia ao contato sistemático de G. com o pai. R. conta que foi G. que ocupou seus dias e roubou seu medo. G. passou a adoecer regularmente. Muitas febres, alergias e ela sempre achava que a doença era grave, desesperava-se. R. passou a desconsiderar seus sintomas e reações para cuidar de G. Mas o sistema de saúde não tinha reservado todos os seus “nãos” para os pacientes oncológicos. Sua experiência insistia em mostrar que as dificuldades estavam presentes em cada um dos pontos assistenciais. Em um dos relatos, G. apresenta um quadro com 6 episódios de vômito durante 4 horas. R. se desespera e o leva até uma UPA. Lá um médico, “que tinha metade da sua idade”, não examina a criança e a recrimina pela pressa em buscar assistência. “Você tem que esperar pelo menos 3 dias depois que começam os sintomas”. Ao registrar no sistema, esquece-se de que está em uma consulta clínica e coloca no “BO”, sem olhar para a mãe e a criança: “Mãe alega que criança.....”. R. se irrita e responde ao médico: “não vim a uma delegacia”.

Em junho de 2015, R. encerrou o ciclo das sessões de quimioterapia vermelha e iniciou as sessões de quimioterapia branca.

Chegou o dia de mais uma consulta e informações sobre a próxima fase da quimioterapia. As sessões da Doxorubicina acabaram, agora serão 4 sessões de Docetaxel e fui alertada sobre as possíveis reações. Confesso que fiquei um pouco apreensiva, pois, apesar da anterior ser mais agressiva, essa me pareceu ter maior quantidade de efeitos colaterais, mas o jeito é encarar a nova etapa de cabeça erguida e torcer pra dar tudo certo! (Mensagem enviada por R. por aplicativo em junho de 2015)

Quem não tem fada, caça com dragão

J. relembra que R. riu animada ao contar a história de sua tatuagem das costas, uma fada, que fora manchada de vinho:

Minha tatuagem está toda manchada. A história é a seguinte: resolvi fazer uma tatuagem de fada, bem grande nas costas. Fui a um tatuador que estava começando. O desenho ficou lindo, o problema foi o colorido. No mesmo dia que ele terminou a tatuagem, dois amigos gays me chamaram para ir a uma boate. Tirei o insulfilm, passei a pomada e fui pra boate. Eu sabia que não devia, mas eu queria muito. Na festa apareceu um homem lindo e meu amigo gay deu um grito e levantou a taça de vinho e derramou

tudo nas minhas costas. Senti tudo queimando na tatuagem e gritei ‘você acabou com minha tatuagem’. Pra minha surpresa, cicatrizou em três dias. Um dia eu estava paquerando um cara em uma festa e ele disse: ‘Você é linda. Esse dragão nas suas costas é demais’. Morri de ódio e briguei com o cara. Desde então todos falam que minha tatuagem é de um dragão. Tenho que refazer. Mas só posso depois do tratamento” (áudio enviado por aplicativo por R. a J.)

J. pensava que a fada mais parecia um dragão, e que talvez tenha sido um o destino que não permitiu que o corpo de R. aceitasse a fada. Sua história pertencia ao mundo dos dragões, com a força dos dragões, protegendo tesouros secretos. Símbolo da proteção. Sua vida não foi traçada com as marcas de um conto de fadas. Só um dragão pode contá-la de verdade.

No dia 29 de junho, R. fez sua primeira sessão de quimioterapia branca. As reações à quimioterapia foram diferentes das da primeira fase. R. passa a se queixar de sono e de falta de paladar.

Porém, R. conseguiu, por pura persistência, que todas as consultas de acompanhamento da quimioterapia fossem realizadas pelo mesmo médico - “seu médico preferido”, contra a dinâmica institucional que agendava as consultas para os médicos disponíveis no dia de retorno e não considerava o vínculo como um instrumento que possa auxiliar no tratamento.

Querida te pedir um favor... Meu humor anda estranho ultimamente, achei que não seria preciso, mas agora estou me perguntando se fiz certo de não ter marcado a psicóloga e a assistente social. Você acha que ainda conseguiria marcar pra mim? Eu tô com muitas reações dessa quimio. Até minha unha está doendo e sinto um sono horrível, mas estou tentando pensar que só faltam 3. Achei que encararia melhor (Mensagem enviada por R. por aplicativo em julho de 2015).

A insuficiência

Narrar a vida em acontecimento não é tarefa simples. Em especial quando essa vida possui demandas decorrentes das dificuldades impostas pela doença e pelas muitas questões sociais dos pacientes oncológicos que se tratam no SUS. Mas a narrativa da vida do outro, sob o ponto de vista de J., impõe-me o compromisso com o outro, que não escolheu ser acompanhado e ter sua história tecendo um doutorado. Testemunhar a vida e sofrimento de R. determinou que J. fizesse parte dessa história e não deveria perder o interesse por ela ou por seu desenrolar. Mas sua vida também não era feita por acertos e por uma linha contínua. Sua vida não era o doutorado e nem sua narrativa... e seu projeto se viu temporariamente interrompido por um projeto institucional para o qual não poderia se negar a contribuir. E isso lhe custou dias, horas. Custou-lhe noites de sono. Trouxe-lhe cansaço, stress e pouco tempo para manter sua troca quase diária com R. Ambas sentiram a incapacidade e insuficiência de J. R se tornou distante, reticente. O

que de fato constava no contrato de J. com a vida e com a sua história?

Ser insuficiente é a sina dos seres humanos que desejam um mundo melhor, que possuem compromisso com o outro e que assumem uma postura ética. R. não lhe pedia muito, mas lhe pedia coerência. R. não era o objeto de estudo de J. e não poderia ser deixada em um canto, enquanto se cuidava do resto da vida. J. deu-se conta disso e tentou resgatar o tempo perdido em uma troca de mensagens sinceras, em que pode dizer da sua incapacidade de lidar com tantas tarefas, mas que reafirmava seu compromisso com sua história. Nessa retomada, J. tentou reconhecer o direito de R. se sentir magoada com sua ausência:

Dei-me conta ali que minha vida estava de forma irrevogável atrelada à vida de R. Ela me transferiu o direito autoral de sua história e eu passei a ser personagem com o compromisso de não ocupar/saltar páginas com minhas histórias pessoais. Eu estava lá, mas jamais sozinha, sempre permeada por ela e sua trajetória. Pensei no sentimento de impossibilidade e insuficiência que deve acompanhar muitos profissionais que lidam com a oncologia. Sempre insuficientes... Pensei nos 30 dias que separam uma consulta médica da outra. Na distância entre o que sei e o que o outro quer ouvir. No que o outro espera de mim e no que posso dar... Um abismo entre desejo e possibilidade. Pensei na importância, nesse contexto, da honestidade de afetos e da sinceridade de intenções como únicos compromissos possíveis... já que não posso me comprometer com resultados. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

J., acuciada por esse sentimento, consegue agendar um novo encontro, em uma das sessões de quimioterapia. Pergunta a R. o que ela queria que lhe levasse no dia. Como resposta: “um abraço”. Resposta que provocou uma enxurrada de sentimentos. “Como transformar nossa inevitável insuficiência em um abraço? Ela ganhou o abraço. A insuficiência poderia ser recompensada com um abraço. De sobremesa, levou também chocolates”, conta J.

R. em J.

Os limites da convivência entre J. e R. foram se estreitando e passaram, quase diariamente, a falar da vida, de um “nós... a dividir afetos e risos”. Por mensagens, trocavam vida e afecções. Tudo entremeado pelo cotidiano que corria, às vezes, solto, frouxo e manso. Há um tempo atrás, J. diria que trocaram também banalidades, mas hoje reserva este termo para conceituar tudo o que pode haver de mais profundo, perverso e medíocre na intencional superficialidade. Não era o caso da relação estabelecida no encontro de R e J. Tanto J. quanto R. tinham uma mania de viver com intensidade e isso as unia em boa parte do tempo. Riam muito, choravam juntas, falavam de filhos e de amores.

Cada pedido de R. era sentido por J. como um mundo nas suas costas, quase uma ordem, tamanha a responsabilidade que foi assumindo em aliviar por fora o que era impossível ser feito por dentro.

Promete que vai me ajudar a não ficar muito tempo sem peito. “Não vou ficar “despeitada” muito tempo, né? Ou melhor, sem peitos” (Mensagem enviada por R. por aplicativo em julho de 2015).

J. não podia prometer que conseguiria que R. não ficasse muito tempo sem peito. Também não adiantava dizer que ela tinha muito mais peito que muita gente. Só era possível estar junto e tentar a reconstrução com todos os recursos que possuía. Acompanhar de forma interessada e aflita cada nova etapa do tratamento, cada resultado de exame, foi o que J. fez. E ouviu dela algumas vezes: “Você não é minha mãe. Não precisa achar que é responsável por tudo que dá errado na minha vida”. Como não?, pensava J.

Em agosto de 2015, terminaram as sessões de quimioterapia branca e iniciou o processo de preparação para a cirurgia. Como a quimioterapia foi realizada em outra unidade que não a responsável pelo tratamento do câncer de mama, os profissionais não sabiam informar a sequência do tratamento e nem a quem ela deveria recorrer.

Estou bem. Nervosa e ansiosa, porque esse mês termina a quimio.. Estou contando os dias. Meu médico disse que nessa consulta era pra eu lembrá-lo e falar com a secretaria da oncologia. Para fazer o processo para cirurgia. Estou ansiosa pela minha consulta com o mastologista. Acho que não será o mesmo que me atendeu no início do tratamento. Era uma residente. Eu estou perdida e meu médico não sabe me explicar (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

Acho que deve ser assim: termino a quimio, passo pelo mastologista, faço todos os exames novamente, volto nele pra ele avaliar os exames e me explicar sobre a cirurgia (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

Em 10 de agosto de 2015, na sua penúltima sessão de quimioterapia, R. foi reencaminhada com uma ficha comum para dar continuidade ao seu tratamento à unidade de cuidado às pacientes com câncer de mama. Nenhuma consulta foi agendada. Recebeu o nome de uma secretaria e foi orientada que procurasse o serviço para entender a dinâmica.

Só perdi mais dois quilos e meio. Tentei vestir uma calça social e ela ficou horrível. Ele disse que o efeito da quimio vai se potencializando. Agora chego a ficar 15 dias sem sentir gosto de nada. Como se tudo estivesse estragado. Meu cabelo voltou a crescer. Ele diz que tenho uma penugem. Hoje ele me disse que tenho que proibir ele - “o anjo da guarda” - de vir fumando do meu lado. Disse que estou cheirando a sachê de cigarro. Eu retruquei: escrevi para a J. coisas boas sobre você, mas posso reescrever e contar quem você é de verdade. Pedi o whatsapp dele e ele me disse que não. Então ameacei que ele não teria mais notícias minhas e ele me disse que pede pra você. Perguntei se podia tomar um porre e ele disse que não. Perguntei se podia tomar uma cerveja e ele disse que não (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

Não estou bem. Estou com muito frio e cansada. Deitada e coberta até o pescoço. Com um mal estar danado. Fico torcendo para meu cabelo nascer liso. Outro dia saí com umas amigas, minha irmã e minha mãe insistiram. Ganhei duas perucas, uma loira e uma de cabelo escuro (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

A consulta de R. para retorno à unidade de câncer de mama foi agendada para o dia 18 de agosto, depois de uma intervenção de J.

Silêncio

R. começa a falar dos seus medos:

Ainda estou mole. Pior que comecei a não sentir gosto da comida, aí piora tudo. Vou deixar pra chorar na terça com a psicóloga. Tem coisas que sinto que nem minha família sabe e escrevo para você. Você ajuda mais do que imagina. E mesmo depois que tudo passar, quero ter contato sempre (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

Marcaram meus exames pro dia 04 de setembro e a consulta pré cirúrgica para o dia 15 de setembro. Muito obrigada por me ajudar. Parece que apesar do sucesso que foi a quimio, além da retirada total da mama, vai ter o esvaziamento da axila. Fiquei chateada, pois achei que não seria necessário. Não sei as consequências reais desse esvaziamento. Talvez me expliquem na consulta do dia 15. Parece que o braço fica sem defesa. Vou cuidar pra sempre pra não ter cortes, queimaduras, machucados e nem pegar peso. Estou meio chorosa, mas me adaptando. Acho que no fundo havia uma esperança da cirurgia não ser radical. Eu vou me acostumar e quando a reconstrução vier, eu melhora. Não pude falar com a psicóloga. Voltei correndo, porque G. teve febre de quase 40. Peguei ele e fui direto pra emergência. Dez dias de amoxicilina por causa da garganta. Esqueci de te contar. Minhas unhas da mão esquerda estão soltando por causa da quimioterapia (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

Enfrentar o câncer não significa necessariamente vencer etapas. Significa viver perseguido pela incerteza dos resultados, pelo fantasma de uma recaída. A cada fase concluída, o alívio é obscurecido pelo medo. R. passa a falar do seu medo, de forma, às vezes, desorganizada e simbólica... Pede a J. que a escute, mais do que ajude. Em certo sentido, fala da percepção do seu esgotamento. Do esgotamento de tudo que pode ajudar, a família, o sistema. O tratamento do câncer não é marcado por boas notícias. Pelo contrário, a cada consulta, existe o anúncio de uma pequena morte que precisa ser transformada em vida e fôlego nos intervalos. Perde-se o cabelo, perde-se o paladar, perde-se o lazer, perde-se o companheiro, perdem-se as unhas, perde-se um seio, perdem-se dias... Isso afeta J:

Hoje não foi diferente. Foi apenas mais uma constatação do quão o câncer marca definitivamente a vida de quem com ele vive e de quem a ele sobrevive. No início, eu produzia promessas de dias melhores, de um tempo futuro em que tudo seria passado e a vida seguiria repleta de

possibilidades. Mas os meses foram me fazendo compreender que a vida não seria mais a mesma e que as possibilidades de um amanhã melhor estariam definitivamente atravessadas pelas cicatrizes de agora. Cada vez mais, aprendi a não dizer do que não sabia. Ela recebia a notícia, compartilhava comigo, e eu fazia silêncio, admitindo com humildade que eu não tinha o que dizer. Meu silêncio foi tomando a dimensão do vazio consumado a cada notícia. Perder, morrer, esvaziar.... Silêncio... (Fragmentos do diário de campo cartográfico de J.)

A cada dia, muitas notícias e sobressaltos. J. se afeta e insistia consigo mesma, que naquele dia em que ouviu - “Estou meio chorosa, mas me adaptando... Acho que no fundo havia uma esperança da cirurgia não ser radical” - que aquele dia não era um dia comum, estava dividida entre os sentimentos de ajudar a resgatar no Instituto a esperança de dias melhores e a compreensão máxima da crueldade do câncer para pacientes que possuem muito pouco para além da doença. Para que e para quem trabalhava mesmo?, pensava. Passou a limitar-se a perguntar: posso ajudar? J. sentia e acompanhava a reconstrução de R. E se ninguém tinha promessas a fazer, ela criava. Por ela, pelo filho e, por J. - “envergonhei-me, quando percebi que por mim também”, conta J. Conta que R. dizia “Fique tranquila. Vai passar. Eu vou me acostumar e quando a reconstrução vier, eu melhora”. Às vezes, a única oferta que podemos fazer ao outro é o silêncio... Um silêncio respeitoso de quem reconhece que não há palavras capazes de expressar o profundo sentimento de solidariedade à dor e ao vazio das pequenas mortes impostas pelo câncer.

Quinta é a minha última consulta com meu doutor preferido. Estou cada dia mais ansiosa. Mas estou conformada. Torço tanto para a quimio acabar e por outro lado morro de medo do que está por vir (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

Estou voltando pra casa! Primeira etapa vencida!!! (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

No dia 31 de agosto de 2015, R. fez a sua última sessão de quimioterapia. Em conversa informal, o médico diz a J. que o tratamento transcorreu conforme o planejado.

Meus pensamentos continuam confusos e alterno entre dias de agradecimento pela minha vida e dias de tristeza, sinto saudades da minha casa (desde que tive o diagnóstico da doença, eu e minha mãe achamos que seria melhor ficar na casa dela até a cirurgia, do que encarar isso sozinha com um filho de 1 ano e alguns meses), tenho medo do futuro e decidi pedir ajuda e marcar uma consulta com a psicóloga. No dia 03, na minha consulta, expus todos os meus medos e receios. A cirurgia está ficando mais próxima, estou nervosa e ansiosa e me pergunto como vai ser a vida depois que esse pesadelo acabar, qual o homem que vai se interessar por uma mulher careca e sem um seio. Eu que me achava tão forte no início me vejo agora cheia de perguntas sem respostas e com medo, muito medo do que está por vir. Depois de me ouvir com todo carinho e atenção por longos minutos, ela me sugeriu um acompanhamento quinzenal para mudar algumas coisas na minha forma de pensar! E sim, eu preciso! Não sou forte como pensei que fosse... (Fragmento do diário de campo cartográfico de R.)

Em 15 de setembro, R. vai a uma consulta na unidade de tratamento de câncer de mama e é orientada a aguardar um contato em casa – três a cinco semanas para agendarem a cirurgia.

Preciso desabafar, pois não quero falar com ninguém aqui de casa sobre isso. Tenho achado que o nódulo está crescendo. Lembra que falei que desde a última química achei que ele tinha mudado e estava dolorido quando encostava. Depois, na consulta, os médicos apertaram bastante e começou a doer mais, agora mesmo sem encostar está doendo. Agora fui tomar banho e descobri que tem um outro carocinho surgindo na continuação do maior, estou apavorada e com medo. Na quinta, vou estar lá, se o clínico não puder me ajudar, vou na emergência. Não vou amanhã, porque não quero deixar minha mãe mais preocupada do que está. Não vou comentar nada disso com ela. Meu medo é que ele cresça rápido como antes de começar o tratamento, ou que se espalhe, sei lá. Desculpa pelo desabafo. Este é o momento mais difícil desde que tudo começou. (Mensagem enviada por R. por aplicativo em agosto de 2015).

Uma parte do corpo - O medo lateja

J. coloca-se diante do espelho, olha-se e tenta imaginar seu corpo incompleto. É tomada pelo pavor e não consegue. Reflete sobre seu aprendizado com o tempo, pensa ter aprendido com o passar dos anos a entender e até apreciar as marcas que o tempo foi deixando: cicatrizes, rugas... Sente que seu corpo conta sua história e gosta dela. Pensa em R., que tem apenas 32 anos... 13 mais nova, com seu corpo belo, com sua fada-dragão: delicadeza travestida de força, coragem... Mas seu seio insiste em crescer “cada dia um pouco”, invadido por um tumor maligno triplo negativo. Entender a dinâmica de um tumor não é simples. Projetar um corpo mutilado não é possível. R. que amamentou o filho até 8 meses atrás. Seu peito, que jorrou vida até ontem, deverá ser amputado. Quanta dor!!!! R. era uma mulher vaidosa. Pensa em todas as muitas conversas e nos muitos assuntos que tiveram. Todas margeiam os efeitos no corpo. Não havíamos, contudo, falado da cirurgia. J. pergunta sobre a dor. R. responde: “está doendo menos, só lateja...”. J. vai percebendo com mais exatidão que a delicadeza e a força sabiam conviver de forma harmônica. Mas isso não diminuía a dor e o medo.

Pé na porta

Passei pelo clínico e falei das minhas dúvidas e ele me respondeu que ele não é mastologista (Mensagem enviada por R. por aplicativo em setembro de 2015).

Mais uma vez J. precisa intervir, vai até o diretor e consegue antecipar a cirurgia de R. e diz a R. por mensagem: “Não vamos mais esperar. Lembre a ele que você é minha”.

Ai Jesus. Estou indo agora!!! (Mensagem enviada por R. por aplicativo em setembro de 2015).

R. foi operada no dia 05 de outubro de 2015. Foi submetida a uma cirurgia de retirada radical da mama direita com esvaziamento da axila.

Oi, querida. Estou bem. Não senti dor. O braço não está inchado, só na axila que achei um pouco cheinho, mas está sequinho e não dói. Deve ser normal. Parece que na consulta o médico passa uma espécie de resultado da cirurgia. Mas só Deus sabe quando (Mensagem enviada por R. por aplicativo em outubro de 2015).

Cada vez que olho, levo um susto com a cicatriz. É assustador, só não te mandei foto, porque você não merece. G. viu e perguntou. Mamãe, cadê o outro peito? Eu disse que tinha um dodói e eu tinha tirado, mas que ia nascer outro. Ele me pegou de surpresa. Todo dia ele olha. Estou torcendo pra que na próxima consulta me passem muitas informações rs (Mensagem enviada por R. por aplicativo em outubro de 2015).

Um dia nasce outro

Essa mensagem atingiu J. como uma flecha, que desejou muito dizer muitas coisas a G:

G, Eu sou a tia J.. Conheci sua mamãe em circunstâncias que eu e ela preferíamos que fossem outras. Mas não foi por acaso. Ela precisava da minha ajuda e eu precisava da ajuda dela. A vida é assim, sabe?!!! Somos seres que nascemos em comunidade e deveríamos com isso viver sob a égide de uma coisinha que se chama solidariedade. Sua mamãe tem um dodói. Um dodói no peito. E a única coisa que tenho tentado ajudar é que esse dodói cause menos sofrimento do que ele já produz. E nem sempre tenho sido bem-sucedida nas minhas buscas para apoiá-la. Mas ela segue andando sozinha, mostrando para vida e nos ensinando que “um dia nasce outro”. Ela nos ensina que a aparência para uma mulher de 30 anos é muito importante, mas anda como quem acredita que é na alma do outro que reside algo mutilado. Nela é apenas uma cicatriz. O seu corpo é e será apenas a denúncia de que ela não se rende. Todo dia nasce outro. Em mim, dói a alma. Sua mãe tem me ajudado a me aproximar da minha dor e entendê-la sobre outras perspectivas. Ela tem me ajudado a reencontrar uma coragem de infância, uma indignação com a hipocrisia e o desprezo. Nós duas sairemos de tudo isso melhores, compreendendo, por termos experimentado, que fadas e dragões podem até se misturar e, o mais importante, ambos têm asas. Asas servem para proteger o que amamos, para nos defender dos inimigos. Asas servem para nos fazer voar e voando seremos outros, em outro lugar. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

Nós, os donos do saber

Saindo daqui agora. A cirurgia conseguiu retirar toda a parte comprometida da pele e foram retirados 23 linfonodos, sendo que 18 deles estavam comprometidos. Me deram o encaminhamento pra cadastro da radioterapia no SISREG e marcaram o retorno com o oncologista na sexta em Vila Isabel mesmo. Amanhã tem revisão com a fisioterapeuta e dreno mais um pouco de líquido da axila. Ela me disse que eles têm até 8 meses rs. Me pediram pra entregar o encaminhamento na rádio e eu entreguei, ela pegou 2 telefones de contato e disse que a secretária entraria em contato (Mensagem enviada por R. por aplicativo em novembro de 2015).

To aqui no Hospital, pois hoje tenho revisão com a fisioterapeuta e procurei me informar sobre o cadastro do SISREG, o processo é feito por eles o dia que conseguirem entram em contato comigo. Já saí, indignada! Nunca tive tanta raiva daqui como hoje. Marcaram curativo pra 9:40 e fisio pra 10:00. Cheguei cedo e fiquei esperando e fui atendida depois do horário no curativo. Cheguei na fisio 10:30 e a secretária disse que tinha perdido minha vez, pois só tinha tolerância de 15 minutos e que ela foi lá ver meu prontuário no curativo e eu não tinha sido atendida. Implorei um encaixe. Ou aguardar pra ser a última e ela respondeu que eu cheguei atrasada, o que poderia era fazer o favor de marcar pra mim 10/12 - Fiquei tão indignada, porque nunca nada ali atende no horário e fico mofando, o dia que me atraso porque outro setor atrasou, perco o atendimento e ela ainda se acha no favor de remarcar pra daqui 1 mês. E o pior da falta de sensibilidade é que tive alta no curativo e precisava passar por ela pra ela me encaminhar pro Hospital I pra fazer aquela prótese provisória e vou esperar mais um mês por causa de má vontade. Ódio. Aff. Saí de lá tremendo. Falei que sexta eu voltaria, se não tinha como dar um jeitinho, mas nada. Só precisava desabafar mesmo (Mensagem enviada por R. por aplicativo em novembro de 2015).

J. sentia que as palavras insistiam em lhe perseguir... eram como seu céu, mas também seu inferno. Pensava nos falantes que são, em sua maioria, anônimos, que poucos sabem usar a voz para falar, e que ouvia e não queria se eximir de ouvir. Ouvia como lamento, como pedido, como conselho, como tristeza. Algumas vezes deixava de enxergar, mas não conseguia deixar de ouvir. Já não enxergava possibilidades, alternativas, soluções, mas ouvia o ranger dos dentes, um misto de raiva, de dor, de desespero, de socorro. E se espantava também, com a indisponibilidade, com as estratégias cruéis de poder e desencorajamento dos outros. Sentia nojo, náusea causada pela química do ódio. Transitava com desconforto na fronteira entre o nojo e a necessidade de tentar mudar. Sentia que já não havia mais como demonizar os pacientes, acusá-los de serem incapazes de cuidar de si e de não compreenderem a equidade. Equidade não é definitivamente justiça. As forças não são equivalentes: dos que decidem e dos que necessitam da decisão. As ouvidorias já demonstraram sua incapacidade infinita de amplificar vozes. Os megafones já não funcionam, as narrativas estavam esvaziadas pela burocracia, pelos manuais de procedimentos, pelos protocolos. Pensava “Não é decente inverter as posições: legitimar a nossa inocência e criminalizar quem necessita. Chega!!!!” Ouvir R. deu-lhe a certeza da sua incapacidade de ouvir tantas outras vozes que tinham histórias a contar. Deu-lhe a dimensão do invisível. Fez-se sofrer: “Nós não estamos em lados opostos. Somos mais do mesmo. Somos humanos”. Sentia intensamente e pensava que a saída não dependia de uma disputa de forças, de um cabo de guerra, nem da capacidade dos profissionais se defenderem e se protegerem como indivíduos capazes. A saída estava em entender que todos compõem um coletivo que está no mesmo barco... Garantir o seu espaço e a sua dignidade era respeitar a dignidade, o espaço e o sentido da vida do outro. Tínhamos que aprender com nossos fracassos, acatar a tensão em todos os campos como força produtora de energia e renovação. Ouvir os diferentes e zelar pela vida digna, como princípio ético.

São casos isolados

J. ouve de R. “São casos isolados”, tentando tranquilizá-la. As histórias de descaso, desrespeito e enorme agressividade agora se repetem com maior frequência. R. insiste que são pontuais, mas ela sabe que J. sabe e J. pensa “eu sei que sei”. R. insiste nessa versão que minimiza o que passou: “Foram apenas duas vezes”. Mas J. já contabiliza muitas situações de criação de barreiras e dificuldades para R. Foram muitas:

- *encaminhamento para uma unidade não especializada em mama, dificultando o vínculo e o fluxo de informações;*
- *excesso de espera para procedimentos;*
- *extravasamento na primeira sessão de quimioterapia;*
- *agendamentos errados que levaram ao deslocamento por quilômetros;*
- *erro na punção da veia;*
- *falta de comunicação após alguns procedimentos. O pior deles, após a mastectomia, em que R. sai da unidade de saúde sem nenhuma informação sobre novas consultas e sobre o procedimento;*
- *negativa de atendimento por uma recepcionista que desconsiderou o fato da unidade agendar de forma errada duas consultas concomitantes.*

J. é acionada novamente por R. “Só mais uma vez!”. Sente-se paralisada. Os fatos: R. chega às 8h na unidade de saúde para uma consulta com a fisioterapia. Como está há 20 dias com sangramento, é orientada por telefone, pelo médico que a acompanha, a ir à emergência para fazer uma coleta de sangue. Após a consulta de fisioterapia, faz a ficha e aguarda o atendimento. Às 13 horas, com fome, consulta a recepcionista sobre o andamento do atendimento e é orientada a sair para almoçar e retornar. Ao voltar, o médico se nega a atendê-la na ordem e pede que vá para o fim da fila. Tenta recorrer à direção para rever o procedimento e é informada que todos estão em almoço, não pode ser recebida. Tenta contato com o médico assistente e ele diz não poder ajudar. É nesse momento que R. entra em contato com J., que por viver um momento difícil nas relações entre equipes e a direção (da qual J. fazia parte) fica temerosa que seu pedido seja negado pela equipe. R. não vive “casos isolados”. Todos os pacientes sim, estes vivem isolados. São números, não histórias. Testemunham seu medo de falar, minimizam o descaso, protegem seus agressores, porque só eles trazem consigo o poder de assistir, subtraem das histórias aquilo que não possuem: a perspectiva e a capacidade de mudar. Muitas vezes preferem acreditar que aquilo é uma intercorrência. Mas J. sabe que não.

Entre outubro de 2015, quando foi realizada a cirurgia, e março de 2016, R. ficou sem uma referência definitiva na unidade. Fez um vínculo importante com um residente que aceitou lhe dar seu contato telefônico e lhe “adicionou” como amiga em sua rede social. Era a ele que ela recorria nas dúvidas e muitos impasses gerados em consultas feitas com vários médicos e erros das equipes em geral.

Em 05 de janeiro de 2016, R. fez sua consulta na clínica de Radioterapia para a qual foi referenciada pelo SISREG – Sistema de Regulação. A clínica, localizada no município vizinho, era privada com convênio com o SUS. Nesse dia, foi feita a tomografia e a

marcação dos pontos com esparadrapo. Foi orientada a aguardar o contato para início das sessões de radioterapia em casa. Nunca mais R. foi chamada para dar continuidade ao tratamento. Os esparadrapos se soltaram.

Difícil

Oi. Estou com zica rs. Mas o ruim está sendo a coceira. Uma chatice isso. Tenho várias coisas pra contar: minha última consulta foi com um médico péssimo. Dia 7. E eu virei o ano achando um nódulo na outra mama (Mensagem enviada por R. por aplicativo em janeiro de 2016).

R. fala descontroladamente e já não escreve, manda áudios seguidos a J., torrenciais. Ela dava sinais de esgotamento e irritação com o descaso e os erros. Mas não era para menos. R. trava consigo e com J. um diálogo em que falam delicadeza, solidão, medo e raiva. Com cuidado, ela fala da raiva e tenta não se misturar a ela. Parece incrível como na vida há contradições. Na sua trajetória – do diagnóstico ao tratamento - foi R. que tentou explicar os erros do sistema, e foi condescendente e tolerante. Coube a ela consolar outros pacientes e tentar ajudá-los a romper os obstáculos. Ela esvaziou o seu sofrimento para que pudesse acolher os outros. Foi ela também que fez J. suportar estar em um lugar no qual passou a desacreditar. Onde cultivam o hábito de trabalhar sob a perspectiva da oferta pré-formatada e não da acolhida das diferenças inevitáveis. R. descobriu que, ali, onde deveria haver cuidado, as pessoas eram mais doentes do que ela e, por serem doentes, mereciam atenção, tolerância, aceitação e apoio.

O mundo em partes

J. sempre se pergunta qual é a sua parte no mundo, sem encontrar essa resposta. Algumas vezes sentia um estranhamento tal com o mundo que sequer se sentia parte dele. Sentia que R. entendia que fazia sua parte, quando desfazia os nós. Lembra-se, quando era pequena, de passar noites admirando seu pai desfazer os nós das linhas com que a mãe tecia blusas em tricô. Admirava aquela paciência e tolerância infinitas, aquele ir e vir. Parecia que não acabaria nunca e, de repente, ele entregava a ela um novo novelo, perfeito, feito a partir daquele bloco de nós. Tentava ajudar sua mãe algumas vezes, mas sempre deixava de lado logo no começo. Pensou que jamais desfaria nós. Sentia que hoje sua parte no mundo era viver e contribuir para que toda vida seja vivida. Desfazer nós, porque precisavam ser desfeitos. Aprendeu que essa parte era sua também. Pensava que não temos nem parte nem missão no mundo, e que talvez seja por isso que os agradecimentos de R. a constroem tanto. Porque quando fazia coisas só as fazia porque acreditava que deviam ser feitas, não por si, mas deviam ser feitas. Se ninguém assumia, pensava “assumo eu”. Sentia certa vergonha da incapacidade humana de entender que era preciso desfazer nós, por nós e pelos outros. Acreditava que o lugar no mundo de cada um deveria ser um lugar de produção de vida para si e para o outro, na diferença.

O que é o futuro?

G. saiu da escola que estava e foi para uma pública e é semana de adaptação. Tentei integral, mas não consegui. Ouvi que câncer não é prioridade rs. Estou tão decepcionada com tudo que nem me surpreendo mais. Ontem a consulta foi com um médico legal, mas cada vez que pego um médico novo, que vê o tipo de câncer, me sinto morrendo a qualquer momento ... É horrível viver na corda bamba. Será que um médico falaria pra paciente que o câncer dela é o pior, que é muito ruim, por maldade? O Dr. M. foi mais sutil, embora tenha deixado claro que a chance de voltar era grande. Só sei que agora estou com medo de fazer planos pro futuro. Nem sei se vou ter. Mas deixa pra lá (Mensagem enviada por R. por aplicativo em fevereiro de 2016).

Do triplo negativo, R. herdou a incerteza do futuro. Com ele à espreita, nunca mais a vida foi a mesma. Eles foram apenas os três primeiros nãos, mas foram marcantes. Ela procurava alguém que lhe dissesse para não ter medo. J. também. Desde o diagnóstico, R. observava e esperava algum alento. Era como se o espanto do diagnóstico fosse revivido e revivido. Insuperável. Seriam pelo menos dez anos de consultas bimensais para avaliar a possibilidade de uma recidiva. Em uma conversa, R, lhe conta:

Sempre fiz tudo que queria na vida. Mesmo com dificuldades, desde pequena eu sempre corri atrás. Mudava de emprego, quando já não me sentia feliz, saía com os amigos, tinha muitos namorados. De dois anos para cá, tudo mudou. Comecei a namorar depois do fim de um casamento. Engravidei, mudei, tive meu filho, descobri um câncer, me separei, me mudei de novo. É muita coisa. Tenho me sentido paralisada. Fico pensando o que devo fazer? Eu voltei para minha casa, mas tenho medo de voltar a trabalhar. Não tenho nenhum apoio de ninguém. Minha mãe mora perto, mas diz que não tem condição de ajudar. Que não consegue ficar com criança mais. Ela é contra eu voltar a trabalhar fora de casa. Ela abriu mão de trabalhar fora para ficar com os filhos. Virou costureira para ficar em casa. Agora me cobra que eu faça o mesmo. Tenho medo de não ter futuro (áudio enviado por R. por aplicativo em fevereiro de 2016).

Sobre as marcas

J. tem poucas cicatrizes, muitas rugas e um escorpião. Tatuou um escorpião no seu corpo quando percebeu que a única responsável por sua passagem no mundo era ela mesma. Precisou registrar no seu corpo algo que a significasse. Como seu signo era escorpião, resolveu se desenhar em si, não como capricho, mas necessidade de registro, caso precisasse se reconhecer em algum momento adiante, já que naquele momento J. caminhava na busca de se desconhecer para depois voltar a se conhecer e assim indefinidamente. Não tem certeza se faria novamente, mas o sente hoje como sua marca definitiva, e segue necessitando de dar sentido a ele na vida. J. acredita que toda e qualquer marca definitiva pede uma consequência, exige um sentido, precisa ser símbolo e passagem. A essa estão conectados um antes e um depois. Lembra-se que R. não tem um escorpião. Ela tem um borrão nas costas e uma cicatriz no peito. Sua marca também lhe impôs um antes e um depois. Como um fluxo que não deixou de ser contínuo,

mas está sendo reescrito, em ato. Na experiência de J. o indizível virou escorpião. Seu escorpião foi reinterpretado muitas vezes, reinvenções tendo a marca no corpo como seu companheiro fiel. “Logo um escorpião!!!!”, espantou-se. Para R., sua marca vem exigindo que ela produza novas e outras histórias. Não como sobrevivente, mas como vivente com marca. R. não vive apesar, vive por e além.

A consulta de R. na radioterapia, já em uma unidade do Instituto, foi agendada para o dia 04 de março. Dois meses depois que foi feita a marcação na clínica referenciada pelo SISREG. Na consulta, a médica orientou R. e agendou, para o início do mês de abril, os exames para marcação dos pontos e, para meados de abril, o início das 25 sessões de radioterapia. Passaram sete meses entre a cirurgia (05/10) e o início das sessões de radioterapia em 20 de abril.

Durante este período, R. passou a fazer uso de uma quimioterapia oral experimental sugerida pelo residente em mesa redonda da mastologia.

J. aqui

Todos os textos aqui escritos foram mediados pela crença na possibilidade de aproximar o mundo das leis com o mundo dos humanos, daqueles que vão dando sentido e reinventando suas vidas a partir do destino que lhes foi traçado por outros e pelas circunstâncias. Em cada fila, em cada leito hospitalar, em cada cadeira de quimioterapia, temos uma história na qual os trabalhadores do campo da gestão e do cuidado em saúde produzem coisas, vida ou morte. J. sentia que o seu o ofício na gestão só estaria completo à medida que desenvolvesse sua capacidade de delicadamente andar junto, de reconhecer, no outro, possibilidades de reconstrução da vida, inclusive diante da proximidade da morte. Os milagres só seriam possíveis no outro, nas histórias que insistiam em mostrar que a vida vale a pena.

A esta narrativa procurou-se imprimir texturas, gritos e silêncio. J. desnudou-se e deixou nus seus medos, suas escolhas, seus dilemas, sua ignorância. Não se absteve de si e da sua humanidade errante. A sua oferta traz um conhecimento que foi produzido a partir das suas fraturas, da sua dor e da sua dúvida. R. nunca lhe despertou compaixão:

Se a interpretei como meu fantasma e depois meu senso de justiça, hoje a vejo como meu não à banalidade e minha responsabilidade. Um compromisso ético com ela e com todos os pacientes de câncer. Não senti culpa, mas vergonha pelo caminho, que ajudei por atos e omissões a construir ao longo da minha atuação até o encontro com R. (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

No dia 20 de abril de 2016, R. começou a última fase de seu tratamento – as sessões de radioterapia.

Em 27 de maio de 2016, R. terminou as 25 sessões de radioterapia. Foi mantida ainda a quimioterapia oral por mais 6 meses. Anualmente, deveria ser submetida a novos

exames de controle durante 15 anos.

De sua página em uma rede social, resgatou-se o seu depoimento para fechar nossa história.

Chegou o dia da última sessão de radioterapia e só uma palavra me vem à mente: Obrigada. Os flashes vão surgindo e percebo o quanto amadureci, mas ainda tenho muito que mudar, afinal ninguém é perfeito...Abro a janela e vejo lindas rosas vermelhas que parecem me desejar bom dia e dizer que deu tudo certo. Como não me emocionar? Algumas pessoas precisavam entrar na minha vida. Para umas, era necessário apenas uma passagem rápida. Outras ficarão para sempre na minha vida e no meu coração. Talvez sejam encontros de alma, reencontros... Aprendi o valor de um “Bom dia” e o quanto um sorriso sincero pode mudar o dia de alguém. Aprendi que novos, velhos, brancos, negros, instruídos ou não somos todos iguais e para algumas coisas não há uma regra. Aprendi que por mais que seu mundo esteja desabando você é capaz de melhorar o mundo de alguém. Aprendi principalmente que não sou uma menininha frágil, com planos e sonhos frustrados. Sou uma mulher forte e capaz de realizar tudo que eu quiser, deixar de lado as frustrações e tirar cada sonho do papel. Aprendi que saber o quanto eu gosto de alguém não é o suficiente, é preciso falar, deixar claro, demonstrar, afinal ninguém tem bola de cristal. Aprendi a agradecer pelo sol, pela chuva, por cada oportunidade e aprendi que para tudo há um propósito. Obrigada a cada anjo que Deus colocou ao meu lado nessa caminhada, vocês fazem parte da minha Vitória. Câncer, obrigada por ter mudado minha vida e me feito ver coisas que sem você não fui capaz. Aqui me despeço oficialmente de você e agradeço por ter me transformado num ser humano melhor. Quando um caminho termina, outro começa... chegou a hora de recomeçar! (depoimento de R. em uma rede social).

O vitral que construímos com nossas fraturas

Aos poucos percebi que só poderia me colocar diante do outro, de todos os outros, como eu era. Quebrada. Com toda a integridade das minhas fraturas, das quais finalmente fiz um vitral (Brum, 2014).

R. não deixou cacos pra trás. Foi recolhendo todos, porque compreendeu que eles a pertenciam. Alguns pedaços se perderam no caminho, não porque ela abandonou, mas porque sabia que já não lhe pertencem mais. Os vazios foram sendo preenchidos por pedaços novos. E a beleza se manteve. As cicatrizes e remendos passaram a fazer sentido e imprimiram no seu corpo e na sua alma a sua composição da vida. Foram os encontros, a morte, os extravasamentos, os amores que se reconfiguraram no tempo. J. comenta consigo mesma, “Ah, o que é o tempo além do espaço entre a vida e a morte. Os dias são pedaços de vida que só têm importância se forem plenamente vividos”.

R. tem um nome. J. sabe o nome de R. Isso não lhe dá poder, pensa, mas dá-lhe a alegria de sabê-la mais do que uma usuária.

R. não é uma história contada por J. R. é uma história vivida, intensamente experimentada.

Só tenho a agradecer-lá por sua generosidade em me deixar vivê-la. Nem sempre sobrevivemos às histórias contadas... eu saí apenas outra, R., infelizmente, não. Pela sua memória é preciso que continuemos a contar histórias e lutar para que sejam histórias de vida e não contos de uma morte anunciada (Fragmento do diário de campo cartográfico de J.)

Referências

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

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: G. DELEUZE, Michel Foucault, filósofo. Barcelona, Barcelona, Espanha: Gedisa, 1990, pp.155-161.

FRANCO, T. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG. In: E. Merhy, & T. e. Franco, O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

GONÇALVES, J. A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 e seu efeito no cuidado aos pacientes oncológicos –Tese (doutorado), Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, 2016.

GONÇALVES, J. Cuidados dos pacientes oncológicos em fim de vida: um debate necessário. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, 2013.

MERHY, E. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E. Comentário inserido em Supervisão de trabalho de tese, em 13 de maio de 2016.

RANCIÈRE, J. A associação entre arte e política segundo o filósofo Jacques Rancière. Revista Cult. (G. L. Viana, Entrevistador), 2010.

Encontros de olhares: ensaiando carto(foto)grafias com usuários de drogas

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes

No cenário contemporâneo das sociedades capitalísticas ocidentais, flashes dos fotógrafos midiáticos, conjugados às produções discursivas hegemônicas jurídicas e científicas, dão luminosidade ao corpo de usuários de drogas. Produção de imagem fotográfica do sujeito infame, na condição de corpo-drogado, corpo que contrasta com as outras imagens clichês enunciadoras do corpo belo, saudável e perfeito para ser consumido. A partir da teia de imagens clichês do contemporâneo, esta escrita se compôs com fragmentos de uma pesquisa de mestrado em Psicologia Social, com o objetivo de compor olhares, corpos, desvios e devires com os ditos sujeitos infames, corpos drogados. Nesse sentido, versa sobre uma experiência de encontros com usuários de drogas e outros moradores de um município do interior do recôncavo da Bahia. Os encontros com usuários de drogas (crack, maconha e álcool) foram guiados pela proposta de produção de fotografias realizadas pelos próprios usuários de drogas. Os primeiros passos de aproximação com os parceiros seguiram a direção de fotografar a partir do que era importante em suas vidas, mas em tempo, nos desviamos do risco da teia da representação e não confronto de imagens, que esta proposta poderia favorecer, e nos deixamos guiar por outra pista tensionadora das imagens clichês: produzir imagens fotográficas a partir da própria relação do usuário com as drogas. O corpo-drogado na mira da fotografia e do ‘olhar de si’, olhar atual/virtual. Para acompanhar o processo de composição de olhares e experimentação do pensamento com os parceiros deste estudo, investimos na cartografia como método de pesquisa-interferência. Com o recurso tecnológico da câmera fotográfica, ensaiou-se a carto(foto)grafia, dispositivo de subjetivação, produtor de rachaduras nas lentes que apontam modos estereotipados de produzir e ver as imagens dos usuários de drogas. Na composição do corpo teórico, fomos afetados pelos traços do pensamento dos filósofos da diferença, Baruch Spinoza, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Friedrich Nietzsche e afins.

Ensaio i: avistando um método, misturando olhares

Nossa pesquisa estava diante de uma questão desafiadora: pensar a temática dos usos de drogas e dos seus usuários no contexto da contemporaneidade das sociedades capitalísticas – do corpo drogado, corpo infame -, acompanhado da inquietação de encontrar um método, um caminho, que viabilizasse o objetivo que intencionávamos que era ofertar condições de possibilidade para a produção de imagens/olhares fotográficos por parte desses mesmos usuários. Na mira do encontro de olhares entre pesquisadores e atores passantes, um imperativo se fez presente: pensar o encontro do “olhar” trouxe a necessidade do “olhar para pensar” e assim acompanhar os seus efeitos no percurso de produção de conhecimento. Para acompanhar os efeitos da experimentação do olhar, optamos por investir na cartografia como método de pesquisa-interferência. Tal método, de entrada, trata de reverter o sentido tradicional da palavra método “não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que

traça, no percurso, suas metas” afirmando um hódos-metá, como efeito desta reversão (Passos; Barros, 2009a, p. 17). Assim o método, compreendido como modo de fazer, não é situado como ‘o’, mas como ‘um’ modo de realização de mudanças na constituição/ produção da pesquisa/pesquisador/mundo. O método cartográfico, portanto, se constrói no movimento do próprio pesquisar, levando em consideração o que tudo ou quase tudo que o rodeia, circunda, fazendo com que o conhecimento se construa ao mesmo tempo em que constrói a paisagem da pesquisa. É um desenho que acompanha e que se faz no mesmo tempo que os movimentos de transformação das paisagens. Como nos aponta Rolnik (2011), uma das principais tarefas do cartógrafo é se abrir ao que devém, dar língua aos afetos que pedem passagem. Dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades do seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, deixe emergir e devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago. A escolha pelo método cartográfico implica no comprometimento do “pesquisar inserida” e habitar um “espaço existencial” (Alvarez; Passos, 2009), produzir sentidos e ser produzida por todos que nele habitam de forma passageira, apesar de não se saber ao certo este tempo de duração. Como na montagem de um mosaico, o cartógrafo é ao mesmo tempo peça constitutiva e autor da composição do mosaico, no qual a imagem construída nunca é estática, as peças sempre se montam, desmontam e remontam o que se sabe, o que se desconhece e o que se cria. Movimento de criação, ensaios dos movimentos da vida que não está pronta, mas se apronta e se defronta com o seu desfazer e refazer permanente (Tadeu; Corazza; Zordan, 2004). O caminho do cartógrafo se faz ao se caminhar, ao seguir e acompanhar os percursos e as implicações nos processos de produção e conexão de redes e rizomas. Foi no curso da caminhada e do caminho que se buscou traçar pistas que pudessem descrever, problematizar, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência e os sentidos produzidos pelo(a) cartógrafo(fia), pois como salientam Escóssia, Passos e Kastrup (2009, p.10): A realidade cartografada se apresenta como um mapa móvel, de tal maneira que tudo aquilo que tenha aparência de “o mesmo” não passa de um concentrado de significação, de saber e de poder, que pode por vezes ter a pretensão ilegítima de ser o centro de organização do rizoma. O recurso tecnológico da câmera fotográfica foi utilizado nesta pesquisa como dispositivo de contágio, agenciamentos de desejos acompanhando o trânsito desejante e os encontros entre os atores passantes nessas trilhas, linhas embaraçadas de vida. Foi neste sentido que apostamos na carto(foto)grafia, uma metodologia que tem como aporte a cartografia aliada ao dispositivo da câmera fotográfica (entendido como produtor de imagens) e da escrita das narrativas. A partir deste ensaio articulamos a produção do olhar imagético com a produção da escrita narrativa engendrada nos encontros. Situamos e compomos a trama de saberes, práticas, os jogos de olhares e efeitos de subjetivação que atravessam a vida dos usuários de drogas nas suas caminhadas. O que vale dizer que se tratou de um caminhar com esses sujeitos, num plano de coengendramento (Passos; Barros, 2009). O uso da fotografia foi ofertado às pessoas que faziam usos de drogas “como condição para que o outro deixe de ser simplesmente objeto de projeção de imagens preestabelecidas e possa se tornar uma

presença viva, com a qual construímos nossos territórios de existência” (Rolnik, 2011, p. 12). A ênfase, então, não foi focar no conteúdo a ser revelado, mas sim no acompanhamento dos sentidos produzidos a partir desta experimentação ética, estética e política (Rolnik, 1993). Entendeu-se que a fotografia, mais do que um simples ato ou produto, pode ser um dispositivo de subjetivação e propagação de forças neste espaço “em que o olhar inscreve o sujeito no ato de fotografar [...] e como condição de possibilidades de invenção de si e de diferentes possibilidades de existência” (Oliveira; Tittoni, 2009, p. 138).

Algumas ideias na mão e uma câmera na cabeça

A passagem “câmara de espelho” é utilizada nesta cena como referência à imersão da pesquisadora no plano de experiência da pesquisa e composição com o método carto(foto)gráfico. As cenas dentro das cenas, utilizadas como guia de imersão neste ensaio carto (foto)gráfico se inspira nesta alusão, nos reflexos de imagens que fazem a composição da imagem refletida em outras. Como funcionava a câmara de espelhos? Câmara de espelhos: compartimento aberto formado por estilhaços de espelhos em todos os seus lados. Quem podia entrar em seu interior encontrava a surpresa de um “dentro” a céu aberto. Lá dentro/fora todos que se olhavam se atraíam pelo que viam. E o que eles viam? Reflexos de olhares perdidos, esfomeados por outros olhares, vagantes e movidos pela atração do olho alheio. E quem desejasse sair da câmara? Sairiam somente aqueles que conseguissem juntar todos os pedaços de suas imagens partidas. Eis a condição para achar a saída pela porta aberta do espelho vazio. E de repente ela se viu em uma câmara de reflexos. Uma caixa fechada formada por espelhos em todas as suas dimensões era o seu novo caminho. O sistema que era aberto se fechou pelo excesso de imagens refletidas. Todos disputavam o encontro da sua imagem ‘verdadeira’, condição para alcançar a liberdade e encontrar a saída. E foi assim que ela teve uma ideia: fotografar os olhares vagantes refletidos nos fragmentos de espelhos. Começou a escrever sobre o olhar que lhe olhava, sobre o que via e sobre aquele olhar que partia. Uma escrita com imagens, afecções de um corpo encontrando a carto (foto) grafia. O olhar, imerso no ver-devir, se despede do por vir. Não mais desejou sair do espelho rachado, refletor de imagens sem imagens.

Começo com um olhar que não sabe o que encontrará pela frente, nem como será olhada pelos outros olhos que habitarão esses compassos. Começo com os olhos ávidos a encontrar surpresas e atentos para não deixá-las passar despercebidas. Isso pode acontecer se em algum momento do percurso o olhar fixar em um ponto de vista que pode se tornar um ponto cego. Ponto de vista distraído, mas atento às surpresas do olhar que chega e que pode trazer o outro possível, não necessariamente o outro desejável. Sigo com algumas ideias na mão e uma câmera na cabeça. A fotografia começa na imaginação. Como fixar as imagens refletidas? Os reagentes afetivos dispensam os químicos, na revelação/experimentação do que está por vir. O papel fotográfico e a tela digital se articulam. “As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa - o hódos-metá da pesquisa”

(Escóssia; Passos; Kastrup, 2009, p. 13). A partir desta perspectiva processual, nestas cenas, convidamos atores para protagonizar os ensaios fotográficos, aqui chamados de ensaios carto(foto)gráficos. Seguimos, inicialmente, como pista/orientação, alguns critérios para participação/composição da pesquisa: ser usuário de drogas lícitas e/ou ilícitas; ser ou não referenciado por serviço da rede de atenção psicossocial do município; ter interesse em experimentar a construção de uma relação com o mundo das imagens via máquina fotográfica, com a finalidade de produzir agenciamento, imagens, sensações, movimentos. Outras pistas orientadoras foram surgindo. Dentre elas: propiciar espaços para conversar sobre a vida dos parceiros da pesquisa e a relação com os usos de drogas. Favorecer encontros para produção das fotografias. Sugerir a composição de grupo com a proposta de uma oficina coletiva de fotografias. Indicar a proposta de revelar as fotos analógicas e digitais. Conversar sobre os encontros, sobre as fotos produzidas pelo coletivo e os efeitos dos agenciamentos. Compor a escrita narrativa com os parceiros. Produzir sucessão de encontros coletivos mediante discussão dos sentidos produzidos em cada cena fotográfica. Produzir uma escrita encarnada para composição desta pesquisa com os parceiros. No andar do próprio processo da pesquisa incorporamos um modo de fotografar que atendia ao desejo de fotografar junto com outra pessoa, encontro de olhares que propiciava um agenciamento usuário-máquina, usuário-imagem, usuário-sensação, usuário-movimento, usuário-cartógrafo. Como tema disparador para guiar a produção de imagens fotográficas, inicialmente pensamos focalizar “o que seria importante para o usuário fotografar em sua vida”, já que pensávamos que o tema das drogas, se fosse enunciado diretamente, poderia criar resistências. Após algumas análises críticas, a partir das afecções no encontro da qualificação de mestrado, percebemos que através dessa pergunta poderíamos cair na cilada da representação e do não enfrentamento/confronto de imagens, o que diverge do caminho político e ético da pesquisa que era fotografar a partir da relação do usuário com as drogas. Mas tal tema, se desdobrou em outros, tais como: “o que é importante fotografar”, “o que atrai o olhar”; “o que é importante narrar”; “como o fotografar afeta a vida do fotógrafo”; “como a fotografia afeta o fotógrafo-usuário de drogas”; “como as imagens midiáticas e os discursos vigentes jurídicos e científicos afetam a vida dos sujeitos infames”; “como a pesquisa afeta a vida”. Os conteúdos das fotografias foram definidos pelos sujeitos, as cenas eram clicadas pelas afecções do corpo. Teve-se o cuidado de deixar explícito para os parceiros que teriam total liberdade de escolha nas cenas a serem clicadas, mas orientadas pelos objetivos da pesquisa e pelas questões disparadoras. Ao longo dos encontros, a partir dos efeitos produzidos nos parceiros da pesquisa, decidimos os encontros seguintes e suas finalidades. Vale ressaltar que os mesmos receberam informações precisas acerca das ideias da pesquisa, das condições orientadas pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos, das possíveis etapas, bem como suas finalidades e usos, do mesmo modo foi solicitado consentimento para utilização das fotografias produzidas, bem como das narrativas, de acordo com os objetivos da pesquisa. A ausência de conhecimentos técnicos, habilidades e experiência prévias com a fotografia não interferiram nos efeitos da pesquisa. Para compor as narrativas que acompanharam o engendramento do pensamento, neste

plano de composição da pesquisa, seguimos certa política da narratividade como orientação de sua elaboração “a restituição de um processo de pesquisa-intervenção através do diário cria um plano em que pesquisadores e pesquisados se dissolvem como entidades definitivas e pré-constituídas.” (Passos; Barros, 2009, p. 175). Alguns encontros foram gravados e posteriormente transcritos para o diário de campo. Composto com os registros e afecções do diário de campo, o íntimo da experiência se dissolve e deixa de dizer respeito ao plano privado, passando ao plano público de sua produção, o qual é encarnado por muitos.

Justo uma imagem: para pensar a imagem do corpo

Além dos apontamentos de Barthes (2018), cabe aqui sublinhar a importância para nós do pensamento spinozista para analisarmos a produção de imagens fotográficas como tentativa de conservar, através de uma cena tornada imagem-estática, aquilo que sempre passa e sempre entra em defasagem: o corpo e suas afecções. No corolário da proposição 13 da *Ética*, Spinoza (2011, p. 61) afirma “o homem consiste de uma mente e de um corpo, e que o corpo humano existe tal como o sentimos”. De acordo com o pensamento spinozista, a mente é unida ao corpo e se distingue deste apenas pelo atributo e não pela substância. Sendo um modo do pensar ou um atributo do pensamento, a mente produz ideias acerca de seu objeto, o corpo. O que equivale a dizer que a mente é a ideia da ideia, ou seja, a ideia das afecções do corpo. Na *Ética*, Spinoza chama de “imagens das coisas as afecções do corpo humano, cujas ideias nos representam os corpos exteriores como estando presentes, embora eles não restituam as figuras das coisas. E quando a mente considera os corpos dessa maneira diremos que ela os imagina” (Spinoza, 2011, p.68). Na passagem expressa pelo filósofo: Um romano passará imediatamente do pensamento da palavra pomum, [maçã] para o pensamento de uma fruta, a qual não tem qualquer semelhança com o som articulado [...] o corpo desse homem foi, muitas vezes, afetado por essas duas coisas, isto é, ouviu muitas vezes a palavra pomum, ao mesmo tempo que via essa fruta (Spinoza, 2011, p. 70)

O filósofo Amauri Ferreira em sua leitura spinozista afirma: “o homem da imaginação, por ter o seu corpo já habituado a ser afetado da mesma maneira, não se permite novas experimentações com o seu corpo para que outras imagens sejam produzidas e, simultaneamente, para que novas ideias dessas afecções sejam produzidas pela sua mente” (Ferreira, 2009, p. 38). O que vale dizer que somos habituados a pensar por imagens, a imaginar que pensamos, quando na verdade apenas seguimos o roteiro de concatenação das afecções de nosso corpo, percebidas pela mente.

É nesse sentido que Spinoza expressa na *Ética* que “a mente não tem, de si própria, nem de seu corpo, nem dos corpos exteriores, um conhecimento adequado, mas apenas um conhecimento mutilado e confuso” (Spinoza, 2011, p. 75). Constatamos a importância do pensamento spinozista na discussão sobre a representação da realidade, na qual o homem se habitua à repetição das coisas mesmas e a julgar a realidade/veracidade das

coisas, dos corpos a partir do que imagina, dito de outro modo, a partir das ideias das suas afecções. Nesta direção, Spinoza refere na Quarta Parte da Ética que a servidão humana é produzida quando “o homem submetido aos afetos não está sob seu próprio comando, mas sob o do acaso, a cujo poder está a tal ponto sujeitado, que é muitas vezes, forçado, ainda que perceba o que é melhor para si, a fazer, entretanto, o pior” (Spinoza, 2011, p. 155). Mas se as ideias das afecções, ou seja, a mente e o seu objeto de conhecimento, o corpo, são existentes em ato, logo, passamos a entender a fotografia como uma tentativa frustrada de conservar o corpo que escapa e passa, como própria condição de existência. Na direção do pensamento spinozista, até mesmo a experiência de olhar a foto pode gerar outras afecções distintas daquelas experimentadas no “quando” o corpo foi fotografado. Sobre a imagem que se vê em uma foto, podem se sobrepor as lembranças e associações de outras imagens através das ideias das afecções percebidas pela mente. Nesse sentido, quando vemos uma fotografia, a experiência de visualizar uma imagem (encontro de corpos registrados numa imagem) diz mais sobre o estado atual de nosso corpo (do corpo que olha a foto), do que sobre o estado dos corpos exteriores (aquele visto na composição da fotografia). A partir desse pensamento compomos com Spinoza (2011, p. 131) quando refere que: “cada um julga, de acordo com o seu afeto, o que é bom e o que é mau, o que é melhor e o que é pior”.

Considerações finais: sobre as entradas e saídas de um rizoma

Tecer considerações “finais” acerca do movimento de “entrada/saída” de um rizoma se aproxima de uma inquietação atrelada às possíveis implicações envolvidas no processo de produção de uma pesquisa carto(foto)gráfica. Como, por exemplo, a familiaridade/proximidade da aprendiz de cartógrafa e o território escolhido para imersão/produção de conhecimento desta pesquisa. Neste ensaio carto(foto)ográfico, uma fotografia não prevista e não vista inicialmente pela aprendiz de cartógrafa: a imagem fotográfica que os moradores do município carregavam dentro de suas cabeças, o modo como eles me viam. Não havia uma cartógrafa dada, mas já havia ali uma imagem instituída, que se afastava em muito da imagem da cartógrafa em produção. Na verdade, a imagem da cartógrafa só existia dentro de minha cabeça. O confronto entre as imagens fotográficas, planejado para acontecer como parte das oficinas de fotografias com grupos de usuários de drogas, foi já de início inviabilizado por alguns complicadores decorrentes também dessa situação. Não se faz a pesquisa que se quer, mas a pesquisa que se pode fazer. Quando apostamos em um movimento de pesquisa carto(foto)gráfica, o corpo é lançado a se aventurar nas surpresas dos (des)caminhos. De um tropeço, de um desvio do projeto encomendado para levar/agenciar com o campo, se arrancaram graus de potência e se investiu em outras formas, movimentos e olhares. No lugar de localizações dos erros ou acertos, estão ali os movimentos, os afetos que expandem ou refreiam a nossa potência de agir. No percurso do pesquisar, abriu-se fendas, ocupou-se das fronteiras do olhar e deixou-se tocar pesquisa e vida, núpcias, plano de potência farto de devires. Neste ensaio de olhares, o encontro com os parceiros desta pesquisa possibilitou delineamentos distintos no processo de produção

de imagens. “do que era importante para você na vida?”, aparecia a imagem da bebida, e se misturavam a ela, fotografias de paisagens e de cenas alegres. Gostava do seu interesse pelo mundo das imagens! Neste plano, não saímos da molaridade. Pequenas fissuras nas lentes de uma “má consciência” moral abriram possibilidades para outros modos de ver-se a si mesma. Retomo a pergunta levada na entrada do rizoma: porque aliar a pesquisa em psicologia social com fotografias? O exercício de acompanhar os movimentos do olhar arrasta o próprio corpo da aprendiz de cartografia. Do movimento de olhar o que está fora, direciona-se para olhar o entorno e olhar a si mesmo. Pesquisar para violentar o olhar, ultrapassar a si, abandonar o órgão da visão e passar a ver com o olhar-corpo, corpo pensamento. Neste sentido, as pontas de presente arrastam o corpo da aprendiz de cartógrafa a pensar com o cuidado de si. Olhar com a lente do cuidado de si. Acoplá-la não ao órgão da visão, mas ao corpo- corpo pensamento- corpo olhar-pesquisar para olhar a si- cuidar de si e do outro. Corpos na liga da pesquisa e da vida em (de)composição. Nas linhas tortuosas da ética de si, o cuidar de si perpassa pelo aprender a olhar com o corpo. O corpo (de)vi(r)são. Pesquisar e viver traz a sede de prudência e de violência. No movimento de traçar uma linha de desfecho desta composição carto(foto)gráfica, indago aos parceiros leitores: como se dá o movimento de saída ou desfecho de um rizoma? O rizoma tem múltiplas entradas e saídas, é conectável em todas as suas dimensões, como nos ensinou Deleuze e Guattari. Logo, talvez seja necessário um pouco de artistagem e malandragem para sair de suas tramas conectivas. Uma vez que ao pensar que se consegue fechar um rizoma, ele nos arrasta para outros movimentos e velocidades. Como um filete de raiz, que quando podado, se amplia, se renova com o movimento de corte.

Na pesquisa e na vida, ver, é dar a volta inteira. E o que vai ficar na fotografia? Quem sabe as marcas de um corpo passando... um no outro, um com o outro. “Mas o malandro, anda assim de viés, deixa balançar a maré e a poeira assentar no chão”. “Malandro, só peço, favor, que te tenhas cuidado [...]”. Elza Soares e Chico Buarque

Referências

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L.. (orgs.). *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa Intervenção e Produção de Subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 131- 149.

BARTHES, R. *A câmara clara: nota sobre a fotografia*. Trad. Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

ESCÓSSIA, L.; PASSOS, E.; KASTRUP, V. *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa Intervenção e Produção de Subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009a, p. 7-16.

GUEDES, L. F. B. *Encontros de olhares: ensaiando carto(foto)grafias com usuários de drogas*. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2013.

OLIVEIRA, R.. Entre Formações e In(ter)venções Fotográficas-Produções na Assistência Jurídica Universitária. In: TITTONI, J. (org.). Psicologia e Fotografia Experiências em Intervenções Fotográficas. Porto Alegre: Ed. Dom Quixote, 2009.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cadernos de Subjetividade. Vol. 1, n. 2. São Paulo. 1993.

_____. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Ed. Sulina, 2011.

SPINOZA, B. Ética.Trad. Tomaz Tadeu. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

TADEU, T.; CORAZZA, S.; ZORDAN, P. Linhas da escrita. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

Quando formar desenha o cuidar: provocações

Maria Paula Cerqueira Gomes
Flávia Fasciotti Macedo Azevedo
José Carlos Lima de Campos
Leiliana Maria Rodrigues dos Santos

*A poesia está guardada nas palavras — é tudo que eu sei.
Meu fado é o de não saber quase tudo
Sobre o nada eu tenho profundidades.
Não tenho conexões com a realidade.
Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro.
Para mim poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas).
Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.
Fiquei emocionado.
Sou fraco para elogios.*

(Manoel de Barros)

Iniciamos nossa conversa propondo colocar em movimento as palavras que compõem o título deste texto, de modo a estabelecer algumas provocações nas relações entre o formar e o cuidar. Esse movimento nos convida a brincar de perguntar. Chamamos o leitor para essa roda de conversa, inspirados por alguns autores, tais como Merhy, Feuerwerker, Bertussi, que nos ajudam a intensificar essas provocações (Merhy et al., 2016).

O primeiro tema a entrar na roda é o sentido do trabalho no campo da saúde. Podemos pensar que nossas práticas de saúde, que nossos atos clínicos podem desafiar, criar e/ou repetir modos e padrões hegemônicos de produzir o cuidado na saúde. Defendemos que para compreender melhor as dimensões e as lógicas que operam, por exemplo, no ato de construir um plano comum de cuidado, um projeto terapêutico singular, de prescrever um procedimento, de propor uma ação individual ou coletiva é preciso olhar para um dos sujeitos dessa ação e seu ato: o trabalhador de saúde.

Ao convidar para essa aproximação, para esse olhar propomos aqui que todos nós façamos uma dobra, uma volta para nós mesmos. Para isso, gostaríamos de chamá-los, neste momento da leitura, a uma reflexão sobre o dia a dia dos diferentes espaços que cada um compõe, de seus cotidianos vividos nos processos formativos e no trabalho em saúde. Façamos dessa reflexão um lugar para o exercício de algumas questões. Afinal, do que se trata ser um profissional de saúde? Em que consiste formar profissionais de saúde? Para quê? O que nos orienta nessa formação? O que orienta o fazer de um psicólogo, de um enfermeiro, de um médico, de um assistente social, de um terapeuta ocupacional, dentre outros? O que torna uma pessoa, ao se graduar em cada uma dessas profissões, um profissional de saúde? Quais ferramentas “clínicas, teóricas, conceituais” devemos possuir para estar habilitado a cuidar de alguém? Essas ferramentas dão conta do cuidado pretendido? O que é específico e o que deve ser comum nessas formações?

Para além de buscar responder a tais indagações, nossa aposta tem nesse conjunto de questionamentos uma estratégia de reflexão sobre nossas práticas, revelando determinadas marcas — conceitos, valores — que norteiam nosso fazer diário. Muitas vezes, essas marcas são invisíveis, mas nem por isso deixam de influenciar o cotidiano de trabalho e de formação.

De que forma esse primeiro conjunto de questões pode produzir um debate com os nossos colegas de profissão, com as equipes, com os estudantes a respeito de quem seriam os usuários e sobre suas diversas demandas? De quem tratamos? Como se trata? Cuidar é tratar? Quais os efeitos desse tratar? Há um protagonismo no/do tratar? O desenho do tratamento é construído com ou sem o sujeito que sofre? Qual é o impacto do tratamento na vida das pessoas? Ao tratar alguém, aumentamos ou reduzimos as possibilidades de laços sociais, de contratualidade, de autonomia, de qualidade de vida?

Pensar esse segundo conjunto de questões, a partir das diversas experiências do cuidado nos territórios da vida, possibilita refletir e olhar para diferentes concepções e para seus efeitos nos cotidianos do trabalho. Na sala de aula, nos ambulatórios, no hospital, na rede de assistência, nos diferentes territórios ou espaços de produção do cuidado, como nós — professores, estudantes, técnicos, pacientes — enfrentamos essas questões? Nós as institucionalizamos, as cronificamos, as medicalizamos? Reduzimos o sofrimento e o sujeito a uma narrativa única ou, como nos diz Emerson Elias Merhy (1998; 2008), produzimos substitutividades que ampliam a existência?

[...] Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se por meio de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (Merhy, 1998, p. 3).

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 (Merhy; Feuerwerker, 2008, p. 16).

Considerar esses diferentes lugares onde nossas redes existenciais são produzidas nos faz pensar: nosso ato de cuidar produz, amplia ou reduz as formas de andar na vida? Como tomamos em análise um percurso de um chamado tratamento difícil, caso complexo? Como produzimos conhecimento com os estudantes, com o usuário, com sua família, quando esse se apresenta agitado, agressivo, resistente ao tratamento?

Como respondemos a essa demanda que chega? Incluímos a fragilidade, a tensão, o erro, a precariedade, a falha, a dimensão dos riscos no desenho do tratamento ou nos utilizamos da orientação epistemológica de que uma vez formulado o diagnóstico ele é autoexplicativo: identifica, descreve e garante as estratégias de ação, então não há nada mais a se pensar? Isso acontece por que o diagnóstico revela uma conduta única? Enquanto profissional de saúde, convido o sujeito que sofre, independentemente da sua idade ou da sua doença, a pensar sobre sua própria vida, sobre seu tratamento ou vivo a crença de que meu conhecimento e minha especialidade me habilitam a saber mais sobre o seu percurso do que o sujeito nele envolvido? Quem revela quem e o quê: o diagnóstico, o sujeito, o terapeuta, ou tudo isso ao mesmo tempo? Quem ensina? Quem aprende nesses processos de formação para o cuidar?

Abre-se, então, em ato, a possibilidade de se produzir, a cada encontro, um saber inédito sobre o doente, sua doença e sua vida. Um saber que produz conexões entre as competências e tecnologias a cada vez que é acionado, cujo efeito é possibilitar um conhecimento mais completo e complexo sobre a vida das pessoas e do agir em saúde. (Gomes, 2011, p. 72).

É nesse movimento, com muitas perguntas, que desejamos continuar as nossas provocAÇÕES nesta conversa. Entendemos que essas perguntas terão respostas diferentes de acordo com o que pensamos sobre quem é o sujeito que sofre e como eu, trabalhador e/ou formador em saúde, me posiciono nesse encontro. Como produzir conhecimento acerca desse encontro e, principalmente, como legitimar ou não o saber do outro nesse encontro? É possível reconhecer que há várias formas de saber e vários interlocutores na construção de saberes e de práticas de cuidado ou só há espaço para um único saber científico a operar como um regime de verdade acerca dos processos de adoecimento e sofrimento? Essas questões são trabalhadas com os estudantes, com os profissionais, com as equipes ou apresentamos a eles uma única racionalidade no cuidar, encarnada em uma lógica linear, independente da doença e do sujeito que se esteja trabalhando: conjunto de sinais e sintomas = diagnóstico = tratamento = evolução ou destino clínico?

Aproximemos essas perguntas a algumas situações comuns em nosso dia a dia no campo da saúde mental. Quando se trata pessoas com intenso sofrimento psíquico, em quadros graves de psicose adulta e infantil, com esquizofrenia, com transtornos invasivos do desenvolvimento, dentre outras situações, como trabalhamos esses diagnósticos com os estudantes ou com as equipes? Exploramos todas as dimensões que estão em jogo nessas situações? Reconhecemos alguns dos determinantes sociais críticos como a violência, a discriminação, o racismo estrutural, a pobreza, o isolamento, a exclusão, o desemprego, a falta de acesso às políticas públicas, à moradia como dimensões igualmente importantes a serem trabalhadas e incluídas nas estratégias de cuidado com essas pessoas? Nesse sentido, podemos pensar: há uma história natural da doença ou há uma história social da doença, no que se refere às suas diferentes expressões territoriais, individuais e populacionais? Trabalhamos tomando o processo de formulação de um diagnóstico como essência, como algo natural descolado da vida, centrado nas opções

de tratamento biomédico com foco na doença e não nos sujeitos doentes? Quem já não ouviu e/ou foi o responsável pela produção da seguinte afirmação, muitas vezes presente nas equipes: “faço um tratamento de manutenção”, ele é autista, é psicótico etc. O que seria um tratamento de manutenção? Trata-se de manutenção de quê? Quando ouvimos e lemos o termo “fora de possibilidade terapêutica, tratamento mantido”, significa não caber na vida? Precisamos nos perguntar: toda a nossa existência pode ser descrita com base em uma única ação de manter, sustentar, consertar ou conservar alguma coisa, algo ou alguém?

Suspendemos, nem que seja por alguns ínfimos minutos, as nossas convicções epistemológicas para estranhar, em sua radicalidade, essa situação que reduz a vida, a existência a um conjunto de sinais e sintomas? Como é construído esse diagnóstico? A quem ele serve? Ele ajuda a tratar e a olhar para outras dimensões ou limita o tratar? Tomo o diagnóstico como um dos processos fundamentais na construção do tratamento ou ele que define todas as estratégias que compõem o tratamento? Onde fica o sujeito e sua história? Como são construídas as narrativas que irão compor o plano de cuidado/ terapêutica do sujeito que tratamos? O que andamos produzindo nos nossos espaços de formação, nas nossas equipes? Como problematizamos esse conjunto de questões? Não há o que se interrogar?

A esta altura vocês devem estar se perguntando quando vamos parar de perguntar e passar a explicar. Provavelmente iremos desapontá-los. Na verdade, defendemos a construção de espaços no mundo do trabalho e da formação que nos habilitem e nos autorizem a perguntar, a estranhar e a problematizar o vivido, e o apreendido. Ao estranhar, é preciso parar para olhar o que se pensa, o que se fala e o que se faz. É preciso pensar e problematizar os efeitos de nossa clínica e cuidado na vida de cada pessoa que sofre. Propomos aqui a defesa do questionamento, da problematização do vivido, da experiência e do estranhamento como um método. Um método que atenda à formação de profissionais de saúde e à produção do cuidado.

Nesse sentido, no ato do cuidado em saúde, sustentamos — com os nossos estudantes, com nós mesmos, com as nossas equipes — que não é possível saber previamente tudo sobre aquele sujeito nem fazer com que ele se encaixe na técnica adotada ou que se pretende adotar? Conseguimos, no cotidiano de nossas ações, seguir sustentando a posição de não saber, mas de querer saber sobre aquela pessoa que nos solicita um cuidado, ali no momento do encontro ou produzimos a certeza de um único saber? Afinal, nada do que é humano nos deve ser estranho. Concordar com essa afirmação não pode ter como efeito autorizar um profissional de saúde a reduzir ao fenômeno do adoecimento tudo aquilo que lhe é diferente, que venha do sujeito que está lhe demandando um cuidado.

Os processos formativos, os processos de produção de cuidado precisam fabricar intercessores, caixas de ferramentas capazes de contribuir com estratégias de redução

de danos, de mitigação do sofrimento como tecnologias de cuidado, como exercícios e experimentação para que o mundo se torne possível para cada um, em suas diferenças, em suas existências. Mundos onde essas existências e suas diferenças sejam reconhecidas e não destituídas de forma violenta.

É preciso fabricar intercessores que possam disputar narrativas sobre formas de ver o mundo onde todas as vidas valham a pena. Não estamos falando aqui apenas das formas de vida humana, mas de toda a vida na terra que existe há bilhões de anos antes da nossa existência. É preciso fabricar intercessores que substituam essas formas utilitárias e consumistas, como nos diz Ailton Krenak (2020, 4min37), de estar no mundo: “[...] onde os saberes (e ousamos incluir aqui algumas formas de cuidado) contribuem para uma lógica que classifica, discrimina e seleciona o que pode continuar existindo e o que pode ser deletado”.

Mais do que nunca, há uma imensa responsabilidade ética e pública que todos nós devemos assumir! De fato, colocar nosso trabalho, nossos saberes em prol da fabricação de outras lógicas de existir e, como já afirmamos anteriormente, não se faz isso sem um intenso exercício de desaprendizagem do já visto e sabido como regimes de verdades!

Essa posição reflete uma aposta ético-estética-política de leitura do mundo, que não é necessariamente boa ou ruim, é apenas uma escolha. Posição em defesa da multiplicidade, do olhar para a produção de um cuidado plural, de um cuidado no qual muitos são os protagonistas: o sujeito que sofre, sua família, o terapeuta, os outros, enfim, todos aqueles que se encontram nesse acontecimento. Convidamos vocês a experimentarem essa possibilidade. Pelo menos uma vez, em seus cotidianos, abram essa possibilidade de olhar o tratamento em saúde, o exercício da clínica, da produção do cuidado e da formação de quem se disponibiliza a esse encontro do/no cuidado, atravessado por múltiplas racionalidades, olhares, afecções e depois confirmam seus efeitos no trabalho.

Contaminados por essa enxurrada de questões, propomos, a partir de agora, revisitar dois dos principais campos de força que disputam narrativas sobre o entendimento do que é saúde, do que é adoecimento e de como as diferentes especialidades que têm o mandato terapêutico de cuidar de outro — as quatorze profissões da saúde — produzem conhecimento sobre esse cuidar, formam pessoas, organizam a clínica e produzem consequências no tratamento.

Cabe lembrar que esses campos estão em permanente disputa, em permanente tensão no cotidiano de quem cuida, de quem produz conhecimento sobre o cuidar, inclusive na própria ciência da saúde. O primeiro campo de força é pautado no que vamos chamar de racionalidade linear, mono tematicamente centrada, como aquela que apresentamos anteriormente. Ao utilizá-la como forma de explicação do que nos acontece, do vivido, dos encontros com os estudantes, com os profissionais e com as

equipes, reconhecemos como seus efeitos a produção de uma formação, de uma clínica, de uma produção do cuidado mono tematicamente centrada. Nessa perspectiva, o diagnóstico é autoexplicativo, ele revela a verdade do sujeito, porque revela a patologia, a entidade — como o próprio nome diz — mórbida. Há uma reificação do diagnóstico, ele é separado do indivíduo doente. Torna-se uma entidade abstrata que tem valor de determinar generalizações universais.

O indivíduo, o sujeito é reduzido a um objeto meramente quantificável, ele é a soma correspondente de seus sintomas. Logo, o tratamento prescrito é sempre possível de ser generalizado, universalizante, padronizando e sinalizando as ações e os projetos terapêuticos. Trata-se do retorno à velha máxima: para um conjunto de sinais e sintomas, temos um determinado diagnóstico que corresponderá a uma determinada intervenção terapêutica, que, por sua vez, determinará o destino do sujeito e as formas de seguir sua vida. Neste momento, trazemos para a nossa companhia a Professora Madel Teresinha Luz, para iluminar essa lógica. Diz ela que essa forma de organizar a intervenção clínica centra-se no deslocamento epistemológico que as ciências da saúde realizaram, deslocando o tratamento da arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças. Esse campo de força centra-se nas doenças ao invés de teorizar sobre a saúde, sobre a vida ou sobre a cura.

Por meio das categorias de: doenças, diagnósticos, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma e etc, as ciências da saúde instauram-se como um discurso sobre objetividades e neutralidade. Discurso que institui: a doença e o corpo como tema de enunciados positivos, científicos (Luz, 1988, p. 91).

Neste exato momento é que “[...] a saúde passará a ser vista não mais como afirmação da vida, mas como ausência de patologia” (Luz, 1988, p. 92). A operação clínica que está em jogo para se pensar a intervenção terapêutica para os usuários centra-se na eliminação da complexidade. Tratar, cuidar significa conhecer por meio da divisão, classificação para depois determinar relações sistemáticas entre o que se separa. Assim, o rigor científico afere-se pelo rigor das medições (Santos, 2010). O que não é quantificável é cientificamente irrelevante, talvez resida aqui parte da justificativa daquilo que chamamos de furor dos checklist sintomáticos (Luz, 1988).

O outro campo de forças é fundado no que chamaremos de coexistência de “múltiplas racionalidades”, multiprotagonista centrado. Toma como pressuposto para operar o trabalho o argumento fundamental que não se pode deslocar o entendimento de que a matéria prima das ciências da saúde e das ciências humanas é o homem. A ação humana é radicalmente subjetiva. A vida humana não pode e não deve ser entendida como um fenômeno natural e, portanto, não pode ser descrita e explicada com base em suas características exteriores e objetificada (Luz, 1988). Os efeitos dessa afirmação na área da saúde nos levam a entender que a vida é um fenômeno complexo, que compreende múltiplas racionalidades, múltiplas dimensões e, portanto, múltiplos

processos de adoecimento (Santos, 2010). A já repetida equação linear, conjunto de sinais e sintomas é = a um diagnóstico = tratamento = a um destino, é problematizada em sua lógica, porque ela elimina o ator principal desse processo, o sujeito, esteja ele vivenciando qualquer fase do desenvolvimento. Há, aqui, o reconhecimento de que a ação humana fala, antes de tudo, de um sujeito, vivo em ato, que revela sempre as múltiplas formas de expressão da existência humana, no qual sua história, seus laços sociais, sua forma de entender e lidar com o adoecimento, vida, morte, jogam um peso fundamental na sua forma de viver (Luz, 1988; Merhy, 2002).

Tomar uma direção de trabalho na produção da clínica e do cuidado ancorada nessa afirmação de múltiplas racionalidades tem, por exemplo, como outro efeito, o reconhecimento de que todo aquele que trabalha na área da saúde deve operar a sua ação centrada na defesa das vidas, para além da remissão da doença. Reconhecer que outros saberes “não científicos” como, por exemplo: o saber popular, o saber da família, do próprio sujeito, dos territórios, entre outros, nos fornecem elementos importantíssimos para pensar e conduzir cada acontecimento e plano de cuidado.

Para finalizar, pedimos emprestado a Deleuze e Guattari (1995) os conceitos de rizoma e de literatura menor. De literatura menor faremos um deslocamento conceitual para a noção de formação e práticas menores em saúde (Deleuze; Guattari, 2014).

Por quê? Porque operar com a noção de uma “prática menor” nos convoca a ação de produzir movimentos indiciários, “menores”, para enfrentar a produção de um cuidado ainda hegemônico centrado no procedimento, na medicalização e na serialização das práticas em saúde.

Olhar no nosso mundo do trabalho para aqueles movimentos muitas vezes quase imperceptíveis ajuda a revelar a multiplicidade das forças e tensões em disputa nesse território do cuidado dominado pela medicalização. O movimento indiciário dá visibilidade à potência criativa do trabalho em saúde, revela um mundo de práticas e de cuidado em saúde, éticos, responsáveis, acolhedores, acessíveis. Esse movimento revela um mundo do trabalho muitas vezes invisível aos olhos mais racionais, mais planejadores, mais estruturados. Ele acontece o tempo todo, está em trânsito, aqui, agora, lá fora, entre esses espaços onde circulam os trabalhadores de saúde, os estudantes, os professores, as pessoas. Quando se cultiva o tempo para reconhecê-los e recolhê-los, surge nesse mapa o trabalho vivo em ato, potente, criativo, substitutivo (Merhy, 1998; 2002). Um trabalho cotidiano que ainda faz valer os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ao contrário do que muitos pessimistas possam achar!

Uma aposta em um processo rizomático (Deleuze, 1995) é necessariamente uma aposta no singular, diferente daquele resultante do processo de subjetivação de massa. O conceito de rizoma em ação ajuda a pensar na possibilidade de reconhecer a emergência de novas abordagens conceituais e metodológicas nos vários lugares da rede de saúde e

dos diferentes territórios de produção do cuidado. Não há um ponto de partida, uma raiz de onde tudo dispara, um centro, nem um único sujeito da ação. Convoca a todos nós, atores nesse processo, a responsabilidade, a produzir devires com os sujeitos e as redes de conhecimentos. Não há um tempo, uma data, um fim, um método para produzir um conhecimento e um cuidado responsável, eticamente comprometido com a produção de vida, de autonomia, de alegria. Ele acontece e acontecerá “desde sempre”, pois diz de um espaço de expansão da vida, onde o homem se humaniza, constrói sua humanidade a partir da diferença.

Não se conquista com o uso de um método, de um instrumento, de uma estratégia, mas de um exercício! Trata-se do trabalho vivo em ato, multiprotagonista dependente, uma vez que o campo público, o sistema público, o serviço público, não é de um, mas emerge de vários protagonistas: do usuário, do profissional, do professor, do estudante, da população e de quem mais quiser chegar.

É necessário que a ocupação do SUS e dos seus programas setoriais, como por exemplo, o de saúde mental seja multiprotagonista centrado e responsabilidade de todos. É preciso que esse trabalho em ato faça conexão em rede, com o tempo, com o espaço e abra-se para múltiplos lugares onde os acontecimentos que indicam mudanças, renovações, são produzidos, muitas vezes, de forma indiciária, menor.

Portanto, meus caros, finda a apresentação desses dois campos de forças, eternamente em disputa, e da apresentação de alguns autores e seus conceitos-ferramentas que nos permitem operar a produção do cuidado, a formação e a política no campo público em saúde mental, terminamos, agora sim, essa conversa-provocação fazendo um novo convite: experimentar a potência do encontro com os usuários, com os territórios, com os estudantes, com as equipes na produção do cuidado. Nossa aposta é que essa experimentação fabrique intercessores que sejam capazes de abrir infinitos mapas de cuidado, infinitos movimentos, tantos quantos forem necessários, os mais justos e eticamente comprometidos com aquele que sofre e demanda um cuidado.

Afinal, eu me reconheço como um fabricante de intercessores para disputar e contribuir na criação de outros mundos possíveis, que cuida e forma pessoas para cuidar de sujeitos, de subjetividades e de produção de vida?

Referências

Ailton Krenak fala sobre um mundo utilitário. Publicado pelo canal SELVAGEM ciclo de estudos sobre a vida, 2020. 1 vídeo (4min37). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Wn0j1PMw8>. Acesso em 29 dez. 2021.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, G. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1. Editora 34, 1995.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Kafka, por uma literatura menor. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014.

DELEUZE, G. Foucault. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. O mistério de Ariana. Lisboa: Veja, 1996. p. 83-96.

DELEUZE, G. Os Intercessores. In: DELEUZE, G. Conversações. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992. p. 151-168.

FOUCAULT, M. Do governo dos vivos. Curso no Collège de France, 1979-1980 (excertos). Tradução de Nildo Avelino. Rio de Janeiro: Achiamé, 2010a.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. São Paulo: Ed Graal, 1979. p. 69-78.

GOMES, M.P.C. A formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área da saúde: uma conversa em três tempos. In: RIBEIRO, V. M. B. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: UFJF, 2011.p 67-76.

LUZ, M. T. Natural, Racional Social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988.

Merhy E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS C.R. et al. (orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-142.

MERHY, E. E. & CECCIM, R.B. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: provocações desde o Sistema Único de Saúde e sua Política Nacional de Humanização. Niterói: Mimeo; 2008.

MERHY, E. E. & FEUERWERKER, L. M. Seminário Nacional De Divulgação Dos Resultados Da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 2008, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/353982454_Atencao_Domiciliar_medicalizacao_e_substitutividade. Acesso em 27 dez. 2021.

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

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.M.; BERTUSSI, D. (orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidado em Saúde. Vol. 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MERHY, E. E. et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. In: MERHY, Emerson Elias et al. (orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Vol. 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 31-43.

RINALDI, D.L & LIMA, M.C.N de. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. Mental, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 53-68, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 out. 2021.

SANTOS, B. de S. Um discurso sobre as ciências. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

Processo de cuidado e o tensionamento na construção de vínculo

Kátia Santos de Oliveira
Ana Lúcia De Grandi
Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix
Mara Lisiane de Moraes dos Santos
Josiane Vivian Camargo de Lima
Rossana Staeve Baduy
Regina Melchior

Ponto de partida

O tema do cuidado é discutido por diversos autores que apresentam diferentes perspectivas. Dentre as definições está a de Feuerwerker (2013), o qual define que cuidar é algo da vida e não se restringe aos seres humanos. É um ato que diz respeito a todos os animais vivos. Tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio e com produção de vida. É tema da produção do humano e não é algo exclusivo da saúde. Mesmo com diferentes arranjos, ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de viver, está relacionado com a construção da teia de relações e encontros que conformam a vida (Feuerwerker, 2013).

No entanto, a definição de cuidado que melhor contempla a discussão a ser feita, ao longo deste texto, é a apresentada por Leonardo Boff que diz:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999, p. 12).

Complementado por Merhy (1999, 2014), que discute que o cuidado é um acontecimento, estabelecido a partir do encontro – intercessor –, em que o conjunto dos atos realizados produz um certo formato do cuidar. Para se produzir cuidado, é necessário desconstruir a definição técnica de necessidades de saúde, a partir da clínica e da epidemiologia (Bertussi, 2010). Dessa forma, abre-se espaço para que os usuários entrem no debate sobre necessidades de saúde, trazendo sua lógica de produção de vida para dentro da construção dos projetos terapêuticos que, de maneira dialógica, possibilitem a construção de novos arranjos para o enfrentamento das situações de saúde, buscando a autonomia dos indivíduos.

Em um período histórico mais recente, a atenção domiciliar (AD) ressurgiu como alternativa de organização da atenção à saúde (Merhy; Feuerwerker, 2008). No que se refere ao rearranjo tecnológico do trabalho em saúde, pode ser considerada um campo de tensões entre a reprodução do modelo biomédico de cuidado, por exemplo, com a transferência do cuidado do hospital para o domicílio, ou a produção de alternativas substitutivas e inovadoras de cuidado que se aproximam da integralidade, como relações mais horizontais entre trabalhadores, usuários e suas famílias, produzindo um cuidado singular, contínuo, integral e compartilhado, estimulando a ampliação da autonomia dos

usuários na produção de sua própria saúde (Merhy; Feuerwerker, 2008).

Segundo Merhy et al. (2016), as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda por meio do campo das profissões, procedimentos e protocolos, numa lógica burocrática e organizacional, a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões existenciais que perfazem os sujeitos. Complementam, ainda, dizendo que pesquisas realizadas com base na cartografia dos movimentos nômades de certos usuários-guias têm revelado quanto desconhecimento sobre o outro é produzido nas redes formais de saúde (Gomes; Merhy, 2014).

Diante do exposto, tomando como ponto de partida uma usuária do Serviço de Atenção Domiciliar, este texto busca problematizar e dar visibilidade a distintas situações em que a produção de vínculo e responsabilização está presente ou ausente nos processos de cuidado, e como isso impacta na existência da usuária e de sua família.

Construindo o campo da cartografia

Este texto compõe uma pesquisa de doutorado, com tese intitulada “O usuário-guia e as redes de cuidado: movimentos cartográficos de produção de vida”, que buscou analisar o cuidado produzido e compartilhado no sentido de atender às necessidades de saúde do usuário, assim como dar visibilidade aos movimentos produzidos, nos diferentes espaços/equipes cuidadoras e pelo próprio usuário e seus familiares, para articular redes e produzir cuidado, que se utilizou da abordagem qualitativa, cujo trabalho de campo foi embasado pela pesquisa cartográfica.

A abordagem cartográfica se iniciou por meio de um mergulho no cotidiano do trabalho das equipes, e a movimentação no campo foi orientada pelos encontros com os trabalhadores que nos conduziam por seus itinerários de trabalho. O objetivo nesse momento era a familiarização com o processo de trabalho. Tal fase ocorreu entre os meses de setembro de 2016 e fevereiro de 2017.

O segundo momento do trabalho de campo se deu no acompanhamento de uma usuária-guia e sua família. A vivência foi intensa e transcorreu durante os meses de março de 2017 a julho de 2018. Nesta fase os acontecimentos que a família nos sinalizava como relacionados ao processo de cuidado da usuária, sempre que possível, foram acompanhados, assim como pessoas – sendo ou não trabalhadores da saúde – e serviços que tinham importante participação nestes processos, fizeram parte dos caminhos percorridos nesta construção cartográfica.

Para a construção e imersão no campo, nos apoiamos em Rolnik (2016), que descreve como em um “Manual do cartógrafo”, os equipamentos que se levam para a sua experimentação: um critério, um princípio e uma regra. O critério seria o grau de intimidade, a depender das conexões estabelecidas no encontro e do seu grau de abertura

para isso; o princípio está relacionado à busca pela vida nos espaços de produção de encontro e o quanto dela se efetua; e, como regra, atenta-se ao limite que condiz com as desterritorializações que são suportadas – sendo cuidadoso com o outro e consigo mesmo.

O registro dos encontros foi por meio do diário cartográfico (Slomp Junior et al., 2020) e as conversas e narrativas construídas, assim como os encontros para processamento, foram gravadas em áudio. Encontros estes em que as discussões de conceitos preestabelecidos (sobre implicação, julgamento moral), nos auxiliavam a colocar em análise os afetos – sobrepondo as representações – que cada pesquisador trazia dos e para o encontro.

Estes processamentos foram importantes para trazer à tona as lembranças das conversas que, na maioria das vezes, foram intensas e longas. Ao ouvir repetidas vezes os áudios, foi possível dar ênfase às memórias e aos deslocamentos que vivemos e sentimos em cada um dos encontros.

**Cuidado para além do protocolar:
a tensão e a disputa entre as tecnologias do trabalho em saúde**

Aninha é uma criança de 6 anos que tem uma miopia não classificada, sua família é composta por pai (Antônio), mãe (Lilian) e duas irmãs mais velhas, uma de 20 (Patrícia) e outra de 15 anos (Cecília), esta com paralisia cerebral. Aninha foi adotada aos quatro meses e tem parentesco de consanguinidade com sua família, é sobrinha “biológica” de primeiro grau de seu pai adotivo.

Quando nasceu, Aninha morava em uma cidade próxima e, segundo a família, ela foi abandonada pela mãe “biológica” na casa da avó paterna, que, ao encontrar a criança na varanda de sua residência, ligou para os pais adotivos para que eles a ajudassem a cuidar da criança. Os pais de prontidão assumiram o cuidado da criança. Passaram por várias situações conflituosas familiares (com os pais biológicos) até conseguirem a guarda legal e, finalmente, a adoção. Na época em que Aninha foi acolhida pela família, já tinha o diagnóstico de miopia e estava iniciando o acompanhamento em alguns serviços de saúde.

Dentre os serviços pelos quais Aninha era acompanhada estava o SAD, que pode ser considerado responsável pelo acompanhamento longitudinal dos usuários por ele admitido (Brasil, 2017). Devido a esta característica, como já identificado em outras pesquisas, o SAD tem grande potencial para construção de vínculo com os usuários (Merhy; Feuerwerker, 2008; Carvalho, 2009).

Muito se tem dito sobre a importância do vínculo nas relações de cuidado. Seixas et al. (2016) discutem que o tema vem sendo apresentado, em documentos ministeriais, desde o final da década de 1990, inicialmente como conceito de algo que é propiciado

pela convivência, e que tem potencial para resolução de problemas e manutenção da saúde, passando a ser considerado como diretriz operacional para a materialização dos princípios do SUS no início dos anos 2000, chegando à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, com a categorização de princípio, fundamento e diretriz da AB (Seixas et al., 2016).

Mas, o que corrobora para a produção deste vínculo? Como apresentado por Seixas et al. (2016), a PNAB (Brasil, 2011) define que 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).

Com Aninha, algumas cenas nos dão pistas de por onde passa essa produção. Uma delas foi a participação do médico, da equipe que cuidava da Aninha, em sua festa de aniversário. O episódio foi relatado em diferentes momentos, e em cada um deles, um significado foi se apresentando.

Em uma oficina realizada com os trabalhadores do SAD, o médico, em meio às falas, contou que foi, em um fim de semana, à festa da Aninha, e nos mostrou um vídeo, que gravou em seu celular, da criança dançando. Aquele vídeo era exibido pelo profissional, com um brilho nos olhos e um sorriso no rosto [Diário Cartográfico].

Segundo a mãe, a equipe do SAD fazia de tudo para evitar internações, em especial o médico se desdobrava para que ela não precisasse ir para o hospital. Sempre que precisavam, por alguma intercorrência, a equipe vinha para atender e tentar resolver a situação. Tanto que, “desde que foi admitida no SAD ela foi internada apenas uma vez” [fala da mãe]. Esta internação antecedeu a semana em que estava programada a festa de aniversário da Aninha, e para a família a presença do médico foi marcante, visto que, na narrativa da mãe, ela traz detalhes de toda a sua mobilização antes da festa.

A Aninha estava internada, e até a quinta-feira estava na UTI, quando foi para a enfermaria na sexta queríamos saber quando ela iria para casa, pois no outro fim de semana queríamos fazer a festa de aniversário dela, e os médicos disseram que só liberariam quando o SAD a admitisse, mas o médico do SAD só poderia avaliá-la na segunda. Neste dia meu esposo ligou no SAD e o próprio médico atendeu dizendo que estava em um atendimento e só poderia ir avaliar a Aninha às 15 horas, e chegou na hora certinha. Quando viu que ela ficou na UTI, disse que precisaria conversar com os médicos, que só voltariam depois, enquanto isso Dr. Wilson ficou examinando ela e olhando o prontuário. Quando os médicos vieram eles conversaram e o Dr. Wilson disse que poderia admiti-la. No dia da alta, o Dr. Wilson chegou em casa junto com a gente, e disse que veio, pois caso Aninha precisasse de alguma coisa, já pediria para a equipe trazer. Ele voltou mais alguns dias e, na véspera da festa, veio e recomendou um monte de coisa. No dia da festa, mesmo tendo os fisioterapeutas que atenderam ela no hospital, o Dr. Wilson chegou [fala da mãe].

Ouvir a mãe relatando os detalhes daquela cena mostrou como o desejo, tanto de Aninha quanto de sua família, se faz presente, como uma espécie de força propulsora que os move a buscar aquilo que anseiam. Esta compreensão foi apoiada na discussão de Deleuze e Guattari (2017), que apresentam o conceito de máquina desejante como produtora de fluxos, que faz conexões que se estendem para o campo social, no sentido de que seu desejo funcione como força motriz, produtora de encontros, também com a intenção de produção, ou seja, é uma força que cria, utilizada pela família no sentido de impulsionar para realizarem o que querem, neste caso a festa.

E, para além do desejo, o relato da mãe de Aninha, também, reforçou nosso olhar para a importância da construção de vínculo na produção do cuidado. O envolvimento daquele trabalhador com a situação vivenciada pela Aninha e sua família nos mostrou que não há limites para as ferramentas que podem ser utilizadas para potencializar o cuidado. Vínculo e responsabilização “implicariam no conhecimento das histórias de vida do usuário, constituiriam algo que precisa ser permanentemente construído entre trabalhadores e usuários, algo que implicaria uma confiança mútua” (Seixas et al., 2016, p. 392), ou seja, conhecer e participar da vida do usuário é parte importante do processo de construção de vínculo.

Para que isso seja possível, é necessário que as tecnologias leves conduzam à rotina de trabalho, pois por meio delas é possível construir relações no encontro, que acontece em ato, entre trabalhadores e usuários, utilizando para isso ferramentas como escuta, estabelecimento de vínculo e confiança, possibilitando que o trabalhador se aproxime das singularidades e multiplicidades de cada usuário, suas necessidades, contexto de vida, enriquecendo a produção do plano terapêutico de cada indivíduo (Merhy, 2002; Merhy; Franco, 2007; Merhy; Feuerwerker, 2009).

Merhy e Feuerwerker (2008) contribuíram para nossa reflexão, quanto à atuação daquele trabalhador, ao afirmarem que

Os trabalhadores das equipes de atenção domiciliar, em sua maioria, 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. (...) 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 (Merhy; Feuerwerker, 2008, p. 11-12).

Esta afirmação contribuiu para que pudéssemos ampliar a percepção sobre o envolvimento deste trabalhador com Aninha, pois ao conversar com o médico sobre sua participação na festa, algumas outras problematizações foram surgindo.

Na festa eu fui mais porque recebi um convite oficial bonitinho da mãe. Fui responsável em receber e passar para a equipe, e como ninguém mais

foi à festa e eu tinha comprado um presente para a criança, eu fui (...). Fui também para dar uma olhadinha se estava tudo bem com a criança, estava chovendo e meio frio (...). Eu estava lá como médico, me sentei à mesa com os fisioterapeutas, e a gente ficou conversando um pouquinho mais como era a Aninha, o que estavam achando dela [Dr. Wilson].

O relato deste trabalhador sobre sua presença na festa nos deslocou, pois em um primeiro momento nos pareceu que ele não estava valorizando o caráter relacional no encontro do trabalhador com o usuário na produção do cuidado, ao dizer que “estava lá como médico”. Ao longo do processamento fomos percebendo que este ocupar-se e preocupar-se com ela no contexto da festa pós-internação, estando fora de seu horário de trabalho, valorizando espaços não convencionais na produção do cuidado médico (estar na festa seria parte de suas atribuições profissionais), apontam para uma compreensão de que não há uma separação entre as “diversas dimensões tecnológicas do cuidado” e que ir à festa de aniversário e ainda comprar um presente era uma forma de assumir um compromisso com o cuidado da Aninha, considerando o caráter relacional como uma tecnologia do trabalho em saúde. Fica evidente que atrelada ao vínculo, está a responsabilização pelo cuidado.

Cuidar envolve o todo, são necessários o conhecimento e o uso adequado de tecnologias duras e leve-duras. Mas estas sozinhas não são suficientes para dar conta de toda a dimensão cuidadora, e é aí que entram os afetos, o trabalho vivo, as tecnologias leves que carregam consigo ferramentas para lidar com o outro, se envolver, construir relações mais cuidadoras. É necessário que haja um borramento entre as tecnologias, e não há como definir onde começa uma e termina outra.

Acompanhamos Aninha e sua família em algumas consultas médicas e, percorrendo alguns serviços de saúde, observamos que uma relação intercessora, no encontro entre trabalhadores e usuários, não está somente dentro do consultório quando o profissional de saúde se encontra com o usuário. A diferença no modo de conduzir o cuidado é perceptível desde o momento da espera pelo atendimento, e isso mostrou o quanto a valise das tecnologias leves dos trabalhadores está esvaziada para, a partir dos afetos produzidos nos encontros com os usuários, estabelecerem relações intercessoras e cuidadoras. Em muitas situações os trabalhadores sustentam sua atuação apenas nas tecnologias duras e leve-duras, presos ao protocolar, e com isso perdem potencial e não produzem cuidado efetivo.

Ao deixar de lado a tecnologia leve, não se abrindo para o encontro, muitas vezes se utilizando até mesmo da prerrogativa do não envolvimento trabalhador-usuário, não demonstrando interesse pela vida do outro, perde-se potencial de cuidado, uma vez que se utilizar da valise relacional na produção do cuidado, amplia as possibilidades de olhar para as necessidades do outro. Para isso o trabalhador precisa estar poroso para o encontro.

Em um serviço, que é referência estadual em pediatria, com diversas especialidades médicas, a maioria dos usuários que estava lá vinha de outras localidades para uma consulta ou realização de algum procedimento, e já na “sala de espera” percebia-se que aquele espaço não era acolhedor. A ausência de acolhimento e de preocupação com o cuidado, visto de forma mais ampla, fica evidenciada:

...um salão com cadeiras dispostas em filas, em que crianças e seus acompanhantes passavam horas sentados. Crianças com alimentação via gastrostomia, por exemplo, eram alimentadas ali mesmo: mães se ajeitavam para preparar a dieta entre os bancos, e dividiam os dois únicos suportes para equipos. Aquela divisão parecia ser o momento mais acolhedor de toda a espera, pois era o disparador para conversas, trocas de experiências e compartilhamento das dificuldades. Aninha, que precisa de oxigênio, levou o seu próprio torpedão, e quando precisou ser aspirada, o equipamento utilizado foi o levado por sua mãe, que pediu para entrar com Aninha em um outro espaço para fazer a aspiração. Crianças sem deficiências físicas tinham a paciência colocada à prova, pois a única distração que encontravam era juntar-se para brincar, e a todo momento ouvia-se um adulto pedindo que não fizessem tanto barulho. E que criança consegue ficar parada quieta esperando por tanto tempo? [Diário Cartográfico].

Em uma outra consulta, em outro serviço de saúde, ficou mais evidente que as tecnologias leves faziam parte das ferramentas de trabalho, pois em meio a tantas crianças aguardando para serem atendidas,

...um espaço com brinquedos, materiais de desenho e pintura, e exibição de vídeos infantis fazia o momento de espera ser mais acolhedor. A equipe de enfermagem levou Aninha para um espaço onde pôde usar o torpedão de oxigênio do serviço. E por esta condição, ela foi a primeira criança a ser atendida [Diário Cartográfico].

Percebemos que a oferta do oxigênio e priorização do atendimento são procedimentos adotados, pela equipe, para qualquer criança que tenha esta condição, e isto reforça as possibilidades de produção de atos mais cuidadosos, em que a porosidade dos trabalhadores para identificar certas necessidades de saúdes dos usuários pode fazer diferença no cuidado.

Naquele dia o tempo de espera foi de pouco mais de uma hora, a avaliação inicial foi realizada por residentes e repassada para o médico. E embora a primeira impressão tenha sido de um certo distanciamento, chamou a atenção o médico ter percebido que Aninha estava sonolenta e comentar com a mãe: “A Aninha está muito quieta hoje, nem parece aquela criança esperta e ativa de sempre” [especialista 1]. A mãe comentou que era devido ao horário do atendimento, que precisou acordar muito cedo, pois a ambulância passou cedo para buscá-los. Então, no final da consulta, ao agendar o retorno, o médico marcou para o período da tarde, dizendo que “gostaria de vê-la ativa e brincando como sempre, e que de manhã não era um bom horário para isso” [especialista 1].

Mesmo em situações em que o acompanhamento não é tão próximo, em que as consultas são em média a cada 6 meses, aquele profissional, utilizando-se das tecnologias leves como o vínculo e a porosidade, demonstra, naquele momento, conhecer algumas características da Aninha, dando voz à sua mãe e valorizando o que foi dito ao agendar o próximo atendimento. Percebemos então que o que fará a diferença não é tanto a proximidade geográfica que temos do outro ou o número de encontro que se tem, mas sim qual o horizonte ético que rege cada encontro. Se a aposta é um encontro intercessor, pautado no trabalho vivo e que pense o usuário como centro do cuidado, conseqüentemente as singularidades serão consideradas, e, por vezes, detalhes imprescindíveis que só são identificados por meio das tecnologias leves de cuidado farão toda a diferença na vida das pessoas.

O fato de o médico valorizar o que a mãe disse sobre o comportamento/estado da Aninha, devido ao horário da consulta, demonstra que o trabalhador considerou a mãe como interlocutora válida, incluindo-a na construção do projeto terapêutico de forma compartilhada. E a mãe, tendo sentido que sua fala foi considerada pelo médico, conseqüentemente, também passa a reconhecer a interlocução daquele trabalhador como válida. “Vínculo é uma relação, portanto não pode ser estabelecido unilateralmente, mas sim no reconhecimento mútuo de interlocutores válidos” (Seixas et al., 2016).

Dentre várias condições de saúde que Aninha apresentava, também estava a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e a dificuldade de deglutição que, segundo alguns profissionais, eram dificultadores para ganho de peso. Este quadro mobilizou trabalhadores do SAD a realizarem intervenções direcionadas a estas condições. Em certos momentos, o discurso de alguns profissionais era um pouco duro, no sentido de tentar enquadrar a rotina da família nos padrões que consideravam de uma família comum: “Na casa não tem mesa, eles não fazem as refeições juntos, e ficam dando bobearas para ela comer. Tudo que ela pede a família dá” [trabalhador EMAP; Trabalhador EMAD]. No entanto, mesmo diante da dureza de alguns discursos, a equipe buscava se adequar para produzir movimentos, para que pudessem atingir as metas de cuidado definidas para Aninha, e com isso também apoiar uns aos outros, enquanto equipe.

Embora para alguns trabalhadores a família não seguisse os padrões considerados “comuns”, a equipe não deixou de viver esta tensão na busca de formas de cuidar. Passaram a pensar em alternativas para que Aninha fosse cuidada, a partir do que a equipe enxergava ser necessário para sua saúde – na situação em questão, o ganho de peso –, considerando as possibilidades e necessidades da família. Traçaram junto com a família algumas estratégias de cuidado singularizado: a psicóloga e a nutricionista da equipe de apoio passaram a desenvolver atividades em que iam semanalmente à casa para conversas e desenvolvimento de algumas ações com o foco na alimentação da família, por exemplo, o preparo de salada de frutas com mãe e filha, como meio de a criança experimentar outros modos de se alimentar. Dessa forma se estabeleceu uma relação simétrica entre trabalhadores e a família, sendo esta simetria uma aposta

também de produção de vínculo, que permite produzir mais autonomia para os sujeitos (Seixas et al., 2016).

O trabalho em saúde, no que se refere ao campo do cuidado, ocorre por meio de relações que permitem o diálogo entre os saberes estruturados e a sabedoria de vida, na qual os usuários estejam incluídos a priori, com a mesma legitimidade que todos os trabalhadores da saúde. Cria-se, assim, a possibilidade de que os saberes estruturados sejam apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida. Gera-se a condição de que esses saberes se constituam como ferramentas para lidar com a diferença na produção da vida e não como regras estruturadas para aprisionar o modo de levar a vida (Merhy, 1999, 2006; Bertussi, 2010). Aumentando, significativamente, assim, as possibilidades de que as necessidades de saúde sejam atendidas.

Existe, de certa forma, uma banalização do vínculo, pouco se discute – no mundo do trabalho – sobre sua importância como ferramenta para produção de cuidado, e meios pelos quais este possa ser construído. Ou seja, a construção de vínculo não é tão simples assim, que acontece e pronto! Faz-se necessário a criação de dispositivos para apoiar os trabalhadores para a construção de vínculos.

Retomo aqui a pergunta: “O que corrobora para a produção de vínculo?”. Inicio esta resposta dizendo que não basta estar em leis, diretrizes e normas, como já apresentado anteriormente, os trabalhadores precisam de apoio para construir vínculo, pois muito do que se produz está diretamente relacionado aos modos de organizar a gestão: o trabalho em saúde, como tem sido desenvolvido, com o foco em ações programáticas prioritárias, exigência de produtividade sem levar em conta a complexidade dos processos, limita as possibilidades de criação de novos modos de cuidar, e com isso muito da potência da relação trabalhador-usuário é perdido (Seixas et al., 2016).

Vínculo é algo que só se constrói se o outro também quiser, se houver sentido, 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).

Portanto, relações simétricas, assim como o caráter relacional presente nas dimensões tecnológicas do cuidado, são condições necessárias para estabelecimento de vínculo e responsabilização para a produção de cuidado que não somente o protocolar, que é limitado. O vínculo é uma ferramenta essencial para que projetos terapêuticos, que caibam nas existências dos usuários, sejam construídos e implementados.

Considerações

Não se pode considerar o que está nos fluxos e protocolos como única possibilidade de andar pela rede de serviços. Em certas situações, há a necessidade de desconsiderar as regras predefinidas como possibilidade de aposta na singularização da situação vivida pelo usuário e sua família. Existem casos em que a regra servirá para que se possam enxergar as exceções, e se for necessário subverter esta ordem, não quer dizer que não exista uma regra a ser seguida, mas que esta regra não pode funcionar sempre da mesma forma.

Trabalhadores que apostam em outros modos de cuidar: que vazam ao cuidado protocolar e produzem um borramento entre os “limites profissionais”, apostando na dimensão cuidadora; que valorizam o vínculo como um potente aliado, avançam no sentido da produção do cuidado. Trabalhadores produzem diferença ao perceber que o envolvimento com o usuário não tem limite, ou que o limite é estabelecido nos encontros pelas pactuações entre interlocutores válidos.

Nos encaminhamos para a finalização destas considerações inacabadas com a reflexão de que um grande desafio para o SUS, tanto para os trabalhadores da ponta quanto para os gestores, é alterar o padrão hegemônico de produção das práticas de cuidado em saúde, na perspectiva de construir um desenho tecnoassistencial mais cuidador, ou seja, que articula um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e com base em uma produção de cuidado que atenda não só às necessidades, mas que olhe e se produza a partir das singularidades.

Com certa frequência, o vínculo e as tecnologias relacionais são romantizados na saúde, classificados como uma qualidade de profissionais “mais sensíveis” ou abertos. No entanto, construir vínculo é uma atribuição de todos os trabalhadores da saúde, assim como as tecnologias leves são tecnologias (ferramentas de trabalho) e não qualidades pessoais de alguns trabalhadores.

O vínculo é uma ferramenta essencial para o cuidado, possível de ser desenvolvido por todos, afinal é fundamental para a construção de projetos terapêuticos que sejam viáveis e que caibam nas existências, que sejam construídos com os usuários, e não para os usuários, permitindo assim que, além de efetivos, não sejam carregados de prescrições, julgamentos, ou protocolos baseados nas doenças tão comuns em nossas práticas, desconsiderando as diversas formas de existir, as singularidades e multiplicidades existenciais, além das realidades sociais, epidemiológicas, ambientais e características biológicas.

Só conseguiremos construir projetos terapêuticos que façam sentido para os usuários, quando houver escuta, vínculo, respeito às escolhas, às singularidades e aos

seus modos de viver a vida. Enfim, as tecnologias leves são essenciais para o “cuidado em saúde”, na perspectiva do que entendemos por cuidado.

Referências

BADUY, R. S. Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento. 185fl. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. 243fl. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro, Petrópolis: Editora Vozes, 1999. Disponível em: <http://www.profdoni.pro.br/home/images/sampled/2015/livros/sabercuidar.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. 1. ed. Brasília, DF. 2011.

CARVALHO, L. C. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. 111fl. Dissertação (Mestrado – Programa de pós-graduação em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

DELEUZE, G. Cours Vincennes (24/01/1978). Disponível em: <https://www.webdeleuze.com/textes/194>. Acesso em: 14 abr. 2019.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia 1. 2. ed. 2ª reimpressão. São Paulo, SP: Editora 34, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. Caderno de Textos: Ver-SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 51-65. v. 1.

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.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? 1999. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf. Acesso em: 10 dez. 2017. Ou http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/carta_da_saude/ed_16_artigo.PDF. Acesso em: 02 maio 2019.

MERHY, E. E. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/o-cuidado-e-acontecimento-e-nao-um-ato/view>. Acesso em: 24 maio 2016.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS; M. de F. L., CRUZ, K. T. da; 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. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. s.; SLOMP JÚNIOR, H. (orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis editora, 2016. p. 31-42. v. 1.

MERHY, E. E., CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C.M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>. Acesso em: 07 mar. 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.) Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro, 2007. 21 p. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>. Acesso em: 07 mar. 2016.

PEREIRA, P. B. B. Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2. Ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016.

SEIXAS, C. T. et al. Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis editora, 2016. v. 2. p. 391-407.

SLOMP JUNIOR, H. et. al. Contribuições para uma política de escritura em saúde. Athenea Digital, 2020. v. 20, n. 3, e 2617. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>

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, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 537-546, 2015.

Sobre a atenção básica brasileira e o que temos feito com ela, enquanto constituímos historicamente um projeto societário de rede básica

*Helvo Slomp Junior
Clarissa Terenzi Seixas
Mara Lisiane dos Santos
Débora Cristina Bertussi
Nathália Silva Fontana Rosa
Emerson Elias Merhy*

Introdução

O ato de nomear algo decorre de escolhas embaladas por uma certa perspectiva de mundo e um ponto de vista sobre a coisa em si e, por vezes, um referencial teórico. Assim, é possível que o(a) leitor(a) tenha estranhado o emprego do termo “rede básica” (RB) no nosso título. E cabe-nos dizer que essa foi uma escolha deliberada, em detrimento de termos com os quais o(a) leitor(a) talvez tenha maior familiaridade, como Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS). Estaríamos, com essa escolha, explicitando a existência de uma disputa entre três diferentes opções conceituais para significar, no limite, a mesma coisa, e apenas escolhendo aquela que mais se ajusta ao nosso referencial teórico? Esperamos que não.

Para os fins deste texto, não entendemos como necessário escolher entre um dos três, porque estas diferentes enunciações (RB, AB e APS), ao nosso ver, não são conceitos cristalizados com o mesmo significado, mas produções históricas bastante distintas, ainda que se entrelacem. Queremos olhar para algumas das tensões produtivas que vêm fabricando esses diferentes conceitos e, para tanto, escolhemos a RB como perspectiva orientadora das problematizações deste material, pois nos parece o melhor modo de enunciar um conjunto de projetos que, desde os anos 1980, quando já se contava no Brasil com décadas de tradição de experiências de “centros de saúde”, disputavam o que viriam a ser as modalidades de ofertas de cuidado vinculadas ou articuladas aos territórios do viver e do trabalho nas comunidades, frente ao modelo hospitalocêntrico então vigente (Merhy, 1997).

Entendemos, portanto, a noção de RB como uma engenhoca tecnológica e política que faz parte da saúde pública brasileira desde o movimento da Reforma Sanitária, quando a Saúde Coletiva se firmava como campo de práticas e saberes para que pudéssemos dar conta das agendas mudancistas desta reforma. Algo como uma versão brasileira do que em certos países da Europa tem sido chamado de “cuidados de proximidade”, ou ao menos um modo brasileiro de se formular tais cuidados (Seixas et al., 2021), bem antes mesmo do que em tais lugares.

Portanto, manteremos aqui a RB na condição de produção em aberto e lente de análise, já que para nós ela é:

...uma aposta de fazer chegar o cuidado em saúde aos diferentes territórios em que a vida é produzida. Cuidado contextualizado, que reconhece a singularidade da produção de cada existência e também as circunstâncias específicas da vida em cada território, em função de relações que ampliam ou constroem a potência das vidas. Ou seja, a RB é uma aposta de organizar o cuidado singular, articulando o individual e o coletivo, sendo saúde entendida de modo ampliado, não somente referida ao corpo biológico e seus adoecimentos (Merhy et al., 2019, p. 71).

Por outro lado, tomaremos a AB aqui como um modelo de articulação de algumas das propostas que vinham correndo no bojo das disputas pela estruturação dos serviços comunitários de saúde, concretizados hoje em uma rede de unidades básicas de saúde, e que foi ganhando terreno e sendo institucionalizado no Brasil para responder a certas necessidades. E a APS? Neste texto, a entendemos como uma das camadas, no Brasil, da construção disso que chamamos AB. Portanto, ao falarmos de RB, não estamos nos restringindo a uma rede específica de serviços territoriais coletivos de saúde, e nem mesmo a um certo modelo de organização para tal rede, mas precisamos olhar para esses aspectos, também.

Inicialmente, discutiremos a escolha histórica feita pela sociedade brasileira por uma certa conformação da rede de serviços em saúde com foco na RB, para, a seguir, percorrermos a constituição da AB como um dos principais planos institucionais desta RB. Portanto, a AB será o verdadeiro fio condutor deste texto, a fim de chegarmos naquilo que entendemos por uma RB em permanente construção.

Para darmos conta desta tarefa, tomamos, muito mais como lente de análise do que como metodologia exaustiva, uma perspectiva dita genealógica, tal como proposta por Foucault inspirado em Nietzsche, segundo a qual o começo histórico das coisas não é uma identidade primeira a ser descoberta, uma essência a ser desvelada, ou uma “origem” a ser finalmente desenhada (Foucault, 2010; Thiry-Cherques, 2010; Mattos, 2011). Ao contrário, é algo que se produz em movimentos múltiplos a partir de diversos acontecimentos, é tudo aquilo que resultou/sobreviveu a disputas, aquilo que ironicamente foi possível, que parecia distante e até mesmo contrário ao que se planejava previamente. Pensamos que tal perspectiva vem ao encontro da leitura que queremos fazer da AB brasileira para pensarmos a RB.

Portanto, convidamos o(a) leitor(a) a compartilhar conosco um olhar para a nossa AB, ao nosso ver uma ampla e fundamental rede de serviços, importante patrimônio da sociedade brasileira, e que vem sendo construída de modo heterogêneo principalmente a partir de meados dos anos 1970, com características próprias a cada época e a cada realidade local, mas também com características comuns. Uma AB que, até 2017, quando se inicia uma drástica reformulação da versão de 2011 da Política Nacional de Atenção Básica, já apresentava potências indiscutíveis, mas também ainda nos colocava sérios desafios, somados, a partir deste momento histórico, a efeitos de uma precarização

progressiva que quando concluímos este texto ainda vivemos, e sobre os quais não teremos, neste texto, espaço para discutir.

Portanto, é olhando para a AB que pretendemos pensar o projeto brasileiro de uma RB. Não temos a pretensão de oferecer soluções ou caminhos para o futuro de nossa AB ou de nossa RB, mas sim contribuir para uma análise desse cenário ao apontarmos algumas problemáticas que, nos parece, foram cruciais no forjamento tecnoassistencial da AB brasileira e seus múltiplos modos de operar, e que ainda estão presentes nas pautas cotidianas dos territórios de cuidado. O problema por nós posicionado como central foi nos perguntar a nós mesmos(as): a AB foi se constituindo em camadas sucessivas, ou as tintas foram se misturando? A seguir, sobrevoamos algumas destas possíveis camadas, e a seguir buscamos fazer uma discussão preliminar sobre os efeitos de tal constituição para a RB em nosso país.

Primeira camada: queremos uma rede básica

O começo dessa conversa se localiza nas propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963. Nas décadas anteriores, já existia uma certa corrente médico-sanitária, originada a partir de um referencial norte-americano, que defendia a necessidade de uma rede básica de serviços de saúde pública que fosse permanente, e que em seus centros de saúde ofertasse tanto ações ditas “sanitárias” (controle de doenças infecciosas, educação sanitária, atividades de “higiene” em geral, entre outras), como uma oferta de atendimento médico capaz de diagnosticar precocemente e intervir preventivamente frente às doenças mais prevalentes (Merhy, 1997). Naquele momento já se dispunha de alguns dos elementos do que viria a ser a AB das próximas décadas: um projeto de sistema de saúde como política contextualizada em um certo sistema econômico que, por sua vez, estaria intrinsecamente ligado aos processos de adoecimento; além disso, o município já era posicionado como instância estratégica para a gestão da saúde.

A primeira questão que podemos lançar agora, para quem vivencia a rede básica municipal hoje, é: passados mais de 60 anos, já podemos colher os frutos daquele – então ousado – projeto?

Olhando para trás, sabemos hoje que a construção dessa sofisticada engenhoca chamada atenção básica ainda era um grande desafio, e várias etapas se sucederiam. Entra em cena, na segunda metade dos anos 1970, um projeto recém-formulado que havia sido experimentado inicialmente no estado de São Paulo: as chamadas Ações Programáticas (Nemes, 1990; Merhy, 1997).

Segunda camada: uma estrutura chamada Programação

Em suas “seis teses sobre a ação programática em saúde”, Mendes-Gonçalves, Schraiber e Nemes (1990) nos ajudam a compreender o que se queria com a proposta das Ações Programáticas ou Programação em Saúde (PS) como “modelo assistencial”, mas também como conjunto de técnicas e como política pública. O modo de operar

deste modelo consistia na proposta de realização de diagnósticos epidemiológicos coletivos para se definir os produtos que se esperava das equipes de saúde, articulados em programas concernentes a uma mesma população e a seus problemas de saúde-doença, trabalho este organizado mediante uma hierarquização de procedimentos e vinculado à padronização de fluxos assistenciais, tudo com grande centralidade em mecanismos técnicos de avaliação. Uma estrutura, diríamos, na qual tanto os critérios de racionalização econômica como os “valores da emancipação humana” (Mendes-Gonçalves; Schraiber; Nemes, 1990, p. 61) não poderiam, segundo o(a)s autores(as), serem perdidos de vista.

Porém, no cerne da PS estava a tensão entre práticas médicas e práticas sanitárias: frente à constatação de que os saberes clínicos da assistência médica individual visavam o corpo biológico, o que na AB por vezes redundava em uma simples “consulta de pronto atendimento” (Mendes-Gonçalves; Schraiber; Nemes, 1990), a PS propõe um modelo dito sanitário, posicionando os indicadores epidemiológicos como orientadores de todo e qualquer procedimento, inclusive do trabalho médico.

Buscava-se, desse modo, reduzir a autonomia do trabalho médico, considerada excessiva, controlando-se até mesmo a demanda espontânea individual que chegava a esse(a)s profissionais, a fim de se priorizar certos grupos populacionais e “doenças-alvo” (Mendes-Gonçalves; Schraiber; Nemes, 1990). Naquele momento, “diagnóstico” e “tratamento” faziam mais sentido no contexto de programas verticais (tuberculose, hanseníase etc.) ou nos demais programas que deveriam compor a rotina dos centros de saúde. Desse modo, independentemente de qual fosse a demanda individual, sempre se buscava um diagnóstico considerado mais relevante que “coubesse” na forma dos programas verticais, ainda que esse não estivesse relacionado à queixa principal do usuário, mas que era considerada, nesta perspectiva, sua real condição de risco.

Eis a chamada “integração sanitária” em seu modo ideal, como era vista pela PS: o trabalho médico voltando-se para dentro de um arcabouço epidemiológico que o controla, tornando-se um instrumento, entre outros, de ações individuais junto às demais, as de abrangência coletiva, e que somente neste contexto seria necessário; do contrário, o deixaríamos livre para operar uma indesejada medicalização do social.

Interessante notar que mesmo entre autores centrais da PS, como Mendes-Gonçalves, Schraiber, Nemes (1990), já havia alguma preocupação com possíveis perigos inerentes a este projeto da PS. Por exemplo, a normatização geral dos processos de trabalho, entendida como imprescindível para uma boa produtividade das equipes, levaria por vezes a uma burocratização dos mesmos, em razão da padronização da prática programática, comprometendo a efetividade da AB e produzindo a própria necessidade de assistência médica individualizada.

Pudemos observar tal realidade em décadas recentes e, ainda hoje podemos vê-la em algumas unidades de saúde (US) Brasil afora, quando de nossas pesquisas. Assim, a PS como uma das camadas da AB não poderia ficar de fora desta discussão.

Novos acontecimentos possibilitaram investidas mais radicais na composição brasileira da atenção básica, como foi o período de redemocratização no Brasil, na passagem dos anos 1970 para os anos 1980. Se em um primeiro momento, alguns autores da PS demonstraram preocupação com a possibilidade de efeitos medicalizantes decorrentes de uma expansão dos serviços assistenciais impulsionada pelo direito à saúde no contexto da Reforma Sanitária (Nemes, 1990), ainda assim aderiram a este movimento.

Terceira camada: a Vigilância e a ampliação

Nos anos 1980, outra vertente emerge para disputar o projeto brasileiro de AB, também aproximando as temáticas da Epidemiologia, do Planejamento e da organização de serviços de saúde. Entretanto, adota outra perspectiva e se coloca desde o princípio como parte do recém constituído campo da Saúde Coletiva: autodenominou-se “Vigilância da Saúde” (VS). Teixeira, Paim & Vilasbôas (1998) nos ajudam a compreender alguns conceitos-chave para pensarmos, afinal de contas, que superação é esta que a VS propunha com relação aos “sanitarismos” anteriores (o plural é nosso).

Para abordarmos os conceitos-chave desse movimento, faremos um exercício para pensarmos como ficariam as coisas na prática, ao se adotar este novo modelo, segundo seus propositores e com leitura nossa, evidentemente. Se visitarmos uma unidade básica de saúde organizada com base nesta vertente, por exemplo uma unidade de Saúde da Família, o que veríamos?

Uma das diferenças observadas seria em relação às práticas cotidianas referidas como “territorialização”, que consistem em exercícios de mapeamento espacial do risco sanitário de uma comunidade delimitada. Trazer para o centro do parque de operações o conceito de território, e práticas como a territorialização, foi uma originalidade proposta pela VS enquanto se apresentava como outro “modelo assistencial”. Uma equipe de Saúde da Família recém-chegada à sua unidade, por exemplo, precisa reconhecer o território corresponde à sua área de abrangência, com sua população adscrita, e lá definir a situação de saúde da mesma, as condições de vida, o acesso às ações e serviços de saúde, a avaliação do risco epidemiológico, entre outras metas técnicas (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Esta foi a base para outra proposta da vertente: um planejamento em saúde que fosse elaborado a partir dos territórios, para só então compor o planejamento geral de um município: um planejamento “de baixo para cima” ou ascendente. Tal modelo era pensado na estruturação de um sistema de saúde com base em suas portas de entrada e organizado em distritos sanitários (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Se os conceitos de “território” são múltiplos e diversos, a VS o entende para além de uma dimensão puramente geográfica ou técnica da territorialização. O território é tido como lugar das relações políticas, econômicas e culturais, em constante movimento, transformando suas relações em camadas, por contiguidade geográfica, mas também sob efeitos de verticalidades como a mundialização do capital (Santos, 1994). Um território no qual o trabalho e os sentidos que ele empresta à vida sejam lente de análise e parâmetro de intervenção. Um território, enfim, como motor de mudança das relações societárias, das condições de vida, entendendo-se que a saúde não pode se furtar a tais dimensões.

Um desdobramento do entendimento da saúde como trabalho de base territorial é que as equipes de saúde na atenção básica passam a incorporar o sentido da intersectorialidade. Na prática, isso quer dizer que é preciso, no mínimo, ser intersectorial no intervir territorialmente, articulando-se o setor saúde com outros setores da ação governamental, como a educação, assistência social, segurança pública, justiça, entre outros (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998; Gondim; Monken, 2009).

A necessidade de integração sanitária, proposta pela PS, foi inicialmente herdada pela VS. No entanto, a dicotomia entre as práticas coletivas e individuais precisava ser desmontada, para que houvesse de fato uma integração. As ações organizadas nas US com base naquela perspectiva (programas, campanhas, vigilância epidemiológica e sanitária) e orientadas por um modelo sanitarista, ainda restrito aos modos de transmissão e fatores de risco, não eram suficientes para lidar a complexidade do que se colocava para as equipes. Era preciso ampliar. Mas, ampliar o quê?

Primeiro, o conceito de saúde-doença, agora assumindo a noção de Determinação Social, produção da Saúde Coletiva latino-americana como perspectiva para leitura das condições de vida e trabalho (Testa Tambellini; Schütz, 2009). O próprio paradigma do risco, como orientador das ações, é ressignificado naquele momento. Entre os efeitos desta primeira ampliação estaria a passagem do diagnóstico epidemiológico coletivo para o estabelecimento da situação de saúde. Uma certa ampliação, portanto, da própria Epidemiologia, disciplina por dentro da qual, no início da década de 1980, já se colocava em questão o que representava a noção de “risco” nos âmbitos individual e coletivo, levando a autocríticas em relação ao alcance dos programas de erradicação e controle de doenças transmissíveis ofertados naquela década, percebidos como verticais ou muito específicos (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Quanto à organização da AB, também não era necessário problematizar os programas em si, já que a VS salientava a necessidade de ações tanto de promoção como preventivas e curativas, o que os programas já atendiam. Mas, o antigo controle da demanda espontânea para o atendimento médico tornava-se, agora, programação da oferta de serviços a partir de indicadores epidemiológicos. Enfim, em comparação com a PS, planejamento/programação local ganhava ainda mais força com o caráter

ascendente e parte de uma proposta de participação social na saúde, seja na formulação, na gestão ou na execução das ações de saúde (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Enfim, a VS acrescenta novas contribuições que vão tecendo mais camadas na AB, que até aqui já contava com uma formulação estrutural já bastante desenvolvida, ainda que operada de modo heterogêneo no território nacional, a depender de escolhas governamentais nas três esferas de governo em cada momento. A Estratégia de Saúde da Família de 1998, ensaiada em um programa anterior de 1994, mesmo não sendo objeto central de nossa discussão, será um desdobramento da VS e terá alguns de seus aspectos discutidos adiante.

Quarta camada: a Atenção Primária à Saúde

“Atenção básica” ou “Atenção Primária à Saúde”? Longo seria o debate, e há importantes autore(a)s dedicado(a)s à ele, a exemplo de (Gil, 2006; Cecilio; Reis, 2018), mas não é nossa intenção caminhar por esta discussão neste texto. Preferimos usar a primeira expressão, sem desvalorizar o papel histórico da última enquanto um dos modelos que teve efeitos importantes na constituição de sistemas de saúde, a partir do pós-guerra do século XX.

Mas de que APS estamos falando, aqui? Nos referimos àquela que tem sua formulação pactuada na Assembleia Mundial de Saúde de Alma Ata de 1978, através da noção de “cuidados primários à saúde” (CPS) presente no documento “saúde para todos no ano 2000” (BRASIL, 2002), e que por sua vez remete ao Informe Dawson de 1920, segundo o qual os serviços de saúde deveriam ser organizados em três níveis com apoio mútuo entre si: centros de cuidados primários à saúde, centros de saúde secundários, e os hospitais-escola, estes voltados às “doenças incomuns e complicadas” (Dawson, 1964). No entanto, o relatório final de Alma Ata, ao contrário do informe técnico e sucinto de Dawson, traz uma definição bastante completa do que seriam os tais CPS: práticas cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis que englobam promoção, prevenção, cura e reabilitação, voltados aos problemas de saúde mais importantes da comunidade e suas reais necessidades. Há também um claro compromisso com o acesso universal e com a equidade, propondo-se a oferta de CPS o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, organizados em trabalho em equipe e com foco em doenças e lesões localmente endêmicas, no cuidado materno-infantil e na imunização, no planejamento familiar, na garantia de medicamentos essenciais e na educação em saúde. No projeto inaugurado por Alma Ata há também um arrazoado sobre a posição dos CPS como “porta de entrada” nos sistemas nacionais de saúde, além de seus possíveis efeitos no custo setorial (Brasil, 2002).

Ou seja, o projeto de CPS produzido pelo encontro de Alma Ata conversa de perto com a noção de rede básica que apresentamos no início deste texto, mas, ao nosso ver, não é exatamente esta formulação de Alma Ata, em sua dimensão ético-política, que temos visto circulando como “APS”, e que tem sido retomada nas políticas públicas em

nosso país. Ao contrário, teríamos como noção legitimada de APS muito mais aquela que será proposta por Barbara Starfield, autora que é referência obrigatória neste tema (Starfield, 1994, 2002). Em seus primeiros escritos, a autora refere-se justamente a Alma Ata:

Os cuidados primários são cuidados contínuos, abrangentes, coordenados e de primeiro contato, fornecidos a populações não diferenciadas por gênero, doenças ou sistemas orgânicos afetados. Os elementos primeiro contato, continuidade, abrangência e coordenação estão incluídos na maioria das definições propostas por organizações profissionais, agências e comissões. Quando vistos da perspectiva das populações, bem como de pacientes individuais, um sistema de saúde que busque alcançar esses quatro elementos alcançará o que estava previsto na Declaração de Alma Ata (Starfield, 1994, p. 1129, tradução livre).

Uma leitura de sua obra mais conhecida (Starfield, 2002), publicada alguns anos após o artigo do qual extraímos o trecho acima, pode nos levar a concluir que a autora faz uma extração de certos elementos do projeto de Alma Ata e os reposiciona em outro projeto, agora não mais de CPS mas de APS, em uma outra lógica que é a da atenção à saúde, ou seja, APS como parte de uma estratégia de organização das práticas, serviços e programas de saúde, do próprio sistema e orientadora das políticas setoriais (Matta; Morosini, 2009). Atenção à saúde, para Starfield (1994, 2002), é um processo no qual os serviços de saúde, caracterizados como “prática médica”, incidem no que ela chama de determinantes da saúde, tais como “ambiente social e físico, estresses sociais e características comportamentais” (Starfield, 2002, p. 22), discurso claramente alinhado com um certo projeto de Promoção da Saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

O projeto “starfieldiano” propõe “atributos” e até uma estrutura para “medição da APS”, na qual:

...são necessários um dos quatro elementos estruturais (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização, reconhecimento do problema) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (Starfield, 2002, p. 22).

Enfim, até hoje tais atributos estão em vigor e, especialmente nos dias de hoje, vêm sendo retomados com grande força enunciativa, ainda que, segundo a autora, no próprio Reino Unido havia muito a ser feito para que funcionassem efetivamente.

De qualquer maneira, sejam os CPS propostos em Alma Ata ou a APS estruturada segundo Starfield, esses modelos, especialmente o segundo, não dão conta de significar o que chamamos de AB no Brasil, projeto múltiplo e original que traz em seu bojo as singularidades da luta brasileira pela saúde como direito de todos e dever do Estado, não se restringindo ao primeiro nível de atenção e nem à assistência médica, mas buscando um cuidado contínuo, capilarizado, com equipe multiprofissional e articulada a outras

ações de saúde, no sentido da constituição de uma RB (Merhy et al., 2019). A APS é uma camada fundamental de nossa AB, mas ainda assim uma de suas camadas. Por todas essas questões é que evitamos usar os termos APS e AB como sinônimos.

Quinta camada: a atenção primária para condições crônicas nas redes de atenção

Na década de 2000, especialmente em sua segunda metade, algumas cidades e estados brasileiros implantaram projetos inspirados no chamado modelo de atenção às condições crônicas (MACC), articulado a um certo paradigma de redes de atenção à saúde (RAS) (Mendes, 2011). A partir de uma ampla fundamentação em experiências de vários países, em especial referenciais estadunidenses, Mendes (2011) apontava para fragilidades em sistemas de saúde como o SUS, nos quais uma certa fragmentação, e a ênfase nas condições agudas de saúde, em detrimento do novo e complexo perfil epidemiológico brasileiro, resultava em perda de eficiência, efetividade e qualidade.

Assim, se as condições crônicas passavam a constituir a maior parte da demanda dos serviços de saúde, estas deviam ser privilegiadas na organização de cada RAS, por meio do fortalecimento da atenção programada, além da implementação de diversos outros elementos, como a estratificação da população em subpopulações por riscos.

Há uma ênfase importante na organização de redes a partir de evidências científicas, e reforço na participação do usuário em várias etapas da oferta de cuidado, incluindo-se a elaboração de seu próprio plano de cuidado. Para tanto, este paradigma pressupõe a necessidade de que o usuário se aproprie dos conhecimentos necessários para poder participar de tais decisões: o que alguns dos autores desta vertente chamam de “alfabetização sanitária”. Além disso, autores do MACC, apoiando-se em estudos que viam o profissional médico como o principal ordenador de despesas de um sistema de saúde, insistem também, assim como já vimos na PS, no controle do trabalho deste profissional com um conjunto de tecnologias de microgestão da atenção, orientado por diretrizes clínicas, que foi batizado de “gestão da clínica”, além de instrumentos de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera.

Em uma pesquisa recente (Slomp Junior et al., 2019), que não tinha o MACC como objeto central de estudo ou avaliação, alguns de nós observamos efeitos desta proposta na AB, em meados dos anos 2010. A título de exemplo, em um município que percorremos nos pareceu que havia uma retomada da própria PS nos processos de trabalho das equipes, embora com maior grau de complexidade, sendo os “programas” e a alimentação otimizada dos sistemas de informação em saúde o arcabouço já institucionalizado que o sistema local – orientado pelo MACC – encontrava para operar – desde a AB – uma suposta coordenação da atenção nas RAS. Também observamos, em nossa pesquisa, o uso sistemático do protocolo de classificação de risco de Manchester, originalmente desenvolvido para serviços de Urgência/Emergência, quando da chegada do usuário nas US.

Esta proposta tem sido articulada com o projeto brasileiro das RAS que viria a se concretizar como política pública em nosso país (Brasil, 2011). Há aqui um posicionamento da APS como uma das portas de entrada e um dos componentes assistenciais mínimos para redes regionalizadas e integradas. As redes temáticas prioritárias propostas para o SUS (p. ex. a rede de urgência e emergência, a rede de atenção psicossocial, entre outras) passaram a incluir a APS, de acordo com suas atribuições em cada RAS. Tal mudança de organização do sistema, até então tido como hierarquizado, para o modelo em rede, posiciona a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (Brasil, 2012), portanto devendo assumir um protagonismo que, conforme discussão a seguir, é um desafio ainda em aberto, quando escrevemos este texto.

Após discutir cinco camadas, temos a impressão de que muito já foi inventado para a AB brasileira, e vamos caminhando no sentido de uma Rede Básica. Mas falta repensar algumas coisas, ainda. Uma delas, inclusive, que sempre teve um papel estratégico no sistema de saúde, segue sendo um enigma: a clínica. A saída – e tal é nossa aposta – veio e vem pelo cuidado em saúde.

Sexta camada: em busca do cuidado em saúde

Outra vertente, que irá acrescentar elementos cruciais na permanente constituição de nossa AB, será articulada por um grupo de pesquisadores do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP): o “modelo tecnoassistencial em defesa da vida” (DV) (Campos, 1991; Merhy; Cecílio; Nogueira Filho, 1991).

As experimentações deste grupo aconteciam em cooperação com muitas redes municipais de saúde. Com uma complexa ramificação de linhas de pesquisa, o DV caracterizou-se por construir formulações com base em experimentações concretas, muitas vezes após atividades que integravam mudanças já em andamento – assistenciais e outras – com pesquisas, e tal estratégia não raro resultava em reflexões que documentavam e desenvolviam novas ferramentas e tecnologias de gestão e de cuidado em saúde. Estamos falando principalmente do Brasil dos anos 1990, infância do SUS, mas esta vertente continuou produzindo linhas de investigação e produtos nas décadas seguintes, e seus desdobramentos também foram incorporados no nosso sistema de saúde, persistindo até os dias de hoje.

Uma das inflexões trazidas pelo DV para a AB foi uma maior centralidade dos temas da clínica e do cuidado, isso é, do trabalho em saúde, como questões do âmbito da saúde coletiva. Tal mudança de perspectiva abriu outras possibilidades de reflexão na saúde e incontáveis são os produtos do DV, inventados e experimentados juntamente com equipes gestoras e assistenciais da atenção básica. Em certo momento, o DV se desdobrou em diferentes vertentes. Uma delas veio a se autodenominar “clínica ampliada” (Campos; Amaral, 2007), representada por autores que, preocupados com restrições próprias do

modelo biomédico, propuseram métodos para reforçar o protagonismo do sujeito e uma ampliação dos limites do diagnóstico e da intervenção clínicos.

Outra vertente do DV, na qual consideramos inseridos, é a “micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde”. Nessa, a centralidade está no “cuidar” enquanto acontecimento que se diferencia dos procedimentos clínicos, com os quais pode (ou não) coexistir. O acontecimento cuidador, que acompanha (ou não) a clínica, é a emergência de um encontro intercessor, mútua afetação da qual ninguém sai do mesmo modo que entrou (Merhy, 2004, 2006).

As ferramentas que esta vertente tem inventado, em conjunto com quem faz e com quem usa a saúde, vão depender de uma perspectiva tecnológica do trabalho em saúde, que é vivo e só acontece em ato e mediante um certo arranjo tecnológico, ou seja, quando do manejo de certas tecnologias em saúde: as chamadas tecnologias “duras”, que envolvem os equipamentos, instrumentos e insumos, de quem dependem os procedimentos; as tecnologias “leve-duras”, conjunto de conhecimentos técnico-científicos organizados nas respectivas profissões, disciplinas e especialidades; e as tecnologias “leves”, consistindo nas relações entre todo(a)s o(a)s envolvido(a)s nos encontros para o cuidado.

Importante pontuar que o prefixo “micro” de micropolítica, aqui usado, não significa menor tamanho em escala, ou os espaços de socialização imediata, como na unidade básica de saúde, lugar menor que estaria em contraposição a uma ordem “macro” que seria, por sua vez, toda a rede de saúde ou até o sistema como um todo. Este é um senso comum com essas palavras que, se aplicado aqui, podem causar confusão. Trata-se, de outro modo, de conceber a realidade como tendo, ao mesmo tempo, duas dimensões: uma macropolítica (estrutura estável acessível aos nossos sentidos, no caso os prédios + as equipes + os equipamentos + os insumos + a racionalidade biomédica + as normas e os protocolos + territórios, entre outros elementos), e outra micropolítica (as conexões + afetações + instabilidades + desvios + territorialidades, entre outros elementos) (Deleuze; Guattari, 2000, 2008). Ambas as dimensões dependem uma da outra, e produzem uma à outra permanentemente.

Embora não tenhamos espaço, neste texto, para desenvolver a micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde, vários são os desdobramentos quando posicionamos esta lente de análise no arranjo tecnológico que opera no trabalho vivo em ato da saúde, seja no âmbito das práticas clínicas, que, segundo esta perspectiva, podem ou não ser cuidadoras, seja no âmbito da organização da atenção à saúde e da sua gestão, esfera que têm efeitos diretos nas condições oferecidas para as equipes e no processo de trabalho em saúde.

Análises sobre a produção do cuidado em saúde que consideram tais dimensões, ao se problematizar os muitos projetos que temos construído no Brasil para uma reforma

permanente da AB, contribuem com outras leituras sobre a AB e acrescentam ainda mais tempero nessa mistura de camadas que ela se tornou, aproximando-a ainda mais do projeto societário de uma RB.

Considerações para não finalizar

Nem sempre é fácil percebermos como cada camada vai compondo com as anteriores em determinadas redes locais, já que cada uma – com e a partir de sua história – vai compondo seus próprios modelos e possibilidades, aproveitando certos elementos de uma camada aqui, articulando com outras camadas ali. O resultado é que em cada município, em cada unidade de saúde e em cada equipe, o que se vê são composições singulares conformando a Atenção Básica, essa formulação brasileira.

Em certos tempos e lugares também podemos encontrar, nos dias de hoje, equipes vivenciando, por conta de agenciamentos de várias ordens, verdadeiros empobrecimentos de seus processos de trabalho. Ao compor um cotidiano com poucos elementos das camadas acima, conseguem no máximo cristalizar certas práticas profissionais-centradas, com baixo teor de tecnologias leves de cuidado em saúde. Ou, ainda, o que é dramático e infelizmente não raro nos últimos dias do ano de 2021, em que finalizamos este texto, certas equipes e usuário(a)s têm sido exposto(a)s a uma intensa precarização das suas condições de trabalho, um processo que infelizmente não faz justiça a todo este histórico processo de construção de uma AB de que falamos acima.

Esperamos que tenha sido possível relembrar e problematizarmos juntos um pouco dessa produção fractal e movente que é a AB, que segue misturando e interpenetrando camadas, compondo permanentemente toda uma rede múltipla e muito própria do Brasil. Cada vez que a encontramos em plena produção de saúde, integrando-se com outros serviços, territorialmente e na sociedade como um todo, não temos dúvidas de que aponta, sim, para a constituição de uma Rede Básica. Esta singularidade local e a multiplicidade que é a AB constituem um mesmo jogo de tensões que nos impulsiona no sentido de um projeto societário de RB, por sua vez assemelhado a um fractal, configuração que ativa reciprocidades entre as experiências locais e o sistema. Mais uma vez: para nós o modelo APS, inegavelmente com importantes contribuições, é somente uma destas camadas, um subconjunto de variáveis que compõem a equação do fractal.

Por hora, chega de camadas! Conversamos sobre seis delas, entendemos que era preciso percorrer este passado com um olhar do presente, e foi uma tática que nos ajudou até este ponto. Mas obviamente não são só seis, aliás, o(a) leitor(a) sabe também que não existem camadas distinguíveis umas das outras, mas sim esse entrelaçamento entre elas que estamos associando à imagem dos fractais, e que se movem o tempo todo, ao sabor das forças governamentais e não governamentais locais, regionais e nacionais.

E os modos de articulação desta AB, como rede de serviços, com as estratégias de cuidado nos territórios, dentro e fora do setor saúde, também adicionam mais cores a tais

fractais e, por vezes, o arranjo complexo que vemos em certo tempo e lugar aproxima-se bastante do que estamos chamando de RB, de longe um campo de originalidades brasileiras que talvez ainda compreendamos muito pouco, e que não podemos permitir que seja destruído.

Voltando à precarização sem precedentes que temos presenciado no momento em que escrevemos este texto - e isso desde 2016, ainda não se tem como prever o que restará do SUS como imenso patrimônio de nosso povo, caso este processo não seja interrompido imediatamente e a implementação do SUS não seja retomada, na qual a RB tem um papel estratégico. Talvez o SUS ainda não tenha sido totalmente desmontado justamente porque temos uma AB instituída, com todos os problemas que já tinha e que passou a ter.

Nosso país quis e continua querendo ter uma Rede Básica, esta é a política de Estado que temos buscado construir há muitas décadas, e que cada governo precisa fazer valer, implicando no direito à saúde e em ações compartilhadas e democráticas, fortalecendo o cuidado em saúde na proximidade das vidas, pois todas elas valem a pena serem vividas.

Referências

BRASIL (Org.). Política nacional de atenção básica. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, v. 123, p. 1-3, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11794.htm. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2020.

CAMPOS, G. W. de S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Editora Hucitec, 1991(Saúde em debate, 37).

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. Amplified clinic, democratic management and

care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 849–859, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2020.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 34, n. 8, 20 ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20180008000501&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 6 set. 2021.

DAWSON, B. E. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 1964.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2000. v. 1, (Coleção TRANS).

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2008. v. 3, (Coleção TRANS).

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: MACHADO, R. (org.). *Microfísica do poder*. Biblioteca de filosofia e história das ciências. trad. Roberto Machado. 4a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010. p. 15–38.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1171–1181, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20060006000006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 set. 2021.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. 2009. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 2 set. 2021.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à Saúde. 2009. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 29 out. 2020.

MATTOS, R. A. de. Contribuições da arqueologia e genealogia à análise de políticas de saúde. In: MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS, 2011. p. 219–255. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 1 abr. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: LIMA, A. M. M. de et al. (org.). Programação em saúde hoje. Saúde em debate; Série “Didática”. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. p. 37–63.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). Agir em Saúde, um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197–228.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108–137.

MERHY, E. E. O Cuidado é um acontecimento, e não um Ato. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública. Caderno de textos., [S. l.], , p. 69–78, 2006. . Acesso em: 2 ago. 2021.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saúde em Debate, [S. l.], v. 43, n. spe6, p. 70–83, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001100070&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2021.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. Saúde debate, [S. l.], , p. 83–9, 1991. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-150871>. Acesso em: 12 out. 2020.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L. B.; LIMA, A. M. M. de (org.). Programação em saúde hoje. Saúde em debate; Série “Didática”. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. p. 65–116.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. de; SILVEIRA, M. L. (org.). Território: Globalização e Fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 15–20.

SEIXAS, C. T. et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 25, n. suppl 1, p. e200379, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200200&tlng=pt. Acesso em: 31 ago. 2021.

SLOMP JUNIOR, H. et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-

32832019000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2020.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Is primary care essential? *The Lancet*, [S. l.], v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, out. 1994. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673694906343>. Acesso em: 5 set. 2021.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do Sus*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 7–28, jun. 1998. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 21 dez. 2020.

TESTA TAMBELLINI, A.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “determinação social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 371–379, 2009.

THIRY-CHERQUES, H. R. À moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológica e genealógica de investigação. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, [S. l.], n. 81, p. 215–248, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-64452010000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 abr. 2021.

A formação no plano do cuidado: intersecções, encontros e afetos

*Leandro Dominguez Barretto
Emerson Elias Merhy*

Introdução

Esta pesquisa surge a partir dos incômodos e questionamentos do primeiro autor em sua prática profissional, envolvido com a produção do Cuidado à vida de inúmeras pessoas, tanto na assistência como na gestão, em diferentes serviços de saúde. Questões que foram ativadas e ganharam novos olhares com a atuação, deste mesmo autor, como docente em um curso de graduação em medicina. Desenvolvemos este estudo no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

Merhy (2002a) considera que o objeto no campo da saúde é a Produção do Cuidado, pois é através do cuidado que se pode chegar a objetivos como a cura, promoção ou proteção da saúde, impactando em ganhos de autonomia no modo de andar na vida de cada indivíduo. Para produzir este Cuidado, todo profissional de saúde opera sempre ações cuidadoras, mesmo que dentro destas ações opere também ações/saberes do seu núcleo profissional, e dentro deste, ações/saberes específicos relacionados ao núcleo do problema de saúde em questão. Ou seja, os saberes específicos de cada categoria ou de cada profissional em particular – como o saber da Clínica, por exemplo – operam sempre em conjunto com o núcleo de saberes cuidadores, no campo do Cuidado, campo este comum a todos os profissionais de saúde (Merhy, 2002a).

Dentre os saberes ou tecnologias relacionados no núcleo das ações cuidadoras estão a Escuta, o Acolhimento, a produção de Vínculo e a Responsabilização (Merhy, 2002a), saberes envolvidos nos processos relacionais estabelecidos entre trabalhadores e usuários. No entanto, não é infrequente presenciar situações onde esta dimensão cuidadora é muito reduzida. Observamos uma naturalização das relações de subordinação do usuário pelo trabalhador. Relações assimétricas que resultam no predomínio do interesse e do saber dos trabalhadores sobre os interesses e saberes dos usuários. Uma prática que busca segurança a partir dos saberes estruturados da Clínica, relegando a dimensão relacional a uma dimensão menor na prática profissional. Não é a toa que “A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população” (Silva Jr.; Merhy; Carvalho, 2007, p. 124).

Esta perda da dimensão cuidadora é bastante evidente, por exemplo, na interação com pessoas de grupos populacionais tradicionalmente excluídos ou com comportamentos considerados desviantes, como usuários de drogas, moradores de rua, profissionais do sexo, ou usuários “rebeldes”, aqueles que não se submetem facilmente às prescrições que determinam um novo modo de vida. Estes “anormais do desejo” (Merhy,

2012), muitas vezes severamente repreendidos, marginalizados – ou até criminalizados – tem pouco espaço para que suas necessidades sejam acolhidas e uma baixa oferta de produção de vínculo, pois o não reconhecimento da perspectiva do outro produz mais distanciamento.

Sentimos empatia e antipatia pelos outros e isso também afeta o cuidado que produzimos nos serviços de saúde (Mehry, 2011). Nem sempre temos clareza destas condições que se passam em alguns encontros, pois não é algo da dimensão do saber racional, está no campo dos afetos. Para Espinosa, “Quando um corpo ‘encontra’ outro corpo, uma ideia, outra ideia, tanto acontece que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente, quanto que um decompõe o outro e destrói a coesão das suas partes” (Deleuze, 2002, p. 25), e isso se dá o tempo inteiro nas nossas vidas. Assim, tomamos este conceito do “Encontro” como um processo de afecção entre corpos que se conectam, produzindo “paixões alegres ou tristes” (Deleuze, 2002). Quando encontramos com usuários nos serviços de saúde, estas afecções também pautam nossa conduta. Será que nos damos conta disso? E quando nos damos conta, fazemos o que com isso?

Ao retornar ao curso de medicina como docente, mais de 10 anos após sua graduação, o primeiro autor deste texto reconecta estas questões com sua própria formação, para pensar a formação dos novos profissionais com os quais estava envolvido. Percebemos que existe uma subjetividade presente em muitos estudantes sobre como deve ser a relação que o profissional estabelece com o paciente: distante e detentor do saber. Curiosamente, nos primeiros semestres do curso, percebemos que existe mais sensibilidade e mobilização dos estudantes diante da vida do outro. Demonstrem mais alegria ou tristeza frente a situações do Cuidado. O espaço de troca com o usuário é mais alargado, passam mais afetos, permitindo mais reflexão e aprendizado sobre o ato de cuidar. Contudo, com o passar dos semestres, a postura de distanciamento das ações cuidadoras é mais presente. O saber da Clínica ou a habilidade na realização de procedimentos são considerados os verdadeiramente importantes e a dimensão da relação é deixada de lado. Como lembra Merhy (2002a, p. 121), em geral o usuário “reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema.”

Expostos intensamente ao modo de fazer onde predomina o saber profissional-centrado e a produção de procedimentos, o estudante conforma também seu fazer reproduzindo uma prática que “subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar” (Merhy, 2002a, p. 125). Na composição das “Valises Tecnológicas” do profissional, a formação privilegia a composição dos saberes estruturados, comandados por tecnologias leve-duras e duras¹, compondo as “Valises da

¹ [...] as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). (Merhy, 2002c, p. 99)

cabeça e das mãos”. Até mesmo na tentativa de abrir a consulta médica às dimensões psicossociais, privilegiam-se os roteiros, questionários ou se incluem novos tópicos na rígida estrutura da tradicional anamnese. A busca pela certeza, objetividade e segurança – típica da ciência positivista e cartesiana ocidental – restringe o processo relacional, com suas trocas e afecções entre sujeitos, na tentativa da captura da lógica do usuário pelo saber profissional, ao contrário de deixar-se contaminar por aquele.

Trata-se, portanto, de uma formação com pouca exposição ao outro como sujeito. A Produção do Cuidado não é compreendida como centro do processo de aprendizagem, entrando na formação somente como um cenário onde o estudante é exposto para treinar suas habilidades na realização de procedimentos, pois mesmo a consulta transforma-se em um procedimento de realização diagnóstica e definição terapêutica. Quando o mundo do estudante entra em contato com o mundo dos usuários, produzindo estranhamentos, questionamentos e afecções, estas questões são rapidamente desvalorizadas e reforça-se a necessidade do distanciamento como uma postura necessária para uma boa Clínica, ou mesmo como um mecanismo de defesa para não ficar mobilizado com a situação do outro. O sentir deve dar lugar ao pensar, sob o risco de comprometer o raciocínio clínico. Os sentimentos, angústias, dúvidas ou inseguranças de usuários e profissionais, nada mais são do que interferência – um ruído de estática – que deve ser ignorado ou manejado o mínimo possível para permitir a limpa e clara captação das informações objetivas colhidas pelos instrumentos clínicos.

Assim, os saberes estruturados das tecnologias leve-duras – e mesmo as tecnologias duras – deixam de ser recurso para a Produção do Cuidado e passam a comandar o agir profissional (Merhy, 2002a). Produz-se um modo padrão de agir. Uma repetição do fazer nas relações de cuidado. Conseqüentemente, formam-se profissionais que têm pouca habilidade para lidar com a singularidade de cada sujeito, em cada Encontro. Um dos reflexos para o Cuidado em Saúde é a baixa capacidade de negociar Projetos Terapêuticos Singulares que contemplem as necessidades de saúde dos indivíduos em suas múltiplas dimensões e desejos, levando a fracassos terapêuticos, não por carência de uma boa Clínica do profissional, mas pela dificuldade de compreender o outro no espaço relacional, da tecnologia leve.

No entanto, o encontro entre trabalhadores e usuários de serviços de saúde também guarda em si a potência de colocar a prática do profissional em interrogação. Isso porque “o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente” (Merhy, 2002b, p. 48) e mesmo com o predomínio do trabalho morto – e suas tecnologias – sobre o trabalho vivo², o trabalho em saúde não pode ser completamente capturado pelo primeiro, “pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo

² Para o autor, Trabalho Vivo representa o trabalho no momento em que o mesmo acontece, sendo o único momento em se pode operar com Tecnologias Leves. Já o Trabalho Morto representa o produto de um trabalho humano já acabado, resultado do trabalho vivo anterior que o produziu, caracterizado por tecnologias duras e leve-duras. O Trabalho Vivo também opera com tecnologias duras e leve-duras, mas a disputa está justamente sobre o que preside esta ação, se as tecnologias leves e o momento vivo em ato, ou se o trabalho morto realizado anteriormente. (MERHY, 2002b).

em ato, é porque ele pode ser sempre ‘atravessado’ por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar” (Merhy, 2002b, p. 61). Isso abre espaço para que a mobilização de afetos neste encontro produza “linhas de fuga” (Rolnik, 2007) no modo de agir tradicional do trabalhador e a abertura para novas possibilidades inventivas.

Segundo Franco e Merhy (2011, p. 10) é o “complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo”. Este estudo vai ao encontro desta afirmação, pois busca analisar a contribuição do trabalho vivo no mundo do cuidado para a formação profissional em saúde. Nosso interesse é compreender, a partir da experiência de um dos autores enquanto cuidador e docente, de que forma os Encontro entre trabalhadores e usuários tem o potencial de mobilizar saberes para além dos conhecimentos leve-duros, na direção de uma “combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários-centrados” ou seja, “entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado” (Merhy, 2002a, p. 132). Busca compreender como estes encontros podem ser constitutivos de uma formação implicada com a produção de mais ou menos autonomia do outro, com a produção de mais ou menos vida em cada um de nós.

Percurso metodológico

O que nos afeta tem o potencial de produzir interrogações, nos colocar em análise, especialmente quando se tratam de incômodos, quando percebemos que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente para os desafios do cotidiano. “Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir sentido: essas são as chaves para a aprendizagem significativa” (Merhy; Feuerwerker, 2014; p. 8). Na aprendizagem significativa o aprendizado parte do saber que os indivíduos já possuem e do “desejo ativo dos participantes pela apropriação de novos saberes e práticas” (Brasil, 2005, p. 51), desejo este motivado pelas mobilizações do cotidiano, por isso o aprender se dá “na medida da reflexão sobre a ação, do pensamento sobre o vivido” (Brasil, 2005, p. 13). Logo, o aprendizado da formação passa pelas vivências de cada profissional e equipes, através da reflexão e análise a partir das mesmas.

Bondía (2002) propõe pensar a educação a partir do par Experiência – Sentido, na medida em que aprendemos a partir do que nos acontece e do sentido que produzimos neste processo. O autor problematiza que o amplo acesso à informação nos deixa bem informados, mas somente o saber que deriva da Experiência permite nos apropriarmos de nossa própria vida e ampliar nossa capacidade de utilizar os demais conhecimentos que possuímos.

Este é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. No saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece (Bondía, 2002, p. 27)

No entanto, a experiência foi com o tempo perdendo sua validade como produtora de saber em favor de uma busca pela homogeneização e certeza. Segundo Bondía (2002), a ciência formulada por Descartes desconfia da experiência, tentando reduzi-la a experimentos, em um dos elementos do método que garantirá um caminho seguro para a ciência, matando a dimensão singular da experiência na vida dos indivíduos, “Se a lógica do experimento produz acordo, consenso ou homogeneidade entre os sujeitos, a lógica da experiência produz diferença, heterogeneidade e pluralidade” (Bondía, 2002, p. 28). O saber da experiência, ou seja, o saber produzido a partir da reflexão sobre o que nos acontece é também um saber da práxis, um saber implicado, pois a vida e o trabalho estão permeados de interesses e posições que motivam determinadas formas de fazer e não outras. Assim, vivências/ações e, conseqüentemente, o processo de aprendizagem decorrente dos mesmos não podem estar dissociados das implicações de cada indivíduo e coletivo com a sua prática.

Esta saber implicado traz para análise o agir do próprio autor, pois coloca como questão para o indivíduo “[...] o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado, no qual também significa claramente a si mesmo e aos outros.” (Merhy, 2004, p. 25), pois ao interrogar a situação vivida/ protagonizada “interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todos estes processos” (Merhy, 2004, p. 32). Este conhecimento produzido faz sentido para o autor e tem uso direto pelo mesmo no aprimoramento de suas práticas e ampliação de sua capacidade auto-analítica, sendo, portanto, um conhecimento singular. Além disso, este saber também poderá fazer sentido para os demais atores implicados na situação interrogada, e mais, poderá fazer sentido para outros sujeitos que vivenciam situações semelhantes, constituindo-se ao mesmo tempo em um conhecimento individual e coletivo, particular e público (Merhy, 2004).

A partir destes referenciais, partimos de diferentes Encontros com usuários e trabalhadores, vivenciados pelo primeiro autor deste estudo ao longo da sua trajetória profissional, refletindo sobre a contribuição dos mesmos para a formação profissional em saúde e as relações na Produção do Cuidado, partes indissociáveis das experiências vividas.

Assim, buscamos cartografar estas vivências-experiências e suas contribuições para a formação do “Cuidador” e para a prática do “Docente”. Procuramos compreender como o autor foi afetado pelos acontecimentos do cuidado em saúde e os encontros com usuários e trabalhadores, bem como a produção de novas subjetivações e, conseqüentemente, novas práticas no cuidado e na docência, para com isso tentar contribuir com as práticas de outros que se identifiquem com esta produção. Ou seja, buscamos entender como o que nos passa, nos acontece e nos afeta pode agregar na constituição dos profissionais de saúde que somos, partindo do princípio que no nosso agir, na produção do cuidado em saúde, também produzimos a nós mesmos enquanto sujeitos no mundo (Franco; Merhy, 2011).

Trazemos para a análise sete Encontros no mundo do cuidado e da docência – predominantemente na Atenção Básica –, apresentados através de Narrativas de vivências-experiências descritas na dissertação de mestrado que deu origem a este texto (Barretto, 2013), com os seguintes títulos: “Setemês”; “Cidade da Bahia”; “Dona Stella”; “Dona Célia”; “Cristina e Caroline”; “Vera”; e “Seu João”. Como Cartógrafos (Rolnik, 2007) procedemos um mapeamento e análise da micropolítica destes encontros. É na micropolítica que se dão os processos de produção das formas de realidade que vivemos, através da construção e desconstrução de territórios existenciais (Bertussi, 2010). Estes movimentos de construção do real – territorialização e desterritorialização – podem ser cartografados. Para a Geografia

[...] a cartografia – diferente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis (Rolnik, 2007, p. 23).

Foi necessário construir uma “caixa de ferramentas para sentintes” (Cruz, 2016) com textos, conceitos e outros elementos surgidos dos Encontros com estas narrativas, que ajudassem a perceber/ sentir e dar língua às intensidades que buscam expressão (Rolnik, 2007) junto ao “Cuidador” e ao “Docente”. Desta forma, a partir das intersecções, encontros e afetos no mundo do cuidado, do ensino e também na literatura – pesquisa – apresentamos a seguir algumas análises que podem apontar direções para as questões colocadas neste estudo.

Produção do cuidado – um jogo de improvisar

Merhy, Feuerwerker e Gomes (2010) utilizam os conceitos de Repetição e Diferença para discutir a Produção do Cuidado. A Repetição é a produção de padrões, a definição do normal, a produção em série de comportamentos, formas e atitudes adequadas. A Diferença é o que escapa ao padrão ou a determinadas convenções, o novo, o incomum, o singular. A Repetição vê esta singularidade da Diferença como anormal, como patológico e por isso deve ser modificado ou mesmo suprimido.

Na Repetição produzem-se padrões estéticos e comportamentais onde os indivíduos, usuários dos serviços de saúde, devem ser enquadrados. Assim, nos encontros com os usuários, os profissionais de saúde buscam em seu elenco de perfis estereótipos – ou diagnósticos – o que mais se enquadra àquele indivíduo naquela situação e aplicam a norma com pouco ou nenhum questionamento. Quando o usuário traz questões não enquadráveis ou surgem incômodos, faz-se necessário bloquear o que está “vazando”, impedir a passagem de afetos. Não deixar-se afetar pelo outro ou por aquele encontro. Produzem-se, desta forma, “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!” (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2010, p. 71).

Carvalho (2009) nos oferta o analisador “Disputa de Planos de Cuidado” em sua

pesquisa sobre a Atenção Domiciliar, ao discutir que a autonomia e escolha dos usuários dos serviços de saúde muitas vezes são vistas pelos profissionais “[...] como a capacidade de resistir do usuário a um ato de cuidado por parte de um trabalhador de saúde, o que é visto enquanto um momento negativo por parte dos distintos profissionais.” (p. 12). Resgatamos a história de Dona Stella, que trabalhava sozinha com o marido na administração de um bar. Para Dona Stella, era o cigarro que não a deixava “enlouquecer”. Ainda assim, três jovens estudantes “passarem um sermão” – com palavras suaves – em uma mulher negra, pobre e idosa, que ouvia de cabeça baixa os jovens bem arrumados falando sobre o mal que ela fazia à própria vida. Repetição de uma conduta e um discurso feito em muitos momentos. Não conseguir dialogar com a condição colocada por Dona Stella é negar o conhecimento dela sobre si mesma. Felizmente, Dona Stella não se submeteu, pelo contrário, rompeu em indignação e explicitou para todos os presentes o ato opressivo que se passava naquele consultório. Desconforto e aprendizado ofertado por Dona Stella, se nos permitirmos afetar pelo vivido.

Segundo Mendonça (2008) o reconhecimento da autonomia do outro é um processo intersubjetivo onde “se reconhece o outro como outro de si mesmo” (p. 31). As formas de negação do reconhecimento são percebidas na forma de “ofensa” ou “rebaixamento” caracterizadas como desrespeito ao outro. Na medida em que o profissional impõe seu saber técnico-científico para dispor do corpo dos usuários, nega direitos que os mesmos compreendem como seus – e de fato possuem –, bem como nega ou repreende modos de vida diferentes.

Como propõem Merhy, Feuerwerker e Gomes (2010, p. 68-69) “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”. Ou seja, não negar os saberes estruturados, mas ao mesmo tempo não ser “comandado” pelos mesmos, abrindo espaço para a produção de intersecções entre usuários e trabalhadores de saúde.

Merhy (1997b) utiliza o conceito de “intercessores”, ofertado por Gilles Deleuze

para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou (Merhy 1997b, p. 132).

O processo de trabalho em saúde é naturalmente produtor de intersecções, mas que podem se expressão como uma “intersecção objetal”, onde há o predomínio de um sujeito sobre outro, ou na forma de uma “intersecção partilhada”, com o reconhecimento mútuo entre sujeitos (Merhy, 1997b), onde ambos são afetados neste encontro. O usuário com toda sua história, experiências e concepções, apresenta ao profissional de saúde

realidades que tem o potencial de colocá-lo em questionamento sobre sua prática e mesmo sua vida. Neste processo de afecção mútua se abrem possibilidades para a produção do novo, de forma partilhada, para um e para outro, produção de diferença.

O encontro com “Setemês” produziu este tipo de deslocamento. Era um menino magro, que circulava constantemente pelas ruas próximas à unidade de saúde da família e que tinha este apelido – Setemês – por ser muito pequeno e magro. Não procurava nossos serviços e tampouco conseguíamos nos aproximar dele nos poucos movimentos que fizemos. A leitura do romance “O resto é silêncio”, de Érico Veríssimo, mobilizou mais interesse por este menino por causa de um dos personagens do livro, de nome Angelírio, também conhecido como “Sete-Mêis”. Na história de Veríssimo, ele:

Era um menino raquítico, de ombros ossudos e encolhidos. No pescoço descarnado trazia incrustada a poeira de muitas ruas e muitos dias. Na cara miúda, dum amarelo açafreado, ressaltavam os olhos castanhos, desproporcionalmente grandes – olhos sem infância, dotados de uma expressão de maliciosa esperteza, que revelavam uma experiência de adulto (Veríssimo, 2008, p. 40).

A semelhança física entre ambos nos fez refletir sobre o destino trágico do personagem do livro, que bem poderia ser o destino daquela criança da vida real. Este sentimento, compartilhado com a equipe, nos sensibilizou para buscar uma forma de conexão com Setemês, mas também repensar nosso trabalho junto às outras pessoas em situação de rua.

Neste processo, somos muitas vezes convocados a lidar com problemas que não tem respostas pelos saberes das tecnologias leve-duras. É necessário construir alternativas de forma criativa, abrindo espaço para o outro e sua singularidade – ou diferença – pois é o outro que ajudará a apontar os caminhos:

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 (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2010, p. 71).

Como no Teatro, nas relações de cuidado precisamos estar atentos para o inesperado e improvisar na relação com o outro. Santos (2012) afirma que “o ator em situação de improvisação tem como tarefa dividir com o outro o jogo, completar-se no jogo do outro, responsabilizar-se pelo desenrolar das ideias em conjunto, sem tomar toda responsabilidade para si, nem privar-se dela” (p. 79) e mais, que “o exercício da improvisação é um espaço de jogo onde a intimidade e cumplicidade devem ser desenvolvidas” (p. 77). Um jogo de co-responsabilização, de afetar e ser afetado em uma relação solidária e verdadeira. No jogo de improvisar precisamos estar atentos para o que vem do outro, o que ele/ela oferta – ou demanda – nos produzindo enquanto ator/

atriz e personagem nesta interação.

Assim como na Produção do Cuidado, a improvisação no Teatro não significa falta de técnica, de método ou um deixar fluir sem diretrizes. Improvisamos no Cuidado, como no Teatro, utilizando os saberes estruturados que cada um acumula em sua caixa de ferramentas, mas o que determina o caminho é sempre a interação com o outro, é a partir do outro que definimos quais recursos lançaremos mão em cada interação. Para sustentar o jogo é necessário acolher e expressar, negociando também estes limites, pois “é dentro das limitações das regras do jogo que o ator pode ter liberdade para criar” (Santos, 2012).

Territórios do cuidado

A partir das Narrativas das vivências-experiências, tomamos como analisadores a ideia da constituição de dois Territórios Existenciais no mundo do Cuidado, que relacionam-se como uma dobra, onde transitamos em diferentes situações ou momentos. Os afetos – produzidos nos diferentes encontros – são intensidades que buscam expressar-se através de todo o corpo, ensaiando “jeitos e trejeitos, gestos, expressões de rosto, palavras” (Rolnik, 2007, p. 31), comportamentos. Para se exteriorizarem, os afetos buscam formar máscaras para “tomarem corpo como matéria de expressão”. Os afetos só ganham “espessura de real quando se efetuam”, ou seja, as intensidades em si só existem quando efetuadas em certas matérias de expressão, denominadas pela autora de “máscaras”, que conformam o conjunto de gestos, expressões e palavras. Intensidades perceptíveis somente através de nosso “olho vibrátil”, que permite ver/sentir os invisíveis movimentos dos afetos circulantes. Nosso olho retina percebe somente o visível, ou seja, as máscaras utilizadas para dar língua – expressão – às intensidades que pedem passagem. Na medida em que a máscara funciona como condutora dos afetos, operadora de intensidades, ela “ganha espessura de real” (Rolnik, 2007), é viva, é verdadeira. As máscaras que ganham consistência conformam Territórios Existenciais, que são configurações mais ou menos estáveis onde às mesmas podem habitar, produzindo assim novas configurações no campo social (Rolnik, 2007).

Um destes Territórios é o da Repetição, onde assumimos uma postura que permite pouca passagem de afetos, ou seja, ao transitar neste território o profissional de saúde necessita que sua sensibilidade – para ser afetado pelo outro – esteja reduzida ou mesmo bloqueada. Este é o território da padronização, das condutas protocolares, do enquadramento do outro a um saber e uma vontade considerada mais verdadeira, mais correta. Aqui, os incômodos – se ocorrerem – precisam ser contidos para dar espaço, de forma inquestionável, ao que é tradicionalmente esperado tecnicamente do profissional. No Território da Repetição não usamos os saberes clínico-epidemiológicos como ferramentas de um cuidado singular, mas como normalizadores da vida. A definição do que é considerado saudável, certo e aceitável para o usuário é construída por outros e prescrita nas relações de Cuidado.

Existem muitos motivos que nos levam a operar no Território da Repetição, tão vastos como é a singularidade dos indivíduos. As muitas máscaras que conformam este território são constituídas na família, na sociedade ou na formação profissional (Rolnik, 2007; Bertussi, 2010). Por isso que a produção do cuidado é também dependente do universo ideológico do trabalhador (Merhy, 1997b). Reconhecemos que a Repetição nos dá segurança. Seguir as normas, rotinas, protocolos ajuda a tomar decisão sem nos questionarmos muito. No entanto, sempre existe a possibilidade de nos desterritorializarmos, afetados pelo encontro com o outro – o que o outro traz, representa ou como o outro repercute o nosso agir – despertando nosso “corpo vibrátil” (Rolnik, 2007) para novas percepções, constituindo outras máscaras para habitar novos territórios, improvisando outro texto que permita construir um diálogo mais harmônico com o que o outro coloca como sua necessidade.

Assim, podemos constituir máscaras que nos permitam habitar outro território, centrado na relação e no encontro com o outro, nas trocas e nos afetos, um Território de Intersecção Partilhada.

Neste Território da Intersecção busca-se gerar um produto comum aos envolvidos, ou seja, que faça sentido e contemple o que ambos colocam como expectativa e necessidade. Na Produção do Cuidado, o interesse que deve predominar é o do usuário, pois é sua vida que está em questão, é do seu sofrimento e sua autonomia que tratamos nos encontros nos serviços de saúde. Naturalmente, o trabalhador também tem suas convicções, compromissos e limites que devem ser considerados neste encontro, sendo trabalhados na construção de processos partilhados.

Ao operar no Território da Intersecção, os saberes estruturados como a Clínica e Epidemiologia (leve-duros), bem como seus instrumentos como questionários, roteiros, normas, protocolos (duros), devem estar subordinados ao momento vivo do encontro entre profissional e usuário. Estes saberes compõem a caixa de ferramentas do profissional. Funcionam como um texto que orienta o ator, mas ao qual o mesmo não deve ficar preso. Ele improvisa a partir do que sente, ouve e percebe do outro, utilizando o texto conhecido quando for mais adequado, lançando mão também das técnicas que domina e de sua experiência, para improvisar um enredo que contemple os atores e a plateia. Como na pintura com nanquim ou aquarela, é preciso saber lidar com a imprevisibilidade do pigmento que se espalha sem controle sobre o papel (Cruz, 2016).

Na intersecção partilhada, deixamos o espaço aberto para a expressão do outro e a possibilidade de conexão com o mesmo, através da percepção ativada em nosso “corpo vibrátil”. Neste processo, nos abrimos para interrogações produzidas em cada encontro e assim vamos constituindo novas práticas, nos modificando e nos formando à medida que nos dispomos a construir o cuidado com o outro. Enquanto na repetição seguimos com a mesma prática – com poucas variações – cristalizamos, reproduzimos. É importante ressaltar que este não é um processo linear, onde saímos de um território para

o outro e pronto. As máscaras dos territórios da Repetição e da Intersecção fazem parte de nós – transitamos entre os mesmos em diferentes momentos. Habitamos o território da repetição por opção, mas às vezes também o fazemos sem perceber. É o encontro com o usuário, com o outro, que tem a potência de nos desterritorializar demandando novas posições e atitudes (Bertussi, 2010). No entanto, esta desterritorialização nem sempre é tranquila, pois às vezes implica na revisão de muitos valores e condutas consideradas inquestionáveis, quase sagradas. O risco de desabamento de um território cristalizado, seguro e com o qual se tem a sensação de familiaridade, gera uma ambiguidade natural neste processo e, conseqüentemente, uma angústia que tem uma face ontológica – medo de morrer –, uma face existencial – medo de fracassar – e uma face psicológica – medo de enlouquecer (Rolnik, 2007). Assim, é preciso também uma relação de cuidado e compreensão com quem aprende. Aplicar na Docência os princípios do Cuidado, acolhendo, responsabilizando-se e buscando a construção de vínculo com os que se abrem para o saber da experiência. Acolher as angústias das desterritorializações enquanto recurso de cuidado para aquele que se expõem, mas também de reflexão, aprendizado e produção. Como afirma Rolnik (2007, p. 51) “Dá para dizer que essa angústia é a energia da nascente de mundos”.

Algumas considerações

O Cuidado produzido nos diversos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) – com óbvias e felizes exceções – ainda conta com o predomínio dos interesses e saberes das instituições e dos profissionais sobre os interesses e saberes dos usuários. Isso se evidencia pela hegemonia do saber científico, das estruturas, das normas e das padronizações sobre o saber dos indivíduos e comunidades a respeito de si mesmos e de suas vidas.

Felizmente, o usuário resiste. Ele disputa os planos de cuidado que serviços e profissionais prescrevem, seja evadindo de um acompanhamento, não seguindo orientações, negando-se diretamente a fazer o que ele compreende como não sendo o melhor para as escolhas que faz para sua vida, ou resistindo de outras tantas e variadas formas que a criatividade humana permite.

Este estudo buscou trazer reflexões sobre como o espaço de encontro e troca entre profissional e usuário guarda em si a potência de produzir um cuidado centrado na singularidade de cada vida ao habitar um Território de Intersecção Partilhada, mas ao mesmo tempo também pode produzir assujeitamento ao enquadrar as necessidades e saberes dos usuários – bem como a prática do profissional – no Território da Repetição.

Assim, é necessário orientar a formação em saúde para encontros permeáveis às trocas afetivas. Tomar como espaço privilegiado de aprendizado – desde o início do processo de formação em saúde – os afetos produzidos nos encontros entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, recolhendo e processando os efeitos destes sobre os indivíduos e relações de cuidado. Abrir espaço e estimular a reflexão coletiva e individual

sobre o que afeta o estudante e o trabalhador, problematizando sobre o que ele sente, o que o incomoda e como ele percebe o outro. Construir um paradigma ético-estético da defesa da Vida e de sua multiplicidade, reconhecendo o direito do outro de decidir sobre si, vivendo o mundo com a satisfação de saber aproveitar a surpresa e a novidade em cada encontro.

Referências

BARRETTO, L. D. A Formação no Plano do Cuidado: Encontros, Interseções e Afetos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 88 f. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana-BA, 2013.

BERTUSSI, D. C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese (Doutorado em Clínica Médica). 234 f. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20–28, Jan/Fev/Mar/Abr, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Unidade de Aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005.

CARVALHO, L. C. A disputa de planos de cuidado da Atenção Domiciliar. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). 111 f. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

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

DELEUZE, G. Espinosa: Filosofia prática. 1ª Ed. São Paulo: Escuta. 2002. 144 p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 9-20, Enero-Abril, 2011.

MENDONÇA, P. E. X. (Luta) Em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). 143 f. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In:

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org.). Saúde e Democracia: a Luta do Cebes. São Paulo, Lemos Editorial, 1997b. p. 125-142.

_____. Ato de Cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2002a. Apêndice 1.

_____. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2002b. Cap. 2.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In: MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2002c. Cap 4.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.; FOSCHIERA, M. M. P. (org.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.

_____. Conferência realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia em 21 de setembro de 2011. Vídeo disponível no sítio: <http://www.youtube.com/watch?v=Cen4OaV8sbM> (Acessado em 02 de abril de 2013). Salvador, 2011.

_____. Anormais do Desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas e Cidadania em debate. Brasília: CFP. 2012. p. 9-18.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). Agir em Saúde um desafio para o público. São Paulo, Hucitec. 1997a. p. 71-112.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. (Org.). Informar e Educar em Saúde: análises e experiências. 1ed. Salvador: Editora da UFBA. 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; GOMES, M. P. C. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (org.) Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

ROLNIK, S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

SANTOS, M. C. DIAS DE FOLIA: reflexões acerca de um processo criativo em improvisação por uma atriz-criadora. Dissertação (Mestrado em Artes Cênicas). 118 f. Escola de Teatro, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

SILVA JR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C.; Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.); Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS-UERJ/ Abrasco. 2003. p.113-128

VERÍSSIMO, E. O resto é silêncio. 20ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras. 2008.

Sobre a interprofissionalidade em saúde: o desafio do entre-profissional

*Karla Santa Cruz Coelho
Emerson Elias Merhy
Kathleen Tereza da Cruz
Helvo Slomp Junior
Andressa Ambrosino Pinto
Sabrina Nunes Dias da Silva Barbosa*

Introdução

A formação em saúde, no Brasil, vem passando por transformações constantes com vistas a se prestar um cuidado integral, resolutivo e singular para cada usuário-cidadão e suas redes familiares, além da intervenção nos seus contextos e territórios de vida. Para isso, há no país um processo de mudanças curriculares nos diversos cursos da área da saúde, assim como iniciativas para implementação de novos arranjos educacionais, com base na interprofissionalidade, de acordo com as diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde (Brasil, 2014; Costa, 2017).

Nessa perspectiva, o movimento de mudança da educação dos profissionais de saúde, associado às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), demanda mudanças nas instituições formadoras com relevância social, para torná-las comprometidas com a construção do SUS e capazes de superar o paradigma biologicista, medicalizante e hospitalocêntrico na área da saúde, bem como o modelo flexneriano, que ainda orienta a formação superior no Brasil (Garcia et al., 2019).

No Brasil, permanece o desafio de estruturar cursos com práticas colaborativas na atenção à saúde. As práticas colaborativas ocorrem quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os usuários e suas famílias, os cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis de atenção da rede de serviços. As práticas incluem o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação em saúde, administração e engenharia sanitária, como descrita no Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, publicizado pela Organização Mundial de Saúde em 2010 (OMS, 2010).

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a interprofissionalidade e o desafio do entre-profissional a partir das experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde Interprofissionalidade no município de Macaé, do Estado do Rio de Janeiro, Brasil e suas ações desenvolvidas na integração ensino-serviço.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a interprofissionalidade acontece quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementaridade dos

atos em saúde, isto é, o aporte de um se soma ao do outro, o que é diferente da construção comum entre si, deslocando a centralidade das próprias profissões, uma proposta que iremos problematizar nesse texto (OMS, 2010).

Além disso, é necessário e premente, ainda, compreender como se dá o processo de formação dos agentes envolvidos na busca de soluções na área de saúde e, por esse motivo, a seguir, apresenta-se com mais detalhes alguns conceitos que buscam propor uma perspectiva de como se efetivaria o processo de integração das mais diferentes áreas de formação, a fim de alcançarem objetivos comuns e de modo colaborativo, quando estas compõem a área de saúde.

A interprofissionalidade como atividades de integração no setor saúde, e a entre profissionalidade como o comum na produção do cuidado

A Educação Interprofissional (EIP) é uma atividade que envolve a participação de profissionais de diferentes áreas com objetivo de aprenderem juntos, por meio colaborativo, maneiras de proporcionar melhorias para a qualidade de atenção à saúde (Reeves, 2016).

Segundo Ellery (2014), o princípio da interprofissionalidade é critério fundamental que orienta equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF), que é uma das estratégias de alcance territorial da população adscrita no Brasil, e pode obter melhores resultados no acompanhamento de seus usuários e famílias por profissionais que, juntos, buscam construir um cuidado compartilhado a fim de ofertar, na Atenção Básica (AB), um atendimento qualificado aos usuários vinculados a seus territórios.

Neste sentido, é preciso investir na educação permanente (EP) das equipes que retroalimentam constantemente de informações e novas ações as redes de cuidado aos usuários, para que sejam capazes de aprender e desenvolverem juntos o plano de cuidado com a construção de um projeto terapêutico singular mais adequado para o mesmo, incluindo-se a própria pessoa usuária-cidadã nesta construção. Para tanto, é preciso criar espaços e estratégias para manter ativa a interatividade interprofissional, que pode ser desenvolvida de diversas formas, tais como: seminários conjuntos, projetos conjuntos, espaço de EP conjuntos, disciplinas integradas intercursos e até interação nas próprias práticas, tal como previstas nos currículos dos cursos da saúde (Reeves, 2016). Uma estratégia que tem apresentado muitos resultados nesse sentido, no Brasil, é a Educação Permanente em Saúde (EPS) (Merhy; Feuerwerker, 2014). Essa se desenvolve através de atividades realizadas entre trabalhadores envolvidos direta ou indiretamente com o cuidado, que se debruçam sobre situações e desafios cotidianos que enfrentam para cuidar dos usuários, o que permite desenvolver coletivamente aprendizados significativos, que partem dos saberes e vivências de cada membro de uma equipe de saúde vividos coletivamente, seja ele de qual formação profissional for, para a elaboração conjunta de estratégias de mudança no trabalho em saúde.

Pensando a EPS na formação profissional, o compartilhamento de experiências e vivências produz uma diversificação de cenários de aprendizagem, multiplicando-se as possibilidades de invenção do agir em saúde, mediante deslocamentos da rigidez dos núcleos profissionais e protocolos instituídos (Merhy, 2019). Uma supervisão dialogada que busque movimentos institucionais, produção ativa de saberes e de maneiras inovadoras de se organizar o trabalho em saúde, e o fortalecimento das ações em equipe (Paro; Pinheiro, 2018), amplia o potencial reflexivo desses encontros e a criação de aberturas para deslocamentos dos participantes de suas zonas de conforto, essas que sempre nos colocam em repetição automática de práticas e discursos.

Este é o caminho aqui proposto para se refletir sobre a relevância do trabalho em equipe e a centralidade do usuário na produção de saúde, a fim de que se possa oferecer o cuidado em saúde e garantir serviços com mais qualidade. Nesse sentido, uma experiência de interprofissionalidade vem sendo trabalhada no município de Macaé através do PET-Saúde Interprofissionalidade (Brasil, 2012), que em nossa experiência é um somatório de esforços entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, cujos projetos possuem propostas diferenciadas, porém complementares, confluindo-se a partir da percepção de que desde a formação do futuro profissional de saúde, ele já saiba o que cada uma das outras profissões além da dele tem de potencial para desenvolver o cuidado, e o valor da interprofissionalidade como prática cotidiana no trabalho em saúde, como a possibilidade da experiência de um trabalho coletivo e colaborativo.

Essa mudança que defendemos aqui tende a trazer benefícios para a formação, e é algo que só vai fortalecer as instituições no sentido da potencialização do cuidado em saúde.

Uma experiência de interprofissionalidade em Macaé

Segundo esse escopo, a UFRJ e a Secretaria de Saúde de Macaé estão em parceria no PET-Saúde Interprofissionalidade (Brasil, 2012) com o objetivo de desenvolver atividades extensionistas que contribuam para o trabalho colaborativo e interprofissional nos cenários de práticas e de “ensino-aprendizagem” visando qualificar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e promover o fortalecimento do SUS.

A população estimada de Macaé, município do Estado do Rio de Janeiro, em 2020, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 261.501 habitantes (IBGE, 2020).

A rede de atenção no município em 2020 contava com dispositivos distribuídos na AB, além de serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Incluídos no nível da Atenção Primária (AP), segundo os critérios organizacionais vigentes, Macaé dispõe de 42 unidades de Estratégia de Saúde da Família, também conhecida por ESF, das quais 34 estão devidamente habilitadas e credenciadas; 14 equipes de Saúde bucal,

um Centro de Especialidades odontológicas 24h, três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo convencional; três equipes do Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF); um Núcleo de Atendimento à Mulher e à Criança (NUAMC); um Núcleo de Práticas Integrativas que foi acoplado aos serviços prestados no Centro de Especialidades Médicas Dona Alba; um Centro de Reabilitação chamado Dona Cid, um Polo Municipal de Oncologia; um Polo de Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas, conhecido como “Casa do Curativo”; um centro de vacinação, intitulado “Casa da Vacina”, quatro ambulatórios médicos; três centros de especialidades e quatro centros de referência, estes direcionados para crianças, adolescentes, idosos e diabéticos; uma equipe do Programa de Atendimento Domiciliar Terapêutico (PADT), vinte e dois programas de vigilância em saúde e seis dispositivos de atenção psicossocial, entre eles três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), duas unidades de Pronto Atendimento.

Já em 2021, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o município conta com 940 estabelecimentos credenciados. De acordo com o portal da Prefeitura Municipal, a estrutura de estabelecimentos de saúde da cidade é composta por: 42 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), havendo uma proporção de uma ESF para cerca de 13.075 habitantes, considerando a população estimada pelo IBGE para 2020; 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 3 Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), dos quais um é geral, um é específico para a população infantojuvenil (CAPSi) e um é direcionado a álcool e outras drogas (CAPSad); 2 Unidades Básicas de Saúde Animal; 1 Farmácia Municipal; 1 Casa da Criança e do Adolescente; 1 Casa da Vacina; 1 Casa do Curativo (polo de lesões cutâneas); 2 Ambulatórios; 1 Central de Regulação de Ambulâncias (192); 4 centros de Especialidades Médicas (Centro de Especialidades Médicas Dona Alba, Centro de Especialidades Dr. Moacyr Santos, Centro de Saúde Dr. Jorge Caldas, Policlínica Novo Cavaleiros); 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 2 Centros de Referência (Centro de Referência do Adolescente, Centro de Referência do Diabético); 1 Laboratório de Citopatologia; 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 5 Hospitais (Hospital Madre Teresa de Calcutá, Hospital Irmandade São João Batista de Macaé, Hospital Público Municipal da Serra Evangelina Flores Silva, Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva – HPM e Hospital Público Municipal de Macaé Irmãs do Horto – anexo HPM destinado ao enfrentamento da COVID 19) e 1 Instituto Médico Legal (IML). Além destes listados, Macaé possui diversos núcleos e programas de assistência direcionados a parcelas específicas da população, como o Núcleo Municipal de Higiene e Saúde Mental e os Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, do Trabalhador, da Mulher, de portadores de ISTs e AIDS, dentre outros.

Na atenção especializada, ambulatorial, hospitalar e de urgência emergência, o município conta com três hospitais; dois prontos-socorros; uma emergência psiquiátrica; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e um centro de especialidades odontológicas (Lourenço et al., 2019). Porém, após algumas mudanças na gestão da saúde de Macaé, tais dados foram atualizados em 2021: hoje o município conta com um grande centro de especialidades médicas chamado de “Dona Alba”, onde os ambulatórios municipais e

demais centros de especialidades, núcleos e polos foram incorporados. Conta também com quatro hospitais, sendo dois públicos, um particular e um filantrópico e há uma projeção de construção de mais dois, ligados à Rede Dor e à UNIMED. Para 2022, mais duas unidades hospitalares não SUS, encontram-se em fase final de construção e deverão ser entregues, elevando-se para seis o número de unidades hospitalares na cidade. Há ainda um serviço móvel de urgência e emergência conhecido como 192 e uma unidade de hemoterapia local.

Em relação à atenção primária, atualmente existem 42 unidades de ESF em funcionamento e uma nova unidade para ser entregue em 2022 no bairro Novo Horizonte. Com isso, estima-se um aumento de cobertura de ESF de 36,29% em 2020, com a população coberta de 123.450 habitantes e cobertura da Atenção Básica de 48,10%, segundo o portal e-Gestor Atenção Básica em 2021 (Brasil, 2021).

O PET-Saúde Interprofissionalidade realizou eventos e ações integradas com a comunidade, contando com a participação dos coordenadores dos grupos dos PET-Saúde Interprofissionalidade, docentes, discentes, preceptores da graduação de medicina, enfermagem, nutrição e farmácia; como também o planejamento e execução coletivos de oficinas colaborativas nos cenários de práticas de saúde.

Citaremos a seguir, de maneira a exemplificar, algumas das atividades práticas aplicadas pelo grupo do Projeto PET - Saúde Interprofissionalidade de Macaé.

Iniciaremos com a I Mostra de Trabalhos PET-Saúde Interprofissionalidade, realizada no dia 03 de dezembro de 2019, no Campus da Universidade. Logo, esta Mostra teve como objetivo a ampla divulgação, com integração, entre os cinco grupos PET-Saúde Interprofissionalidade de Macaé. A organização geral do PET-Saúde Interprofissionalidade se dá por meio de cinco grupos distintos que trabalham com temáticas diferenciadas, que vão desde um diagnóstico sobre a gestão de saúde pública municipal até a análise dos níveis de conhecimento sobre os cuidados com a saúde dentro uma comunidade acompanhada por uma unidade de ESF. Tal fato ora fragmentava, ora integrava os projetos, onde somente o coordenador geral destes cinco projetos é capaz de conhecer todas as temáticas, porém os demais atores as desconhecem. No entanto, tal fragmentação não é por núcleo profissional, fato que produz uma integração transversal entre os núcleos. Assim sendo, um evento deste porte permite a troca e partilha de conhecimentos e vivências de cada grupo, de modo que possam colaborar entre si.

Outras atividades também relevantes: uma publicação em blog de jornal de grande circulação sobre a temática Interprofissionalidade na saúde, apreendendo saberes, afetos e práticas colaborativas, escrita por 3 (três) integrantes deste projeto. Além de uma ação permanente que contribuirá na formação dos futuros profissionais de saúde do Campus, que é a criação de uma disciplina eletiva a respeito do tema, bem como ainda a implementação de um curso de extensão realizado por um dos grupos em

parceria com o Observatório de Saúde da cidade de Macaé, permitindo ainda o acesso online destas aulas através de um canal no Youtube. Tais repercussões curriculares visam atender os pressupostos do PET-Saúde Interprofissionalidade. Por fim, temos ainda que um dos grupos vem criando uma ferramenta de diagnóstico de gestão da saúde pública local, cujo intuito é avaliar o estado atual da gestão, e propor soluções com base nos resultados encontrados.

Adiciona-se aos fatos acima descritos o uso de ferramentas pedagógicas relacionadas à arte, que estão sendo utilizadas como facilitadoras nas atividades em implementação, com o objetivo de se conhecer, apoiar, multiplicar e refletir sobre a diáde interdisciplinaridade e práticas colaborativas. A arte como uma ferramenta pedagógica no processo de diálogo com e nas RAS, o que é fundamental para se conhecer as diferentes experiências de interprofissionalidade que já existem no município, para com elas conectar com o projeto, além de incentivar a implementação de atividades colaborativas nas equipes, a partir das necessidades reais de cada cenário, de cada território.

Outro ponto que merece destaque é o emprego de metodologias ativas para resolução de problemas de forma crítica e reflexiva, no intuito de promover a interação entre os discentes, docentes, trabalhadores de saúde e usuários, com foco na melhoria da prestação do cuidado aos usuários no SUS. Assim, as ações propostas a partir do PET-Saúde Interprofissionalidade buscam articular e trabalhar o princípio da indissociabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão no fazer acadêmico. A pesquisa e a extensão têm ajudado a indicar o papel da EIP na melhoria da colaboração interprofissional e no aumento da qualidade do cuidado aos usuários.

Considera-se que a relação entre ensino, pesquisa e extensão conduz a mudanças no processo pedagógico, pois discentes, preceptores e docentes constituem-se em “sujeitos em ato” no aprender a apreender, conceitos, conteúdos e ações, com o intuito de desenvolver novos olhares, habilidades e competências referentes ao trabalho colaborativo.

Para os docentes, esta experiência tem permitido desenvolver novos olhares para os serviços de saúde instituídos na RAS local, e desenvolve a capacidade de realizar novas abordagens de “ensino-aprendizagem”, considerando o trabalho colaborativo como eixo estruturante para a práxis da interprofissionalidade na formação.

Espera-se que, a partir destas novas experiências e vivências, também sejam trabalhadas ainda outras e diferentes formas de se desenvolver os processos de “ensino-aprendizagem” nos cursos de graduação ao qual estão vinculadas, sendo eles: medicina, farmácia, nutrição e enfermagem.

Para os discentes, almeja-se a ampliação de suas perspectivas de atuação na

saúde coletiva, desenvolvendo novos conteúdos, práticas e vivências significativas, acoplando a experiência vivida como fonte de aprendizagem.

Espera-se também, que as competências e habilidades relacionadas ao trabalho colaborativo em coletivos, incluindo o desenvolvimento de projetos conjuntos, sejam trabalhadas ao longo da efetivação do PET-Saúde Interprofissionalidade em Macaé, permitindo que também estes aspectos da formação sejam reforçados em nossas plataformas curriculares.

Institucionalmente, para os serviços de saúde em questão, espera-se apoiar o grupo local, preceptores e profissionais da RAS que trabalham em equipes multiprofissionais, no sentido de ampliar sua capacidade de intervenção a partir do desenvolvimento do PET- Saúde Interprofissionalidade, bem como apoiar a consolidação desses processos de produção do cuidado desenvolvido pela instituição, em cada cenário coparticipante. Desse modo, em nossa experiência o Programa prevê a práxis de EPS, a partir da temática interprofissionalidade como referencial, sendo que para os usuários, público-alvo final de todo o processo, espera-se com isso proporcionar a oportunidade de acessar práticas de cuidado mais efetivas, com equipes multiprofissionais integradas e colaborativas.

Do tripé universitário, o PET-Saúde Interprofissionalidade tem um importante componente de extensão. Ao mesmo tempo em que a extensão possibilita a democratização do saber acadêmico, por meio dela este saber retorna à Universidade, vivenciado e reelaborado.

Ressalta-se que a relação entre pesquisa, ensino e extensão ocorre quando a produção do conhecimento é capaz de contribuir para a transformação da sociedade, e a extensão, como interface de interação entre Universidade e sociedade, constitui-se em elemento capaz de fazer mover-se tal transformação para além do binômio teoria e prática, ou bem mais permitindo teorizações a partir das práticas disparadas pela extensão, onde se articula com outro componente universitário: a pesquisa.

E sobre a interprofissionalidade, para este projeto que estamos vivenciando, mais do que o Inter, em nossa experiência o desafio tem sido a busca do “entre-profissional”, esvaziando os núcleos de poder nos encontros. Andar no “entre”, esvaziando as “caixinhas”, porque entre nós temos um comum que é de todos e não é de ninguém, o comum que todas as profissões têm que enfrentar e juntas, que é o cuidado. Isso nos diz quem somos nós, trabalhadores(as) de saúde, para além da nossa área profissional.

O encontro com os(as) usuários(as) é esse comum de todas as profissões, onde podemos experimentar uma relação mais simétrica de como o outro fala de si. A interprofissionalidade para nós, seja na pesquisa, na extensão ou no ensino, deve ser uma questão central, ainda que nos coloque importantes desafios. Como trazemos isso para o encontro, ou como viver a fragmentação do cuidado entre as profissões de saúde?

Como transformar esse território identitário de profissional em saúde, que tende a ser profissional- centrado e fragmentado nas ações, em um território comum?

É onde entra o referencial da EPS (Merhy; Feuerwerker, 2014; Slomp Junior; Feuerwerker; Land, 2015), pois justamente ao refletirmos sobre nossas práticas profissionais, docentes e discentes, é que precisamos de todos os sujeitos envolvidos, coletivos de trabalhadores, da gestão e da atenção, incluindo-se usuários, pois passamos a nos interrogar permanentemente sobre nosso processo de trabalho. Mas, não é fácil sair da zona de conforto e suportar a diferença do outro em mim, principalmente neste momento histórico em que vivemos no Brasil, no qual não tem sido fácil suportar a diferença do outro, e todos nós sentimos cotidianamente a intolerância. E neste ponto chegamos aos desconfortos que esta autoanálise implica, desconfortos que não são só meus, mas também do outro ainda que de outro modo, e juntos podemos utilizá-los para a mudança, pois de outro modo eles tão somente nos fariam paralisar.

Mas afinal o que é a dimensão cuidadora?

A dimensão cuidadora, em sua formulação original, é essencialmente espaço-tempo das tecnologias leves em saúde (Merhy, 1998), aquelas que acontecem ao nos relacionarmos quando do cuidado em saúde, que se faz aquela escuta diferente quando se acolhe, quando se está aberto para o encontro cuidador. A dimensão cuidadora está entre todos os núcleos profissionais e técnicos, estes sim fragmentados em saberes e práticas específicos (tecnologias duras e leve-duras), mas ao alcance de todos em uma equipe, justamente porque todos operam tecnologias leves, se estiverem abertos para tal, já que a parte mais importante do trabalho em saúde é viva, e acontece em ato.

Pode-se tomar a dimensão cuidadora como pertencente a todas as profissões da saúde, mas não pertence a ninguém em especial, todos têm algo a fazer e dizer, ela está “entre” todos. É o próprio entre, desde que produzido como cuidado. A dimensão cuidadora não é interprofissional, e sim “entre-profissional”, ela está entre nós, ela anda no interstício. “Inter” dá a ideia de comunicar núcleos, algo que sem dúvida interessa ao trabalho multiprofissional na produção do cuidado. Mas, considerar o “entre” como um plano não só maior do que os núcleos, mas fora deles, e que atinge outras esferas da vida, é diferente.

Nas residências multiprofissionais, uma política pública brasileira que aponta para a interprofissionalidade, o trabalho entre núcleos constituiu-se com equipes de saúde que trabalham no entre dos núcleos profissionais, justamente na dimensão cuidadora, sem descuidar da importância de cada núcleo (Carvalho; Gutiérrez, 2021). A medicina no seu núcleo pode realizar procedimentos com excelência técnica, mas não dá conta necessariamente do cuidado, ao contrário, a tendência que tem sido apontada é a de biomedicalização (Luz, 2004), processo que produz efeitos negativos e põe em evidência as limitações deste núcleo.

O saber médico tem seu foco na materialidade do corpo biológico individual, a partir de uma perspectiva mecanicista e objetivista (Luz, 2004; Queiroz, 1986). Tal paradigma produz a ilusão de que um ou mais diagnósticos e seus respectivos tratamentos, por si só, dão conta das necessidades de saúde dos “usuários”, e que para tanto é suficiente o trabalho técnico no consultório ou no centro cirúrgico. No projeto percebemos que os profissionais médicos tendem a ficar, nos serviços de saúde, nos locais mais isolados, e isso gera barreiras na interprofissionalidade e na entre-profissionalidade. Em contrapartida, os demais profissionais de saúde, muitas vezes, fazem uma barreira para os médicos. Uma organização baseada na lógica de núcleos é mais produtora de barreiras entre eles, e para os usuários. Um labirinto onde nunca há passagens. Há que se construí-las, para furar esse empecilho.

Uma concepção ingênua é quando se fala: o médico precisa escutar a enfermagem, a nutrição. Mas, isso não deve ter o significado de uma permissão. O que temos que pensar é na equivalência entre os trabalhadores, olhando dessa perspectiva, muda tudo! A equivalência só é possível no “entre” dos núcleos, fora dos jargões específicos e territórios profissionais autoreferenciados, todas as profissões da saúde podem e devem atuar em conjunto. É importante salientar que, embora tenhamos exemplificado com a profissão médica, o corporativismo autorreferenciado está presente em praticamente todas as profissões de saúde, e é necessário reconhecermos que certas fragmentações e disputas enfraquecem o ato de cuidar.

Por seguinte, assinalam-se algumas perguntas nos percursos de nosso projeto:

- *Quem pratica o acolhimento?*
- *Todos nós! Portanto, atuamos entre os núcleos.*
- *Quem pratica a escuta do usuário?*
- *Todas as profissões escutam, têm a clínica da escuta, não só os psicólogos. Ou seja, tanto os psicólogos, como os demais profissionais.*

Eis por onde temos problematizado a interprofissionalidade. Ela tem que aparecer porque o entre-núcleos é fundamental para a prática do cuidado. O que opera no plano dos fracassos terapêuticos, por exemplo? Fora o desconhecimento da clínica, a ordem do fracasso é não se conseguir operar no entre-núcleos, não estabelecer relações de acolhimento, de escuta, relações simétricas...

Considerações finais

Porque é desejável a interprofissionalidade? Porque o cuidado é desejável. Podemos verificar a situação do cuidado ao diabetes mellitus. Na maioria das vezes, é fracasso atrás de fracasso, contamos com boas propostas técnicas, mas que não são suficientes para se atingir a dimensão cuidadora, o usuário acaba por não tomar adequadamente a medicação como se prescreveu, não mudando sua alimentação e outros hábitos, e certo dia aparece com graves complicações. Então, fracassamos no entre-núcleos porque ele

é pouco trabalhado em nós desde o início da formação.

É necessário discutir o plano de cuidado com a construção do projeto terapêutico singular com todos, andando nos núcleos e no entre-núcleos. Inclusive temos dificuldade de organizar cursos de formação para termos uma dimensão em comum, mas isso pode ser feito na extensão e na pesquisa, pois elas não andam necessariamente por dentro dos currículos da saúde. Nós temos dificuldades de organizar experiências que não sejam nucleares, fragmentadas, e isso tem a ver com toda uma racionalidade ocidental contemporânea (LUZ, 2004), repercutindo na construção dos currículos acadêmicos, que são núcleo-dependentes, reduzidos a si mesmos e com baixa capacidade de conexão, gerando assimetrias entre profissões e entre elas e usuários. Todos nós pertencemos a uma dimensão cuidadora em comum, aquela do cuidado em saúde, e ela também nos pertence, e por ela podemos fazer deslizarem os núcleos duros. Diante desse ponto de vista, o tema da equipe de saúde adquire outro eixo: afinal, o que é uma equipe de saúde multiprofissional sem trazer o cuidado para a cena? Uma equipe potente existe quando se constitui uma conformação em comum, cria-se um olhar em simetria, enfim, temos a dimensão cuidadora da saúde que é o nosso comum.

Diferenças e similaridades, que são apreendidas no encontro com o outro, passam por enfrentamentos, desafios, construções e desconstruções no cotidiano de práticas formativas. Experiências, cursos, encontros, projetos, programas, atividades extensionistas e de pesquisa e vivências multiprofissionais vêm sendo desenvolvidas, a partir do prisma interprofissional e colaborativo, aqui ou ali, e em nosso projeto. É preciso dar visibilidade a tudo isso que já acontece, construindo pontes entre essas iniciativas.

Residências multiprofissionais, mestrado, doutorado, e claro, o PET-Saúde Interprofissionalidade, que no Brasil, e mais especificamente na parceria entre a SMS e UFRJ, vêm proporcionando encontros, construções coletivas, compartilhamentos de ideias, saberes, aprendizados e práticas colaborativas e interprofissionais. A interprofissionalidade na saúde e na educação setorial articula novos arranjos de formação, em processos de experimentação e produção de práticas colaborativas no trabalho coletivo em saúde.

Aprender, apreender, exercitar e compartilhar, a partir de cada núcleo, no entre dos núcleos, com os núcleos profissionais, ou seja, no entre das profissões, ainda é um caminho a ser construído e reconstruído a cada encontro de cuidado.

Conclui-se que, desde o início da graduação nas áreas da saúde deve haver o estímulo ao desenvolvimento de ações que fortaleçam a relação de “ensino-aprendizagem” para o exercício da interprofissionalidade, a partir de saberes, afetos e práticas colaborativas, chegaremos, esperamos, na entre-profissionalidade.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução no 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, v. 117, p. 8–11, 2014. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendac-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020>. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL, M. da S. Secretaria de Gestão do Trabalho Para a Saúde. Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Diário Oficial da União: seção 3, v. 141, p. 78, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 17 dez. 2021.

CARVALHO, M. A. P. de; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 26, p. 2013–2022, 30 jun. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/rcVRhMTdQZyNKR6k6KbQS8B/?lang=pt>. Acesso em: 9 dez. 2021.

COSTA, M. V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Série Vivência em Educação na Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 14–27.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 18, n. 48, p. 213–214, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100213&lng=pt&tling=pt. Acesso em: 9 dez. 2021.

GARCIA, S. de O. et al. Integração ensino-serviço: experiência potencializada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Eixo Educação Permanente. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 23, p. e180540, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100512&tling=pt. Acesso em: 9 dez. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr.html>. Acesso em: 21 set. 2020.

LOURENÇO, A. E. P. et al. Trajetória da atenção à saúde em Macaé: desafios e perspectivas. In: SILVA, S. R. de A. e; CARVALHO, M. (org.). Macaé, do caos ao conhecimento: olhares acadêmicos sobre o cenário da crise econômica. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé, 2019. p. 386–396.

LUZ, M. T. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-424845>. Acesso em: 24 maio 2021.

MACAÉ, S. M. de S. Relatório do 2º quadrimestre de 2019. [S. l.], 2019.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. 01 ed. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 103–120.

MERHY, E. E. A entreprofissionalidade na saúde. Macaé: [s. n.], nov. 2019.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. de S. et al. (org.). Informar e educar em saúde: análises e experiências. Salvador : Rio de Janeiro: Edufba ; Editora Fiocruz, 2014. v. 01, p. 05–21.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (WHO/HRH/HPN/10.3). [S. l.], 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.

PARO, C. A.; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 22, n. suppl 2, p. 1577–1588, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601577&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 dez. 2021.

QUEIROZ, M. de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. Revista de Saúde Pública, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 309–317, ago. 1986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000400007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 dez. 2021.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 20, n. 56, p. 185–197, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&tlng=en. Acesso em: 9 dez. 2021.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 537–546, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200537&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2020.

Cuidado em saúde mental e covid-19: narrativas de uma equipe multiprofissional ambulatorial no Rio de Janeiro durante a pandemia

Yuri Coutinho Vilarinho

Desde outubro de 2019, nossa pesquisa de campo estava sendo realizada em um ambulatório de saúde mental localizado no Estado do Rio de Janeiro. Este trabalho integra a nossa pesquisa de doutorado, voltada para a investigação das práticas e crenças relativas aos casos derivados de diversos tipos de violência, potencialmente traumáticos, do ponto de vista dos profissionais de uma equipe multiprofissional de saúde mental, bem como dos usuários atendidos. Nos primeiros dias de março de 2020, devido à pandemia da covid-19, conforme declarou a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), a configuração da pesquisa³ foi inteiramente alterada. Neste trabalho, dando destaque à perspectiva dos participantes da pesquisa, serão discutidos alguns dados etnográficos coletados entre março de 2020 e março de 2021, período em que procurei seguir os rastros (Latour, 2005) do trabalho cotidiano de uma equipe multiprofissional⁴. Discutiremos, em caráter exploratório e dando ênfase às narrativas dos próprios profissionais participantes, quatro dos principais impactos produzidos a partir da pandemia, quais sejam: 1 - os primeiros impactos na equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogas, assistente social, auxiliares administrativos e acompanhantes domiciliares. Incluiremos, aqui, algumas das expressões emocionais envolvidas e relatos de percepções e experiências pessoais sobre o momento); 2 - as principais mudanças no funcionamento e na dinâmica de trabalho, principalmente para aqueles que permaneceram trabalhando presencialmente; 3 - a atualização de diferentes articulações da equipe com outros dispositivos da rede de atenção psicossocial e, por fim; 4 - algumas das percepções acerca da demanda clínica atendida no período da pandemia.

Primeiros impactos da pandemia na equipe

A partir de março de 2020, com o início da pandemia, o acompanhamento do trabalho realizado no ambulatório, que teve início em outubro de 2019 na forma presencial, passou a ser feito online, por conta do risco de contaminação. Assim, deste então, pudemos acompanhar somente as reuniões de equipe realizadas nas manhãs de sexta-feira. No início destes encontros, era comum que os profissionais apurassem se algum deles havia desenvolvido sintomas da contaminação pelo vírus, e como estavam lidando emocionalmente com o quadro pandêmico. Assim, diante de uma aparência “gripada”

³ Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Centro de Filosofia e Ciências Humanas - UFRJ, conforme parecer substanciado número 3.408.602.

⁴ De acordo com a Portaria nº 3588/2017 (Art. 50-J), que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia ambulatorial para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados.

não cogitavam alergia, mas Covid. Por exemplo, Carla⁵ pergunta à sua colega “Como você está, Teresa?”. Quando esta responde: “É minha rinite de sempre”, noto a presença de um tipo de afeto que se tornou dado entre nós, como se estivéssemos sempre sob tensão.

Foi neste início que conhecemos as variadas formas como o vírus afetava a saúde emocional e física dos profissionais. Carla avisa à equipe: “Paulo vai se manter afastado. Estará de home-office, disponível para fazer algo de casa. Cristina, também”. Um decreto municipal os dispensara do trabalho presencial no ambulatório. Tais momentos iniciais da reunião não eram “informes” propriamente ditos, como antes, ou seja, aqueles que se diferenciam da “discussão de casos”, mas relatos dos desafios pessoais que os profissionais estavam enfrentando. O psiquiatra Fernando, por exemplo, “está se preparando para entrar na linha de frente em outro hospital” e confirma, após os testes realizados, que nem ele nem sua esposa (também médica) estão com Covid. Os profissionais falam que “estão assustados”. Fernando relata sua experiência num hospital onde trabalhava:

Se instalou um desespero, quando falaram que ali será um hospital para clínicos. [...] A própria doença tem um perfil que atrapalha qualquer organização. O hospital, em termos de material, ainda não está pronto. Todo o estresse, o clima está muito tenso no [nome do hospital]. Por qualquer coisa, estoura uma discussão entre os profissionais. Após alguns dias internado, [...] e todos os que estão em volta acabaram pegando covid”.

Tais observações assustadas se tornaram de alguma forma um padrão repetido e, de uma maneira ou de outra, poderiam ser verificadas em quaisquer outros meses do longo quadro pandêmico. Destaco que a materialidade do perigo (sua letalidade, o número de contágios e de mortes) contrastava com a fragilidade e o descaso no combate da propagação do vírus. O perigo real contrastava com o gradual relaxamento social das normas de restrição e a contenção da pandemia e é em um clima de tensão na equipe, que Carla dialoga com o psiquiatra: “A minha maior dificuldade é lidar com o individualismo”. Fernando comenta: “A única coisa que me alivia um pouco é que essa ideologia da negação de muitas pessoas acaba por proteger elas mesmas de entrarem numa atitude de vivência mais paranoica”. E ele finaliza:

Vários pacientes foram a óbito. Muitos pacientes não estão sendo testados e morrem sem serem testados. A gente [...] está precisando contar com a sorte. Não dá para ter certeza se mesmo fazendo tudo, o pior não irá acontecer. A situação é muito crítica, não se pode notificar no noticiário. O que tem chegado para as pessoas não tem sido de fato o que está acontecendo. Confesso que ver o isolamento ser enfraquecido me dá um desespero, porque a gente sabe que isso vai estourar mais ainda. A gente está chegando na margem que temos lotados todos os leitos.

⁵ Todos os nomes indicados neste trabalho são fictícios, resguardando o anonimato dos participantes.

Nas reuniões, havia constantemente períodos de silêncio. Em clima de tensão, Carla compartilhou durante uma reunião de equipe: “Esta semana foi difícil para todo mundo. Uma semana como se estivesse apagando incêndio todos os dias. Eu sei que está todo mundo assustado. Tudo muito enlouquecedor.” A psicóloga se refere à questão, ainda em aberto na época, do quanto o serviço no ambulatório poderia manter-se minimamente com trabalho presencial: “Enquanto a gente puder manter a redução (...), que a gente possa expor menos nós mesmos e os nossos pacientes (...) é uma orientação essa redução”. Representando o medo, nos deparamos ainda com a fala da psiquiatra Marta, que se refere ao período que se iniciara, quando começou a circular com mais força um discurso de relativização da quarentena e possibilidade de abertura de alguns tipos de serviços, com a conseqüente maior circulação de pessoas nas ruas. Ela afirma com preocupação: “Essa semana, a gente vai ver muita gente adoecendo, passando mal, falecendo. Inclusive entre conhecidos.” E de fato, não demorou, inclusive, para que a Covid infectasse definitivamente alguns membros da equipe.

Rotina de trabalho e aumento da demanda do serviço

Os profissionais não incluídos no grupo de risco continuaram a frequentar o ambulatório, que estava localizado numa policlínica mais ampla. Questões de proteção pessoal, higiene, modo de lidar com as pessoas que se aglomeravam em frente à janela da secretaria, passaram a ser alguns dos desafios enfrentados nas primeiras semanas e meses da pandemia. Demorou para os profissionais conseguirem ter uma noção clara das modificações necessárias no local, adequadas e suficientemente seguras para quem continuasse a trabalhar no modo presencial. Ainda que tivesse sido cogitado que o trabalho remoto com os pacientes poderia ser feito a partir do próprio ambulatório, gradualmente ficou claro que as instâncias municipais não implementariam tais medidas, como a instalação de uma conexão de wi-fi com uma internet apropriada e a disponibilização de celulares institucionais capazes de realizar teleconsultas.

Além disso, ainda que algumas medidas tivessem sido tomadas pela Coordenação Municipal de Saúde Mental ou pela direção da policlínica, como as máscaras face-shield oferecidas aos profissionais, outras medidas de proteção foram implementadas pela própria coordenação da equipe ambulatorial, como a colocação de uma barreira de proteção (feita de acetato) para proteção dos que estavam do lado de dentro da secretaria. Outras medidas mais restritivas - como a de distanciamento social - também foram adotadas no trabalho, por mais difícil que fosse mantê-las. Por exemplo, alguns hábitos das psicólogas pareciam dificultar tal distanciamento, como no caso de uma delas que ganhou um abraço de uma paciente e não se permitiu afastar-se, apesar do medo da contaminação. Ela diz: “Eu fui surpreendida. Eu estava conversando com ela e, de repente, ela me deu um abraço. Aí eu pensei: deixa. Ela está precisando de acolhimento”.

Até abril e maio, o movimento geral na policlínica parecia ter diminuído drasticamente. Os pacientes do município não estavam se consultando com seus médicos particulares, de modo que o movimento na policlínica poderia ser, ao menos

em parte, oriundo desta parcela de usuários. De todo modo, constatamos que, em maio, o movimento ainda estava bastante pequeno, como observado em reunião por uma psicóloga: um médico da policlínica havia lhe dito isso, embora não soubesse “por quanto tempo esse movimento reduzido iria durar”. Foi no início de maio que registramos pela primeira vez algo que se repetiria a partir de então: “Na quarta-feira, foi um dia muito difícil. Parecia que era um dia normal de atendimento”. Luciana disse: “O ambulatório estava muito, muito cheio. E é isso: agora não é mais para só pedir receita. Eles querem ser atendidos na hora”. Ela lembra que, não sabe se foi “na hora do almoço”, ela parou “todo mundo”. Desabafa a psicóloga: “Houve um afrouxamento por parte da equipe”. Assim, em tom de alerta, ela avisa a equipe:

Esse mês vai ser um mês crítico. Tânia com sintomas, Paulo internado, Augusto da Heloísa [secretária] com sintomas (...). É por conta de termos Fernando como médico (...) e que ele não diz não (...). Sônia, (que faz parte da direção da policlínica) outro dia chegou para mim e falou que Fernando ia ser a referência de Covid. E eu disse que não ia dar, não. E eu vejo a policlínica toda vazia e o ambulatório cheio, muito cheio (...) A gente precisa rever. Precisa segurar. Não dá. Este mês vai ser crítico.

Carla comenta a respeito de quinta-feira, dia em que está presente no ambulatório:

Ontem, o dia também foi crítico. Marta [psiquiatra] já disse ontem que estava muito assustada. E eu sugeri que a gente falasse com a paciente. E deu certo. Se eu não me engano, ontem, a Marta só precisou atender duas ou três pessoas (...). E eu concordo com Luciana, chegamos num ponto tal que não temos mais médicos que façam receitas antecipadamente. E cá entre nós, Paulo está bem, mas este afastamento não vai ser só de 15 dias. Daqui para frente, a gente vai fazer a receita para quem aparecer na hora (...). Está muito difícil, com a falta da Cristina e do Paulo vai ficar muito mais difícil.

Outros psicólogos compartilham suas percepções do que estavam vivenciando. Teresa, que estava presente tanto na quarta como na quinta-feira, diz:

Na quarta-feira, tinha gente em tudo quanto é canto. No primeiro momento, houve um respeito, mas agora houve um afrouxamento como um todo na cidade. Uma outra coisa: eu acho que a demanda vai continuar aumentando e a gente vai ter que ser mais rigoroso. Na quarta, a gente ficou muito junto naquela sala [dá o nome da sala]. Na quinta, a gente conseguiu se espalhar.

Para a psiquiatra Marta, seria recomendável ligar para os pacientes “pedindo para não irem” aos atendimentos de forma presencial. A ideia de frear ao máximo o aumento do fluxo de pacientes que buscavam tratamento não seria ruim, já que este “aumento” de casos, poderia ser um esperado reflexo dos impactos da própria pandemia na saúde mental dos usuários, mas também do gradual relaxamento (estimulado pelo governo federal e por apoiadores) do cumprimento das normas de restrição de circulação social.

Atualizando o compartilhamento do cuidado: rearticulações diversas com o território

A pandemia gerou vários efeitos que levaram à necessidade de atualizações com os diferentes atores da rede de saúde mental municipal. Testemunhamos isso a partir de um caso que estaria sendo encaminhado para internação no hospital psiquiátrico da região. A psicóloga diz: “Ela voltou a beber muito a partir da pandemia. No início, a paciente estava bem, mas em algum momento, voltou a beber”. Pensa-se na possibilidade de contactar o CAPSad⁶, pois tal dispositivo “tem alguma coisa da tecnologia do cuidado, que talvez eles possam ajudar a precisar este cuidado”. Em geral, a partir das novas demandas, diferentes articulações começam a ser discutidas com mais frequência nas reuniões. Tais situações passam a chegar pelos CAPS, pelos módulos do Programa Médico de Família (PMF) e pelo hospital psiquiátrico, além de muitas outras entradas já que, conforme contam, “os pacientes batem na porta e que vamos ter que entender que precisa de tratamento”. Enfim, “há muitas entradas que vão além do agendamento” - diz uma psicóloga. É com estas diferentes “entradas” que uma série de movimentos e atualizações passaram a ocorrer ao longo dos meses, durante a pandemia.

Em relação às articulações com os módulos do PMF, Carla destacou a permanente dificuldade no contato com os mesmos, devido à localização “em comunidades extremamente violentas e de difícil acesso físico”. Já em agosto, discutiu-se durante muito tempo sobre os problemas ligados à comunicação com tais módulos, inclusive sobre a necessidade de uma repactuação com o território, além da necessidade de um contato mais detalhado a respeito de casos que chegam destas comunidades. De modo geral, os profissionais relatam ter uma boa troca de comunicação com os profissionais ligados aos módulos do PMF, com exceção, talvez, de alguns módulos, todos localizados em regiões de maior violência.

No final de abril, ouvimos de um profissional da equipe: “Como a questão da discussão virtual fez com que nos aproximássemos, por exemplo, do CREAS⁷! Estamos nos aproximando como nunca antes!” Isso era reflexo do que, gradualmente, foi se tornando cada vez mais patente nos primeiros meses da pandemia, ou seja, um processo de retomada dos contatos com os dispositivos da rede e da reflexão sobre questões que andavam “um pouco esquecidas”, conforme relatavam. Vale dizer que tais atualizações das articulações com os outros dispositivos ocorreram graças tecnologias de comunicação via internet já existentes. Assim, se é verdade que a pandemia trouxe urgências gravíssimas, desafios e demandas clínicas, os profissionais também reconheciam que foram abertos canais de comunicação até então não explorados ou subutilizados.

Destacamos uma fala do mês de julho, quando ocorreu uma intensa discussão

⁶ Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas.

⁷ CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

em torno do paciente Luís. Carla colocou: “A gente, nesse período de pandemia, teve vários casos. Seis pacientes em menos de quatro meses. Acho que isso pode dizer algo. O que isso significa?” É preciso destacar que não eram casos isolados. Assim, tratava-se de repensar uma lógica, de materializar um processo que emergira durante a pandemia e evidenciara problemas já existentes. Uma das respostas, curiosamente, foi apontada por alguém de fora, uma coordenadora de um CAPS, do mesmo território, com quem Carla conversara ao longo da semana, e que afirmou: “A pandemia nos ensinou a pensar que temos pacientes que tratamos como ambulatório. Vocês provavelmente têm pacientes que deveriam ser tratados como CAPS”.

Não é um processo trivial este processo de transferência ou de encaminhamento de um paciente, tratado até então pelo ambulatório, para o CAPS. Surge uma complicação, como no caso de outra paciente, cujos detalhes da sua transferência são relatados pela psicóloga Sandra: “Foi muito difícil. Lá, a Jussara [psicóloga do CAPS] se dá conta da gravidade e da dificuldade de abordar. A primeira coisa que ela fala é da possibilidade da internação”. Tratava-se de uma visita domiciliar realizada por Sandra e outros dois profissionais do CAPS, entre os quais a psicóloga Jussara. A aposta em relação a esta paciente seria justamente achar uma alternativa para a internação.

Surtem questões ligadas às dificuldades de articulação com o CAPS, cuja direção do território deveria ser sua responsabilidade. Podemos pensar que não seria casual a dificuldade de “confiar” os pacientes do ambulatório a outros dispositivos da rede, já que, conforme foi apontado inúmeras vezes, tais questões aparecem num momento muito “hospitalocêntrico”. Uma psicóloga da equipe coloca: “Um momento em que a gente precisa resistir para existir e começar a cutucar os nossos parceiros de trabalho”. Nota-se, em especial, que o CAPS estaria falhando na função de cumprir o seu papel, em contraposição ao modelo de internação “hospitalocêntrico”. Percebe-se que “o CAPS está muito enfraquecido diante do contexto da Covid e talvez demore um tempo para retomar o que eles faziam antes”.

As múltiplas demandas da pandemia

Os meses passaram, tornando muito evidente o quanto se avolumaram os quadros de sofrimento. Além dos pacientes “angustiadados”, os profissionais relataram a constatação de agravamentos particulares, como os derivados da violência contra a mulher, do abuso de substâncias tóxicas, do confinamento de idosos com afrouxamento dos laços afetivos; e os agravamentos, muito mencionados nas reuniões, de quadros psicóticos; além dos múltiplos casos onde a sintomatologia não necessariamente foi “psíquica”, mas física: infartos, hipertensão, doenças físicas e perturbações diversas que, muito frequentemente, redundaram em morte.

Estávamos diante de um evento crítico (Das, 1995), trágico, de dimensões coletivas e que, para as “agudizações devido à pandemia” chegarem aos serviços de saúde mental, era só uma questão de tempo. Raquel, uma das psicólogas, fala de sua experiência como

residente num serviço de emergência psiquiátrica: “Quando eu estava na emergência, vinham muitas coisas relacionadas à pandemia. Era uma quantidade grande de pessoas que vinham e diziam que tinham quadros de ansiedade por conta da pandemia, por conta de ter perdido emprego e não poder sair de casa.” No próprio ambulatório, um senhor atendido falava de

(...) uma impossibilidade de circulação que tinha vindo com a pandemia e, junto disso, tinha tido uma... ele tinha sido mandado embora de uma empresa em que ele trabalhava há muitos anos. Era uma empresa de ônibus. E aí, logo depois, ele teve um infarto. E ele chega no ambulatório assim. Ele não queria ter um atendimento com psicólogo, mas queria... ele nem sabia dizer muito o que ele estava buscando. Mas ele falava de efeitos da pandemia. Ao longo desse ano, teve muito isso.

São múltiplos os efeitos da pandemia. Em particular, deve-se apontar para o conjunto sistemático de práticas políticas deliberadas oficialmente pelo governo e que potencializaram os efeitos do vírus, processo que pode ser entendido a partir da ideia de uma necropolítica (Mbembe, 2020, 2018), já que o vírus é manejado politicamente, de modo que sua disseminação se distribui desigualmente na sociedade, a depender de critérios como gênero, classe e raça (Souza; Medeiros; Mendonça, 2020; Estrela et al., 2020; Santos et al., 2020). Enfim, trata-se de reconhecer que, de fato, a “pandemia é um evento múltiplo e desigual” (Segata et al., 2021).

No caso da psicóloga Raquel, ela afirma:

Muitas pessoas, muitos idosos também, que chegaram e, por isso, antes tinham uma circulação e agora não estavam mais podendo. E aí, tinham idosos que estavam com quadros mais de agressividade, em casa, com a família. Isso dos idosos foi mais no ambulatório. (...) Era muita gente que chegava com quadro de ansiedade e por causa da pandemia ou de alguma coisa que tinha se agravado com a pandemia.

Verificamos nas reuniões uma sucessão de relatos acerca de adoecimentos diversos e rondava-nos o espectro das mortes de pacientes, como em abril, por exemplo, quando todos da equipe foram surpreendidos pela triste notícia dada por uma das psicólogas: “Na terça-feira, foi o dia do falecimento, com sintomas de falta de ar, pneumonia, parada cardíaca e respiratória”. Referia-se ao falecimento de um antigo paciente acompanhado pela equipe, psicótico, que falecera naquela semana. Na véspera, Carla e Tereza estiveram no velório, quando souberam que a causa não foi contaminação por Covid”. Neste período, as mortes surgiam como nunca antes. Mortes sem verificação do vírus. Vírus que não era, necessariamente, confirmado por um “teste”, pelo “PCR”, mas permanecia no imaginário nebuloso e fantasmagórico. Também no início de abril, a psiquiatra Marta compartilha seu caso: “A mãe do paciente Augusto apareceu ontem. Ele estava há um mês internado. Teve um infarto súbito. Tinha por volta de 50 anos e fumava muito. Estava bem acabado e era do grupo de risco”. No mesmo mês, ouvimos da psicóloga Aline outro caso de infarto.

A paciente “Sara, que tinha pressão alta”, além uma outra paciente sua, Kátia, que “está muito mal, chegou no posto toda cortada, com a perna toda automutilada”. Aline fala de uma terceira – cujo caso se agravou neste momento - que perdera seu bebê (uma menina) há cerca de um ano e que estaria de novo grávida, justamente na pandemia. Ela reproduz o que a paciente lhe dissera: “Eu quero pegar essa doença. Eu quero morrer e não vou precisar enterrar esse bebê. É uma luta, é uma luta!”

É neste quadro caótico que a nova demanda de pacientes surge. Carla reforça o que, de alguma maneira, já surgira diversas vezes: “Todas as pesquisas mostram que a demanda por saúde mental aumenta, por conta da pandemia, em não sei quantos por cento e que não há previsão de um outro quadro diferente desse”. Uma vez que se trata de algo específico do momento, precisaria haver, como consequência, uma abordagem terapêutica específica para essa demanda. Não por acaso, surgem algumas iniciativas que contemplarão a necessidade de uma abordagem específica para o momento, como a formação de uma comissão de “primeiros cuidados psicológicos”, organizada pela Coordenação de Saúde Mental do município, bem como o incentivo para que os profissionais, dentro do possível, realizassem o curso de capacitação aos atendimentos ligados à covid-19, desenvolvido e oferecido virtualmente pela Fiocruz⁸. Numa reunião, Rita chegou a abordar que ouvira no curso que seria recomendado, inclusive, grupos terapêuticos específicos para se tratar das consequências psíquicas do coronavírus.

Inicia-se toda uma mobilização específica para lidar com este quadro. Carla se refere ao grupo de primeiros cuidados psicológicos, uma ideia de formar uma comissão específica para cuidados dos próprios profissionais da rede que apresentassem algum sofrimento psíquico causado pela pandemia. A psicóloga enfatiza que, nos textos que foram distribuídos para leitura no grupo de whatsapp já formado, “se faz uma outra pegada”. Ela explica:

É uma outra forma de se dirigir. Pela nossa formação, a gente está sempre no mais⁹. Mas este trabalho é sobre o emergencial, que não necessariamente precisa de um processo psicoterápico. Também não é uma situação de desastre, onde o profissional volta para casa e está tudo ok. É uma situação onde o profissional volta para casa e se sente na mesma situação de risco dos pacientes com que lida.

⁸ A Fiocruz, em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres (CEPEDES-ENSP) ofertou o curso “Atualização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19”, disponibilizado em 16 módulos na modalidade de ensino à distância.

⁹ No sentido de que o atendimento deveria ter um caráter emergencial, não sendo recomendável, por exemplo, a abordagem tradicional de se investigar aspectos históricos mais antigos da vida do paciente atendido. Foca-se, aqui, nos aspectos emergenciais do presente.

Aqui, é importante apontar que, naturalmente, incluem-se nesta “nova demanda” usuários novos e aqueles que se afastaram do tratamento nos primeiros meses da pandemia e que agora retornariam, e também os próprios profissionais de saúde que estariam na linha de frente do combate à pandemia. Carla comenta que essa última demanda de acompanhamento dos profissionais, inclusive das policlínicas, “vem aparecendo”. Ela comenta:

As pessoas estão muito cansadas, as pessoas saíram e os que ficaram, começaram a adoecer. Além disso, alguns médicos estão se recusando a lidar com os pacientes com sintomas de covid. E isso tem começado a aparecer. As pessoas estão desorganizando, ficando mal, não trazendo isso de uma forma necessariamente explícita. Foi criada uma ficha que tem uma função de contabilizar no final tudo isso, que precisa ser preenchida no final. Tem os cursos da Fiocruz, ligados ao atendimento emergencial do paciente.

Uma das psicólogas afirma: “Na verdade, hoje a gente pode dizer que todos nós estamos vivenciando uma guerra. De um jeito diferente. Talvez algumas pessoas mais alienadas tenham menos clareza disso. Mas todo mundo perdeu alguém conhecido. Se não perdeu alguéms.” Na experiência da psicóloga, era grande a dificuldade das chefias ouvirem que os profissionais tinham limites e nutriam a expectativa de que os profissionais fossem “super-heróis e trabalhassem sem descanso”, conta, fazendo “tudo, o possível e o impossível”. A dificuldade dos coordenadores técnicos, de algum modo, convivia com a do próprio profissional de saúde, já que o mesmo, segundo Solange, tinha dificuldades para lidar “com os seus próprios limites”. Solange completa que, com o passar dos meses, o trabalho de primeiros socorros psicológicos dirigidos aos profissionais de saúde da policlínica foi finalizado: “Teve um período que teve uma quantidade de demanda razoavelmente grande com essa equipe, onde as pessoas pediam pra falar”. Ela ressalta, porém, a dificuldade que “a maioria das pessoas tinham, não pediam pra falar (...) tinham dificuldade disso.” Para além das diferenças entre o nosso contexto e o de outros oficialmente classificados como de “guerra”, Solange destaca que não seria só a questão dos profissionais apresentarem dificuldades para lidarem com suas vulnerabilidades e “castrações” (um termo que ela utiliza). Se as pessoas pensam que “tem mais uma guerra acontecendo, elas já ficam anestesiadas com isso, mais uma guerra, menos uma guerra, não faz tanta diferença assim”.

Relativamente aos pacientes, a multiplicidade de apresentações passou a ser a característica dos sofrimentos gerados pela pandemia. Teresa ressalta que as diferentes manifestações de sofrimento apareceriam depois de um ano de formação do contexto pandêmico, na forma de “fiquei sem emprego”, “como é que vai ser daqui pra frente?”, “tô sem trabalhar”, “minhas relações sociais se perderam”. No caso dos idosos, “vou morrer”, “o encontro com a morte”. E, para muitos, “todo mundo vai morrer”. Teresa fala especificamente de uma paciente que havia recebido em meados de março de 2021. Ela nos dá detalhes sobre o que tem recebido. Ela afirma:

Tem muita gente chegando nesse quadro. Fiz uma recepção, há pouco tempo, de uma paciente que era isso: ela trabalhava o tempo inteiro como manicure, perdeu o emprego... Mas abriu um quadro de ansiedade, está sem dormir e está sem dinheiro para pagar tudo o que pagava antes.

Na visão do psiquiatra Bruno, também se trata de um quadro múltiplo. Para ele, “os pacientes se sentem mais tomados por essa situação de acabar não fazendo as coisas que faziam antes”. O psiquiatra sugere que seria uma “quebra de rotina, não necessariamente traumática”. Em sua visão, refere-se especificamente à categoria diagnóstica de Reação de Estresse Agudo ou Transtorno de Adaptação¹⁰ como sendo mais pertinentes nestes casos. São questões da ordem cotidiana, como a dificuldade da paciente de “lidar com o marido que está em casa o tempo todo e que já era uma situação difícil de lidar”. Ou, por outro lado, da necessidade de se “exercitar”, porque “fazer exercício faz com que eu me sinta menos ansioso e agora não estou podendo”. Ele fala do caso de um senhor que só realizou duas consultas com ele. O senhor “tava super ansioso porque o patrão dele tinha falado, ele tava com nariz escorrendo, o patrão dele falou “ih, tá com covid”. E aí, o cara ficou muito ansioso com aquela situação ali.” Segundo o psiquiatra, o paciente a partir disso começou “a ficar preocupado e acabou desenvolvendo um quadro ansioso muito grande. Estava tendo ataques de pânico e tal.” Bruno, por fim, complementa com a abordagem utilizada: “Mas aí, eu entrei com a medicação e na consulta seguinte ele disse que estava se sentindo bem melhor. E depois acabou não retornando mais”.

Casos muito graves chegam para tratamento, especificamente relacionados à pandemia. É o caso de Mariléia, acompanhada do psiquiatra Fernando e da psicóloga Teresa. Numa das reuniões de equipe, Teresa nos conta:

É uma que chega com uma crise muito forte. No acolhimento, ela associa isso à pandemia. Ela trabalha em um hospital e fala que viu todo mundo morto. Tem um filho que tá preso e um filho que tá no tráfico. (...) Parece ser uma pessoa muito sofrida. Diz que, quando pensa em voltar ao trabalho, não dá para voltar. Ela não conseguiu o benefício pelo INSS. Foi negado e está tentando pela justiça.

O psiquiatra Fernando complementa a descrição do quadro da paciente:

A Mariléia chega para mim nesse contexto. Chega para mim no consultório. Ela era camareira no hospital, não sei se é do [local do hospital], e ela começa a ter crises de pânico e ela chega num ponto que não consegue sair desacompanhada (...). E estava andando por [nome do bairro próximo] e ela passou muito mal e acabou chegando no consultório dessa forma. Quando ela vai para a médica, eles não incluem todos os CIDs que eu havia incluído no meu laudo (...). A médica começou a coagir ela dizendo que ela tinha que voltar (...). A médica era desse hospital.

¹⁰ Na décima versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) – manual classificatório utilizado pelos profissionais deste ambulatório – a categoria Transtorno de Estresse pós-traumático, neste manual, é a F43.1, pertencendo ao grupo F43 – “Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação.” Cf. WHO (1993).

Fernando diz que incentivou a paciente e seu companheiro a entrarem na Justiça. A paciente resume sua vida numa frase: “Uma vida de injustiça”. Nas palavras de Fernando: “Ela veio para falar que eu não tinha ideia de como era viver num barracão. (...) O filho rompe com ela. Ela me mostra as mensagens (...) super agressivo, dizendo que ela não serve para nada (...) que não ia ver o neto. E isso tudo vai agravando mais a situação”. Teresa completa: “É muito sofrido mesmo”. Fernando acrescenta: “Não é uma pessoa que fica reclamando de qualquer coisa. (...) Ela tentou de fato voltar para o trabalho, mas não conseguiu”.

Considerações finais

Numa altura em que o número de brasileiros mortos ultrapassa a faixa de 580.000¹¹, com mais de um ano de pandemia (data em que este texto foi escrito), finalizamos a presente discussão ainda com uma das falas de uma profissional do ambulatório. Sobre os casos recebidos em sua equipe e, de algum modo, em consonância com algumas discussões encontradas na literatura até o presente momento (Birman, 2020; Berardi, 2020; Bonet, 2020), Carla, psicóloga e coordenadora, me diz: “O trauma já está presente, né? Mesmo que não nomeadamente, está presente. Eu faço uma inferência de que a gente vai ouvir muito isso daqui pra frente com as pessoas se referindo à pandemia”. Para ela, essas pessoas que estão buscando tratamento no ambulatório “são pessoas que nos procuram e que dizem: Eu não tinha nada. Depois desse período de pandemia, fiquei muito presa em casa e aí não só fiquei muito presa, perdi o contato com pessoas importantes. Perdi...”. E completa: “São várias situações diferentes, mas que são especificamente relacionadas à pandemia. É isso que faz isso acontecer e por isso eu me sinto assim”. Ainda que os casos já estejam chegando, ela “prevê” que uma parcela importante, especificamente ligada à pandemia, ainda não chegou: “Já chega assim, mas eu acho que ainda vai chegar mais (...). As pessoas procurarão a gente daqui a um tempo dizendo estou vindo aqui porque eu tô traumatizada com a experiência da pandemia, seja pela perda de alguém ou mesmo pelo fato de ter ficado isolado muito tempo”. E acrescenta: “Ou pelo fato de ter acompanhado muito de perto as situações e ter ficado traumatizado com as notícias, mesmo que não tenha tido uma perda próxima. Eu tenho a impressão de que a gente vai ter isso lá na frente.” Fiquemos atentos, portanto, aos próximos desafios que ainda estão por vir.

Referências

BERARDI, F. O enigma do beijo: o distanciamento pandêmico na evolução psíquica do gênero humano. TV Abrasco, 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=K6zlgwpLH_M. Acesso em: 03 abr. 2021.

¹¹ Para ser mais exato, no momento da submissão deste texto, em 08/09/2021, havia 583.628 mortos por Covid-19, segundo dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde (Coronavírus, 2021).

BIRMAN, J. O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: José Olympio, 2020.

BONET, O. La sociedade del espanto: mallas de vidas em cuarentena. Horizonte antropológico, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 147-163, jan./abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 06 set. 2021. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 06 set, 2021.

DAS, V. Critical events: an anthropological perspective on contemporary India. Nova York: Oxford University Press, 1995.

ESTRELA, F. et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n.9, p. 3431-3436, set. 2020.

LATOUR, B. Reassembling the social: an introduction to actor-network theory. Oxford: Oxford University Press, 2005.

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

MBEMBE, A. Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da “necropolítica”. Folha de S. Paulo, São Paulo, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>. Acesso em: 24 set. 2020.

SANTOS, M. et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados, v. 34, n. 99, p. 225-243, maio/ago. 2020.

SEGATA, J. Covid-19 e suas múltiplas pandemias. Horizonte Antropológico, Porto Alegre, v. 27, n. 59., p.7-25, jan.abr. 2021.

SOUZA, F, A; MEDEIROS, T.; MENDONÇA, A. “Eu não posso respirar”: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director – General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 03 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-19 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Genebra: World Health Organization, 1993.

**Por uma história cinzenta da reforma psiquiátrica brasileira:
a subsistência do paradoxo cidadania-loucura nas práticas reformistas**

*Arthur Arruda Leal Ferreira
Marcus Vinícius do Amaral Gama Santos
Higor Theobald Seabra da Cruz
Laura Petrenko Dória
Bárbara Victor Souza
Letícia Gomes Canuto
Mateus dos Santos Martins
Rafael de Souza Lima*

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira questiona criticamente a posição do asilo como a pedra fundamental do tratamento, assim como a assimetria entre psiquiatras e pacientes, trazendo à cena uma análise essencialmente política dos dispositivos de atenção à saúde mental. De forma mais propositiva, a Reforma brasileira abriu espaço para conceitos até então incompatíveis com as práticas psiquiátricas: “liberdade”, “cidadania” e “direitos humanos”. Igualmente se articulou com territórios até então impossíveis para os pacientes: as ruas, as assembleias, o trabalho livre, o consumo, a responsabilidade e o autogoverno. E por fim, novos personagens ganham destaque em cena: psicólogos, sociólogos, psicanalistas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, servidores sociais surgem como protagonistas. Estas transformações não se estabeleceram apenas como ideais: elas se articularam em instituições de portas abertas, leis e políticas governamentais. Em duas décadas, a psiquiatria pôde se transformar de forma bastante radical: o asilo praticamente desapareceu como dispositivo-chave e o psiquiatra perdeu seu status fortemente assimétrico diante de seus pacientes e das equipes terapêuticas.

Em geral, este processo, apesar de cunhado de “reforma”, é celebrado como uma espécie de “revolução” que libertou a “loucura” das cadeias da velha psiquiatria. Para tal, se produziram grandes narrativas históricas com estilo quase-épico ou quase-hagiográfico¹² na luta contra as forças conservadoras da psiquiatria. No entanto, pensamos que uma abordagem histórico-crítica possa fornecer armas mais interessantes e finas para esta batalha. Primeiro, estudando o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira por meio de uma série de práticas cotidianas presentes em sua implementação. Segundo, ao abrir espaço para problematização de uma série de processos ignorados nas grandes narrativas.

¹² Estas narrativas celebratórias contrastam com boa parte dos trabalhos sobre história da psiquiatria pré-reformista, tanto no Brasil, como no exterior. Venâncio e Cassilia (2010), Wadi (2014) e Huertas (2001) destacam que tais trabalhos celebratórios marcariam apenas as primeiras historiografias do campo psiquiátrico, cedendo posteriormente a abordagens mais críticas e problematizadoras. Esta historiografia triunfante, no caso da psiquiatria pré-reformista teria o fim de “memorizar o seu fazer, conduzindo à celebração da medicina vigente, ao formar um esquema teleológico fundamentado na crença da evolução das ciências médicas” (Venâncio, Cassilia, 2010, p. 26).

Entre os ativistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é comum considerar as críticas como articuladas à velha psiquiatria conservadora, no sentido de desarticular os dispositivos reformistas. Mas, em nossa pesquisa, seguimos um caminho bem distinto tanto das estratégias épico-hagiográficas quanto das conservadoras. Nosso objetivo não foi pôr em questão as direções gerais da Reforma, mas analisar seus dispositivos específicos num sentido mais corrente e menos celebratório. Buscando com isto reforçar (e não enfraquecer) os vetores críticos dos processos reformistas.

Nos últimos doze anos¹³, nossos grupos de pesquisa investigaram com um arsenal conceitual genealógico os modos de governo e gestão presentes nos dispositivos concernentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente no que toca às leis, normativas e textos dos principais autores reformistas (Ferreira et al., 2010, 2011, 2012, 2013), em conceitos como o de cidadania (Nascimento, 2009) e em dispositivos como território (Santos, 2006) e reabilitação psiquiátrica (Pinto, 2006; Ferreira; Pinto, 2010). O que mantivemos como hipótese ao longo destes trabalhos é que uma série de dispositivos de inclusão social por meio do trabalho, consumo, participação política, ou auto-investimento podem estar muito próximos do que autores como Foucault (2006, 2007) e Rose (2011) definiram como formas liberais de governamentalidade. Por governamentalidade, entendem-se os modos diversos com os quais é conduzida a conduta de indivíduos e populações, das condutas cotidianas a complexos marcos no Estado contemporâneo. Dentre as formas variadas de condução da conduta é possível destacar, desde as mais autocráticas (como as presentes no Estado de polícia dos séculos XVI e XVII) às mais centrada na gestão por meio da liberdade (que caracterizariam algumas práticas liberais, desde as fisiocráticas do século XVIII aos neo-liberalismos do século XX).

É igualmente importante destacar que estas formas de governamentalidade liberais não se manifestam de forma pura; elas se mesclam com formas de poder soberanas (os dispositivos de cidadania, por exemplo) e disciplinares (a persistência de algumas formas asilares). No entanto, apontar para a presença de modos liberais de governo nos dispositivos reformistas não nos detalha a sua singularidade em relação a outros dispositivos: que modos específicos de autogestão estariam sendo produzidos em suas práticas cotidianas? Nesta busca de especificidade descritiva dos modos de gestão nas práticas reformistas um trabalho se destaca: o de Silva (2004), que, em seu trabalho etnográfico, nos aponta para diversas técnicas de responsabilização e implicação dispersas em uma rede que reúne antigas e novas especialidades (técnico de referência), personagens (como familiares, membros da comunidade, além do próprio paciente) e diversas estratégias (como o jogo de compromissos pactuados entre os atores).

¹³ A pesquisa vinculada a este artigo, atualmente denominada “Uma curta e densa história de transição: a implementação dos CAPS no Rio de Janeiro na perspectiva de suas práticas cotidianas”, vem sendo desenvolvida desde 2006, contando com a apoios da FAPERJ (Bolsas CNE e IC), além da própria UFRJ (Bolsa PIBIC).

Nesta mesma direção, o objetivo de nossa pesquisa tem sido analisar historicamente os trânsitos nas práticas cotidianas de condução de conduta na área de saúde mental a partir da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade e no estado do Rio de Janeiro.

As cores das historiografias e suas consequências: histórias coloridas e histórias cinzentas

Fabricar a história de um determinado tema ou campo, qualquer que seja, não é um processo assegurado por uma estratégia metodológica ou pela evidência de um conjunto de documentos. Por um lado, há diferentes formas de se levantar questões acerca de um tema, de modo que, dependendo dos problemas levantados, as histórias resultantes são também diferentes. Por outro lado, ao se contar a história de uma forma ou de outra, as consequências políticas conectadas ao presente são também muito diferentes. Desse modo, temos ao menos duas questões fundamentais ao nos depararmos com uma narrativa histórica: Por meio de que modos de problematização se está propondo fazer a história? O que um tal modo de fazer história implica em termos de possibilidade e impossibilidade, vantagens e desvantagens, destaques e ofuscamentos em nossa atualidade?

Tomando como base esta discussão e nos valendo da distinção estabelecida por Nietzsche (2009, Prólogo, §7) entre histórias “que se perdem no azul” e as histórias de cor cinza, diferenciaremos dois modos de se fazer a história (ainda em curso) da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nietzsche refere a cor azul às histórias caracterizadas por: uma narrativa teleológica e grandiosa; e um caráter acrítico acerca da historicidade de seu objeto. Se perder no azul é desconsiderar que tudo o que aparece como grandioso ou necessário no presente é resultante de um processo histórico marcado pelo confronto, pela violência, pela crueldade. Contra uma tal história, Nietzsche convoca a história efetiva [wirkliche Historie], marcada não mais pelo azul, mas pelo cinza: “Pois é óbvio que uma outra cor deve ser mais importante para um genealogista (...): o cinza, isto é, a coisa documentada, o efetivamente constatável, o realmente havido...” (ibid.; grifo do autor). Uma história efetiva e cinza busca, portanto, não perder de vista as baixas origens de tudo o que no contemporâneo se considera grandioso ou santo. O “efetivamente constatável” e o “realmente havido” - que não devem ser entendidos no sentido de um positivismo histórico - convocam a suspeita: o historiador deve buscar, por trás da calma e da tranquilidade do azul, a crueldade, o escândalo, os confrontos sangrentos do cinza. Não perder de vista as baixas origens é manter a postura crítica de problematizar o presente não importando o quanto este nos pareça próximo do bem; pois - e este é fulcro da crítica nietzscheana - não se deve tomar Bem e Mal como dados para além da história.

Esta distinção de Nietzsche nos é valiosa para pensar as diferentes histórias construídas acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pois, podemos delimitar neste campo dois tipos de história: uma história mais azulada, marcada pelo otimismo, que narra a Reforma como um processo heróico de evolução no campo do cuidado em saúde mental, processo que teria se dado pela vitória progressiva de tratamentos

mais humanizados contra os tratamentos asilares desumanos; e uma história mais cinzenta, marcada pela perspectiva crítica, que narra a Reforma como um processo de transformação dos mecanismos de tratamento, mas nunca sem deixar de atentar para o que pode ainda restar das antigas práticas ou discursos pré-Reforma, em outras palavras, sem esquecer a presença de baixas origens. Estas duas historiografias não são o oposto uma da outra; muito mais, o que esta divisão torna proeminente é o foco que é dado em cada uma dessas narrativas, assim, evidenciando as consequências políticas de se optar por uma ou por outra.

Há uma farta literatura histórica de caráter celebratório, que toma a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir de leis, normativas, textos de autores reconhecidos, movimentos sociais e grandes personagens históricos. Um dos exemplos mais conhecidos deste tipo de narrativa no Brasil é o livro “Loucos Pela Vida” (Amarante, 1995) clássico na área de saúde mental. Ele nos conta como o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira resultou de um acúmulo de lutas pontuais pautadas por diferentes grupos envolvidos com o cuidado em saúde mental - principalmente o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) - contra vários problemas (financeiros, arquitetônicos, humanitários, etc.) no campo da Saúde Mental, problemas que seriam consequentes, principalmente, do convênio dominante entre a esfera pública e hospitais privados para o tratamento dos doentes mentais.

O livro narra os diversos embates travados entre os proponentes de tratamentos mais humanitários no campo da saúde mental - os constituintes do movimento da Reforma Psiquiátrica - e os donos de hospitais privados, empresários da saúde mental e políticos que lucravam a custo do sofrimento mental dos pacientes. A narrativa segue expondo que, embora nem sempre com resultados imediatos, este movimento contestatório foi crescendo com o passar do tempo: congressos estaduais e nacionais foram articulados para a discussão do tratamento em saúde mental no país, principalmente os Congressos Nacionais de Trabalhadores em Saúde Mental, as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Com esses congressos, conferências e encontros em âmbitos estadual e nacional, o projeto da Reforma teria ganhado aderência de várias instâncias: familiares de pacientes com sofrimento mental, políticos vinculados à causa, psiquiatras que problematizavam métodos asilares e os modos de tratamento em saúde mental da época e mesmo pacientes que viviam sob a égide do poder asilar. Teria sido por esse progressivo crescimento e ganho de parceiros e defensores da causa que a Reforma Psiquiátrica Brasileira teria conseguido levar suas reivindicações ao âmbito jurídico, o que teria culminado na entrada do Projeto de Lei de Paulo Delgado no Congresso Nacional em 1989, mas que teria que esperar até 2001 (fora do escopo do livro de Amarante) para ser aprovada e entrar em vigor.

Sem nos determos em qualquer discussão acerca da consistência e do valor mobilizador desta narrativa, o que nos interessa aqui é proceder uma caracterização, analisando o que a mesma mobiliza, inclui, exclui, problematiza ou deixa de problematizar.

Em primeiro lugar, é uma narrativa pautada por uma ideia de progresso: o que se considera um tratamento ideal já está decidido de início e a narrativa atenta para a transformação das técnicas asilares desumanas para as técnicas reformadas humanitárias, entendendo esse processo como o progresso ou desenvolvimento de um pior para um melhor, de uma aproximação com um estado ideal. Em segundo lugar, é uma narrativa celebratória: tem como intuito enaltecer o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, legitimar a sua causa, mostrar sua importância para a atualidade e reforçar a continuidade do mesmo. Em terceiro lugar, é uma narrativa institucionalista e jurídica: descreve as transformações por meio das formações e atuações de grupos institucionais e do desenvolvimento e promulgação de leis e normativas. Em quarto lugar, é uma narrativa pautada em grandes protagonistas: alguns nomes ganham grande proeminência e a história passa a ser centrada neles, como é visivelmente o caso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Por fim, em quinto lugar, é uma narrativa otimista: a história é escrita em termos de vitórias apesar das complicações e de uma consolidação progressiva da causa, projetando como futuro um estado de desenvolvimento ainda mais próximo do ideal ao qual se está rumando.

Não nos cabe analisar uma narrativa em termos de certo ou errado, correto ou incorreto; o que nos é interessante destacar são suas consequências, o que uma tal narrativa possibilita ou impossibilita. A maior vantagem de uma tal narrativa é o seu caráter pragmático: possibilita com que lutas progressistas no campo da saúde mental se utilizem dela, seja com reivindicações de melhorias para o âmbito do cuidado em saúde mental, seja com contestações frente a políticas (frequentes atualmente) que buscam desarticular as transformações atingidas com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Junto a isso, também há seu caráter inspirador: mostrando todas as conquistas apesar das dificuldades e olhando com otimismo o futuro, essa história ensina ao leitor que, por meio da luta constante e engajada, é possível transformar a realidade do tratamento em saúde mental e continuar transformando-o. Além disso, é uma narrativa que possibilita delimitar e difundir os valores da Reforma Psiquiátrica: por meio das oposições público/privado, humanitário/desumano, serviços abertos/asilos, etc. não apenas define-se o inimigo, mas também os valores pelos quais se deve lutar.

Entretanto, há também desvantagens nesta narrativa. A principal dentre elas é a limitação da autocrítica: ao se fazer uma história heróica e legitimatória, uma vez que o foco está no enaltecimento da causa e no progresso em direção ao ideal, não se foca nos problemas que podem possivelmente remanescer apesar das transformações conquistadas, ou melhor, se foca neles apenas na medida em que já estão em vias de ser superados. O caráter otimista da narrativa também acarreta esse ofuscamento: quando se busca sustentar que o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira continuará seu desenvolvimento por meio da luta engajada por seus constituintes, não se atenta para os problemas intrínsecos ao movimento ou às conquistas já atingidas. O ofuscamento da autocrítica se torna evidente no fato de que, nessas narrativas, os possíveis problemas são somente convocados para servirem de exemplo do progresso do projeto reformista - e, em

última instância, da impossibilidade de detê-lo - como presente no último parágrafo do livro: “Se algumas de suas propostas [da Reforma Psiquiátrica Brasileira] são cooptadas ou capturadas pelas instituições e entidades (mesmo algumas contra-reformistas), o certo é que estas são levadas a modernizarem seus discursos e projetos políticos para não ficarem defasadas das épocas e dos cenários que o movimento vem construindo” (Amarante, 1995, p. 186).

É justamente este ofuscamento da crítica que buscamos preencher com nossa pesquisa. E, para isso, proporemos uma história mais cinzenta, pautada: não por uma ideia de progresso e de um caráter celebratório, mas por uma postura crítica de retrazar a proveniência da Reforma Psiquiátrica a partir de suas baixas origens; não por grandes personagens, mas pelos personagens comuns (profissionais de saúde, usuários, familiares, etc.) que povoam cotidianamente os serviços reformados; não por um foco nas instituições ou nas leis, mas nos documentos “menores”, menos lembrados e que remetem às práticas efetivas cotidianas: os prontuários; não por um otimismo, mas por uma suspeita própria à postura crítica de problematização de figuras do nosso presente, que impele sempre a questionar o que é dito ou proposto.

Antes de apresentarmos a história cinzenta que pudemos escrever a partir de nossa pesquisa, discutiremos dois textos (Pelbart, 1989; Birman, 1992) que apresentam contribuições para uma história mais cinzenta da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De especial interesse para nossa discussão são os conceitos de manicômio mental e paradoxo estrutural cidadania-loucura cunhado pelos autores. A partir dessa discussão, estabeleceremos relações com os achados empíricos provenientes da análise de prontuários.

Elementos para uma historiografia cinzenta da Reforma Psiquiátrica Brasileira: O Manicômio Mental e o Paradoxo Estrutural Cidadania-Loucura

Peter Pál Pelbart propõe, no seu texto “Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura” (1989), duas críticas importantes acerca das finalidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os pontos principais sobre os quais incidirão tais críticas dizem respeito aos dois ideais mais essenciais do projeto reformista: o da ressocialização da loucura e o de uma sociedade sem manicômios.

Primeiramente, o autor questiona se o próprio ideal - ou idealização - reformista de que haja uma assimilação da loucura no tecido social e que a convivência com esta se torne possível não poderia se converter - ou já ter se convertido - em um novo mecanismo para mais uma vez silenciar ou conter os loucos. Com esta primeira crítica, convoca-nos a refletir quanto à função da assimilação social da loucura: restauração da identidade, dos direitos e do lugar social da loucura? Mas ao preço de uma supressão de toda a radicalidade e disruptividade com a qual o louco desde o Grande Enclausuramento foi identificado? Se sim, ainda assim a buscaríamos?

Em seguida, em continuidade com a primeira crítica, coloca em questão se por fim aos manicômios seria, enfim, suficiente para mudar a relação que temos com os loucos. Para desenvolver essa crítica, cunha o termo manicômio mental, se referindo à instância em que, não os indivíduos loucos, mas a própria loucura - o próprio pensamento louco, a própria desrazão - estaria confinada. Nesse sentido, enquanto os indivíduos loucos poderiam estar ou não confinados nos manicômios físicos, a loucura/desrazão, enquanto forma de (não)pensamento, poderia estar ou não confinada no manicômio mental. Estando confinada no manicômio mental, a loucura, o (não)pensamento louco estaria subjogado ao Império da Razão, este incapaz de lidar ou se relacionar com o que é sem-sentido e desarrazado sem reduzi-lo ou suprimi-lo radicalmente. Segundo o autor, o risco de pautar a luta antimanicomial apenas no fim dos manicômios físicos é não atentar para o fato de que a loucura pode ainda estar confinada nesta outra face da clausura que é o manicômio mental. Assim, por mais que se retirem os loucos dos manicômios físicos, nossa relação com eles pode ainda ser limitada - ou mesmo completamente impedida - por ainda estarmos sob o Império da Razão.

O que nos é de grande interesse na discussão trazida por Pelbart (1989) é a ideia de que por mais que haja uma mudança do local de tratamento da loucura - não mais o asilo disciplinar, mas agora os dispositivos de saúde de portas abertas, como os CAPS - pode ainda subsistir um modo de relação com o louco pautada por uma assimetria razão-desrazão, que, como veremos mais adiante, pode resultar em práticas nas quais ainda subsiste uma parcela de caráter tutelar.

Joel Birman (1992), por sua vez, propõe uma discussão que vai em um sentido similar ao de Pelbart (1989). Se valendo de uma separação entre dois níveis, tal como Pelbart o faz, Birman concebe que a problemática central a qual se dirige - ou deveria se dirigir - a Reforma Psiquiátrica Brasileira deveria ser a do lugar simbólico da loucura. Com isso, o autor propõe que, mais do que mudanças em nível superficial - o fim dos asilos, por exemplo -, o essencial que a Reforma Psiquiátrica Brasileira deve buscar é deslocar tal lugar simbólico que foi legado à loucura durante a história do Ocidente. Um tal deslocamento se faria necessário uma vez que o lugar ocupado pela loucura até então é marcado por um silenciamento, um afastamento da possibilidade de se dizer a verdade e uma ausência da possibilidade de se produzir obra. Além disso, e principalmente, o lugar ocupado pelo louco até então seria marcado por um paradoxo entre cidadania e loucura.

Seguindo de perto a narrativa de Foucault em *A História da Loucura* (2019), Birman (1992) entende que, na Idade Clássica, com o procedimento da grande internação e com o predomínio da filosofia racionalista de Descartes e posteriormente de Leibniz, a loucura perde o lugar simbólico que tinha até então. Enquanto no momento anterior, no período do Renascimento, a loucura gozaria de uma íntima relação com a verdade e da possibilidade de se expressar e de circular pela sociedade; posteriormente, na Idade Clássica, a loucura perde este lugar social e é interdita - tanto fisicamente, pois a ela é delimitado o espaço dos Hospitais Gerais, quanto discursivamente, pois a ela cabe agora

o silêncio, uma vez que seu discurso, julgado desarrazoado, não mais é concebido como capaz de possuir qualquer verdade que seja.

Em um momento posterior, a partir do fim do século XVIII, momento de transição para a Modernidade, certas mudanças no campo das práticas em relação à loucura teriam propiciado a emergência do que Birman nomeia de paradoxo entre cidadania e loucura. Diferentemente da Idade Clássica, na qual os desarrazoados eram abandonados às instituições de reclusão por serem considerados incuráveis, na Modernidade, com o desenvolvimento da medicina e com o surgimento da medicina mental, a loucura passa a ser concebida como passível de cura por meio do tratamento moral. Nesse momento um paradoxo passa a constituir a própria condição do, agora, doente mental: por um lado, é dotado de certos direitos, sendo o principal o de receber um tratamento para a sua enfermidade; por outro lado, é concebido como incapaz de desempenhar seu papel de cidadão. Assim, “se a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como enfermo mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, em contrapartida, retirou dele também as demais condições de cidadania” (Birman, 1992, p. 81).

Nesse sentido, na Modernidade, a loucura enquanto enfermidade mental marca o louco como dotado de um estatuto de (quase)cidadania muito peculiar: ao mesmo tempo que é reconhecido enquanto possuindo certos direitos, tem a plenitude de sua cidadania negada. Poderíamos dizer até, para enfatizar o paradoxo envolvido nesse estatuto do enfermo mental, que ele é incluído no estatuto de cidadão apenas sob a condição de ser excluído ou exceção.

A Psiquiatria, que surge na Modernidade, é constituída também a partir desse paradoxo, uma vez que é ela quem é convocada a resolvê-lo. O tratamento moral pautado pelos psiquiatras da época nada mais seria do que o fornecimento de possibilidades para que o enfermo mental saia dessa condição paradoxal de (quase)cidadania por meio de sua entrada no campo da razão. Neste sentido, a desalienação coincidia com a restauração do estatuto de cidadania ao, agora não mais, louco.

Como já dissemos, Birman concebe que o problema essencial da Reforma Psiquiátrica diz respeito ao deslocamento do lugar simbólico da loucura; e se assim ele o faz é por entender que nenhuma das práticas reformistas constituídas até o momento (praxiterapia, psicofarmacoterapia, comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria comunitária, psiquiatria de setor, psiquiatria democrática italiana e psicanálise pós-freudiana) teria sido capaz de desestabilizar esse paradoxo estrutural entre cidadania e loucura. Pelo contrário, todas elas, em seu nível mais fundamental, buscariam reatualizar o mesmo sonho iluminista da psiquiatria, qual seja, o de desalienação e restauração do sujeito racional no seio da loucura. Assim, todas as mudanças que estas práticas reformistas teriam promovido só se deram em nível superficial, deixando o estatuto da relação entre loucura e sociedade intacta: “não obstante a intenção de ruptura com o modelo inaugural do alienismo pretendido

por essas novas concepções e mesmo as complexificações que foram introduzidas, o discurso psiquiátrico não conseguiu produzir ainda um outro lugar para a loucura na tradição ocidental” (Birman, 1992, p. 83).

Neste sentido, os problemas colocados por Pelbart (1989) e Birman (1992) apontam, em última instância, para a questão: como construir uma Reforma Psiquiátrica que efetivamente transforme a relação entre razoados e desrazoados que foi consolidada até então em nossa tradição ocidental? Como atingir esse nível mais fundamental que seria o do manicômio mental ou do paradoxo estrutural cidadania-loucura? O sentido da crítica desses autores incidia precisamente sobre as formulações acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira em discussão na época em que escreveram seus textos, questionando se apenas uma transformação em termos arquitetônicos (de manicômios para serviços abertos) e/ou de centralidade profissional (da psiquiatria em relação a outras áreas) seria o suficiente para se relacionar com a loucura de uma nova forma, de modo a não reduzir esta aos impérios da razão. Pelbart reconhece essa possibilidade de relação com a loucura no novo paradigma ético-estético proposto por Guattari; já Birman, entende que uma tal relação foi possível com a psicanálise freudiana, embora os pós-freudianos tenham a desvirtuado.

Não nos interessa aqui propor uma resposta ao questionamento compartilhado por Pelbart (1989) e Birman (1991) ou julgar a pertinência de suas respostas. Em vez disso, o que nos interessa é a própria ideia de um manicômio mental ou de um paradoxo cidadania-loucura, uma vez que passados por volta de 30 anos desde a produção destes autores, tais figuras parecem persistir nas práticas cotidianas de atenção em saúde mental, mesmo reformadas.

Nesse sentido, a hipótese que buscaremos sustentar é a de que as práticas e discursos atuais no campo da saúde mental mantêm e reatualizam o paradoxo entre cidadania e loucura, apesar da passagem de um sistema asilar para um sistema de portas abertas, no qual se incluem os CAPS. Essa persistência possibilita a coexistência na atualidade de, por um lado, novos discursos e práticas de condução da conduta - consequentes do processo de Reforma Psiquiátrica - pautadas por concepções como as de autonomia, cidadania, responsabilidade e liberdade, que buscam reconhecer e produzir nos usuários dos serviços estas características; e, por outro lado, antigos discursos e práticas de condução da conduta que remetem a ideias como desrazão, dependência, não-cidadania, inimputabilidade e descontrole. Para corroborar nossa hipótese, apresentaremos os resultados de análises de prontuários de usuários de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Rio de Janeiro.

Metodologia

A metodologia utilizada para a coleta do material empírico da pesquisa consistiu na leitura e transcrição de prontuários de usuários de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Rio de Janeiro: CAPS Rubens Corrêa e CAPS Clarice Lispector. A

escolha desses dois serviços especificamente se deu pelo objetivo da própria pesquisa na sua formulação atual: rastrear as mudanças e continuidades nos regimes de condução da conduta (governamentalidade) dos usuários no cotidiano dos serviços que ocorreram com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira¹⁴.

A escolha do CAPS Rubens Corrêa, localizado no bairro de Irajá - RJ, se deu por ter sido o primeiro CAPS do Rio de Janeiro, sendo fundado em 1996, fundado em decorrência da grande quantidade de usuários hospitalizados até então e pela ausência de um Hospital Psiquiátrico propriamente dito na região (Silva, 2004, p. 134-139). Por ter sido o primeiro CAPS inaugurado, entendemos que seria possível ter acesso a prontuários mais antigos e, dessa forma, acompanhar de forma mais detalhada o processo de transformação das práticas de tratamento em saúde mental.

A escolha do CAPS Clarice Lispector, localizado no bairro do Engenho de Dentro - RJ, se deu por este ter sido um serviço criado para auxiliar no atendimento dos usuários desospitalizados do antigo Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II - que, atualmente, devido ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, se tornou o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS). Tendo sido um serviço criado para ajudar no tratamento de usuários que estiveram durante certo tempo internados no Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, entendemos que seria mais provável encontrar prontuários de usuários que passaram pela transição entre o modelo de tratamento asilar e o atual modelo de tratamento, pós-Reforma.

Os prontuários possuem uma função quase que exclusivamente administrativa nos CAPS. Neles são registrados diversas informações que dizem respeito, de algum modo, ao usuário e que são consideradas importantes para o tratamento do mesmo: quais atendimentos (psicológico, médico, etc.) são realizados com o usuário; se o usuário vem acompanhado ao serviço e quem é que o acompanha; se a família participa do grupo de família; quais e como são as relações do usuário com os familiares; quais remédios são prescritos e suas doses; a quantidade de medicamentos dispensada e o prazo até uma nova prescrição ser necessária; descrição dos sintomas; delimitação de diagnósticos; registro de quais grupos terapêuticos o usuário frequentou; registro do Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) e de suas modificações; registro de visitas domiciliares; descrições de como o paciente se portou nos grupos terapêuticos ou nos atendimentos individuais; descrições do que o paciente falou, sonhou, delirou ou alucinou; etc. Todas essas informações são acompanhadas da data em que foram escritas, o nome, e muitas vezes a assinatura e o carimbo do profissional que a escreveu. Além da diversidade das informações encontradas, há também uma grande diversidade dos profissionais que

¹⁴ Desde 2014, a pesquisa tem se definido no esforço de no entendimento destas formas de condução da conduta (governamentalidade) por meio da liberdade (liberal), tanto na comparação com cenários externos, como o chileno (FERREIRA, MADARIAGA E LIMA, 2017) e no exame das práticas cotidianas do CAPS (FERREIRA ET ALLI, 2020).

fazem registros no prontuário: assistentes sociais, musicoterapeutas, psicólogos, médicos, estagiários, etc. As informações registradas em prontuário servem, principalmente, para o controle interno do tratamento do paciente, isto é, para que os diferentes profissionais que possuem contato com o usuário possam ter um quadro geral do caso clínico e dos procedimentos pelos quais o usuário foi conduzido. Além disso, os prontuários funcionam como garantia legal, caso seja requerida alguma informação sobre o usuário ou seu tratamento.

A escolha pela investigação de prontuários se deu por concebermos que estes - em contraposição às leis e regulamentos - são documentos que possibilitam retrair as práticas cotidianas realizadas pelos e nos CAPS. Apesar de seus registros serem marcados em grande parte pela brevidade e, por vezes, pela repetição, eles nos possibilitam ter acesso a dados que não são registrados em nenhum outro lugar acessível. Por meio deles, pode-se ver o modo como as várias estratégias terapêuticas (medicamentos, grupos terapêuticos, psicoterapia individual, visitas domiciliares, etc.) são articuladas nos serviços, quais os diferentes discursos (médico, farmacológico, psicológico, psicanalítico, da assistência social, etc.) presentes e quais os diferentes ideais ou valores (de cidadania, de liberdade, de saúde, de bem-estar, etc.) envolvidos. Assim, para nossa investigação, que busca atingir as práticas concretas, efetivas e específicas, os prontuários são muito mais interessantes do que os registros oficiais, marcados por um forte caráter de generalidade e abstração.

A transcrição dos prontuários foi feita, predominantemente, por meio da organização dos estagiários da pesquisa em duplas, nas quais um era responsável por ditar o prontuário, enquanto o outro transcrevia para um dispositivo (geralmente, laptop; mas em certos casos, celular). Os prontuários foram transcritos praticamente em sua integralidade - ficando de fora apenas dados pessoais (nome completo, endereço completo, número de telefone, etc.) irrelevantes para nossa análise - buscando respeitar o próprio modo de escrita dos mesmos, fortemente marcado por abreviações e siglas. A pesquisa com prontuários foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2016. Como parte da negociação feita com os diretores dos CAPS, optou-se por manter o nome dos usuários em sigilo, mesmo se tratando de prontuários; desta forma, os nomes dos usuários são representados por suas respectivas letras iniciais. O trabalho documental realizado abrange apenas arquivo morto, ou seja, arquivos de ex-usuários do serviço, que não mais fazem tratamento nele por algum motivo: transferência para outro CAPS, abandono, alta, óbito etc.

Subsistência do Paradoxo Cidadania-Loucura: Prontuários de CAPS e modos de condução da conduta

Considerando as transformações advindas da implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o presente trabalho possui como objetivo evidenciar não somente uma especificidade terapêutica, mas provocar uma abertura para a reflexão sobre

questões centrais decorrentes da inserção da loucura na sociedade contemporânea. Partindo da análise dos prontuários, como destacado na metodologia, constatamos formas distintas (mas não incompatíveis) de condução da conduta nos diferentes casos analisados, algumas se pautando por uma condução pela liberdade e outras por uma condução pela dependência. Assim, observamos que os diferentes tipos de intervenção terapêutica reatualizam as polaridades historicamente constituídas entre cidadania - referida ao âmbito da razão e da autonomia - e loucura - referida ao âmbito da desrazão e da dependência. A opção pelo uso mais frequente de estratégias de um ou de outro tipo em determinado caso dependia das circunstâncias físicas e psíquicas em que os usuários cotidianamente se apresentavam ao serviço de saúde. Quando apresentavam-se em condições tais que eram concebidos pelos profissionais do serviço como mais próximos ao polo da razão, a condução se dava predominantemente pela autonomia; quando, pelo contrário, apresentam-se de tal modo que eram concebidos pelos profissionais do serviço como mais próximos à polaridade da desrazão, a condução se dava predominantemente pela via da dependência.

Essas duas formas de condução da conduta, portanto, refletem, ou melhor, são a contraparte do modo como as capacidades dos usuários são concebidas pelos que conduzem o tratamento. Por um lado, quando um usuário é concebido como dependente por conta de sua conduta - por exemplo, por não conseguir desempenhar tarefas sem ser estimulado, por desempenhar atos considerados problemáticos quando não estando sob vigilância, por não tomar a sua medicação de forma responsável e autônoma, por não conseguir resolver questões de ordem burocrática sozinho, etc. - o tratamento se pauta mais por uma condução pela dependência, na qual outras questões (relações familiares, medicação etc.), e não as que dizem respeito à autonomia do usuário, passam a ser o foco do tratamento, assim como outros personagens (família, profissionais de saúde, instituições de auxílio etc.), e não o usuário, passam a protagonizar o tratamento. Por outro lado, quando um usuário é concebido como responsável, por conta de sua conduta - por exemplo, por ser proativo em atividades consideradas importantes (higiene, alimentação etc.), por ser responsável sem a necessidade de constrangimento, por conseguir administrar o uso de sua medicação sozinho, por não gastar seu dinheiro de forma considerada indevida etc. - o tratamento se pauta mais por uma condução pela autonomia, na qual questões que dizem respeito à autonomia do usuário (busca de trabalho, possibilidade de morar sozinho ou de circular sozinho pela cidade, etc.), passam a ser o foco do tratamento, assim como o próprio usuário, a partir de suas capacidades e para além dos suportes que recebe, passa a ser o protagonista de seu próprio tratamento. Portanto, por um lado, temos os casos de condução pela dependência, entendidos como aqueles nos quais essa é realizada possuindo outras questões como o centro do tratamento (remédios, família etc.) e em que outros atores são responsabilizados pelas ações do usuário. Tal modo de condução predomina nos casos em que os usuários são concebidos pelos profissionais dos CAPS como incapazes, de modo que seria necessário o engajamento de outros atores no tratamento, não havendo, via de regra, uma intervenção direta junto ao usuário.

Este modo de condução da conduta está presente no caso de J. M. C., no qual se constata a consideração da mesma como uma usuária que “necessita de estímulo e supervisão constante para realização de atividades da vida diária”. A justificativa para a necessidade de tais estímulos e vigilância seria pelo fato da usuária “não conseguir gerenciar de maneira autônoma seu cotidiano”. Frente a esta incapacidade de “gerenciar de maneira autônoma”, a condução da conduta se dá pela dependência no sentido de que os engajados no tratamento da usuária (profissionais e familiares) são convocados para protagonizar os atos que a usuária é considerada incapaz de realizar: “faz-se necessário também acompanhá-la em sua circulação pela comunidade, assim como auxiliá-la no gerenciamento do benefício que recebe (LOAS) pois não tem condição de fazê-lo sozinha”. Segue o trecho do prontuário na íntegra:

Necessita de estímulo e supervisão constante para realização de atividades da vida diária por não conseguir gerenciar de maneira autônoma seu cotidiano; faz-se necessário também acompanhá-la em sua circulação pela comunidade, assim como auxiliá-la no gerenciamento do benefício que recebe (LOAS) pois não tem condição de fazê-lo sozinha (Caso J.M.C.)

No caso de J. M. C., o valor da autonomia é central para o tratamento a ser ministrado pelos profissionais do CAPS. Considerando-a dependente, os profissionais recorrem a outros personagens para protagonizar o tratamento da usuária. Há ainda um outro exemplo dessa centralização de protagonismo em outros personagens no caso de J. M. C., o fato de que, considerada incapaz de resolver questões de ordem burocrática sozinha, os profissionais do CAPS se dirigem à irmã da usuária para resolver tais questões (entrega de documentos e financiamento para a realização do processo). Segue o trecho do prontuário:

Hoje telefonei para irmã de J. Solicitei sua presença e documentos no Loas para J. [...]; “[A irmã] Foi informada sobre todos os documentos necessários e os procedimentos para dar entrada no benefício. Os custos com os documentos serão pagos pela irmã e foi acordado que quando o benefício for concedido e liberado será ressarcido (Caso J.M.C.)

Aqui vemos o paradoxo entre cidadania e loucura operar na própria especificidade destacada por Birman (1992): a usuária, considerada como cidadã, tem direito a um benefício previsto por lei, mas, por estar no âmbito da loucura, não é cidadã em sua plenitude, por não poder exercer seu direito de forma direta e autônoma, sendo necessária a intervenção de um mediador. Neste ponto, vemos a quase-cidadania em ação: cidadã por ter direitos, mas “quase” por não ter autonomia para reivindicá-los por si; inclusão no âmbito da cidadania, mas apenas enquanto exceção ou privada de sua plenitude.

Este aspecto do caso J. M. C. também é instrutivo no que diz respeito às diferentes formas de condução da conduta pelo fato de que, em casos em que o usuário é considerado como responsável e autônomo, pede-se ao próprio usuário que faça a entrega de documentos para requerimentos de auxílios (LOAS, vale-transporte etc.). Neste sentido, é a própria concepção do usuário como autônomo ou dependente que

guia o modo de condução de conduta que predomina no determinado caso.

Por outro lado, temos os casos de condução pela autonomia, entendidos como aqueles nos quais: essa é realizada possuindo uma relação direta com o usuário, a equipe demanda o engajamento do mesmo no tratamento e as intervenções implicam a sua responsabilidade. Pode-se afirmar que há condução da conduta pela via da autonomia quando o usuário é apreendido pelos profissionais como racional e autônomo, possuindo certa estabilidade emocional.

Constatamos tal modo de condução da conduta no caso de J. C. de S. F., no qual, frente à situação em que o usuário “continua faltando”, a intervenção por parte dos profissionais de saúde é operada diretamente com o usuário, neste caso, contactando-o “frequentemente” de forma direta, com o intuito de engajá-lo em seu tratamento por meio de sua volta aos grupos terapêuticos: “temos ligado para ele frequentemente lembrando-o de sua participação no grupo terapêutico, seu tratamento”. Segue o trecho do prontuário na íntegra:

J. continua faltando - temos ligado para ele frequentemente lembrando-o de sua participação no grupo terapêutico, seu tratamento, mas ele não tem aparecido (Caso J. C. de S. F.).

Embora se constate que, apesar das tentativas, “ele não tem aparecido”, o que nos interessa aqui é a própria estratégia que é utilizada pelos profissionais de saúde do CAPS neste caso: em vez de se dirigirem aos familiares para que tragam ao serviço, eles se dirigem diretamente ao usuário, o que só faz sentido fazer uma vez que se supõe que o usuário pode deliberadamente atender ao apelo, voltando a se engajar no tratamento. Assim, vemos que o protagonista do tratamento no caso J. C. de S. F. é ele mesmo, sendo o tratamento direcionado diretamente a ele.

A condução pela autonomia também está presente no caso C. R. da S. S. relacionada à responsabilidade com a medicação. Os profissionais do CAPS se dirigem diretamente à usuária alertando acerca “da responsabilidade que vai precisar ter com a sua própria medicação”, o que pressupõe que a usuária é autônoma o suficiente para uma tal demanda de responsabilidade. Para além de alertar diretamente a usuária, os profissionais também buscam “trabalhar a responsabilidade” da mesma com o intuito de “que C. cumpra com os compromissos que se propõe fazer”. Segue o trecho do prontuário na íntegra:

(...) alertamos a C. da responsabilidade que vai precisar ter com a sua própria medicação, [estamos] atualmente trabalhando essa responsabilidade fazendo com que C. cumpra com os compromissos que se propõe fazer (Caso C. R. da S. S.).

É interessante atentar, neste caso, para o “trabalhar a responsabilidade”, que aparece como uma forma dos profissionais dos CAPS possibilitarem à usuária aprimorar essa sua capacidade de cumprir “com os compromissos que se propõe fazer”. Neste

sentido, a responsabilidade aparece não apenas como um valor importante para o tratamento, mas como o próprio meio pelo qual o tratamento deve se dar. A condução pela autonomia toma os usuários como responsáveis e busca aprimorar e desenvolver essa responsabilidade.

É importante ressaltar que os diferentes modos de condução de conduta - condução pela dependência e condução pela autonomia - não devem ser considerados como excludentes entre si. Os limites que distinguem indivíduos dependentes ou autônomos a partir de suas condutas são porosos e indefinidos, além disso, diferentes demandas requerem diferentes níveis de autonomia. Assim, é algo comum constatarmos a coexistência de conduções pela dependência e conduções pela autonomia. Por isso optamos por falar em predominância de certos modos de condução de conduta nos casos, assim como em polos cidadania-loucura, razão-desrazão etc.

Essa coexistência ambígua das diferentes formas de condução de conduta aponta para uma reatualização do paradoxo cidadania-loucura e uma permanência na clausura do manicômio mental. A ambiguidade do estatuto da loucura continua vigente: às vezes se aproxima mais do âmbito do cidadão pleno, mas sem nunca atingi-lo por completo; às vezes se aproxima mais do âmbito da loucura, sendo considerado dependente e incapaz. De uma forma ou de outra, o importante é a constatação de que a transição de tratamentos asilares para tratamentos em serviços abertos não necessariamente significam ou trazem consigo uma relação mais genuína com a loucura. Pelo contrário, a análise dos prontuários parece apontar para uma reatualização do paradoxo cidadania-loucura por meio das práticas e intervenções cotidianas dos profissionais de saúde dos CAPS baseadas, agora, na bipolaridade autonomia-dependência, decisiva para o funcionamento do dispositivo terapêutico. Com isso, uma Reforma Psiquiátrica Brasileira efetiva continua pendente: não é simplesmente uma questão de reconhecer todos os loucos como autônomos, mas sim questionar as práticas em saúde mental que se pautam pela distinção autonomia-dependência e que, assim, reatualizam o paradoxo cidadania-loucura.

Conclusão

Com a exposição das discussões de Pelbart (1989) e Birman (1992), assim como pela exposição dos resultados obtidos a partir da análise de prontuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podemos concluir nossa crítica à história azul da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os conceitos de manicômio mental e de paradoxo cidadania-loucura possibilitam questionar as conquistas decorrentes do processo de reforma até por volta dos anos 1990; o trabalho de análise dos prontuários dos CAPS nos permite retomar, 30 anos depois, esses mesmos questionamentos e aplicá-los aos serviços “reformados” que operam até hoje o cuidado em saúde mental.

Não se trata de desvalorizar ou desconsiderar os avanços humanitários e de cidadania decorrentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas sim de propor uma

formulação que aborde as práticas que se dão no dia a dia dos serviços reformados, estando atenta para as continuidades e rupturas em relação ao modelo psiquiátrico asilar. A discussão conceitual e a análise dos prontuários são utilizadas como instrumentos para analisar criticamente as práticas em saúde mental reformadas, possibilitando, com isso, a constituição de um modelo historiográfico cinza, atento às baixas origens da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Articulando a discussão conceitual com nossas conclusões a partir da análise dos prontuários, a história aparece de forma muito mais cinzenta. O tempo fecha: o céu azul é tomado rapidamente por uma tempestade. As nuvens transparentes da celebração, do progresso e do otimismo agora estão lado a lado com as nuvens cinzas que remetem às tempestades passadas ainda persistentes e não dissipadas. Se torna agora impossível olhar o céu e ver o azul: só se vê o cinza da tempestade.

A história hagiográfica da Reforma Psiquiátrica Brasileira aparece agora muito mais problemática, por ser demais azul, desconsiderando o cinza. Suspeita-se da ideia de um presente reformado que esmaga completamente os discursos e práticas da psiquiatria asilar, assim como suas reverberações na cotidianidade; ou do que seria um conjunto colorido que enterra para sempre as práticas asilares de poder da psiquiatria. Suspeita-se da formação de um arco-íris celebratório que anuncia o ponto de chegada.

O que aparece agora é todo um material cinzento - as práticas cotidianas, a coexistência das diferentes formas de condução de conduta, as multiplicidades paradoxais - que denuncia a permanência na clausura do manicômio mental e a reatualização do paradoxo cidadania-loucura.

Uma historiografia cinza da Reforma Psiquiátrica Brasileira, atenta para as práticas concretas e cotidianas dos serviços de saúde mental, exige novos posicionamentos frente ao paradoxo estrutural cidadania-loucura. Não se pode mais elogiar o presente a preço de um ofuscamento da crítica. Em vez disso, cumpre manter a postura crítica frente à irrupção da outra face da cidadania na clausura da sociedade contemporânea reformada psiquiatricamente.

Referências

AMARANTE, P. (Org.). Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Fiocruz, 1995.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Jr, B. & Amarante (Orgs.). Psiquiatria sem hospício (pp. 71-89). Relume Dumará, 1992.

FERREIRA, A. A. L., PADILHA, K. & STAROSKY, M. A questão da cidadania e da liberdade nos processos de reforma psiquiátrica: Novas possíveis práticas de governamentalidade.

Mnemosine, 2010, vol. 7, 16-43.

FERREIRA, A. A. L. & PINTO, A. T. M. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: A genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 2010, 15, 27-34.

FERREIRA, A. A. L., PADILHA, K., STAROSKY, M. & NASCIMENTO, R. C. The question of freedom in the psychiatric reform process: A possible presence of neoliberal governance practices. In: *Neoliberalism and Technoscience* (pp. 139-156). Ashgate, 2012.

FERREIRA, A. A. L., PADILHA, K., STAROSKY, M. & NASCIMENTO, R. C. Ciudadanía y libertad en los procesos de reforma psiquiátrica brasileña: Un ensamblaje de modos gubernamentales. *Boletín de la SEHP*, 2013, 51, 2-10.

FERREIRA, A. A. L.; MADARIAGA, J. C.; LIMA, R. S. Os dispositivos psiquiátricos reformistas no Brasil e no Chile e a gestão pela liberdade: uma etnografia das práticas cotidianas vinculadas a saúde. *Revista Teoria e Cultura On line*. 2017 , v.11, 19 - 27.

SANTOS M. V. A. B. et al. Dispositivos de atenção psicossocial no Brasil e gestão pela liberdade: breves relatos históricos das práticas relacionadas à saúde mental. *HYBRIS. Revista de Filosofía*. 2020, v.11, 75 - 91.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica* (12a ed.). Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica, 2006.

FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica, 2007.

HUERTAS, R. *História de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?: Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias*. Frenia, 2001, 1(1), 9-36.

NASCIMENTO, R. C. *Loucura e cidadania: Avanços e impasses da reforma psiquiátrica brasileira*. Dissertação (Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

NIETZSCHE, F. *Genealogia da moral: Uma polêmica*. Companhia das Letras, 2009.

PELBART, P. P. *Manicômio mental: A outra face da clausura*. In: Lancetti, A. (Org.). *Saúde e loucura* 2 (pp.31-40). Hucitec, 1990.

PINTO, A. T. *Do sonho ao risco: Um estudo sobre a reabilitação psicossocial de pessoas que realizam tratamento num CAPS da rede pública de saúde do Rio de Janeiro*. Dissertação (Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

ROSE, N. Inventando nossos selfs. Vozes, 2011.

SILVA, M. B. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: Sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. Dissertação (Saúde Coletiva/IMS). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2004.

SANTOS, D. B. Pelo olhar de Sísifo: Impasses da reforma psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação (Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

VEN NCIO, A.T.A.& CASSILIA, J.A.P. A doença mental como tema: Uma análise dos estudos no Brasil. Espaço Plural, 2010, 22, 24-34.

WADI, Y.M. Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: Um balanço da produção na área de história (Brasil, 1980-2011). História Unisinos, 2014, 18(1), 114-135.

**Derivas cartográficas:
(sobre)vivências, (re)existências e corpos em travessia**

Larissa Ferreira Mendes dos Santos
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

*Essas vidas, por que não ir escutá-las lá onde, por
elas próprias, elas falam?*

Michel Foucault

A proposição da escrita deste texto tencionou compartilhar alguns efeitos/percepções/problematizações germinados a partir do processo de produção da pesquisa de mestrado “Derivas cartográficas: (sobre)vivências cotidianas e outros modos de (re) existência na contemporaneidade”, processo este vivamente tramado no serpentear dos encontros entre pesquisadora, orientadora, campo-território de pesquisa e aqueles que lá vivem. A produção dessa pesquisa qualitativa com análise micropolítica do cotidiano, por meio do método cartográfico, criou condições de possibilidade para olharmos e nos aproximarmos não somente das variadas formas de vida que habitam um bairro periférico da cidade – e das formatações que as precarizam –, mas também para a necessidade de criar, no campo da Saúde Coletiva, um modo de atuar que não centralize os agires do trabalho em saúde na oferta de ações procedimentais e tecnoassistenciais, que enseje a produção coletiva de cuidado integral, levando em conta as singularidades dos sujeitos em suas pluriversidades étnicas, sociais, desejanças.

Nossas “derivas cartográficas, enquanto movimento de acompanhamento das processualidades e paisagens constitutivas de um território-campo de pesquisa, embora engendradas por direções e arranjos finitos – pois chegou o tempo de efetuação de um processo em curso –, foram atravessadas por múltiplas e ilimitadas possibilidades de traçado de rotas e estabelecimento de conexões rizomáticas” (Santos, 2019, p. 85), que fizeram brotar ramificações afetivas e cuidadosas. Assim, a despeito do encerramento formal da pesquisa, permanecem os vínculos construídos com aquele território e alguns dos moradores de lá.

Do corpo-canoa ao corpo-objeto

Conta o povo Desana que a existência do mundo deriva de uma Cobra-canoa – Canoa da Transformação – que, no curso de sua travessia, transformava e desembarcava seus seres-tripulantes, entre eles, as primeiras humanidades (Kadiwel, 2021, p. 2). De acordo com essa cosmonarrativa, o povoamento dos nossos ancestrais territórios e a constituição diversa de suas paisagens aconteceram quando toda uma sorte de processos de transformações da vida desembarcou desse “transporte cósmico e metamórfico originário”, possibilitando a emergência de suas mais variadas formas (Kadiwel, 2021, p. 2).

Num movimento de navegação migratória, que precede a invasão dos europeus, a cobra-canoa serpenteava seu curso de desembarques e encontros com outros povos,

partindo do “Grande Lago de Leite, que é onde acontece o primeiro desembarque da humanidade. E aí vai subindo [...]” (Tukano, 2021, p. 6). Surgem, daí, as malocas, que “são como grandes universidades, grandes laboratórios, onde a humanidade começou a criar ou adquirir conhecimento. As malocas foram surgindo através dos sonhos, da troca de ideias” (Diakara, 2021, p. 4, grifo nosso). Mais do que territorialidades, as malocas são lugares sagrados de conexões criativas que se ligam com a Terra, os Rios, o Universo. Da cobra-canoa devém os seres e os saberes que, em processo constante de criação-variação-transformação, não cessam de acontecer...

Por outro lado, há a concepção histórica linear que funda um projeto de história globalizada operada por um domínio de verticalização do saber. Esta perspectiva considera que a história da humanidade seja traçada por uma trajetória contínua, que tem como linha de chegada um fim específico, na qual cabe ao ‘indivíduo descobridor’ desvelar uma pretensa verdade inscrita no mundo e nunca antes descoberta. Essa questão perpassa o processo histórico acerca da produção do conhecimento, de como vão emergindo os conceitos sobre a(s) ‘verdade(s)’ e a formulação do método científico como meio de sistematizar o conhecimento humano sobre si e sobre a natureza.

Neste sentido, certa parcela das ciências hegemônicas se coloca a fabricar teorizações/equações a despeito da imprevisibilidade do mundo real, na tentativa de controlar o grau de incerteza constitutivo dos finito-ilimitados modos singulares de produção da existência. O objeto da prática desta modalidade de saber torna-se, portanto, o controle de determinados processos do corpo, bem como sua categorização entre o normal e o patológico (Canguilhem, 1990), uma vez reduzido a uma dimensão biológica.

A objetificação do corpo pelo referido paradigma opera um duplo movimento: ao passo que toma o sofrimento como produto de determinada doença, institui a clínica enquanto saber que ‘desvelará’ a doença localizada no corpo-organismo. Essa formulação apriorística de saber, erigido a partir de uma definição biológica (Pelbart, 2003) do corpo – que o organiza, regula, estratifica (redução utilitária do corpo-organismo) –, antecede e direciona grande parte das práticas sanitárias. “O corpo sofre de um ‘sujeito’ que o age – que o organiza e o subjetiva”. (Lapoujade, 2002, p. 85).

Nessa perspectiva tradicional das Ciências, o especialista, munido de seu suposto saber, encarna esse sujeito da ação. São produzidos modos de lidar com o sofrimento humano a partir de uma perspectiva da disfuncionalidade, uma certa sistematização organicista e vitalista que, subsumindo o sofrimento à doença, engendra processos de medicalização da existência. (Merhy; Feurwerker, 2009). Assim, a elaboração de diagnósticos e prescrições de condutas e procedimentos terapêuticos pode atuar como uma espécie de codificação do sofrimento – fabricando modos de adoecimento – e de modulação de subjetividades designadas dissonantes.

A operação da regulamentação da existência demanda a criação de certas tecnologias e práticas que, embasadas pelo saber tecnocientífico, enquadram a vida (Butler, 2015) de modo a assujeitá-la a um intrincado jogo de forças que constituem determinados discursos de poder: normatizando, controlando, gerindo e normalizando os corpos. Contudo, por mais hegemônico que pareça um dado campo de saber-poder, este não está imune às ranhuras que permitem seu encharcamento por outros fluxos epistemológicos, fazendo-o variar e transbordar outros arranjos que implicam novas apostas de produção do cuidado.

Nesse sentido, buscando girar na rotação contrária da organização orientada por uma ciência régia (Deleuze; Guattari, 2012) – que intenta extrair dos fluxos constitutivos da vida uma regularidade, de modo a estabelecer uma métrica, uma categorização –, fazemos parte de um coletivo que vem apostando na ‘nomadização’ da produção do conhecimento, na propositura de uma reversão paradoxal do método científico para um hodos-metá: um caminhar que não é antecedido pelo conhecer, nem pela meta (Passos, 2013). Em outras palavras, temos construído um fazer-pesquisar ambulante (Lima; Merhy, 2016), em movimento e conexões com as mais variadas formas de vida, que toma o caminhar nos territórios por onde transitamos menos como finalidade de deslocamento na direção de uma já determinada linha de chegada (p. ex: definição a priori do objeto de pesquisa; confirmação de hipóteses pré-estabelecidas; cumprimento de metas e protocolos), mas como possibilidade de parir saberes e modos de cuidar gestados no encontro e na experiência com o(s) outro(s).

Vamos, então, pegando rabeira nesse movimento que se enlaça nas tramagens da(s) vida(s) e se encontra com sua composição infinitesimal de arranjos de saberes e fazeres que, miscigenados, compõem modos éticos, estéticos e políticos de produção de processos de cuidado e (re)existência. No instante-já (Lispector, 1998) é que se instaura o ato do cuidado, gestualidade que acena uma disponibilidade para o encontro com os outros, que acontece no entre – entreatos, entre-corpos, entretempos.

Enquanto pesquisadores/profissionais da saúde, orientamos nossos “agires no processo de produção do cuidado” (Merhy, 2013) de modo a tutelar e retirar a possibilidade de que os usuários produzam cuidado e narrativas sobre si mesmos? Uma forte interrogação. Interessa-nos igualmente interrogar “que vidas estão sendo produzidas, nos interstícios, para além da forma-SUS e do que as políticas de saúde instituem, considerando que o cuidado e a produção das múltiplas dimensões da vida extrapolam os arranjos que, por mais cuidadores que sejam, estão circunscritos à esfera da saúde” (Santos, 2019, p. 12).

Na esteira dessas problematizações, o deslocamento do olhar que extrapola o interior do campo da saúde e expande a mirada para a incessante vida que se produz no ‘fora’. A derivada desse processo consistiu no acompanhamento do coeficiente de variação de estados de corpo-pesquisadora e corpo-orientadora que (se) experimentaram

(n)a relação com os encontros que os atravessavam. Consistiu, ainda, na disponibilidade de travessia de um corpo à deriva por entre as casas, ruelas e com o pulsar das vidas que nelas habitam.

Derivas de um corpo-canoa em travessia

Para compor essa escrita, de saída, foi preciso acionar dois tipos de registros de memória: do corpo – que guarda colorações e tonalidades afetivas pigmentadas nos encontros com o campo e seus viventes, mas também as suas ressonâncias (recolhimento e processamento dos efeitos produzidos a partir dos encontros) –, e de um ‘rizomário’ de bordo, que contém outros rastros materiais da pesquisa em nós: anotações, fragmentos de percepções capturadas no fugidio dos instantes-já, fotografias, lembretes, itinerários e números de ônibus/lotação, gravações audiovisuais, transcrições. Da revisita desses registros, nos (re)encontramos com algumas cenas que serão narradas a seguir. Mas não só.

Passados quase dois anos desde a última andança pelo campo, nos encontramos com a (certeira) Flecha Selvagem propulsionada pelo projeto que surge a partir de uma ideia de Ailton Krenak e que possibilita mais do que a criação de um plano de escuta e de visibilidade ao pluriversalismo dos saberes ancestrais, mas, por meio da compostagem de saberes dos povos ameríndios, das ciências, das artes e das mitologias, a formação de uma roda que faz girar diferentes perspectivas. Assim, a flecha nos trouxe a narrativa cosmológica do povo Desana sobre a origem do mundo pela cobra-canoa.

Inspiradas pela força, potência e poética dessa canoa – que serpenteando transformações, foi povoando e criando mundos –, pedimos licença para fazermos desembarcar, aqui, um corpo-canoa em nós, que se permite afetar-significar-navegar pela experiência no Jardim Piratininga, comunidade localizada na região leste do município de São Paulo, de um modo outro.

Não raro, nos tantos encontros com alguns dos moradores de lá, foi mencionada a presença de uma ou mais lagoas naquela localidade. Gênio contou que a formação inicial daquela paisagem era constituída por “muitos espaços, muito mato, várias lagoas” e que aquela “grande área verde” seguiu inalterada durante anos. Ele e sua família fizeram parte do grupo de primeiros moradores de lá, habitantes das primeiras “casinhas” que, aos poucos, ocupavam o vazio das ruas numa composição com “muitas lagoas, [...] muito verde, muito pé de tudo”. Anos mais tarde, houve o aterramento de uma porção do território que abrigou uma nova ocupação de moradia.

— *Tem uma rua aqui [...], é praticamente uma vilinha, mas foi feita em cima de uma lagoa. Foi aterrada toda ela. O cara veio não sei da onde, começou aterrar, começou aterrar, foi vendendo... Hoje é uma vila de casa.*

[Permitam-nos um breve desvio no curso dessa narrativa para embarcarmos, mais uma vez, no acontecimento que deu origem ao mundo antes dele existir].

De acordo com a sabedoria Desana, contada por Tõrãmü Këhíri, o mundo tal como conhecemos foi precedido pela escuridão. Nada mais existia exceto essa ausência de luz, um banco, uma porção de tabaco e outra de coca e de “uma personagem feminina, a avó do mundo” (Narby, 2021, p. 2-3). Sentada no banco e fumando seu tabaco, ao passo que pensava, emergia uma esfera que ia engolindo a escuridão. Tal esfera, por ela denominada Umuko Wi “Maloca do Universo”, era o mundo. Seguida dos trovões (ato inaugural), que falharam quando do pedido da ‘avó do mundo’ para que se encarregassem da criação da humanidade, uma outra criação: a do bisneto do mundo, que se deu a partir da fumaça do seu tabaco. Então, ele “desceu ao mundo em uma grande cobra, uma grande cobra-canoa, cheia de gente-peixe. A cobra-canoa viajou debaixo d’água, espalhando a humanidade, deixando as pessoas pela paisagem do mundo em que estamos agora. Foi assim que o mundo começou. Nós fomos criados pela transformação. Os seres humanos saíram de uma canoa de serpente cósmica” (Narby, 2021, p. 3).

Sem a pretensão de comentarmos, tampouco caricaturarmos essa cosmovisão, nos sentimos impelidas a compartilhar uma imagem-narrativa, que pede passagem no ato dessas escrituras, e a fazermos desembarcar a disposição cuidadosa (Lapoujade, 2017) das histórias de criação do mundo (pelos Desana) e da formação da comunidade Jardim Piratininga (por alguns moradores) que dá a ver a presença, a instauração, de um modo de olhar desenhado pela nossa imaginação-canoa.

O bisneto do mundo desceu ao mundo em uma grande cobra, uma grande cobra-canoa, cheia de gente-peixe (Narby, 2021, p. 3, grifo nosso).

— *Quando você chegou, como que era aqui? [Jeremias]*

— *Isso aqui era tudo lagoa. [Clarice]*

— *Lagoa, lagoa... Eu lembro que a gente enchia a laje da casa do Genésio, colocava umas tábuas... A gente vinha subindo numas tábuas pra poder chegar na casa do Genésio. [Jeremias]*

De origem Tupi-Guarani, Piratininga, que significa peixe seco (pira: peixe – tininga: seco), nomeava o conjunto de cinco aldeias subsumidas à atual cidade de São Paulo. Em tempos de transbordamento e retorno das águas para o leito do Tietê, muitos peixes terminavam por encalhar e, sob a luz do sol, secavam nas margens do rio. Piratininga também dá nome à comunidade que inspirou a pesquisa de mestrado em questão. Comunidade assentada em lagoas que deram abrigo, pouso e moradia a um espalhamento de gente-peixe que desembarcara naquela terra- fluida, povoando e transformando a paisagem. Povoamento de corpos que carregavam saberes e camadas de histórias, afetos e memórias do chão que outrora pisaram – pois estrangeiros de outras ou da própria terra –, que comungam com corporalidades diversas, igualmente nômades, uma nova territorialidade entrecruzada de tensões, intersecções, imprevisto, precariedade, mas também de invenções da existência.

— *Só nós, que chegou bem no começo, que sabe como que era a vida nesse bairro. Uma pessoa que chegou hoje, que chega aqui pra morar, pra comprar casa aqui, aí fala que nós nunca fez nada; que esse pessoal não faz nada, que não lutou por nada. Foi muita luta, não foi? [Jeremias]*
 — *Muita luta, muita luta! [Miguel]*

Jeremias ‘desembarcou’ no Jardim Piratininga em 1994. Comprou um pedacinho de terreno, construiu uma casa e lá foi morar. No início, aquele “pedacinho [...] tava muito largado; não tinha água, não tinha luz”. Havia somente “uma torneirinha, igual um chafariz, no meio da rua. E muita gente ia naquela torneira pegar água pra tomar banho, fazer comida... E a luz não tinha, porque era muito precária. E aí, as pessoas que ocuparam, fez ocupações, vendia energia [...]”. Havia pressa de chegar na casa própria.

— *Eu me lembro quando construí minha casa, que eu mudei sem vidros na janela, sem piso e sem luz. E eu tentei negociar com o rapaz que tava fazendo essa coordenação da eletricidade, se dava para ele me vender a luz até eu receber o meu seguro desemprego. E ele disse: ‘Não vou colocar luz até você pagar’. Isso me marcou muito. O quanto as pessoas são gananciosas, individualistas. [Jeremias]*

Propulsionada por essa marca, a emergência da luta bradada por Jeremias e Miguel – no fragmento-passageira lembrado acima. Luta também encarnada pela potência minoritária de outros viventes de lá, atravessados de outras tantas marcas, que mobilizou a formação da ‘Associação Popular dos Moradores do Jardim Piratininga’ [APMJP]. Jeremias conta que o interesse deles como Associação, reside no desejo de fazer “quebrar esse individualismo, quebrar essa questão de que as pessoas só pensam no seu umbigo. Mas, pensar na comunidade”. Naquela época, junto aos companheiros da APMJP, andava pelas ruas da comunidade, atrás de melhorias do bairro:

— *Nós medíamos cada rua pra saber quantos metros tinha, quantos postes de luz tinha, pra gente reivindicar a pavimentação das ruas e a iluminação pras ruas. Nós levamos na SABESP cada casa, cada morador, pra trazer água pra nós. Nós lutamos muito por essa comunidade e ainda continuamos lutando. E é por isso que está no sangue nosso, tá na nossa veia, porque nós começamos na nossa luta aqui. [Jeremias]*

Nas reuniões da APMJ, em cada encontro, um incansável Jeremias lamentava a falta de interesse da comunidade e dizia, para os poucos ali presentes, da intensidade da luta e do esforço investido nas tentativas de convencimento dos moradores sobre a importância daquela coletividade.

— *Então eu sei que essa Associação, aqui, tem feito muito esforço pra tentar trazer o conhecimento, o entendimento, a consciência da nossa comunidade. Eu sei [...] que não vai ser fácil, mas quero fazer um pedido de coração: que vocês não desista, não desista dessa luta, porque essa luta é nossa. [...] Estamos fazendo o bem pra todos, não é pra nós, é pra todos. [...] Estamos numa caminhada muito importante. Então nós que estamos*

na Associação, esse grupo aqui, não desista. [...] Vamos caminhar juntos. Não vamos desistir, não. [Jeremias]

Não, não vamos desistir, mas buscar instaurar modos de construção coletiva que produzam não somente engajamentos político-sociais, mas sobretudo vitais. Alinhar conexões que teçam redes de sustentação da(s) vida(s) na comunidade, que desenham políticas de existência, sobretudo no presente momento, em que a pandemia de covid-19 exacerba os crônicos agravos sociais e sanitários que incidem violentamente sobre os corpos das populações historicamente vulneráveis. O vírus, que se instalou nas entranhas da grande ‘colônialópolis’, arranhou o já tão ressecado verniz de pretensa democracia que envolve, desde o necrohistórico processo de colonização, um arremedo de projeto de civilidade.

Há mais de um ano, acompanhamos o insistente movimento vaga-lumeante das tantas vidas que, em tão breves lampejos (Didi-Huberman, 2014) carregados de um brilho fosco, somente ganham visibilidade na artificializada luz que desvela as mórbidas estatísticas. E no rastro desta constatação, escancarada pelo vertiginoso cenário pandêmico, acompanhamos os desdobramentos de um funesto arranjo estrutural cuja orquestração, atualizada no presente, engendra a cotidiana precarização da vida. Problematizar a existência como precária, nestes termos, implica a construção de um olhar atento sobre os modos com que os corpos-existências vão sendo governados, mas também fabricando conexões com e no mundo para se manterem vivos, por meio de práticas de governo de si (Butler, 2012).

Aqui, a noção de precariedade é tomada por um desdobramento polissêmico: da precariedade material expressa nas condições indignas de moradia, trabalho e saneamento; da precariedade como efeito da modulação/regulação subjetiva indutora de medo e insegurança; da precariedade social que ‘racializa’ e objetifica os corpos, tornando-os subprodutos de um projeto supostamente democrático; da precariedade sanitária que alija os viventes do acesso aos cuidados, serviços e ações em saúde.

— Ou eles não fazem parte daqui, ou a gente que não faz parte... É como se a gente não existisse. Deveríamos estar de mãos dadas. Estou a 200 metros da UBS. [João]

Nesse cenário, junto à Associação Popular de Moradores do Jardim Piratininga e ao grupo de pesquisa de uma Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, compusemos/compomos uma articulação denominada Amor em Tempos de COVID, por meio da qual, inicialmente, buscamos tecer uma rede de acolhimento e oferta de recursos obtidos através de doações de cestas básicas, máscaras e kits de higiene aos moradores da comunidade. Num primeiro momento, mobilizamos nossos esforços no sentido de (tentar) dar conta de um mínimo necessário que pudesse garantir, no aspecto mais concreto, uma sobrevivência.

Tentamos, posteriormente, aproximações com a equipe da Unidade Básica de Saúde do território via Conselho Gestor de Saúde. Movimento este incitado por uma das moradoras que, diante do flagrante distanciamento da equipe de saúde do território, neste delicado e aterrorizador contexto gerado pela pandemia, afirmava que a proximidade com a UBS seria essencial para que pudessem saber o que esperar e reivindicar enquanto direitos. O coletivo manifestou interesse na criação de um grupo de trabalho que pudesse discutir sobre a produção do cuidado em saúde de uma forma menos institucionalizada; na direção da educação popular em Saúde. Essa ideia foi mobilizada durante uma das reuniões do “Grupo do Amor” (como temos chamado esse nosso arranjo coletivo), pois, a convite de Jeremias, participou um militante histórico do Movimento de Saúde e Educação Popular da Zona Leste de São Paulo. Sabemos, contudo, que instaurar esse tipo de problematização leva um tempo, pois requer a construção de diálogos, escuta e aproximação dos saberes, percepções e desejos de cada um em relação ao amplo campo da saúde.

É difícil problematizar e desconstruir o discurso hegemônico e biologizante que atravessa não só as práticas profissionais do cuidado em Saúde, mas também as demandas daqueles que reivindicam atos de cuidado – os ‘usuários’ dos serviços. Pensar juntos porque será que o que antes convidava à luta e produzia coletivo agora faz escasso sentido para muitos (moradores do próprio território) - esse um motivo de intensa angústia dos que aqui primeiro chegaram. Por tudo isso, se faz necessário descolonizar as ações tutelares e technoassistenciais que eclipsam a presença da vida infame (Foucault, 2006) na construção de narratividades “de um si sempre terceirizado pelos que lhe ‘cuidam’ e pelos que lhe ‘assistem’ e ‘defendem’ – ao saírem para luz e falarem por um instante, saem do anonimato” (Henz, 2015, p. 72). E assim, fiar, visibilizar e contar narrativas que engendram tramas de produções de cuidado possíveis.

Apontar, pois, o empobrecimento e a captura que decorrem de uma história única, na qual a concertação de saberes e fazeres hegemônicos instituem regimes de verdade que se pretendem universais. Que o convite/convocação aos nossos corpos seja para que, ao entrarmos na roda, possamos girar com outros saberes – corpóreos ou não – de modo a ‘compostar’ outras narratividades e experimentações, alargando o uni de modo que seja possível cabermos e povoarmos (n)um pluriverso.

Referências

BUTLER, J. Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, J. Prefacio. In: LOREY, I. Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad. (Trans. Raúl Sánchez). Madrid: Traficantes de Sueños, 2016. Disponível em: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Estado%20de%20inseguridad.%20El%20gobierno%20de%20la%20precariedad_Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- DIAKARA, J. Rio de Janeiro, o lago de leite. Ciclo: Antes o Mundo não existia. In: Cadernos Selvagem. Rio de Janeiro: Dantes Editora Biosfera, 2021. Disponível em: <http://selvagemciclo.com.br/wp-content/uploads/2021/01/CADERNO14_JAIMEDIKARA.pdf> Acesso em: 18 ago. 2021.
- DIDI-HUBERMAN, G. Sobrevivência dos vaga-lumes. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.
- FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: MOTTA, M. B. (Org.). Estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: Machado, R. (Org.). Microfísica do Poder. 28ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010, p. 277-293.
- HENZ, A. O. Notas para uma conversa acerca das vidas infames e produção de subjetividade: o jogo dos saberes-poderes. Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, São Paulo, n. 7, pp. 70-75, nov. 2017. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Cad-Def-Pub-SP_n.7.pdf>. Acesso em: 2 de mai. 2018. > Acesso em: 20 ago. 2021.
- KRENAK, A.; DANTES, A.; DESCHAMPS, M. et al. A Serpente e a Canoa. In: Cadernos Selvagem. Rio de Janeiro: Dantes Editora Biosfera, 2021. Disponível em: <http://selvagemciclo.com.br/wp-content/uploads/2021/05/CADERNO_23_SERPENTE_CANOA-2.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- LAPOUJADE, D. O corpo que não aguenta mais. In: LINS, D.; GADELHA, S. (Org.). Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
- LAPOUJADE, D. As existências mínimas. São Paulo: n-1 edições, 2017.
- LISPECTOR, C. Água viva. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- LIMA, F.; MERHY, E. E. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). Clínica Comum: itinerários de formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 248-267.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p. 29-56.

MBEMBE, A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições, 2018.

NARBY, J. O Primeiro Ciclo Selvagem. In: Cadernos Selvagem. Rio de Janeiro: Dantes Editora Biosfera, 2021. Disponível em: <http://selvagemciclo.com.br/wp-content/uploads/2020/11/CADERNO_2_NARBY.pdf. > Acesso em: 18 ago. 2021.

PASSOS, E. A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). Clínica Comum: itinerários de formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

PELBART, P. P. Vida Capital – Ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

SANTOS, L. F. M. Derivas cartográficas: (sobre)vivências cotidianas e outros modos de (re) existência na contemporaneidade. 2019. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019.

Formação em saúde e produção de si: da psicopatologia ao sujeito-multidão

*Thayane Pereira da Silva Ferreira
Juliana Sampaio
Adelle Conceição do Nascimento
Luciano Bezerra Gomes*

Introdução

A formação em saúde tem passado por diversas mudanças ao longo dos anos, tendo como proposta a reavaliação dos currículos das universidades, buscando fortalecer a aproximação da academia com os serviços de saúde (Ceccim, 2018). Partindo destas reformulações curriculares, é preciso pensar a formação em saúde não apenas como um processo de transmissão de saberes, no qual o formador transmite os seus conhecimentos técnicos, teóricos e empíricos ao aluno, que assume um lugar de receptor dos conteúdos transmitidos (Freire, 2005). Mais do que isso, a formação precisa estar pautada no entendimento de que o processo de aprendizagem se dá pelo encontro com o outro e imersão no campo vivenciado, de modo que a aprendizagem se dê a partir daquilo que nos passa, nos toca e nos acontece.

Assim, propomos neste estudo apontar o processo formativo em saúde como um movimento de produzir-se (Abrahão; Merhy, 2014), dialogando com a proposta de funcionamento das residências em saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação (Brasil, 2005).

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde foram criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, e são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais (Brasil, 2005).

Desse modo, a formação nas residências em saúde parte do entendimento de que o cuidado deve ser universal, equânime, integral e atender às necessidades de saúde dos indivíduos, grupos e populações. Neste entendimento, a aprendizagem se produz e é produzida cotidianamente pelo residente-trabalhador que vivencia o cotidiano do SUS. Neste movimento de produzir-se, o residente-trabalhador tem a possibilidade de construir e experimentar sua caixa de ferramentas no cuidado em saúde (Gomes; Merhy, 2014), participando ativamente no processo do trabalho vivo em ato, que acontece no cotidiano do agir profissional. Além disso, a formação em saúde também suscita a experimentação no campo de prática, tornando-a um processo criativo e de trocas que norteia o processo de aprendizagem no SUS.

Ao pensar o debate sobre a formação em saúde no contexto da saúde mental e da reforma psiquiátrica, é possível perceber que os processos de produção de diferentes

modos de cuidar, como a redução de danos, por exemplo, têm enfrentado importantes desafios para se efetivar na formação e nos serviços do SUS (Petuco, 2010), na medida em que a formação pauta-se no estudo das psicopatologias, diagnósticos e medicalização da vida (Foucault, 1984) reafirmando sua hegemonia através das práticas profissionais. A residência multiprofissional em saúde, como espaço formativo no SUS, tem sido um dispositivo potente para se produzir diferentes modos de cuidar (Ayres, 2017) na perspectiva da reorientação das práticas em saúde, que considerem que todas as vidas valem a pena (Merhy, 2012).

Fomentar a formação profissional na imersão e interferência nos processos cotidianos de cuidado é um desafio que precisa ser assumido cotidianamente no agir dos sujeitos nos seus processos de trabalho. Nessa micropolítica, é possível provocar tensionamentos sobre o cuidado e o próprio processo formativo das residências em saúde (Ceccim, 2018).

Frente a estas questões, o presente estudo assume como questão disparadora: Como desenvolver processos formativos implicados com um movimento de produção do(a)s residentes em saúde que vá além do conhecimento sobre as patologias e suas respectivas terapêuticas, tornando o(a)s residentes pesquisadores de suas próprias práticas no SUS?

Tem como objetivo discutir a formação em saúde no SUS e o processo de tornar-se pesquisador(a) de si, diante do seu fazer. Para tanto, aponta algumas reflexões sobre a produção de saberes no cuidado em saúde mental, a partir de encontros com discentes de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN) e da vivência de uma trabalhadora-residente-pesquisadora no mesmo programa de residência.

A proposta é, a partir destas duas experiências, colocar em debate a formação de trabalhadores em saúde mental no SUS e o processo de tornar-se pesquisador(a) de si, diante da produção do cuidado e da reinvenção do fazer profissional, considerando a relação que estes constroem na interseção entre universidade e serviços de saúde mental.

Percurso metodológico

O percurso metodológico da pesquisa se deu a partir da cartografia como dispositivo de pesquisa que possibilita ao pesquisador “mergulhar” no campo, imundizando-se com o cotidiano daquilo que pesquisa - serviços de saúde, espaços formativos, processos de trabalho, ou até mesmo, o dia a dia de uma comunidade (Gomes; Merhy, 2014). De modo que o corpo vibrátil é o guia do seu processo de pesquisa que vai sendo redesenhado à medida que novos elementos são visibilizados nas suas paisagens cartográficas (Rolnik, 1989).

A aproximação com a RESMEN se deu no ano de 2015 ao longo da pesquisa do

Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa. Em João Pessoa, a referida pesquisa, denominada Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), estudando a produção do cuidado em cinco redes temáticas na cidade, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial.

O percurso cartográfico aconteceu em duas etapas: a primeira se deu nos encontros entre as pesquisadoras da RAC e a turma de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba; e a segunda com a vivência de uma das pesquisadoras da RAC como residente do mesmo programa de residência, quatro anos após o término da pesquisa.

A primeira etapa da pesquisa aconteceu entre os meses de maio a novembro de 2015, com 14 encontros quinzenais com 20 residentes de saúde mental. Tais encontros tinham duração média de três horas e objetivavam disparar problematizações que possibilitassem a análise do processo formativo e a produção do cuidado em saúde mental. Para o aquecimento destas discussões, algumas atividades-dispositivo foram utilizadas como a tenda do conto (Silva et al., 2014) e a construção de cenas do cotidiano a partir de casos vivenciados pelo(a)s residentes em serviço.

Também utilizamos um questionário com quatro perguntas sobre: 1) a escolha de cursar o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental; 2) o processo de trabalho do(a)s residentes nos diversos cenários de prática e aprendizagem; 3) suas implicações no processo de cuidado aos usuários; 4) as interferências produzidas por esses encontros da pesquisa na residência.

A turma era formada por profissionais de terapia ocupacional, psicologia, serviço social, enfermagem e farmácia, e a inserção do(a)s residentes nos cenários de aprendizagem se dava em rodízios em diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios de João Pessoa e Cabedelo. O(a)s discentes rodavam pelos serviços em grupos de quatro, permanecendo três meses em cada local em uma configuração multiprofissional. No período do desenvolvimento da pesquisa, havia residentes no Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental grave e persistente, 24h tipo III (CAPS III); Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi); Centro de Atenção Psicossocial para atenção diurna, tipo I e Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) nos municípios de João Pessoa e Cabedelo.

A segunda etapa do processo da pesquisa se configurou a partir da experiência de uma das pesquisadoras da RAC como residente na RESMEN, entre fevereiro de 2019 e janeiro de 2021. Neste período, a pesquisadora-residente desenvolveu a mesma dinâmica

de rodízio acima descrita em diferentes serviços da RAPS, a saber: CAPS III; CAPS ad; CAPS i; urgência; USF e gestão em saúde mental. A pesquisadora-residente construiu registros de diário de campo e relatórios acerca de suas experiências enquanto residente nos diferentes cenários de prática e aprendizagem.

O processamento dos dados da pesquisa RAC ocorreu nos encontros com o(a) s residentes e docentes da RESMEN, reconhecendo-os como pesquisadores de seu próprio processo de aprendizagem e concretizando, assim, a aposta numa pesquisa compartilhada. A vivência da residente-pesquisadora foi processada nas discussões com a equipe, colegas de residência, tutoras, preceptoras e supervisoras. Toda a análise dos processos se deu a partir dos referenciais teóricos da micropolítica (Guattari; Rolnik, 2008) e da educação permanente em saúde (EPS em Movimento, 2014).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba, no dia 24 de outubro de 2015, sob o CAAE 42554815.0.0000.5188, atendendo os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

A construção de residentes-pesquisadores de si

Os primeiros encontros dos pesquisadores da RAC com os (as) residentes tiveram como objetivo debater os motivos para a escolha da referida pós-graduação, buscando uma reflexão sobre as vivências prévias do(a)s residentes com os cenários de prática. Estas reflexões iniciais evidenciaram que o(a)s residentes tinham inúmeras críticas aos serviços de saúde mental e ao fazer profissional dos trabalhadores neles inseridos.

Como a expectativa da pesquisa era refletir e produzir potencialidades de cuidado a partir de um exercício de reflexão de si nesses campos de práticas buscou-se construir encontros que produzissem um deslocamento do(a)s residentes de um lugar de reflexão do externo, para um lugar de análise de si.

A possibilidade do(a)s residentes produzirem narrativas e sentidos de si para suas próprias práticas profissionais, possibilitou um giro analítico onde os mesmos colocavam em análise seu lugar de residente, num constante questionamento que transitava entre o profissional e o estudante, e de suas potências e dificuldades na produção do cuidado nos cenários em que se encontravam inserida(o)s.

Assim, foi feito o convite para que as residentes orientassem suas avaliações, a partir das interferências causadas no encontro da residência com os serviços. Ou seja, o desafio era realizar um giro do lugar da(o)s residentes, fazendo com que se deslocassem do lugar de atores externos ao serviço e permitir que se colocassem em análise dentro de seu processo de trabalho, se percebendo como pessoas implicadas no cuidado.

O reconhecimento desta imersão no mundo da produção do cuidado foi fundamental também para desterritorializar o(a)s residentes na sua relação de integração ensino/serviço. Se perceberem como co-responsáveis pelas produções de cuidado operadas - ou não - nos serviços de saúde em que estavam inseridos, foi um exercício importante para reorientar seus processos formativos e suas relações com as equipes e usuários.

Este movimento de desterritorialização não aconteceu com todo(a)s residentes, nem ao mesmo tempo. Alguns(as) se mantiveram no lugar de crítico(as)s externo(a)s e não implicado(a)s, cabendo-lhes a função de observar, apontar algumas fragilidades e potências e, quando necessário, propor mudanças.

Contudo, ao longo dos encontros, e por meio das interferências ali produzidas, foi possível colocar entre parênteses a forma de operar o cuidado do(a)s trabalhadores dos serviços e evidenciar o processo de análise do(a)s residentes dentro de seu processo formativo, refletindo sobre os efeitos desse giro na dinâmica e no cotidiano da equipe.

As interferências da RAC também se configuraram na vivência da pesquisadora-residente que participou dos dois processos: a pesquisa com os discentes da RESMEN e em um segundo momento como discente da mesma residência. Estas interferências possibilitaram à pesquisadora-residente construir cotidianamente processos de análise sobre suas práticas de cuidado, assumindo o protagonismo sobre a prática desenvolvida, percebendo-se como profissional do serviço.

Este lugar assumido pela residente/pesquisadora que se propôs imundizar-se no seu campo de trabalho e tornar-se pesquisadora do seu fazer, se constituiu a partir de cada cenário de aprendizado e desenvolvimento de sua prática. Na urgência em saúde mental, o processo de trabalho foi perpassado pelos desafios de uma instituição total, no qual a construção do fazer foi permeada ora por resistência a estas práticas, ora pela captura pelo modus operandi da instituição. Alguns sentimentos como impotência, desengano e desesperança, assim como reconhecimento e esperança - do verbo esperar, como diria Paulo Freire (1992), atravessaram o fazer a partir do processo reflexivo sobre o processo de trabalho.

O giro analítico de analisar suas próprias práticas também foi um desafio, tendo em vista que a pesquisadora-residente se percebeu, por diversas vezes, reproduzindo o processo de responsabilização sobre os impasses do serviço aos outros trabalhadores dos serviços, tal qual aconteceu com o(a)s residentes acompanhado(a)s pela pesquisa. No CAPSad, o fazer da residente-pesquisadora se constituiu em construir junto com a equipe multiprofissional espaços de participação dos usuários nas estratégias de cuidado em saúde mental para os mesmos, possibilitando colocar em análise seu processo de trabalho junto a equipe de trabalhadores do serviço. Diferenciou-se em alguns momentos da experiência dos(a)s outro(a)s residentes acompanhado(a)s pela pesquisa RAC, tendo

em vista a análise cotidiana sobre seu processo de trabalho.

No CAPsi, o fazer da residente-pesquisadora aproximou-se das vivências dos demais residentes, produzindo pouca ou nenhuma análise do seu próprio fazer. Diante desse cenário, o trabalho se constituiu mais na perspectiva burocratizante, do trabalho morto (Merhy, 2002), acompanhando as normas e rotinas do serviço, do que na perspectiva da construção coletiva junto aos usuários e famílias em suas multidimensionalidades. No CAPSIII o fazer da residente-pesquisadora se constituiu em práticas de cuidado que consideravam a multidimensionalidade do(a)s usuário(a)s para além da psicopatologia, considerando suas histórias de vida, necessidades, vulnerabilidades e redes de apoio e suporte social no cuidado em saúde mental.

Na USF, as práticas de saúde mental na atenção básica foram desenvolvidas junto à equipe multiprofissional, dialogando com as necessidades do território durante a emergência em saúde pública da covid-19. O fazer se constituiu na perspectiva da atenção psicossocial aos usuários do território, considerando seus processos de adoecimento que perpassam pelas desigualdades sociais, desemprego, fome, gênero, orientação sexual, raça, entre outros atravessamentos que foram ampliados pela pandemia.

Na gestão, o fazer profissional se constituiu de maneira ativa e potente, tendo em vista este espaço ser de resistência e de reafirmação contínua dos princípios da luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta imersão nos serviços e na gestão foi fundamental, uma vez que possibilitou à residente-pesquisadora vivenciar as dinâmicas dos serviços da RAPS e produzir, em conjunto com a equipe multiprofissional, modos de cuidado que reconhecessem os sujeitos nas suas singularidades e multiplicidades, pautados na produção de vida e ampliação dos modos de existência.

Considerar a formação a partir da produção do cuidado se alinha com o que é preconizado pela Política de Educação Permanente em Saúde, que aposta na educação no, pelo e para o serviço (Brasil, 2009). Ou seja, é a partir do cotidiano do serviço, no encontro com os trabalhadores, gestores e usuários e na fabricação diária do trabalho vivo em ato que a formação pode garantir potência (Gomes; Merhy, 2014).

Nesta interseção entre educação e cuidado, algumas interferências foram produzidas nos(a)s residentes acompanhado(a)s no primeiro momento e também pela residente-pesquisadora na sua experiência nos serviços da RAPS. Estas interferências fabricaram novas visibilidades, ou seja, possibilitaram ver o que antes ali não existia, sobre a formação e o cuidado.

Produzindo outras visibilidades para a formação e o cuidado em saúde mental t

Ao longo dos encontros com o(a)s residentes, emergiram diálogos sobre temas transversais às suas vivências, tanto nos serviços, em seus encontros e desencontros com gestores, trabalhadores e usuários, quanto no grupo de residentes, a partir das inúmeras

negociações que pautavam diferentes modelos de formação, organização do curso e ofertas de conteúdos programáticos.

Algumas discussões também agenciaram movimentos reflexivos, destacando a centralidade do saber biomédico/psiquiátrico para a formação em saúde mental. Esta discussão versou sobre a demanda do(a)s residentes por estudo sistemático, com aulas expositivas sobre psicopatologia e diagnóstico, apoiados no CID-10 e DSM-5. Para ele(a)s este conhecimento seria fundamental para se posicionarem frente aos usuários e demais trabalhadores da rede. Isto porque o diagnóstico psiquiátrico orienta não apenas a produção de uma proposta terapêutica, como também a conduta dos profissionais junto aos usuários, já que como argumentou uma residente: “não posso tocar o corpo de uma esquizofrênica da mesma forma que toco o corpo de uma histérica”.

Na experiência da residente/pesquisadora também foi possível vivenciar nos serviços, diversas formas de controle sobre os usuários, de modo que os desejos de manicômios se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar (Machado; Lavrador, 2001).

No entanto, em resistência a este modo de fazer de alguns serviços, o fazer da equipe de residência considerou o saber da psicopatologia como mais um saber para o cuidado e não o definidor das estratégias terapêuticas. Em alguns casos, estes apresentavam pouca ou nenhuma relevância, tendo em vista a complexidade dos processos de vulnerabilidade social, familiar e econômica vivenciados pelos usuários da rede de atenção psicossocial do SUS. O diagnóstico se constituía, portanto, como mais um processo de segregação da vida das pessoas e a equipe apostou em não deter seus esforços na compreensão da doença, mas no processo de adoecimento e cuidado.

Esta aposta provocou resistência em muitos momentos, principalmente por parte dos serviços que demandavam não apenas os conhecimentos sobre a psicopatologia, mas que estes norteassem as práticas de atenção aos usuários. Também vivenciou-se resistências por parte de alguns residentes nas discussões coletivas com a turma, nos encontros teóricos e teórico-práticos. O gerenciamento destes processos de resistência se constituiu em um desafio contínuo na formação, uma vez que se dava cotidianamente com atores dos serviços, da academia, da gestão, dentre outros, produzindo o debate sobre a reforma psiquiátrica e a centralidade do paradigma biomédico na atenção à saúde mental.

Neste sentido, tornou-se importante diferenciar assistência psiquiátrica de produção de cuidado multiprofissional em saúde mental. A primeira pode ou não fazer parte da segunda, não sendo sua garantia, nem mesmo sua prerrogativa. É possível ofertar assistência psiquiátrica sem produzir cuidados, e mesmo reproduzindo diversas formas de opressão e violência. A luta pela reforma psiquiátrica traz em seu bojo vários exemplos disso (Amarante, 1995).

Procuramos tensionar a possibilidade de produzirmos infinitas redes vivas de cuidado com inúmeros arranjos de conexões, e que não necessariamente passam pela psiquiatria, considerando as redes sociais e de apoio do(a)s usuário(a)s (Ferreira et al., 2016).

Destaca-se, ainda, que o saber biomédico, sustentado por uma certa racionalidade médica ocidental, é marcado pela cientificidade, fragmentação do corpo e por sua relação com a mente, a alma e o mundo, com foco no combate da doença, através de forte medicalização da vida. Fazer tal ressalva implica em reconhecer que há outras racionalidades sobre o processo saúde-doença que propõem, conseqüentemente, outros modos de cuidar (Luz, 1996; Tesser; Luz, 2008).

A luta antimanicomial aponta para o problemático aprisionamento dos usuários em categorias psiquiátricas que invisibilizam os diversos modos de existência, para além do ser doente (Almeida; Merhy, 2020) e de sua medicalização, compreendendo aí não apenas a administração de substâncias, mas outras formas de medição, controle e significação dos corpos a partir das biotecnologias (Foucault, 1984).

Esse lugar restringe as múltiplas possibilidades de produção de cuidado que considerem outras dimensões da vida do usuário. Limitar a existência do ser em sua condição de doente ou de alguém que tem sofrimento psíquico é negar as multidões existenciais que o habitam (Almeida; Merhy, 2020).

Aos poucos, ruídos e divergências de discurso surgiram no lugar de um cenário onde esse discurso parecia uníssono. Alguns do(a)s residentes começaram a problematizar a real necessidade de tais nosologias para a produção do cuidado, fazendo surgir narrativas na defesa do cuidado que potencialize o modo de existir dos usuários (Merhy, 2015).

Na experiência da residente-pesquisadora, a aposta se deu a partir destas outras racionalidades, de modo que o saber médico se constituía em mais um saber e não ocupava o centro das práticas de cuidado. Ressalta-se que esta aposta consistia em resistência nas práticas cotidianas, de modo que se problematizava as práticas instituídas pelos serviços, pautadas no diagnóstico e centralizadas no saber médico, na construção de práticas instituintes, ou seja, que produziam novas estratégias terapêuticas e de cuidado (Lourau, 2004).

Ampliando as visibilidades sobre o sofrer e o cuidar

Nos diálogos produzidos com o(a)s residentes, foi possível fazer emergir novas visibilidades sobre diferentes aspectos da vida dos usuários, abordando questões como as desigualdades de gênero, raça, credo e classe, produtoras de sofrimento e adoecimento físico e psíquico. Estes aspectos da vida dos usuários ficavam apagados frente aos diversos sinais e sintomas, categorizados pelos manuais de saúde mental. Em diversas cenas narradas pelo(a)s residentes, vários desses aspectos da vida dos usuários

não eram considerados para a compreensão da experiência de sofrimento vivido, nem como pontos importantes para compor projetos terapêuticos.

Na vivência da residente-pesquisadora, o cuidado se produziu a partir do reconhecimento dos processos de adoecimento vivenciados pelos(a)s usuário(a)s da saúde mental, como desemprego, fome, racismo, desigualdade de gênero e de orientação sexual. Desse modo, buscou-se não reduzir os sujeitos a uma psicopatologia, mas desenvolver práticas de cuidado que os reconhecessem na sua multiplicidade, acionando outros dispositivos e serviços para além da saúde e da perspectiva medicalizante da vida.

Nesta perspectiva, um relato de caso foi tomado pela pesquisa RAC como um caso traçador a ser trabalhado com as residentes. Acreditamos que a partir de casos traçadores, é possível colocar em análise a produção do cuidado ofertado (Rocha et al., 2014).

Um grupo de residentes trouxe para debate o caso de Violeta¹⁵. Ela era uma mulher de 29 anos que apresentou como gatilho para seu primeiro episódio de surto, o fato de ter “paquerado” um homem que não seu marido, nas redes sociais. Violeta era casada, tinha dois filhos e um histórico de violências por parte do marido.

Após a apresentação de Violeta, as residentes apontaram como questão central para o debate do caso, a dúvida sobre seu diagnóstico psiquiátrico. As discussões que se seguiram versaram sobre os sintomas comportamentais da usuária e as medicações prescritas pelo psiquiatra do CAPS que a acompanhava.

Tal discussão mobilizou sobremaneira uma das pesquisadoras que tencionou se existirem outros olhares possíveis para Violeta. Sua aposta foi na ampliação do debate político na construção das propostas de cuidado, considerando processos de opressão na sociedade atual, como os produzidos a partir de questões de gênero, raça ou classe, e que transversalizam de forma significativa os processos de adoecimento.

Assim, a pesquisadora procurou, a partir do que a afetou na descrição do caso, dar visibilidade às opressões que o machismo poderia ter trazido para a vida de Violeta e que contribuíram para que esse gatilho fosse disparado: uma possível traição de uma mulher. Ao se posicionar, a pesquisadora produziu clara interferência no encontro sobre o caso de Violeta. Alguns residentes acharam essa perspectiva pouco relevante para entender o surto daquela usuária, mas outros pareceram ter visto coisas novas e importantes sobre aquela mulher em sofrimento. Claro que este olhar sobre Violeta é apenas mais um dos múltiplos possíveis, que deu vazão a algumas outras possibilidades de refletir

¹⁵ Nomes fictícios utilizados para preservar a identidade das usuárias.

a sua existência nessa multidão de perspectivas, mas a possibilidade de ampliar esse repertório de cuidado e tensionar as negociações sobre o debate do caso do grupo foram fundamentais.

Na experiência da residente-pesquisadora, outro caso traçador que traz visibilidade para discutir aspectos importantes na formação em saúde mental, diz respeito a Amarílis². A mesma é adolescente e tem um histórico de adoecimento mental desde a infância. A sua mãe adotiva procurou a Unidade de Saúde da Família (USF) para atendimento, relatando que sua filha estaria isolada, sem querer contato social e com ideação suicida. Na escuta, a equipe percebeu que se tratava de uma demanda em saúde mental e a médica da unidade, após avaliação, compreendeu que os sintomas depressivos e de ideação e tentativa de suicídio poderiam estar relacionados ao isolamento social e à Pandemia da covid-19.

A equipe da residência no cenário da USF, em seus processos formativos, assumiu o cuidado da usuária junto com a equipe de saúde da família com o objetivo de produzir novas visibilidades sobre o processo de adoecimento de Amarílis, que perpassa pelo sentimento de abandono materno, as vivências de racismo nos espaços de convivência da vida cotidiana, como o ambiente escolar, com os colegas de turma, vizinhos e etc.

Este processo de compreensão dos sofrimentos vivenciados pela usuária possibilitou a ampliação das ofertas de cuidado atentas às necessidades da mesma, a partir da perspectiva interprofissional do cuidado em saúde (Ferla; Ceccim, 2017). Neste caso, foram construídas estratégias de cuidado compartilhado entre a Unidade de Saúde da Família e CAPSi, através do matriciamento em saúde mental, articulando com outros setores, como a educação e assistência social. As articulações se constituíram a partir dos trabalhadores e da residente-pesquisadora.

Recolhendo as interferências do encontro da RAC com a RESMEN

O encontro da RAC com a RESMEN possibilitou ampliar o olhar do cuidado e do indivíduo, deslocando a centralidade do saber biomédico e diagnóstico, como norte principal do debate sobre o cuidado em saúde mental.

O deslocamento da residente-pesquisadora durante a prática nos serviços de saúde se deu a partir da compreensão dos processos atravessadores do adoecimento em saúde mental, como o racismo, gênero e orientação sexual, desemprego, desigualdade social, fome, pobreza, e a redução sistemática das políticas públicas do Estado para os cidadãos.

Estes atravessamentos permearam toda a prática da residente-pesquisadora, produzindo estratégias e práticas de cuidado que se detiam na necessidade da pessoa e não apenas no seu diagnóstico ou doença mental. Este diagnóstico era visualizado nas práticas de cuidado, como produto desta sociedade segregadora e excludente, que

dita as vidas que valem a pena e aquelas que não atendem a lógica do capital, podendo, portanto, serem descartadas, controladas, distanciadas do convívio social e na sua maioria das vezes invisibilizadas.

A vivência da pesquisa RAC com a residência ratificou a potência deste espaço formativo, no que concerne à educação permanente em saúde, principalmente nas discussões relacionadas ao cuidado. Considera-se a importância de espaços disparadores de processos reflexivos sobre o cuidado na formação, tendo em vista a necessidade de se ressignificar as práticas em saúde, por vezes, fragmentadas nos cursos universitários. A busca de realizar um giro analítico do lugar de residentes e da residente-pesquisadora, para o lugar também de trabalhadores do serviço, contribuiu significativamente, para que estes refletissem sobre as dificuldades e potencialidades que vivenciavam junto com os trabalhadores dos serviços.

Esse processo de estar em ato, no serviço, encontrando com usuários, trabalhadores, familiares e gestores, permitiu que a/os residentes compreendessem o campo de prática como um lugar em contínuo processo de construção, dinâmico e criativo, de modo que o cuidado é produzido a partir desta dinamicidade e no encontro entre o trabalhador e usuário (EPS em Movimento, 2014).

Neste sentido, a vivência como pesquisadora da RAC e depois residente – pesquisadora em formação possibilitou este giro analítico, de modo a produzir análises sobre si e seu fazer nas práticas de cuidado desenvolvidas durante a formação proposta pelos programas de residência. Aproximou-se em alguns momentos e distanciou-se em outros, reafirmando a dinamicidade dos processos formativos, que são atravessados pela vivência de cada profissional em formação.

Por fim, o debate sobre a formação em saúde apresenta desafios, impasses e potencialidades. Resta a nós, trabalhadores, usuários, gestores, professores, pesquisadores e todos os atores que entendem o cuidado como uma aposta política e ética, tensionar no cotidiano de nossos espaços de trabalho, nos agires micropolíticos, formas de cuidado comprometidas com a vida do outro, nos seus diversos modos de ser e existir.

Referências

ABRAHÃO A.L, MERHY E. Formação em Saúde e Micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface (Botucatu), 2014.

ALMEIDA, SA. MERHY, EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. Rev Psi Política, 2020.

AMARANTE, P. Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. Rev Baiana de Enf, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS No 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, v. 12, p. 59, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2021.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface (Botucatu),2018.

EPS EM MOVIMENTO. Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência. [internet]. 2014 [acesso em 2022 abr 22]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/arquivos-em-pdf/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>.

FERLA, A. A.; CECCIM, R.B. Interprofissionalidade em saúde: experiências e desafios. Saúde em Redes, 3 (4): 307-309, 2017.

FERREIRA, T. P. DA S. et al.. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 61, p. 373–384, abr. 2017.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes,1984.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro. Terra e Paz. 1987.

FREIRE, P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GUATTARI, F., ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 9a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

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

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

LUZ, M.T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: IMS/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996. p.23.

MERHY, E.E. As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. [internet]2014.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu), v. 9, n.16, p.172-174, set./fev. 2005.

MERHY E.E. Educação permanente em movimento. Saúde em Redes, 2015. 1(1): 07-14.

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

PETUCO, D.R.S. Redução de Danos: outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. João Pessoa, 2010.

ROCHA, M., VIANNA, L., SANTOS, N., GOMES M. P. C., MERHY, E.E., SILVA, M. A. B., COSTA, M. S.A., 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: GOMES, M. P. C., MERHY, E. E. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. 177 p.

ROLNIK S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS; 2014. 247 p.

SILVA, A.V. F. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica / Natal: Edunp, 2014. 78p.

TESSER, Charles D., LUZ, Madel T. Racionalidades médicas e integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, 2008. p 195-206.

Pesquisando com os usuários: análise de uma rede de saúde mental

Heloisa Elaine dos Santos
Marília Cristina Prado Louvison
Laura Camargo Macruz Feuerwerker



Figura 1. Ilustração de Mauro A. Brás e Heloísa Elaine dos Santos

Nesse lugar onde “está contido” a gente compartilha junto, e nos outros espaços faz movimentos sozinhos. (...) Acho que não tenho feito nada junto com ninguém faz muito tempo...

Ponto de encontro

Este artigo foi produzido a partir de uma pesquisa que se propôs analisar a produção do cuidado em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de São Paulo a partir da experiência dos usuários. Foram analisados diferentes serviços, bem como a articulação da rede e os recursos tecnológicos utilizados na organização dos processos de trabalho e na produção do cuidado em Saúde Mental. Essa vivência ocorrida entre 2014 e 2015, como campo de pesquisa de mestrado, compunha a Rede de Avaliação Compartilhada – Avalia quem pede, quem faz e quem usa (RAC). A RAC é uma pesquisa nacional que avaliou a produção do cuidado em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários, com foco nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde e que deu origem a dois livros com as diferentes experiências e reflexões, intitulados Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes, ambos publicados em 2016. A pesquisa que originou este capítulo também se filia à RAC pela opção metodológica pela cartografia e pela pactuação com um usuário-guia. O percurso cartográfico foi sendo desenhado em conjunto com os usuários, em especial pelo usuário guia que foi pesquisador ativo, direcionando a pesquisa para espaços carregados de sentido em sua busca pela produção da própria vida e por cuidado.

Esta pesquisa, que é produzida em ato, pede uma forma de aproximação que

permita sua observação/ vivência em ato, de modo a acompanhar estes processos de produção de subjetividade que dão visibilidade à intensidade dos momentos e movimentos na produção da vida.

A opção por utilizar a Cartografia como forma de caminhar/ produzir o campo de pesquisa possibilita a aproximação com a produção do cuidado no mesmo momento em que se dão os encontros entre usuários, trabalhadores e território. Permite a construção de espaços que recolham as afecções desse processo, incorporando o movimento como fio condutor da caminhada do pesquisador pelo campo (Barros; Kastrup, 2012). Coloca o processo em andamento como um desafio e uma potencialidade, pois, conforme se acompanham os usuários pelos espaços de cuidado, são produzidos novos campos, com novos intercessores, que disparam constantes deslocamentos e mantêm o movimento. São muitos os intercessores: novos arranjos no cotidiano do trabalho, novas pessoas, novas situações, maneiras diferentes de promover soluções para velhas e novas questões. A cartografia tem a potência de aproximar o pesquisador das redes de relações e estas mostram-se importantes fontes de informações. Utilizar a cartografia como “método” de pesquisa desafia o pesquisador a desaprender aquilo que já tem por sabido, problematizando o processo de pesquisa e reinventando a si e ao mundo. O pesquisador, intensamente afetado, deixa de ter uma exterioridade e é atravessado pela produção dos encontros. (Abraão et al., 2014)

Durante todo o processo da pesquisa é fundamental que seja analisada a interação entre pesquisador e campo, pois se produzem mapas de conexões reveladores dos processos em análise e que, portanto, funcionam como ferramenta para o direcionamento da pesquisa (Rocha et al., 2014). Esse processamento em alteridade ganhou espaço em diferentes momentos, com usuários, trabalhadores e grupo de pesquisas, além da elaboração de um diário com narrativas de campo, em que já se produzia um processamento inicial.

Todo o percurso foi feito em encontros com o território, com a Supervisão Técnica de Saúde e com as pessoas que compõem estes espaços. Foram acompanhados diferentes momentos de produção coletiva: reuniões de gerentes de serviços, discussão com interlocutoras da Saúde Mental no território, Fórum de Saúde Mental, outros espaços de fortalecimento de rede e de construção de cuidado coletivo. Os encontros com os usuários foram mais frequentes nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Fórum de Saúde Mental, Fábrica de Cultura, durante a Copa da Inclusão 2015 e na residência do usuário guia da pesquisa

Para a aproximação nos diferentes contextos, foram utilizadas diferentes ferramentas, como o acesso a fontes documentais que traziam as orientações de funcionamento do programa, das redes e diferentes serviços; entrevistas semiestruturadas com diferentes atores do processo; oficinas para processamento com os trabalhadores; o caderno de campo, em que o pesquisador anota suas observações, os dados

coletados, suas percepções e afetos; e os encontros e processamentos com o usuário-guia que conduziu a pesquisadora pelos campos de produção do cuidado, oferecendo a possibilidade de uma aproximação com as redes vivas. Emergiram, assim, as relações de poder e os fluxos da rede, entre outras características ligadas fundamentalmente ao plano da micropolítica (Merhy, 2013).

O plano da micropolítica, composto por forças instituintes e instituídas, molares e moleculares é onde ocorrem os processos de subjetivação, marcados pelas relações de poder, sendo, portanto, campo fértil para a investigação cartográfica, pois pode-se ver e vivenciar “a quente” a produção dos atos de saúde (Feuerwerker, 2014)

Por onde me guia o usuário guia? A aposta no acompanhamento de um usuário guia possibilita a produção de um saber que não se restringe ao mundo do trabalho em saúde, mas se expande para as possibilidades de fabricação de vida e de cuidado - para além dos serviços de Saúde Mental, para além da RAPS. O usuário guia leva a conhecer a sua própria rede viva de produção de sentidos.

O processo de identificação do usuário guia envolve dar visibilidade e dizibilidade às redes de afeto. O usuário em suas relações com a pesquisadora se produziu como guia. A partir deste movimento se produziu o mapa de suas conexões e relações, que incluem suas relações afetivas, familiares, comunitárias, em território e com os diferentes serviços de saúde, entre outras. O mapa de conexões permite ao pesquisador acessar diferentes fontes e utilizar diferentes recursos para coletar as produções e os efeitos da pesquisa (Rocha et al., 2014)

A “escolha do usuário guia se deu em um processo conjunto com a equipe do CAPS, a partir de um convite aos trabalhadores para identificarem um usuário do serviço que fosse alguém que circulasse pela rede e fora dela. A equipe foi imediata e unânime em indicar um usuário que todos consideravam ideal, alguém que circulava bem pela rede e era articulado.

Em um primeiro momento, pouco se falou sobre esse usuário, a quem chamarei de João para preservar sua identidade. Fui convidada a ir à oficina de futebol, onde seria apresentada a ele. Outros usuários vieram conversar comigo, todos bastante interessados em saber quem eu era e de onde vinha, claramente eu era uma estrangeira. Fiz uma conversa inicial com o profissional que era o técnico de referência de João. Nessa conversa me aproximei de sua sua história e projeto terapêutico. Também foi discutida a experiência do profissional em ser sua referência no CAPS. O profissional trouxe algumas informações sobre o seguimento que João realiza, as oficinas de que participa, o acompanhamento médico e medicamentoso, além de sua percepção sobre a circulação ampla de João pelos diferentes espaços na rede. Ao fazer essas reflexões, trouxe um incômodo seu, por perceber que devido às demandas do cotidiano do trabalho, em que há diversas urgências a serem atendidas, acaba havendo pouco tempo para se

dedicar aos casos como o de João, que ele nomeia de “casos estáveis”. Esse diálogo com o trabalhador me fez pensar no quanto os processos de trabalho no CAPS são marcados e, talvez, algumas vezes conduzidos por esta demanda por atenção aos casos “mais graves”.

Após essa conversa inicial com o trabalhador, fui apresentada ao João, que fora previamente avisado da minha visita e, sabedor da pesquisa e do pedido para que me apresentasse a rede formal e os lugares por onde circula, passou a me guiar por diferentes espaços, numa convivência cada vez mais intensa, cúmplice e amorosa.

Reconhecendo o mapa

Como apresentado por Moebus, Merhy e Silva (2016) o usuário guia produz uma diversidade de acontecimentos que não cabem numa narrativa linear, sua multiplicidade e complexidade produzem mapas rizomáticos, conectivos. Esses mapas exigem uma intensa composição de co-criação e questionamento ou deslocamento do instituído. O usuário é então colocado no lugar de centralidade do cuidado, mas também da produção de um saber sobre esse cuidado. Foi assim que o mapa de conexões de João permitiu à pesquisadora conectar-se também- e em ato - com a potência da vida neste território.

O primeiro convite feito à pesquisadora por João foi para conhecer a assembleia de usuários do CAPS e a oficina de batuque do CECCO. Durante todo este tempo, estive lado a lado com ele em alguns momentos, em outros estava sem a sua companhia, porém, próxima a outros usuários e trabalhadores que produzem outras redes e outros saberes dentro desse mesmo plano do cuidado. Interessante viver algumas experiências em que João me fez repensar várias questões, principalmente sobre as possibilidades de produção de cuidado dentro dos serviços de saúde, mas, sobretudo fora deles.

A cartografia, realizada com o usuário em seu nomadismo por sua rede de conexões, levou a uma produção rizomática, repleta de virtualidades, encontros e agenciamentos. Foram vivenciadas diferentes cenas produzidas por meio de seus encontros com trabalhadores, usuários, com a pesquisadora e com os diversos locais por onde caminha e que serão apresentadas a seguir. Para facilitar a leitura, divido os analisadores em três aspectos principais, embora reconhecendo a inseparabilidade entre eles. São as conexões dentro da RAPS, o processo de quebra e construção de vínculos e a multiplicidade do sujeito.

Próxima parada: conexões RAPS

- E o que você tem feito no CAPS, no CECCO?

- Tenho participado das atividades, a gente faz jornal, o CAPS News que faz de manhã a matéria do jornal; a tarde faz as entrevistas de jornais já existentes, de quarta é a assembleia, tem ciranda na segunda, quarta música, quarta tarde fica vago, sexta futebol, educação física com psicóloga porque não tem preparador físico e de terça e quinta eu faço

CECCO, papel machê, cestaria, tambor com seu Antônio que é um senhor cego, carro chefe que canta com a gente, quinta xadrez que a gente aprende estratégia, fica mais calmo. (Diálogo com João)

A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma das principais ferramentas para a produção de cuidado em saúde mental e tem por objetivo elaborar estratégias de cuidado para um usuário, articulando trabalhadores e recursos do território, da família e do próprio usuário. O PTS é uma estratégia utilizada em diferentes níveis de atenção, mas tem uma história bastante significativa dentro dos serviços especializados de Saúde Mental, onde objetiva principalmente a potencialização da autonomia do sujeito em suas relações no seu contexto de vida e de suas famílias. A busca pela autonomia, entendida como ampliação de sua potência de vida, é parte do projeto terapêutico do nosso usuário guia e é uma aposta fundamental das equipes que trabalham nos diferentes serviços de saúde mental, forjando potências e possibilidades para existir e manejar dores, desafios, instabilidades, encontros (Campos; Campos, 2014; Merhy, 2013; Hori; Nascimento, 2014).

Como visto no diálogo acima, João tem diversas atividades compondo seu PTS. Sua circulação dá-se por diferentes espaços, como CAPS, CECCO, Fábrica de Cultura, Supervisão Técnica de Saúde, onde é membro de conselho gestor. Mostra-se bastante ativo, o que pode ser entendido como um fator importante na produção de sua vida e suas relações. João mora sozinho em casa própria da família, tem uma pessoa contratada pelos seus irmãos para fazer serviços domésticos e desempenhar algumas funções de cuidadora. Tem contato com irmãos e sobrinhos com regularidade, porém não convive com seu filho ou netos. Não possui um trabalho formal e, também não tem direito a nenhum benefício social, mas tem suas necessidades garantidas pelos seus irmãos.

Para Kinoshita (2014), o PTS é uma importante ferramenta de cuidado que se caracteriza como um plano de ação. Esse plano é elaborado para lidar com as questões atuais, mas visando um futuro pensado em conjunto com o usuário. Esse plano deve considerar a complexidade da experiência de vida do sujeito, que extrapola a vivência da doença e colocar o trabalhador e o serviço de saúde mental ao seu lado na produção da vida e, portanto, com ofertas e ações singularizadas.

João faz alguns apontamentos quanto à sua dependência financeira, fala das suas possibilidades e das limitações de fazer escolhas associando com a ausência de renda, embora sua família o auxilie financeiramente. Suas falas trazem um pedido de mediação que favoreça uma maior autonomia, sem negar algum grau de dependência contido nesse encontro.

Na perspectiva autopoietica o sujeito é produtor e produto de si mesmo (Kinoshita, 2016). Essa produção dá-se na relação do sujeito com o meio em um sistema complexo marcado pelo paradoxo autonomia-dependência, visto que há uma influência entre as diferentes partes. Entendendo que o sujeito se produz nessa rede rizomática de conexões,

João é coautor de seu PTS, disputa e fabrica modos de andar pela vida. Faz uso de recursos que são ofertados, como as atividades do CAPS e do CECCO e dos cuidados de seus irmãos e cuidadora que o acompanha em casa, configurando seu papel produtor de si em relação com estas pessoas e serviços.

João relata algumas restrições de circulação, que emergem em sua fala como o medo e a insegurança de ir sozinho a lugares onde nunca foi. Em situações como ir retirar o resultado de um exame para poder levar ao médico ou para ir até a casa de seu filho conhecer seus netos, João pede por mediadores, por pessoas que facilitem este deslocamento. No entanto, não identifica quem possa desempenhar este papel, não relaciona esta demanda a uma possível ação dos trabalhadores de saúde, embora o trabalho em território, o acompanhamento terapêutico e a promoção de contratualidade sejam ações importantes e previstas nas ações dos trabalhadores da RAPS.

A produção da autonomia deste usuário por meio de seu PTS é bastante potente no que se refere às ofertas de atividades e de medicação. Esta autonomia que ganha visibilidade na sua circulação e participação nos espaços de cuidado ofertados ou favorecidos pelos trabalhadores da rede de saúde, é coerente com a avaliação inicial da equipe do CAPS ao indicar este usuário para a pesquisa, qualificando-o como “articulado”.

Essa construção da autonomia dá-se sempre na relação com o mundo, num movimento de tensões e intensidades entre o eu e os outros. E é assim, nessa inter-relação, na produção do cuidado, nos encontros entre os trabalhadores e usuários, que poderão ser produzidos maiores ou menores graus de autonomia em regime de corresponsabilização. Esta, aliás, uma questão que comporta uma dobra e que é atravessada por diferentes forças, pois, embora tenha relação com respeitar o usuário e incentivar a responsabilização da família no cuidado, em outra situação emerge como uma forma de desresponsabilização e proteção da equipe frente a suas próprias limitações. Quando, por exemplo, os usuários e suas famílias não aderem às propostas feitas pelas equipes de saúde mental e essa recusa é entendida como uma forma de exercerem sua autonomia, sem que se coloquem em análise se as ofertas das equipes contemplam as demandas, desejos e possibilidades dos usuários.

Cabe salientar o papel fundamental do encontro e do vínculo na produção do enriquecimento das redes de conexões existenciais. Penso que estes encontros e o vínculo entre trabalhadores e usuários podem potencializar sua autonomia, porém, também podem produzir capturas, à medida em que as relações são mais tuteladoras, ou seja, são marcadas mais fortemente por uma aposta de “governar a vida do outro” ao invés de uma aposta de escuta e produção compartilhada de sentidos. A complexidade dessas relações é que elas são pensadas para serem cuidadoras. No entanto, as ofertas feitas unilateralmente, seja por convicções ético-políticas ou por limitação de recursos, acabam por restringir os usuários, empobrecendo suas conexões e potências.

Antigos e novos encontros: sobre vínculo e pertencimento

Enquanto confeccionávamos o desenho que abriu o capítulo, João inicia um diálogo comigo:

- Lá no teatro a gente faz assim. Nesse lugar onde “está contido” a gente compartilha junto, e nos outros espaços faz movimentos sozinhos. (...)

O diálogo acima coloca em cena o encontro entre o usuário guia e a pesquisadora e proporciona uma análise a partir das suas experiências em sua rede de conexões em diferentes momentos de sua vida.

O cuidado que se dá nos encontros e em ato, é uma produção que opera para além dos saberes tecnológicos estruturados, construída na interação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços

As tecnologias leves acionadas nos encontros compõem um espaço intercessor que produz movimento. Para Merhy (2013) esse espaço intercessor é um espaço comum, onde há uma mútua produção micropolítica entre profissionais e usuários. Embora as tecnologias duras (por exemplo: exames e medicações) e leve-duras (saberes profissionais específicos) sejam também necessárias à produção do cuidado, elas devem compor com as tecnologias leves para que seja possível essa produção. Um ato de saúde não é necessariamente um ato cuidador, pois a dimensão cuidadora na produção da saúde está ligada à escuta, acolhimento e produção de autonomia do sujeito, ou seja, deve ser centrada nos usuários e em suas questões, desejos e necessidades e não na lógica procedimento-centrada.

Os usuários pedem interesse e corresponsabilização dos trabalhadores e dos serviços pelos seus problemas e estes são acessados nas relações, nos encontros de subjetividades. Os encontros cuidadores são intercessores, pois provocam deslocamentos e produção de novos arranjos de cuidado e de viver. O vínculo está no campo das tecnologias leves, assim como o acolhimento, a responsabilização, a produção de autonomia, entre outros. O vínculo produzido no cuidado de João se manifesta na intensa movimentação pela rede de serviços com autonomia e diferentes aproximações com os profissionais e outros usuários. Este nomadismo o leva a produzir vínculos com trabalhadores e serviços que compõem a RAPS, sensação de pertencimento etc.

A cena a seguir coloca em evidência a percepção dos usuários sobre a produção do cuidado em saúde e evidencia a construção e manutenção do vínculo entre usuários e profissionais de saúde como elemento definidor do processo de cuidado.

Assembleia de usuários. Todos sentados em um grande círculo, trabalhadores e usuários. O clima é um misto de tristeza e apreensão. Há uma instabilidade decorrente da iminente troca de equipe. O chamamento promovido pela prefeitura culminou na troca da OSS que gerencia o serviço. Corre-se o risco de trocar toda a equipe. Usuários e trabalhadores

discutem a situação.

- E o vínculo com os técnicos? Eles sabem da nossa história! Falar da vida da gente pra todo mundo dá desgaste... – fala uma das usuárias, visivelmente incomodada com a possível mudança de profissionais.

- Tem que cativar você para cuidar de você, não é só socar remédio! – pondera outro usuário.

Falar da importância de ser “conquistado” para ser cuidado ajuda a compreender a aposta na construção de vínculos que proporcionam o cuidado em saúde mental. O vínculo é construído a cada encontro, como um convite para estar nessa relação intercessora. Neste espaço se estabelece uma relação de poder, onde há disputas, mas onde há potência para fabricação do novo, em que o usuário é consumidor e produtor no processo de fabricação de atos de saúde (Feuerwerker, 2014), ou seja, para se produzir cuidado, é necessário que neste encontro entre trabalhador e usuário, ambos possam falar e ouvir, participando ativamente nessa produção.

Apesar de apontar que a descontinuidade decorrente da troca da equipe é um aspecto negativo na produção do cuidado, os usuários revelam que há a possibilidade de se reconstruir uma relação cuidadora, quando falam da necessidade de serem conquistados para serem cuidados. Apontam o campo das tecnologias leves e os afetos como um aspecto fundamental na produção do cuidado que inclua a complexidade de sua vida e uma maior proximidade entre os diferentes atores envolvidos.

Intimamente ligado ao ordenamento das práticas integrais em saúde, o vínculo e o acolhimento, são produzidos na aproximação entre quem cuida e quem é cuidado em mútua afetação (sendo que os lugares se intercambiam). Para a criação e fortalecimento destes vínculos são necessários encontro, conexões e articulação entre os diversos atores (gestão, usuários, trabalhadores), criando responsabilização e compromisso, bem como proximidade e sensibilização com o sofrer do outro e da população em geral (Assis et al., 2007).

Durante todo o tempo em campo de pesquisa, diversas vezes a questão do vínculo foi abordada, seja pelos usuários ou pelos trabalhadores, não só como facilitador do processo de cuidado, mas também como produtor de capturas, na medida da construção de relações mais “tuteladoras” e redutoras da autonomia do sujeito.

Para que essas relações intercessoras tenham um caráter mais emancipatório e menos tutelador, faz-se necessária uma postura mais próxima ao apoio e distante da assistência, no sentido de deixar o usuário assumir o protagonismo na elaboração de seu PTS, deslocando esse protagonismo da clínica centrada na patologia e no saber profissional estruturado.

Uma das situações vivenciadas nesta caminhada colocou em análise o vínculo

na fabricação do cuidado a partir de uma ruptura. A troca da Organização Social de Saúde (OSS) contratada na região veio como um acontecimento que atravessou toda a organização e articulação da rede de atenção, quebrando as relações de vínculo entre os diversos trabalhadores e também entre eles e os usuários. Os meses que antecederam à troca da OSS foram marcados por muita ansiedade, mas também por muita movimentação. A troca da gestão e os impactos dela no cotidiano do trabalho surgiram como questões importantes durante encontro de processamento do campo junto a trabalhadores e gestores. À mesa havia pesquisadores, trabalhadores da gestão e das duas equipes, da OSS que saiu e da que entrou. Trabalhadores dos dois momentos, pré e pós troca de equipe, falam da dificuldade enfrentada com a quebra dos vínculos e de suas consequências na organização dos processos de trabalho e na produção do cuidado.

- *Havia um trabalho construído naquele território após anos de aproximação da equipe – aponta uma das trabalhadoras.*
- *Uma equipe com pessoas com história e com vínculo é o que vai conseguir tirar o cara de casa e cuidar dele! (fala de outra trabalhadora sobre vínculo e cuidado a usuários em crise)*
- *Agora tem o desafio de reconstruir tudo. (fala de trabalhador da nova equipe)*

Os trabalhadores ponderaram que a história pregressa e a construção de vínculos dos trabalhadores do CAPS, não apenas com os usuários e familiares, mas também com outros trabalhadores da rede, explica o fato de que a equipe anterior ficou mais de um ano sem fazer nenhuma internação apesar de atender muita crise. Mas que, com a mudança da OSS, a produção do cuidado foi prejudicada. João fala sobre o impacto dessa mudança no cuidado no cotidiano do CAPS, sobre modos diferentes de trabalho e manejo de crise.

A aproximação desta nova equipe com os usuários passa por uma fase em que tudo deve ser reconstruído: as histórias conjuntas, as relações entre trabalhadores, usuários e comunidade, e os arranjos e fluxos de produção do cuidado. Eles também trouxeram uma apreensão em relação ao desafio de “reconstruir tudo” posto à nova equipe que assumiu o CAPS.

Tratou-se de um processo difícil de ser elaborado para todos os envolvidos. Havia o luto pelo fim de uma equipe que tinha um funcionamento bastante horizontal e que promovia encontros potentes interna e externamente, mas também o desafio posto à nova equipe que chegava nos serviços (CAPS e SRT's). Primeiramente, deviam se produzir enquanto uma equipe, visto que, como definiu o gestor do CAPS, era uma “colcha de retalhos” composta por trabalhadores vindos de diferentes serviços também em decorrência do processo de reorganização.

Esta quebra do vínculo entre usuários e a equipe tem seu contraponto na manutenção do vínculo entre usuários do CAPS e também com outros serviços e espaços

de produção de suas redes de conexões. Há usuários que se apropriaram do espaço e estavam em preparação para receber os novos profissionais.

Quando questionado sobre sua relação com os trabalhadores da nova equipe, João responde que gosta deles, mas tem dúvidas se irão continuar trabalhando ali, pois acredita na possibilidade de nova troca no contrato de gestão.

Apesar da mudança de grande parte da equipe, um grupo considerável dos usuários mantém-se vinculado ao serviço. Assumem o espaço como uma produção coletiva da qual são coautores. João demonstra este pertencimento, discutindo os processos, participa das assembleias e reuniões de conselho gestor. Também mantém as atividades desenvolvidas no CECCO e na Fábrica de Cultura. João sente que o CECCO é um espaço muito diferente do CAPS, diz que é um lugar de “fazer”, de se divertir e brincar sem muita interferência dos trabalhadores, ao contrário do CAPS. Também aponta que no CECCO há um cuidado com pessoas em maior vulnerabilidade, pois é um lugar de acesso aberto à comunidade, o que inclui as pessoas em situação de rua que utilizam os serviços de acolhida da região. Não faz julgamentos, apenas aponta as diferenças e o espaço ocupado pelos diferentes serviços no seu cotidiano.

Os grupos de convivência são uma ferramenta muito utilizada em serviços de Saúde Mental e em especial no CECCO emerge como aposta prioritária, desde a construção inicial do serviço. Também são espaços iminentemente intersetoriais, em que os saberes técnicos da saúde são mesclados com outras intervenções artísticas, culturais e esportivas. O processo de convivência é vivo. É um espaço produtor de deslocamentos e, conseqüentemente amplia repertórios, compreensões e potencialidades individuais e coletivas. O CECCO tem por característica ser um serviço aberto à comunidade, o perfil dos usuários é bastante diversificado, o que pode favorecer maior interação e inserção social por minimizar o estigma de doente mental. O CECCO também desenvolve projetos de geração de renda em articulação com a Rede Ecosol, sendo a inclusão social também uma aposta desde a criação desses serviços no município de São Paulo (Lopes, 1999).

O CAPS igualmente oferta espaço de convivência, em que há a possibilidade de se encontrar com trabalhadores e outros usuários, além de participar de atividades diversas. Há necessidade de disponibilidade dos trabalhadores para o encontro e para manejar as situações coletivas, dando visibilidade às características e demandas individuais dos diferentes participantes.

Alguns usuários frequentam outros pontos da rede de serviços de saúde. Principalmente o CECCO e UBS. Muitos têm algum contato com as UBSs, no entanto, não parece haver um vínculo significativo. João, por exemplo, usa esporadicamente a UBS, para atendimentos na saúde bucal e com clínico, mas se queixa da demora em ser atendido. Faz outros caminhos para obter cuidado em saúde, pois tem familiares da área

da saúde que o auxiliam em alguns momentos, por exemplo, levando seus exames para serem avaliados por médicos conhecidos.

Esta maior circulação pela rede formal parece favorecer o cuidado à medida em que o vínculo e os encontros cuidadores se dão em diferentes lugares e com diferentes pessoas, minimizando os efeitos dos atravessamentos como o da troca da gestão.

João me mostra quanto os diferentes lugares e pessoas vão produzindo novas potências. Sabe o que deseja e espera de cada um desses espaços intercessores e vai me apresentando à complexidade de sua rede de afetos (Gomes et al., 2014)

O Conselho Gestor é uma referência importante para João. Ele acredita ser essa uma maneira de colaborar, de participar e conquistar melhorias para todos. Essa necessidade de participação e conquista de direitos é observada em outros momentos dentro do CAPS e do CECCO.

Embora João seja participativo, tenha opiniões e as exponha em alguns momentos, ele sente sua participação como insuficiente. Percebe-se muito calado e nem sempre se sente autorizado a falar, pois acredita que há áreas que não competem a ele. Segue diálogo com João:

– Você participa do conselho gestor do CECCO, do CAPS e da Supervisão. Como é sua participação nestes espaços?

– Eu fico quieto só, participo naquilo que posso, né? Eu vou lá, eu assino, mas eu sou uma pessoa assim quieta, não tenho amizade, não tenho nada de nada a oferecer (...). Eu tento, mas tenho problemas mentais, e acho que, não sei... não bate muito (...) eu gosto de participar com as pessoas, de ficar junto, aquele calor humano. Ir nas reuniões, as pessoas conseguem me levar. Mas eu ir em algum lugar, pegar um ônibus, outro ônibus, eu estou assim, muito alienado, entendeu? E lá eu sou do conselho gestor, né, tem aquela coisa... de estar sempre produzindo alguma coisa, né? De ter aquela imagem”

A participação nos espaços de conselho gestor é significada como aposta de inserção social no PTS de João, importante na produção de autonomia, no entanto, há uma assimetria na relação entre João e o coletivo “conselho gestor”, evidenciado na fala acima. Esta mesma assimetria, que produz silenciamento, é apontada por Costa e Paulon (2012) como processos que constroem o protagonismo do usuário. Processos esses marcados por relações enrijecidas e hierarquizadas que podem produzir uma institucionalização cronificadora e inviabilizar as possibilidades de protagonismo dos usuários em saúde mental, principalmente levando-se em conta o estigma da loucura, que marca e limita estes sujeitos. Ou seja, institucionalização cronificadora, estigmatizando a loucura, produzida a céu aberto, em espaços supostamente democráticos, como os Conselhos Gestores, já que a presença de João é aceita, mas não suficiente articulada para ser reconhecida como “uma contribuição efetiva”. Para inverter isso, torna-se

necessário reconhecer a multiplicidade das existências e apostar na potência dessa constante produção de si e do outro.

Surpreendida pela multiplicidade: loucas conexões

Em um dos encontros de processamento de campo com João, parte de nosso diálogo se deu em torno de um desenho seu e das lembranças de infância que foram estimuladas com esta produção. Neste encontro foi a primeira vez que a pesquisadora se encontrou com os delírios de João. Surpreendida pela multiplicidade. Talvez a mudança de setting, talvez a atividade proposta, mas certamente um encontro que possibilitou a emergência de um aspecto de sua existência com que, até então, a pesquisadora não havia se encontrado.

João não é unidade, nenhum dos usuários o é, somos todos multiplicidades. São essas articulações e conexões em campos de existência que foram vivenciadas e produzidas, em parte, durante o percurso desta pesquisa. Com a cartografia, pude saborear a beleza da invenção de muitas delas. João, em outros momentos, mostra outras “faces”. Faces diferentes são agenciadas em conexões diversas. João fala de uma ferocidade e do uso de medicações, mas também fala das experiências de trabalho, em que havia contato com outras pessoas, trazendo sua multiplicidade para a reflexão sobre o campo do cuidado.

João tem uma rotina de atividades bem intensa. Gosta principalmente das atividades manuais, mas também participa de atividades físicas como o futebol e a dança circular, além de oficinas de música e de percussão. João vem demonstrando muito interesse e satisfação em participar de um grupo onde se lê e discute notícias de jornal e de outro que dá sequência a esse e que tem como produto um jornal do CAPS. Os espaços de participação e controle social também são lugares em que João atua. Participa da Assembleia de usuários do CAPS e é membro do Conselho Gestor do CECCO desde 2015. Recentemente entrou para o Conselho Gestor da Supervisão Técnica de Saúde-STS da região.

Aos finais de semana, João faz um curso de teatro em uma Fábrica de Cultura, que é um espaço cultural e parque sob gestão do governo estadual. Foi apresentado a este serviço pelos trabalhadores do CAPS e se interessou em frequentar o curso de teatro. Foi acompanhado de outros usuários do CAPS com quem tem amizade. Aos domingos costuma ir à missa. Sua mãe faleceu e ele ficou morando sozinho na casa onde residiam. Durante o período da doença de sua mãe, João refere ter sido seu cuidador. Relata que fazia curativos e a acompanhava no dia-a-dia.

Tem um irmão e uma irmã, ambos são mais velhos, casados e moram em outros bairros. Embora tenham bastante contato, na maior parte do tempo João fica em sua casa ou nas atividades acima citadas. Seus amigos de infância não moram mais no bairro, que se tornou praticamente um bairro de idosos. Quando em casa, fica sozinho a

maior parte do tempo e por isso afirma que prefere sair todos os dias.

É interessante notar o quanto suas ações e posicionamentos nos diferentes espaços e situações podem ser muito divergentes. Essa diversidade pode parecer contraditória em alguns momentos, como a visão que os trabalhadores têm dele - de alguém que é bastante articulado e que circula bem na vida - e a visão de sua cuidadora - que considera que ele necessita de cuidados intensos, incluindo a decisão de quem pode visitar sua casa, entre outras escolhas do cotidiano. No entanto, estas são faces complementares de João que se conectam em diferentes níveis e agenciamentos. A multiplicidade não se trata da somatória de partes menores, não é simplesmente opor o múltiplo ao UNO. Uma multiplicidade muda de natureza, divide-se a todo tempo ao se atualizar em sua virtualidade “criando linhas de diferenciação que correspondem a suas diferenças de natureza” (Deleuze, 2008).

Sigo minha pesquisa guiada pelas redes de conexões existenciais de João, acompanhando-o aos diferentes espaços que frequenta. Se confirma sua articulação e circulação pelos diferentes espaços da rede formal de cuidado. Frequenta ativamente as atividades a que se propõe, mostra-se cuidadoso com outros usuários, trabalhadores e mesmo com a pesquisadora. Em alguns espaços e situações, mostra-se desejoso de cuidados, refere insegurança para realizar algumas atividades, como ir a lugares onde não costuma ir, ou jogar futebol no campeonato da copa da inclusão com um time com que não estava habituado a jogar.

Trazer a multiplicidade para discutir o cuidado em saúde mental coloca em análise quais as conexões possíveis e quais as conexões realizadas neste processo de produção do cuidado. Como a multiplicidade do usuário entra em cena na elaboração dos projetos terapêuticos singulares? Há um espaço para se considerar esta multiplicidade e suas singularidades? Quais as principais apostas?

Durante a Copa da inclusão, a equipe de futebol do CAPS não pôde participar, então João foi junto com a equipe do CECCO. Esta equipe foi formada principalmente por jovens em situação de rua, usuários dos centros de acolhida da região. Uma equipe com um desempenho muito bom nos jogos durante o campeonato. João não costumava participar deste time e pouco jogou durante o campeonato. Uma das trabalhadoras do CECCO, que acompanhava a equipe, resolveu inscrever João no campeonato de xadrez, pois notou que ele não estava se inserindo no time de futebol e este foi um ato cuidador que promoveu a inclusão de João dentro daquele espaço. Também durante a copa da inclusão, João mostrou-se extremamente cuidadoso com outros usuários. Quis saber se todos estavam no ônibus, se alguém precisava de algo. Sua multiplicidade compõe também um devir cuidador.

Em outra ocasião, na Fábrica de Cultura, João fez uma apresentação de formatura da turma de iniciantes em teatro. Foi um dia repleto de apresentações, circo, dança,

teatro, música, artes plásticas. João estava muito empolgado com o evento. Aquela produção agenciada pela arte dramática atualizava um devir João-alguém. Um João que tinha destaque e que fazia parte de um grupo teatral.

Penso que a multiplicidade deva ser um conceito ordenador dos projetos terapêuticos nos diferentes serviços de saúde mental. Dar visibilidade às diferentes potências e possibilitar através de encontros intercessores a produção do novo parece ser um modo de produzir cuidado, respeitando a singularidade dos usuários e potencializando a produção de si.

João, enquanto multiplicidade, desafia a rede de saúde a uma constante análise dos recursos e ferramentas utilizadas na produção de cuidado. Produzem-se novas demandas a cada encontro.

Marcas mútuas: relicário de velhos novos aprendizados

João me apresentou a uma rede de cuidados que inclui serviços de saúde e outras maneiras de produzir arranjos cuidadores junto à sua família e no território por onde circula. Penso que a principal marca que trouxe foi a da multiplicidade. A cada novo encontro, em diferentes espaços, era acionado um novo sujeito que apesar das suas limitações, inclusive de autonomia, fazia escolhas e utilizava os recursos ofertados de acordo com suas necessidades e possibilidades. João é alguém que “usa a rede”, o que combina perfeitamente com o termo “usuário do serviço”. Mostrou-se capaz de produzir vida nestes encontros com os trabalhadores e com os demais usuários.

É importante assinalar que a produção deste texto corresponde a um recorte temporal, como um trecho de um filme que continua em processo. Esta produção foi marcada por um período em que ocorreu uma mudança marcante, resultando em diversos movimentos de desterritorialização e reterritorialização, cuja contextualização é essencial para melhor compreensão das forças atuantes e dos modos de subjetivação presentes.

Foi percebido o papel central que as tecnologias leves exercem na produção do cuidado em saúde mental. A valorização do vínculo no cuidado e o impacto marcante que sua quebra produziu nos usuários e trabalhadores do serviço são indicativas dessa centralidade. Nesses espaços de encontro entre os usuários e os trabalhadores há potência para construir um projeto de cuidado em cogestão, em que o protagonismo dos usuários seja reconhecido e valorizado. Penso ser esse um grande desafio, pois, mesmo onde essa é a aposta dos trabalhadores e da gestão dos serviços, há uma tendência a capturar o usuário em uma rede de regras e fórmulas prontas de produzir saúde de acordo com um modelo médico-hegemônico gerido pelo biopoder. Essa automatização das ofertas também é acionada como modo de defesa frente à grande demanda que bate à porta dos serviços de saúde mental e à gravidade de uma parte considerável dos casos, que são desafios diários ao trabalho em saúde.

As ações em situações de crise, ou de grande vulnerabilidade social, podem ser muito diretas e agressivas. Entre essas ações estão a internação ou a medicação e remissão de crises, o que inclui controlar comportamentos “inadequados” que causam constrangimentos ou risco à população e ao sujeito. Essas ações são razoavelmente presentes em uma rede como a estudada, que não conta com CAPS III e em que os casos que necessitam de maior proteção não podem contar com acolhimento noturno no serviço e com a equipe com quem já possui um vínculo.

Já os casos estabilizados, oferecem um desafio a longo prazo. O cuidado longitudinal e em “profundidade”, necessário para encontrar e estimular o desenvolvimento das potências desses sujeitos, é um tipo de cuidado que necessita de uma dedicação intensa dos trabalhadores, além da articulação em rede intersetorial.

Esta articulação exige o fortalecimento cotidiano de diversas ações para ampliar as possibilidades de conexão entre os diferentes serviços, criar espaços de encontros e discussão que incluam trabalhadores, usuários e a sociedade de um modo geral.

Conquistar e cuidar respeitando as necessidades de saúde de cada pessoa aproxima-se mais da “arte” do que da “indústria”, ou seja, não dá para fabricar soluções em massa para questões e necessidades singulares. Infelizmente, o que percebemos é que a oferta de medicamentos e de atividades prescritivas (uma grade de oficinas, por exemplo) ainda são a maior parte das ofertas de cuidado em saúde mental. Embora sejam recursos importantes, o empobrecimento de outras ofertas impacta de forma negativa a produção do cuidado. São necessárias ações como a inclusão no mercado de trabalho ou em espaços de educação, lazer e cultura, que extrapolem os limites da rede de saúde. Alguns usuários têm a potência do pertencimento e utilizam os serviços, fazendo vínculo com a rede como um todo. Ao mesmo tempo em que a rede pode ser capturada pelo modelo médico-hegemônico é também disputada por estes usuários, que afirmam que não querem só remédio, e pelos trabalhadores que apostam em modos contra hegemônicos de cuidar.

Derrubar os muros dos manicômios não garante a desinstitucionalização. Romper com a lógica manicomial é um grande desafio à RAPS, aos usuários e trabalhadores.

Entre outras ações e pensando no atual momento que vivemos, em que emergem os valores fascistas entranhados em parte de nossa sociedade, há que se manter vivo o Movimento da Luta Antimanicomial e fomentar a participação cada vez mais ativa e esclarecida dos diversos setores da sociedade em defesa da vida. Não há um modelo único para cuidar em saúde mental e é necessário garantir os espaços para repensar as estratégias e ferramentas a serem utilizadas, garantindo, inclusive, a análise dos atuais modelos vigentes.

Os usuários pedem por participação, pedem por apoio às suas demandas e suas apostas. Coloca-se este desafio principal: Garantir a voz e o protagonismo a eles. ABRAÃO,

Referências

A.L., MERHY, E.E., GOMES, M.P.C., TALLEMBERT, C., CHAGAS, M.S., ROCHA, M., ..., VIANNA, L. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde In: GOMES, M.P.C., MERHY, E.E. (Org). Pesquisadores IN-MUNDO; Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre : Rede Unida, 2014, pp 155-170.

ASSIS, J.T., BARREIROS, C.A., JACINTO, A.B.M., KINOSHITA, R.T., MACDOWELL, P.L., MOTA, T.D., TRINO, A.T. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. Divulgação em Saúde para Debate. 2014, vol. 52, pp. 89-113.

BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (Org) Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2012, pp.52-75.

CAMPOS, R.T.O., CAMPOS, G.W. (2012) Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W., BONFIM, J.R.A., MINAYO, M.C.S., AKERMAN, M., DRUMOND, M., JR, CARVALHO, Y.M. (Org) Tratado de Saúde Coletiva. (2a. ed.) São Paulo: HUCITEC, 2012, pp 790-738.

)

COSTA, D.F.C.; PAULON, S.M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. Saúde em Debate, v.36, n.95, 2012, pp.572-582.
Deleuze, G. Bergsonismo. São Paulo: Ed.34, 2008

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, 174p.

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

KINOSHITA, R.T. Projeto Terapêutico Singular. In: BÜCHELE, F.; DIMENSTEIN, M.D.B. (Org) Álcool e Outras drogas da coerção à coesão – Modulo Recursos e Estratégias do Cuidado, 2014. Recuperado de <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1839?show=full>

KINOSHITA, R.T. Autopoiese e Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2016.

LANCETTI, A. Contrafissura e Plasticidade Psíquica, São Paulo: Hucitec, 2015.

MERHY, E.E., (2013) Observatório Nacional 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. UFRJ, Rio de Janeiro, RJ.

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

MOEBUS, R.N.; MERHY, E.E; SILVA, E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY et al (Org), Avaliação compartilhada em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro, RJ: Hexis, 2016, pp.43-53.

ROCHA, M., VIANNA, L., SANTOS, N., GOMES, M.P.C., MERHY, E.E., SILVA, M.A.B., ..., PRADO, J.K. O usuário Guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um município do Rio de Janeiro. In: GOMES, M.P.C., MERHY, E.E. (Org). Pesquisadores IN-MUNDO; Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida., 2014, pp 105-134.

O apoio matricial como arranjo da gestão municipal em saúde

*Débora Cristina Bertussi
Laura Camargo Macruz Feuerwerker*

1. Apresentação

Há inúmeras indagações/ inquietações no caminho da construção do SUS, particularmente no que diz respeito às modalidades de organização das práticas de gestão e de atenção à saúde para concretizar os princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação social.

O desafio posto é o de alterar o padrão hegemônico de gestão e da produção das práticas de saúde na perspectiva de construir um desenho tecnoassistencial mais cuidador. Ou seja, articular um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional, para produzir a atenção à saúde das pessoas e das populações com base em suas necessidades de saúde (Merhy, 2002; Feuerwerker, 2005; Cecílio, 2009).

Esse não tem sido um problema brasileiro, somente. As grandes dificuldades para o manejo dos agravos crônicos à saúde das populações, por exemplo, têm levado a que, em vários países, seja ampliado o olhar para os arranjos de gestão necessários para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado. Para tanto, cada vez mais envolvem-se serviços de diferentes tipos, equipes multiprofissionais e participação ativa dos usuários e das organizações comunitárias na construção dos projetos terapêuticos designados como “patient centered” ou usuário-centrados, como dizemos por aqui (Docteur; Oxley, 2003; Berson; Dean, 2006; Greene et al., 2009; Hwang et al., 2009; Ouwens et al., 2009).

Considerando a natureza micropolítica do trabalho em saúde, e a compreensão de que governa (e planeja) quem executa, partimos do suposto que, apesar de haver governo formal, a gestão em saúde não é única, nem exercida somente a partir do núcleo central, já que há vários coletivos operando, alguns institucionalmente na gestão, outros em outros âmbitos, mas atravessando-se mutuamente. Essas ideias se apóiam em vários autores que tratam do tema como Emerson Merhy (2002, 2006, 2007, 2008, 2009), Laura Feuerwerker (2009) e Luiz Cecílio (2009).

Portanto, na busca pela integralidade, humanização e qualidade da atenção à saúde, a desconstrução da lógica predominante (médico-hegemônica e hospital-centrada) se faz no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Por isso é tão importante transformar a gestão e criar mecanismos para que a autonomia dos trabalhadores possa ser trabalhada na direção dos compromissos com as necessidades dos usuários (Brasil, 2005).

2. O percurso metodológico

Este artigo é fruto de uma pesquisa de doutorado realizada no período de 2005 a 2010, um estudo cartográfico, que analisou os distintos dispositivos de gestão ativados na gestão municipal de saúde de João Pessoa-PB. Na pesquisa, para a produção de dados, foram utilizados a observação direta, o registro de reuniões, o diário de campo, a reconstrução de cenários/cenas/fatos por meio de grupos de discussão com atores envolvidos e fontes secundárias. As fontes secundárias foram documentos produzidos pelos atores/autores 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 (um)a história, captar processos de subjetivação, as afetações, valores e sua produção, a cada momento. Construindo sentido, como cartógrafas, tentamos acompanhar as linhas que se formaram e desmancharam para visibilizá-las.

Cabe ressaltar que posteriormente, em função da mudança na gestão municipal, o arranjo analisado foi interrompido.

Um conceito importante para este estudo é o de sujeito militante. Merhy (2004) propõe que os sujeitos que estão na produção do SUS e investigam suas práticas por meio da pesquisa 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 destes processos. Importante esta consideração, pois fomos parte integrante da gestão municipal estudada e, neste sentido, a pesquisadora principal mergulhou sobre a vida da organização e sobre si própria. Ou seja, ao analisar o processo, necessariamente colocamo-nos em análise.

Esta pesquisa partiu da análise micropolítica do cotidiano, pretendendo contribuir para interrogar os diversos sentidos expressos na instituição, criticar as diferentes verdades e instigar trabalhadores e gestores a refletirem sobre os efeitos das práticas coletivas que (re)produzem, evidenciando as relações de poder, as afecções e as caixas de ferramentas que ganharam visibilidade durante a investigação, tentando desmanchar territórios constituídos e convocando à criação de outros territórios instituintes.

O projeto de investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ sob o processo 201/09. Todos os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. A construção do coletiva do arranjo matricial de gestão em João Pessoa

João Pessoa, capital da Paraíba, viveu a partir de 2005 um momento singular de investimento maciço na qualificação das políticas sociais. Município de 702.235 habitantes (à época), polo regional, cuja estrutura orgânica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

apresentava-se ainda como uma das tradicionais instituições de saúde, que privilegiam as relações verticalizadas, centralização de poder, decisões tomadas no topo da pirâmide do organograma, dificultando que os próprios serviços, nos espaços locais, atuassem direta e efetivamente nas definições de ações no cotidiano da instituição. A SMS, além do nível central, era organizada em cinco distritos sanitários, que eram responsáveis pela articulação dos diferentes serviços de saúde no espaço local, cumprindo, além disso, um importante papel na gestão da atenção básica.

Na época a SMS de João Pessoa contava com 180 Equipes do Programa Saúde da Família – ESF; seis Centros de Saúde, quatro Centros de Atendimento Integrado em Saúde – CAIS (Mangabeira, Cruz das Armas, Cristo e Jaguaribe); três Centros de Especialidades Odontológicas (Mangabeira, Centro e Cristo); dois Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Valentina e Varadouro); um Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi (Cirandar); uma Residência Terapêutica Feminina (8 vagas), um Laboratório Central do Município; um Centro de Atendimento Integral ao Idoso; um Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, um Centro de Testagem e Amostragem – DST/AIDS; um Centro de Controle de Zoonoses, seis Farmácias Populares (Costa e Silva, Centro, Bairro dos Ipês, Cruz das Armas, Varjão e Mangabeira), quatro Hospitais Municipais (Santa Isabel, Valentina Figueiredo, Maternidade Cândida Vargas e Complexo Hospitalar Mangabeira), além do SAMU metropolitano.

Desde o início da gestão, o objetivo da SMS era produzir uma transformação radical na atenção à saúde, sabendo que a mudança das práticas só seria possível com base na experimentação e na construção de compromissos coletivos. Neste caminho, o matriciamento da gestão foi pensado como um dispositivo para a mudança das relações, particularmente entre o nível central e as equipes dos distritos de saúde: ou seja, uma estratégia para a construção de responsabilidades compartilhadas no apoio às equipes, sobretudo as de saúde da família. Assim, as várias áreas do nível central, dos hospitais e dos serviços especializados, designaram representantes para acompanhar e apoiar o trabalho desenvolvido pelas equipes técnicas de cada um dos cinco distritos. Semanalmente havia momentos de encontro para, conjuntamente, identificar problemas relevantes da gestão da produção da saúde nos territórios e construir estratégias para seu enfrentamento. Desse modo foi possível estabelecer relações de cooperação e corresponsabilização pelas ações desencadeadas, ampliando a articulação interna da gestão para favorecer a produção de redes e a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

Articulado com o matriciamento das estruturas de gestão foi instituído o apoio. Os apoiadores, nessa experiência, são profissionais de saúde da equipe técnica dos distritos que, segundo arranjos multiprofissionais, eram responsáveis por acompanhar e apoiar o trabalho das equipes de saúde da família. Apesar de haver uma equipe, sempre havia um apoiador mais diretamente responsável pelo apoio a cada unidade, os demais sendo acionados conforme as necessidades.

Estes problemas não somente eram indicados e reconhecidos do ponto de vista da equipe de gestão central, mas pela vista do ponto, os apoiadores que andavam pelos territórios, possibilitando que o cotidiano da vida invadisse a agenda da gestão dos distritos sanitários. Como participavam dirigentes e técnicos do nível central e de diferentes serviços, houve uma aproximação compartilhada de questões jamais pensadas, como por exemplo, para os trabalhadores de hospitais.

Numa das várias oficinas de avaliação do processo, foram indicados aspectos muito positivos da experiência:

o matriciamento é uma proposta interessante, uma forma de aproximar as pessoas da gestão e das unidades de saúde... então o matriciamento é um espaço de aproximação da rede, onde todos se encontram para pactuar diversas coisas... (trabalhador 1)

... ah! eu entendo como outra lógica de trabalho. A maneira como a gente trabalhava era de caixinhas, de estar em uma coordenação, um setor, sem ver o todo, sem noção de uma dimensão maior. Agora a gente passa a ter outra lógica de trabalho, agora você tem uma visão mais ampla do seu próprio conhecimento (trabalhador 2)

o matriciamento levou a gente para esse lugar onde as coisas acontecem, potencializa a discussão, discutir o fazer junto, é um espaço em que todos se potencializam muito (trabalhador 3)

o matriciamento é um arranjo, uma forma de se organizar, construída a partir do compartilhamento do saber, pois pessoas de diferentes lugares da gestão e de diferentes formações profissionais têm a oportunidade de conversar, compartilhar e enfrentar conjuntamente os problemas. Todas elas têm saberes específicos, mas quando se compartilha o saber, a produção é bem mais rica. É um jeito de organizar, em que se considera que a interlocução e a aproximação de diferentes saberes podem potencializar a prática, possibilitando uma prática mais integral (trabalhador 4)

o matriciamento foi a oportunidade de estabelecer uma aproximação muito mais forte entre as unidades de saúde, os distritos sanitários e o nível central da secretaria. Fortaleceu bastante essa aproximação e podemos discutir e planejar em cima da realidade local, a partir do que a gente vê nas equipes, do que efetivamente existe. Outro fator de fundamental importância foi potencializar a equipe técnica dos distritos sanitários: hoje, elas trabalham com um conceito muito mais amplo de saúde. Quando cheguei no distrito sanitário foi um verdadeiro desafio, pois tive que entender do cuidado da enfermagem, do técnico de enfermagem, olhar para o trabalho da odontologia. E hoje o matriciamento potencializou muito o trabalho da equipe técnica e vem refletindo na qualidade do suporte que as equipes de apoiadores vêm dando aos trabalhadores (trabalhador 5)

o matriciamento é uma reorganização no processo de trabalho que veio para potencializar a articulação e também a participação de maneira

horizontal. Antes o fluxo era da secretaria para os distritos e dos distritos para as unidades de saúde. Hoje nós temos uma participação mais horizontal e uma troca de saber e de experiência muito rica, que só ajuda a gente a crescer (trabalhador 6)

Este movimento produzia também muitas tensões e conflitos, pois as linhas de força e os projetos verticais não deixaram de existir (apesar das apostas democratizantes da gestão), o que resultava em tensionamento das agendas. Sustentar dinâmicas compartilhadas e horizontais tornava-se um desafio que precisava ser enfrentado em espaços de educação permanente da própria gestão - o que nunca é muito fácil.

Esse arranjo, que incluiu o matriciamento das estruturas de gestão e o apoio às ESF, este que foi aqui designado como apoio matricial rizomático. Proporcionou a ampliação da capacidade para enfrentar os problemas e a liberdade para a construção de novos arranjos e espaços de experimentação e cooperação entre partes que antes nem se encontravam. Contribuiu para que a gestão construísse uma nova compreensão sobre o cotidiano das unidades e as complexidades da produção do cuidado. Proporcionou que se construísse vínculo e responsabilização entre a equipe de gestão e as equipes do cuidado, com base em maior conhecimento da rede de atenção à saúde, seus problemas e potencialidades, e também no diálogo e pactuação de agendas para o enfrentamento dos problemas conjuntamente identificados.

4. O matriciamento rizomático na gestão em saúde e os apoiadores

Um primeiro plano para analisar arranjos de gestão e de apoio, tal qual o apoio rizomático, é o mobilizado pelo conceito de devir – no nosso caso o devir-apoiador. Deleuze e Parnet (1998, p. 03) colocam que

[...] 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. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos.

Era um processo de construção viva em que todos estavam em produção. Ninguém sabia antes como era ser um gestor, nem um apoiador matricial, pois além de não existir modelos, havia um processo permanente de desmanchamento dos territórios habituais de afirmação de poderes. Todos podiam interrogar, todos podiam apoiar e todos podiam resistir aos desmanchamentos. Linhas e fluxos tensos, cruzados, potencializadores e também neutralizadores. Lugares mutantes, papéis mutantes. Uma desterritorialização cotidiana e constante.

Então, o devir-apoiador se produzia na tentativa de aprender a ultrapassar a dinâmica instituída do poder, que movimentava lugares institucionais, relações políticas, relações corporativas e múltiplos processos de subordinação e silenciamento. Há que compreender e aceitar que somos muitos em um, que às vezes somos A, às vezes somos

B, às vezes D (...) e às vezes Z e que essa multiplicidade é produzida no encontro, a partir dos agenciamentos mútuos. Certamente, liberar-se das imposições, das instituições e mesmo, de uma certa maneira, das múltiplas capturas resultantes das histórias de vida, trajetórias profissionais e relações interpessoais, é o movimento fundamental. É necessário reconhecer que não se pode aprender sem começar a se desprender.

Um segundo plano é o das intercessões. Merhy (1997, 2002) designa espaço intercessor como aquele em que cada uma das partes, neste caso gestor, apoiador e trabalhador, se colocam com toda sua inteireza: necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em um dado contexto, e aí que está a potência do trabalho vivo em ato. Trabalho vivo é aquele que está em ação, que vai se dando, que vai se fazendo no próprio ato, por cada trabalhador. No trabalho em saúde, que se produz no encontro entre trabalhador e usuário, a centralidade do trabalho vivo é muito significativa, tendo ele (o trabalhador) uma certa autonomia em relação à sua ação, ao seu poder de decidir coisas em seu espaço, segundo um certo recorte interessado. Merhy (1997) denomina esta autonomia de autogoverno. Então, em todo lugar em que ocorre um encontro entre gestor e trabalhadores, entre trabalhadores de saúde, entre trabalhador de saúde e usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escuta, vínculo, implicação e responsabilização, as quais se articulam com a produção de invenção e criação (ou de captura e de repetição, dependendo de como se processa o encontro e dos agenciamentos que produz).

Deste ponto de vista, o trabalho do apoiador não se configuraria como uma prática puramente técnica, mas 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. Neste sentido, os processos intercessores, no trabalho de apoio às equipes de saúde, apontam para um reconhecimento de ser essa uma produção intensamente micropolítica. Olhando este processo de produção, o apoio às equipes de saúde funcionaria como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potência no enfrentamento de problemas cotidianos.

Os encontros e desencontros nestas relações são matéria prima para instituir novos jeitos de relacionar os várias áreas/setores das SMS com cada equipe de saúde, e dar visibilidade a uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades no desenho da gestão do cuidado em saúde. Isso permite a introdução de modificações no cotidiano dos serviços em torno do processo de trabalho de cada equipe, mais comprometido com as necessidades de saúde individual e coletiva e as singularidades locais.

Por outro lado, esse espaço que se configura no momento dos encontros define um espaço de autogoverno, em que se expressam desejos, projetos e tecnologias disponíveis por parte de cada trabalhador, num exercício permanente de “negociação” entre seus projetos e possibilidades e os projetos políticos da gestão. Então, em função do trabalho

vivo em ato e dos espaços intercessores, todos os trabalhadores de saúde são gestores, pois fabricam cotidianamente o modelo de atenção, em disputa ou consonância com as propostas da gestão e com as propostas dos demais trabalhadores. É nesse espaço exatamente que as propostas de controle do trabalho vivo buscam se inserir/interferir. Neste sentido, o agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena, permanentemente, as tensões das disputas em torno do governo da vida, num território de produção incessante. Um terceiro plano de constituição/análise diz respeito a como se produzem as relações no organograma - de modo arborescente ou rizomático - pois elas se dão em disputa. A produção de coletivos, ou melhor, os coletivos em ação configuram-se com maior potência quando há brechas para o debate intenso e cotidiano sobre o que fazer, como fazer e por que fazer a gestão e/ou o cuidado. Neste sentido, o arranjo matricial pode ser a expressão de um 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. O rizoma tem como princípio a conexão e caracteriza-se por ser um campo coletivo de forças dispersas, múltiplas e heterogêneas. O arranjo matricial, como montado naquela experiência em João Pessoa, matriciando as várias áreas da gestão e do cuidado, pode ser uma forma de organização das relações institucionais a partir das necessidades de conexão e não porque a priori se tem o comando. O organograma arborescente, tradicional, explicita quem é/exercita o comando numa determinada organização. O matriciamento propõe desproduzir esse lugar de comando, a partir do autogoverno de cada um e dos “entres” fabricados por meio dos coletivos.

Como propõe Foucault (2004), o poder deve ser compreendido como uma relação difusa e capilarizada pela sociedade. Quando diz poder, não se refere a uma instância que estenda a sua rede de maneira fatal, uma rede cerrada sobre os indivíduos. O poder é uma relação, uma relação de forças, que produz valores e processos de subjetivação. Assim, toda prática da liberdade está estritamente relacionada a uma dimensão ética existente nos jogos políticos. E toda prática da liberdade necessariamente implica a presença ativa de relações de poder, enquanto relações de forças que interagem em um determinado espaço-tempo. As relações de poder abrem possibilidade de subordinação e de insubordinação, linhas de captura e linhas de fuga que, em maior ou menor grau, sempre se expressam, produzindo interferências nas experimentações.

Neste sentido, nas relações produzidas a partir do matriciamento, quaisquer que sejam elas, em suas várias direções e sentidos, o poder está sempre presente e se manifesta na disputa pelo governo da vida, ou seja, na relação que cada um procura dirigir ao outro. São relações sob diferentes formas e que são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas a priori e nem de uma vez por todas. Então onde há relações de poder, há possibilidades de resistência, há liberdade no modo de pensar, de agir, de falar etc. O matriciamento rizomático é produzido em planos nos quais qualquer ponto pode conectar com outro, configurando uma rede sem um ponto fixo, sem ordem determinada, sem unidade fixa. Espaços constituídos por um princípio de multiplicidade que não busca

unidade nem no sujeito nem no objeto, mas nos movimentos dos fluxos das redes que se configuram pelos agenciamentos entre sujeitos/objetos/lugares. O matriciamento deve ser compreendido, então, como espaços de construções desmontáveis e conectáveis que se abrem para o ilimitado.

Se pensarmos o matriciamento como um conceito-ferramenta para provocar conexões entre áreas/setores/projetos e entre campos de conhecimento, ou melhor, provocar o desmanche de hierarquias na configuração organizacional e da circulação do conhecimento, podemos desconstruir a ideia da força matriz como decalque ou como base ou como modelo, e tomá-la como lugar em que se geram e se criam coisas. O matriciamento como uma alternativa ao vertical. Para produzir relações horizontais entre profissionais de distintas áreas/projetos e campos de conhecimento.

Neste sentido, o matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais em que acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e de se responsabilizarem pelas ações desencadeadas, num processo que favorece a produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

Reconhece-se que cada trabalhador de saúde e cada usuário operam com uma concepção de saúde e de cuidado; que no espaço do encontro com o usuário é que se concretiza o momento de autonomia do trabalhador para expressar e operar suas concepções; que há múltiplos projetos de saúde (ocultos) operando, em disputa, tentando prevalecer sobre os demais.

Assim, o apoiador mergulha nesse espaço de disputa, procurando criar espaços de encontro que favoreçam o diálogo e a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários – tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si. No âmbito da produção do cuidado, o apoio, articulado ao matriciamento, pode possibilitar a agregação e combinação de diferentes saberes e tecnologias para enfrentar a complexidade e desestruturação dos problemas de saúde, favorecendo a construção de redes de conversação.

Podemos, então, pensar no conceito-ferramenta do motriciamento, pois motriz quer dizer força que dá movimento, que faz mover, que imprime movimento motor. De fato, existem algumas forças que produzem e/ou dificultam o movimento nos processos de produção da gestão e do cuidado em saúde. Entretanto, a potência das forças motrizes depende do contexto, da configuração das equipes de saúde, dos apoiadores etc., existindo assim, uma ou mais forças motrizes durante os acontecimentos disparados na produção do apoio, configurando situações de cooperação ou comunicação motriz, e situações de oposição ou contra-comunicação motriz.

O quarto e último plano que atravessa essa produção é 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” é conceito-força 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.

Neste sentido, há que se pensar na necessidade de “fabricar” uma caixa de ferramentas que amplie a potência do encontro entre trabalhadores e apoiadores para a produção de invenção e inovação no enfrentamento criativo do cotidiano das unidades de saúde.

Emerson Merhy (2005) problematiza esse tema, interrogando se seria possível pensar um modelo anti-hegemônico que torne a dinâmica microdecisória mais pública, possibilitando que ela fosse capturada pelo mundo das necessidades dos usuários, ao invés de ser capturada pela lógica da produção de procedimentos ou dos interesses de cada trabalhador. E apresenta dispositivos que comporiam uma caixa de ferramentas com poder de fogo suficiente para enfrentar tal dilema.

Nessa caixa de ferramentas entram estratégias de encontro e afetações, que ampliem a porosidade em relação ao outro e ao diverso, que evidenciem desconfortos e favoreçam deslocamentos em relação aos modos instituídos de governar o trabalho e o cuidado em saúde. Uma forte indicação para atravessar o pesado campo dos instituídos, para enfrentar o fogo cerrado dos interesses em jogo e dos embates cotidianos que se realizam nas organizações, é abrir espaço para que o mundo vivo das existências interroge saberes, arranjos e relações de poder.

Então, como favorecer novos agenciamentos capazes de estabelecer diferentes conexões simultâneas? Como se estabelecem os afetos, já que é impossível separar o conhecimento da subjetividade por ele produzida? Uma questão fundamental é pensar o mundo a partir dos sentidos, dos efeitos de sentido, de traçar rotas de deslocamento, de fugir das linhas duras, molares; de tensionar essas linhas, construindo linhas moleculares, criando movimento, gerando incertezas, possibilitando viver o cotidiano de outras formas, valorizando mais as multiplicidades do que as diversidades, e produzindo desterritorializações/reterritorializações. É necessário também considerar as ações/ paixões que atravessam esses corpos produzem mutações, variabilidades e incertezas que é preciso sustentar para produzir novos sentidos e novos compartilhamentos. Novas territorialidades a partir das linhas de fuga podem favorecer movimentos de reinvenção, permitindo novos agenciamentos.

Vale ressaltar que a intensidade das relações produzidas no trabalho depende da relação entre as pessoas e, neste caso, da interação entre o apoiador, os trabalhadores e os usuários das unidades de saúde. Se essa interação for pautada pela ampliação da capacidade de agir, serão produzidos movimentos instituintes para interinventar, em parceria, linhas de fuga do instituído. Numa situação diametralmente oposta, quando provocam diminuição de intensidades na interação com os trabalhadores de saúde, enfraquecem a capacidade de agir.

Os diagramas, que expressam linhas de força, agenciamentos e subjetivações, podem nos servir para pensar uma tipologização dos apoiadores com as máscaras criadas a partir dos encontros e dos acontecimentos vividos com os trabalhadores de saúde. Os diagramas podem dar visibilidade aos movimentos prioritários em diferentes cenas. Isso nos interessa, porque há tensões constitutivas do ser apoiador. Ao mesmo tempo, vão para o encontro para indicar, normalizar, controlar e fiscalizar, e se desmanchar, desterritorializar e afetar/ser afetado.

Os apoiadores e suas máscaras

Tomando emprestadas variações a partir de máscaras de personagens de circo, buscamos expressar o múltiplo em nós, os vários e distintos que somos, dependendo das afecções produzidas e considerando as singularidades existentes nesse processo de produção do apoio. Os personagens conformando diagramas. Os personagens-máscaras.

Essa ideia nos ocorreu porque os espetáculos de ilusionistas, acrobatas, contorcionistas e domadores afetam o grande público em suas emoções. Os personagens do circo se produzem nas afetações que provocam no público. Assim também os apoiadores se produzem no encontro com as equipes, em variações drásticas de emoções com seus movimentos.

As afetações que atravessaram as relações entre apoiadores e trabalhadores; apoiadores e gestores; trabalhadores e usuários se traduzem em múltiplos personagens. Esta tipologização é dinâmica: em diferentes momentos o mesmo apoiador se efetua em distintas máscaras, a depender dos encontros e agenciamentos disparados.

O apoiador-mágico é a máscara que se produz no encantamento, porque provoca nas ESF necessidades e desejos, motivando-as a “experimentar a realidade” sob uma forma “encantada”. É abrir um “entre”, um entreato, entrecena, um intervalo, uma pausa dinâmica na realidade, um espaço-tempo de atuação capaz de provocar devires. Uma brecha para o diálogo. Afetamentos mútuos. E sentidos que se formam a partir dos acontecimentos.

Esta é a magia, a arte de compor-se com o mundo real, de transformar o cotidiano, de romper com a repetição, de afectar-se pelas forças, atribuindo um sentido sempre

diferente, inusitado e mágico. É reconhecer, em cooperação, uma nova composição das ações de saúde, para o encantamento e transformação do mundo do trabalho, para escapar dos padrões estabelecidos nos protocolos, criando um estilo na vida no trabalho. O apoiador-mágico porta em sua caixa de ferramentas: tecnologias leve-duras e as que são produzidas em ato. O apoiador-mágico convida a pensar, a criar, a inventar e a construir. A ampliar as possibilidades do pensamento, pensar nas diferenças, nas multiplicidades, encarar a existência dentro de um plano de imanência do vivido, do experimentado. Provocar movimentos do pensamento, resolver problemas, viver. Convite a pensar em alternativas como potência de transformação, redimensionando o cotidiano como campo de forças que desconstruem os modelos em favor da afirmação da diferença.

Como um ilusionista, sugere ilusões que confundem e surpreendem, por darem impressão de que algo impossível aconteceu, como se o apoiador tivesse poderes sobrenaturais. No entanto, esta ilusão da magia é criada totalmente por meios naturais e é baseada na destreza do apoiador em manejar as tecnologias leve-duras e leves, numa situação em que os movimentos mais recorrentes envolvem transformações e soluções de questões aparentemente insolúveis e tudo o que desafia a explicação. É que ele favorece as invenções.

O apoiador-palhaço, assim como o apoiador-mágico, tem sua ação desencadeada a partir do encontro, da mistura de corpos e das afecções mútuas e seu mote para o encontro ocorre também a partir do inesperado. E tem no riso, que vai escapando da boca, envolvendo o corpo todo em face daquilo que os palhaços de verdade conseguem fazer naquele espaço-tempo, que é o exercício da liberdade do seu apresentar-se. É com essa liberdade de propiciar novos encontros, que os apoiadores-palhaço utilizam dispositivos que acionam a equipe por meio da sensibilidade (usando a arte de vários modos) para produzir um espelho, que torna possível discutir a relação entre os trabalhadores, com a liberdade de se entregarem e quebrarem a rotina massacrante do cotidiano de uma unidade de saúde.

A relação entre apoiador-palhaço e as equipes de saúde margeia fracassos e conquistas, entre experiências, reflexões e novas ações. Em seu movimento de constituir-se com o outro, afeta intensamente, o que leva as equipes de saúde a querer sair deste lugar tão conhecido por elas: o da imobilidade diante de tantos problemas, o da clínica pobre, desumana, desimplicada e desresponsabilizada.

Onde está a potência da desterritorialização neste caso? Está nos detalhes, na possibilidade de se ver de outro modo a partir de vislumbres. Vislumbres que são efeitos de imagens instantâneas, capazes de fabricar a partir do caos a alegria para sair do imobilismo recorrente. Produção de outros modos de existência. Palhaçar um acontecimento excede o próprio agir apoiador; é oportunizar que sobressaiam os talentos, experiências, a invenção e criação para enfrentar o cotidiano. A ação

do apoiador-palhaço se faz na quebra das expectativas e na coragem de se expor ao fracasso e à desilusão, expor os conflitos. Não pode ser apoio-rotina, no caso do apoiador-palhaço o cerne é a improvisação e a participação das ESF, transformando o encontro num espetáculo “aberto”. Para improvisar é preciso que o apoiador tenha uma grande capacidade de escuta. Nos processos de subjetivação, nos quais se aprende com sentido, experimentam-se variações de si e do agir, fugindo dos automatismos, dos padrões, dos modelos e dos protocolos. O apoiador-palhaço brinca com isso, tornando visíveis as armadilhas da norma, evidenciando esse jogo. Alteridade, que pressupõe, necessariamente, uma abertura para o outro. A abertura para deixar-se capturar pela imprevisibilidade da vida; não só deixar-se atravessar pelos imprevistos, mas também produzi-los. Operar na imprevisibilidade é arriscar-se. Agir de modo extremamente rápido e muito lentamente, conforme a situação. Aprender a abrir-se para escutar o que está fora, sem reagir mecanicamente, e a produzir mudanças de estado instantâneas. O apoiador-palhaço lida fundamentalmente com as afetações mútuas.

O movimento não é partir do pressuposto que tudo acontece de forma mágica. Não se exerce a partir de soluções aparentemente impossíveis para os outros. Ao contrário, sua potência se explica na relação com a equipe, e isso implica necessariamente o encontro, a presença. O apoiador-palhaço está vivo, vibrando, em suas intensidades. Esta máscara-palhaço, para o apoiador, se constitui no jogo, no poder de afetar e ser afetado elevado à enésima potência na efetuação do encontro para o acontecimento.

O apoiador-equilibrista está entre ser ou não ser um supervisor, entregar-se ou não ao instituído, abrir-se ou não ao encontro com as equipes de saúde. Vivendo entre “altos e baixos”, toma decisões em movimento. E não é exatamente deste lugar, ou melhor, deste “entre-lugar”, que falam os apoiadores? A máscara-equilibrista atua no espaço entre o fora e o dentro do padrão normativo. Entretanto, mesmo com o medo e a pressão para atuar como “supervisor”, às vezes ele consegue escapar da captura do instituído. Ocupa um território em produção viva, instituída a partir do desmanchamento de normas e rotinas, na medida em que vai se equilibrando, que resiste aos discursos de enquadramento, tentando inúmeras linhas de fuga, atuando com prudência.

O apoiador equilibrista não olha para onde pisa. Em sua travessia, não é o olho que vê, porque ele será cada vez melhor quanto mais dominar o equilíbrio. E não oscilará entre o que seriam as normas e rotinas instituídas e o espaço produtivo da criação e invenção na relação com as equipes de saúde. Mas se sente confortável onde puder juntar as duas, como se fosse um conector que anda de mãos dadas entre uma e outra.

Nas arquibancadas, ficam mudos aqueles que desejam prever o movimento. Para eles, fio e equilibrista são coisas distintas, cada qual como uma coisa em si, desafiando a gravidade. Então, as conexões solidárias tornam-se uma espécie de rede de segurança que permite aos apoiadores-equilibristas desencadear movimentos. Estas são as proezas acrobáticas sobre um fio de arame suspenso. O equilibrista ousa o impossível

e desafia despreocupadamente as leis da gravidade. O apoiador-equilibrista convida a conviver com a posição fronteira entre a corda e o abismo, que desassossega, que inquieta e desconforta, para romper e abrir para o que Rolnik (2007) chama de “dimensão experimental da vida”. Este convite para manter-se nas bordas, entre o equilíbrio ou a fuga de qualquer desestabilização e a mudança, não se realiza sem riscos, ao expor-se às forças que favorecem a manutenção do instituído.

Há o apoiador-contorcionista, máscara que aparece quando há pura adequação. A contorção é posição forçada e incômoda; dá a impressão de deslocamento, mas é adequação. Neste sentido o apoiador-contorcionista se adequa à situação instituída, sobressaindo pela capacidade de controle preciso e harmônico sobre os movimentos. Como os contorcionistas que efetuam com o corpo posições quase inconcebíveis, o apoiador-contorcionista representa poder instituído e, portanto, pode gerar admiração, mas atua para controlar, para a manutenção. Nesse processo, é claro, às vezes, senão muitas vezes, produz o inverso: resistência e aversão.

O apoiador-cuspidor de fogo é uma máscara que aparece quando os vários movimentos do apoiador produzem uma imagem de muitos ruídos e desconfortos. Esta máscara se produz pela própria falta de ferramentas para lidar com a produção da relação, e em sendo assim, os movimentos duros parecem labaredas de fogo. Sua intensa movimentação se faz a partir do medo que o fogo provoca, controlando e fiscalizando. A consequência é ruidosa e conflituosa; o único recurso existente é “cuspir fogo”, cobrar relatórios, controlar horários, controlar materiais. Como um dragão enfurecido, cuspir fogo é seu único movimento. Sem conseguir agenciar potência, ordena obediência.

O apoiador-amestrador, na tentativa de domar a equipe, utiliza a coerção e a fiscalização como ferramentas de trabalho. Sua ação é pautada basicamente na transmissão de informação/ comandos. Esta produção está basicamente centrada em seu conceito de educação, em que não há método para encontrar tesouros nem aprender, mas um violento adestramento que percorre inteiramente todo o indivíduo.

O apoiador-amestrador, nos encontros com as equipes de saúde, tem um a priori, uma relação de poder disciplinar com a “fera que quer domesticar”. Essa ideia de adestramento do corpo e da mente é trabalhada na correta disciplina mencionada como arte do “bom adestramento”. A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu superpoderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona como economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se os compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado. E são eles justamente que vão pouco a pouco invadir essas formas maiores, modificar-lhes os mecanismos e impor-lhes seus processos.

O apoiador-amestrador não se propõe a se misturar com as equipes de saúde, e tende a decompô-las ou destruí-las, em parte ou totalmente. Esta é a sua relação característica. Sua ação está pautada pela prescrição de tarefas a serem executadas pelas equipes de saúde.

Vale reafirmar que as máscaras expressam momentos do encontro. São planos para analisar os encontros entre apoiadores e equipes. É o encontro que mobiliza as diferentes máscaras em diferentes momentos – a depender das circunstâncias e dos agenciamentos mútuos. As máscaras são um exercício de pensamento para decompor multiplicidades. Um mesmo apoiador é agenciado de modos diferentes por distintas equipes. Não são só as circunstâncias “externas” que produzem variação. É a intensidade das partes no encontro. Uma equipe que interroga paralisa o adestrador no apoiador, por exemplo. Uma equipe medrosa agencia o equilibrista no apoiador. E assim, em infinitas variações de afetos mútuos.

5. A força dos processos micropolíticos na produção da gestão em saúde

Foi possível aprender que a “força” dos processos é micropolítica, e que para a instauração de uma micropolítica a favor da autonomia é necessário operar nos diversos planos em que gestores, trabalhadores e usuários transitam para produzir-se e encontrar-se em mútua afetação na vida e no sistema de saúde. Como cartógrafas, aprendemos que devemos nos colocar, sempre que possível, numa posição que permite acolher o caráter finito ilimitado do processo de produção de realidade, utilizando um “composto híbrido”, feito do olho e do corpo vibrátil. Aprender o movimento que surge da tensão, seus fluxos de intensidades, escapando do plano de organização de territórios, desorientando as cartografias, desestabilizando as representações e, por sua vez, representações estancando o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido.

A ideia de máscaras da Suely Rolnik (2007) é interessante não somente para falar de apoiadores, mas também de gestores e de trabalhadores de saúde na produção do cuidado, pois não estamos falando dos indivíduos, mas das diversas máscaras construídas em seus diversos encontros em diferentes cenários. Uma máscara é a expressão de intensidades, é operadora de intensidades e está sempre em montagem e desmontagem. A máscara é condutora de afeto em ato. Mas a máscara também pode desmanchar, ou melhor, perder a capacidade da condução de afeto em ato.

Colocar cenas, afetos, encontros em análise a partir da cartografia das máscaras em movimento possibilita aprender. Possibilita autoanálise. Favorece deslocamentos e invenções.

Experimentar os vários arranjos de apoio abriu perspectiva para entender a porosidade na produção dos encontros, na criação incessante e efervescente nos movimentos instituintes e instituídos, permitindo chegar ao plano das intensidades, possibilitando pensar e (re)inventar fora das regras, protocolos e das certezas, abrindo

espaços para os momentos imprevisíveis, para o inusitado. Trata-se de agenciar modos de fazer a gestão e o cuidado em saúde, dar espaços à diferença.

Os dispositivos disparados pela “equipe de gestão” só “viram alguma coisa” se alguém provocar e cuidar – esse o papel do apoiador, produzir conexão, problematizar em ambos os sentidos. O gerente de unidade de saúde pode ser um partícipe fundamental desse processo, mas precisa de companhia, de respaldo e de espelho. E quando não existe a figura do gerente, como nas UBSs em João Pessoa à época, o processo ganha complexidade ainda maior. O apoiador é fundamental no “entre”-lugar, pois o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado.

E como cuidar das afetações provocados/experimentados por apoiadores transversalizados na rede de serviços de saúde, em seus movimentos intensos e densos? Colocando o seu processo de trabalho em análise, quem mobiliza afetos também precisa ser provocado, quem provoca pensamento precisa pensar, quem fabrica espelho também precisa se olhar. A experimentação e o ensaio não significam repetir, mas criar, ir a fundo no campo das intensidades. 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 no campo da gestão e cuidado (Merhy, Feuerwerker e Cerqueira, 2010). É necessário, ensaiar, experimentar, até que algo novo se constitua. Para se desfazer em seguida...

Referências

ACKERMANN, R.T. Description of an integrated framework for building linkages among primary care clinics and community organizations for the prevention of type 2 diabetes: emerging themes from the CC-Link study. *Chronic Illness*, v. 6, 2010. p. 89–100.

BERSON, S.C; DEAN, J.D. A Systems Approach to Patient-Centered Care. *JAMA*, v. 23, n. 296, December/2006. p. 2848-51

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise de contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005, 160 p.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch de León Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, p. 545-555, 2009.

DELEUZE, G. O que é pensar? Capturado em 23/08/2010 em <http://rizomando.blogspot>.

com/2003/04/o-que-pensar-deleuze.html

DELEUZE, G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, G. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

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

DOCTEUR, E.; OXLEY, H. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers, n. 9, 2003, OECD Publishing. doi: 10.1787/865047648066.

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.

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.(org). Informar e Educar em Saúde: análises e experiências. Editora UFBA, no prelo.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, 10. ed., 2004.

GREENE, A et al. Do managed clinical networks improve quality of diabetes care? Evidence from a retrospective mixed methods evaluation. Quality and Safety Health Care. v. 18: 456-461, 2009.

HWANG, K. et al. Access and Coordination of Health Care Service for People With Disabilities. Journal of Disability Policy Studies, v. 20, n. 1, june/2009.

MACHADO, R. Deleuze e a Filosofia. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1990.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 1, p. 71-112.

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

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

MERHY, EE. 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 BRASIL Projeto-piloto VER-SUS - vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília. 2004.

MERHY, EE. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, p. 195-206.

MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RÍMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.) Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.

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

NIETZSCHE, F. Ecce homo: como alguém se torna o que é. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Ouwens, M. et al. Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects. International Journal for Quality in Health Care. v. 21, n. 2, 2009.

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

SENTIR – a gênese de um espaço de vivência do sensível na formação em saúde

*Lidiane Guedes
Monique Brito
Ana Maria Freire*

*Caminho se conhece andando
Então vez em quando é bom se perder
Perdido fica perguntando
Vai só procurando
E acha sem saber
Perigo é se encontrar perdido
Deixar sem ter sido
Não olhar, não ver
Bom mesmo é ter sexto sentido
Sair distraído, espalhar bem-querer.*

Chico César

(Re)contando a nossa origem

Iniciamos a escrita deste capítulo acionadas por uma força que produz certo deslocamento - e descolamento- do modo hegemônico de pensar o cuidado e a formação em saúde: “Pensar não é se alinhar com o que já se conhece. É justamente o contrário disso. Movido por uma espécie de força forasteira, que não se interessa em refletir sobre a vida, mas agregar-lhe algo mais, pensa-se o impensável” (p. 28). Movidas por essa provocação de Rosane Preciosa (2010), iniciamos a apresentação da história do SENTIR: Laboratório de Sensibilidades da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB. Essas palavras evocam sentidos e aproximações com o que tem sido a aposta na construção de um lócus de formação em saúde que privilegia o plano da experiência e da arte como potentes campos para agitar, ativar e inovar as práxis do cuidado.

A partir da compreensão de que é possível e de imensurável relevância na formação em saúde potencializar e acionar as vivências do sensível, compartilhamos a história da gênese do SENTIR, bem como as conexões teóricas e epistemológicas experimentadas até aqui. O SENTIR nasceu como um projeto de extensão idealizado por três professoras do curso de medicina, com formação em diferentes áreas da saúde (odontologia, fonoaudiologia e psicologia), em uma universidade do interior do estado da Bahia, e vem se constituindo como um espaço de encontros e experiências de criação de outras linguagens, que tocam na dimensão do sensível em nós, situadas nas brechas dos processos educacionais em saúde que agregam a pesquisa, o ensino e a extensão.

(Re)contar uma história é trazer uma versão de dada experiência e seus significados para aquelas e aqueles que a contam, é tentar expressar e eternizar parte da realidade viva e vivida através de palavras. Para Vinciane Despret (1999, p. 44): “a versão não se impõe, ela se constroi. Ela não se define no registro da verdade ou da mentira e da ilusão, mas naquele do devir: devir de um texto incessantemente retrabalhado e revirado, devir de um mundo comum, devir das reviravoltas e das traduções”.

Justamente no meio de tantas reviravoltas e encontros, começamos essa história. Éramos professoras recém-chegadas na UFRB e, em março de 2018, decidimos participar do I Encontro Nacional sobre o Sensível nas Graduações em Saúde - ENSENSI: A (Re) existência do Sensível, realizado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Um dos elementos que nos unia e nos mobilizou a fazer essa viagem do Recôncavo da UFRB para Caruaru, foi o fato de sermos professoras de outras formações em saúde, fazermos parte do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de medicina e acreditarmos que precisávamos experienciar e pensar formas de incorporação do sensível na nossa prática docente, sobretudo neste contexto no qual o curso de medicina apresenta uma proposta política e pedagógica que se propõe a inovações e superação do paradigma tradicional de formação médica (Rodríguez; Neto; Behrens, 2004).

Costumamos dizer que a mistura da terra fértil da cultura do interior da Bahia com o barro pernambucano gerou uma artesanaria do saber e foi substrato para plantarmos o mandacaru com sua flor amarela, imagem que simboliza a nossa marca em logotipo e a nossa presença no I ENSENSI. A partir desse encontro, voltamos para a nossa universidade com a missão de cultivar e criar um espaço de vizinhanças com as experiências do Laboratório de Sensibilidades da UFPE de Caruaru (Labsensi). Em recente estudo, uma de suas idealizadoras destaca:

As evocações dos estudantes evidenciam o Labsensi como espaço de conhecimento de si, do outro e do mundo, oportunizador de reflexões, insights e ampliação do olhar quanto à identidade e prática médica; cenário de experimentação a partir do corpo e da arte; locus de expressão do pensar-sentir propiciando o compartilhamento de valores ético-político-filosóficos entre os aprendizes de medicina (Pacheco, 2019, p. 10-11).

Movidas por essa linha de pensamento que convergia com as afinidades e afetações vividas na formação em saúde, criamos o SENTIR: Espaço de Vivências do Sensível na Formação em Saúde, o nosso Laboratório de Sensibilidades. O nome “SENTIR” surgiu em meio a muita descontração e espontaneidade, em um momento no qual duas professoras que compõem o grupo faziam o trajeto da capital da Bahia em direção a cidade sede da universidade. Ao passar por cada cidade, a viagem seguia ofertando pistas, passagens criativas a partir dos sentimentos que a vegetação, as paisagens, as pessoas, as comidas e os artesanatos vistos-sentidos pelos caminhos evocavam, o que propiciou o resgate das lembranças e elementos da feira de Caruaru e do Alto do Moura, terra do artesão do barro Mestre Vitalino, local onde vivenciamos o agreste pernambucano e a sua inventividade. Quase no final do percurso, a experiência dessa “viagem inventiva e criativa” culminou na escolha da palavra “sentir”. A conjugação desse verbo continuou e continua sendo feita a partir dos encontros com os atores sentintes. Sem a pretensão de esgotar os sentidos dessa palavra, estamos mais interessadas em compor com ela, buscando sempre novos possíveis.

O SENTIR foi, então, registrado como projeto de extensão na universidade e atualmente agrega um grupo de experiências criativas-estudos e pesquisa, constituindo,

dessa forma, o tripé da formação acadêmica, e abriu caminhos para a aproximação entre a universidade e a comunidade. É integrado por professoras com formação interdisciplinar em psicologia, odontologia, fonoaudiologia e fisioterapia. Contempla discentes dos cursos de medicina, psicologia, nutrição, enfermagem e bacharelado interdisciplinar em saúde (BIS), e tem a experiência, o processo criativo e a arte como princípios norteadores para uma experimentação-formação ética, estética e política.

Ética porque considera as pessoas em relação, bem como os acontecimentos que atravessam e compõem suas vidas, evitando os julgamentos de valor moral e se mantém aberto para reestruturar suas ideias a partir do encontro com o campo e com que os sujeitos que ali se apresentam; estética porque considera a vida uma obra de arte em sua dimensão criadora (Deleuze; Guattari, 1992), em um eterno devir-transformador, pulsante e desejanter de novas formas de estar no mundo; político porque todos os atos de existir, relacionar-se, cuidar e ser cuidado, habitar, percorrer espaços, viver, enfim, são, em tudo, atos políticos; pensar sobre tudo isso não poderia, então, deixar de ser político. Político pressupõe, ainda, que se admitam e se tomem como analisadores relevantes as relações de poder presentes no campo e relacionadas a dinâmicas de conflito ou de aliança, de interesse e de empoderamento, que interferem nos processos de inclusão/exclusão social das pessoas (Brito, 2012).

Nossa produção desejanter nos caminhos da formação foi ganhando materialidade nos objetivos do projeto de extensão, a saber: fortalecer o processo de inserção do sensível na formação das/os futuras/os profissionais de saúde e também das docentes envolvidas, através de vivências, momentos de trocas e aprofundamentos nos referenciais teóricos e metodológicos que dialogam com essas práticas, ampliando a interação com os profissionais da rede e a comunidade dos serviços nos quais os estudantes estão inseridos, favorecendo a produção e a experimentação de novas maneiras de cuidar, promover vida e saúde.

Adentrando mais nos nossos objetivos enquanto grupo, eles foram detalhados da seguinte forma: promover a incorporação do saber sensível no processo educativo; promover experiências de autoconhecimento e cuidado à saúde mental dos estudantes; fortalecer a prática pedagógica dos professores e vínculo com o processo formativo; propiciar o debate e construção de novas racionalidades no cuidado e promoção da saúde; aumentar a aproximação e o vínculo dos estudantes com a comunidade; fomentar a troca de vivências com a cultura regional e local; produzir redes-rizomas entre o SENTIR e laboratórios de sensibilidade de outras universidades; mobilizar, articular e socializar produção de conhecimento, experiências e vivências sobre o sensível na formação em saúde.

Como disparador das práticas de cuidado na formação atravessada pelo sensível, apostamos em linhas (des)orientadoras, que possibilitam movimentos descontínuos, inventivos e não capturáveis no plano do currículo. O sentir não cabe no currículo. Como

campo de expressão e representação provisória, nomeamos algumas experiências como eixos orientadores que permitem a saída dos eixos formatados na formação. Com o grande grupo que hoje compõe o SENTIR, saímos dos eixos com: Eixo 1 - Expressão Corporal, Dança e Música; Eixo 2- Fotografia e pensamento sem imagem; Eixo 3 - Cinema e Vídeo; Eixo 4- Teatro; Eixo 5 - Práticas Integrativas em Saúde. Esses eixos vêm sendo des(integrados) e misturados nos circuitos formativos curriculares dos estudantes através de encontros quinzenais com agenciamentos entre os planos da experiência e da expressão dos diversos modos de sentir e habitar o cuidado com a vida e o inédito dos encontros, como nos inspira Cerqueira e Merhy (2014) “um furo no muro”, do currículo.

A formação da primeira turma, os deslocamentos e algumas narrativas produzidas

Nessa missão de (re)contar a história da gênese e compartilhar os nossos pressupostos epistemológicos, teóricos e princípios, não podemos deixar de falar do primeiro encontro com o grupo de candidatas e candidatos a extensionistas do SENTIR. Tradicionalmente, as universidades denominam esse momento de processo seletivo. Essa nomenclatura produziu um estranhamento: queremos escolher pessoas? Não! A partir daí nos desviamos da metodologia costumeira de selecionar umas/uns em detrimento de outras/os. Em uma universidade no interior da Bahia, implantada no âmbito de um projeto político nacional de expansão e interiorização do ensino superior, constituída por um público de estudantes que trazem em suas histórias as marcas do racismo, da exclusão social e de outras formas de negligências e opressões, fomos movidas pelo imperativo ético e político do cuidado e da inclusão.

Nesse primeiro momento, tomamos como ponto de partida a experiência do nascimento do SENTIR, e escolhemos como elemento simbólico para mediar o encontro, o “barro de Caruaru”. O encontro aconteceu em torno de uma roda com todas/os estudantes e professoras, em que um pedaço de barro - trazido de Caruaru - ia passando de mão em mão. O barro ia aquecendo e sendo aquecido pelas diferentes texturas de pele e corpos que traziam marcas de histórias vividas. A canção de Chico César (2008), ecoava e repetia como fundo musical os versos: “Caminho se conhece andando, então vez em quando é bom se perder, perdido fica perguntando, vai só procurando, e acha sem saber. Perigo é se encontrar perdido, deixar sem ter sido, não olhar, não ver. Bom mesmo é ter sexto sentido, sair distraído espalhar bem-querer”. A melodia foi atravessada por algumas questões que ecoavam na sala: “De onde eu vim?”, “Quem eu sou?”, “O que me traz aqui? O que eu trago comigo? De mão em mão, o barro e as histórias criavam passagens para os afetos e, a partir da sensação da textura desse barro, cada pessoa foi sendo provocada a dar vazão ao seu sentir.

Várias histórias foram compartilhadas, algumas narradas entre lágrimas, silêncios e soluços. Escutar relatos de experiências vividas no âmbito da formação, dentro e fora dos muros daquela universidade, alguns exprimiram um sofrimento intenso produzido em relações hierarquizadas e, por vezes, violentas, a impossibilidade daquelas pessoas de se expressarem, e a surpresa delas em poderem fazer isso ali, num espaço dentro da

universidade, chegou aos nossos corpos-docentes com muita força. A surpresa dos alunos em poderem ter um espaço de conjugação do seu sentir através de outras linguagens, artísticas-inventivas, em grande medida também nos surpreendeu, e nos fez refletir sobre a escassez de espaços como aquele tanto na universidade, como em suas vidas. Uma das estudantes expressou que ali poderia ser ela mesma e que até então havia esquecido que possuía um corpo que sente, clama, chama e tem potência para se afirmar.

O barro, em seu estado estático, duro, fazia sinergia com a imagem dos espaços duros e excludentes, que silenciam as vozes. Ao mesmo tempo, sua capacidade de ser moldado, trazia a possibilidade do encontro atravessado pelo calor, pelos movimentos e os ritmos de todas/os ali, produzindo rachaduras e amolecendo o que vinha sendo cristalizado em posições estanques diante dos modelos hegemônicos de formação. Pulsou em nós a certeza de que aquele espaço precisaria existir como produtor de vida e cuidado, como um híbrido, uma conjunção entre cuidado e aprendizado, atualizando uma ideia que há tempos nos habitava, a de que nós aprendemos efetivamente a cuidar, sendo cuidados.

No segundo momento do processo inclusivo, cada participante foi convidada/o a trazer para a roda, a partir de uma imagem ou fotografia, uma reação para a questão: “O que me faz SENTIR?”. Desde então, essa pergunta vem se consolidando como uma marca do nosso grupo, e esteve presente em todos os encontros, produzindo novos deslocamentos e sensações a cada vez que é trazida para a roda.

Não à toa, essa frase apareceu como mobilizadora na nossa primeira intervenção ampliada com toda a comunidade interna do campus. Naquela ocasião, apresentamos-lhes Luca (Figura 1), um corpo-manequim sem gênero, sem sexo, sem símbolos, sem identidade, que trazia colada em seu corpo a pergunta provocadora “O que te faz sentir?”. Convidamos as pessoas transeuntes a escreverem e colarem suas respostas neste corpo que estava ali, aberto ao encontro. As pessoas passavam por ali, em suas rotinas, até que algumas desaceleraram o passo, com expressões de curiosidade, outras paravam e perguntavam o que estava acontecendo. Apresentamo-nos e apresentamos Luca, convidando-as a dialogarem com ela/ele/elu e a responder à sua pergunta.

Essa mesma pergunta reverbera pelos corredores do campus da referida universidade quando os extensionistas são indagados por outros colegas sobre “o que é esse “tal” de SENTIR?” demonstrando a curiosidade por parte daquelas/es que não fazem parte do grupo. As/os extensionistas, soltando gargalhadas, respondem: “só sentindo para saber”. E foi assim que, espontaneamente, adotamos um código-segredo do grupo. O combinado passou a este, quando perguntarem o que se faz no SENTIR, como é lá, devolvemos a resposta-convite: “só sentindo para saber, só sentindo para viver”.

Esse percurso inicial de formação do SENTIR foi consolidando aquilo que nomeamos como “Ética Retirante”, nome inspirado nas andanças do nosso povo nordestino. A ética

retirante anunciada pelo princípio “Eu não retiro do outro, no sentido de exclusão; retiro de mim, como um corte de um rizoma, para compor com o outro. Dá(diva)-encontro-Vida”, vem marcando nossa trajetória de COMposição de um coletivo desviante da lógica hegemônica. Essa ética nos leva a COMpor. E compomos retirando de nós uma posição anterior que move o desejo em produção. Aquilo que retiramos é fruto do transbordamento produzido no encontro. Em ressonância com Rosa Dias (2004), em sua exposição sobre a arte de criar na leitura de Friedrich Nietzsche:

Criar, para ele, é atividade a partir da qual se produz constantemente a vida. Criar é uma atividade constante e ininterrupta. É estar sempre efetivando novas possibilidades de vida. O ato criador é doador. Não deseja, não procura: dá. É um ato que presenteia, não porque ao outro falte alguma coisa, mas porque ama o que cria. é um ato que não se fecha sobre si mesmo. O criador não guarda para si o que cria, cria sem uma razão para criar (Dias, 2004, p. 200).

Um corpo sensível, ao encontrar outro corpo sensível, não busca completar-se ou tamponar uma falta. Ele transborda e, ao transbordar, oferece ao outro corpo não aquilo que lhe sobra no sentido de não ser mais útil ou necessário. Ele oferece potência de transbordamento, que é mais força que forma. Isso faz com que aquilo que estou doando seja recebido não da f(ô)rma que eu criei, mas com a força do encontro entre esses corpos. Assim, o outro recebe a nossa força-potência e não a minha forma-poder.

A nossa composição enquanto coletivo convoca o campo dos afetos por uma via rizomática, conforme mencionamos no corte da ética retirante. Deleuze e Guattari, na obra Mil Platôs (1995), destacam as principais características de um rizoma:

[...] diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços da mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não-signos. [...] Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes, de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda (p. 32-33).

Mas em quê a imagem do rizoma nos inspira nessa ética retirante para pensar e investir em um espaço de vivência do sensível na formação em saúde? O rizoma vinga, expande-se e perdura em sua existência a partir da força do encontro com a diferença. Suas raízes são nutridas pela potência de diferir pela via de uma repetição de movimentos que nunca são os mesmos. Um corte em qualquer dimensão do rizoma, ao invés de excluir o outro corpo, incorpora e amplia suas conexões, germinando outras formas de vida.

A incorporação do sensível e sua interface necessária para (e com) o SUS

Seguindo a ética retirante, que é de composição e produção do múltiplo, temos buscado desenvolver atividades que conectam a produção de subjetividade e de conhecimento o processo ensino-aprendizagem com a complexidade da vida e da produção de saúde, considerando todos os seus determinantes sociais (Buss;

Filho, 2007). Buscamos desenvolver junto com as/os estudantes as competências e atitudes necessárias ao ato de cuidar, articulando o processo de produção coletiva de conhecimentos e do saber-fazer com a sensibilidade, expressão e comunicação para o desenvolvimento de habilidades e atitudes de cuidado integradas e equânimes. Nesse aspecto, cabe destacar que os princípios do SENTIR potencializam a formação de um profissional de saúde convergente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010), no sentido de ser capaz de compreender a saúde não só como ausência de doenças, mas como um modo de viver a vida.

O SENTIR pretende também contribuir para a inserção do sensível na educação permanente e continuada de nós, educadoras e educadores, e também das/os profissionais da rede de serviços de saúde do município onde atuamos, juntamente com os discentes nas atividades práticas e estágios curriculares. Essa interação está no âmbito da integração ensino-serviço, entendida como trabalho coletivo pactuado e integrado de estudantes e docentes com trabalhadoras/es dos serviços de saúde, também preconizada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do SUS (Brasil, 2007) e pelos projetos pedagógicos dos cursos de saúde da UFRB.

Incorporar o sensível nos processos educativos e trabalhar com grupos exige que novas competências pedagógicas sejam desenvolvidas pelas/os facilitadoras/es dos processos, demanda um processo educativo que vai além da transmissão de conhecimentos através das dimensões cognitivas racionais, valorizando o sensível por meio de discussões e vivências corporais, artísticas, culturais, artesanais e lúdicas, nos quais as oficinas e o trabalho em grupo têm se apresentado como excelente percurso pedagógico. Um exemplo de uma prática atravessada pelo SENTIR foi o trabalho de limpeza de um quintal e criação de um jardim com plantas fitoterápicas e hortaliças, realizado pela/os estudantes, professoras e agentes comunitárias de saúde em uma Unidade de Saúde da Família. Esse momento foi muito potente e poderíamos escrever um capítulo só sobre ele. Mas, queremos destacar aqui que ele proporcionou o exercício da nossa ética retirante, inúmeras formas de viver o sensível através da lida com a terra, do trabalho manual, artesanal, potencializando todos os sentidos do corpo. Materializou também, através da vivência prática, o sentido de grupalidade, cooperação e coletividade que queríamos fomentar no trabalho da equipe de saúde, além de fortalecer os vínculos entre todos nós. Em todas as etapas - desde a ideia, o planejamento, a mobilização e engajamento, a concretização até a avaliação - as/os próprias/os estudantes e trabalhadoras/es da equipe fizeram diversas conexões teóricas e práticas em relação às políticas de saúde que estávamos discutindo no conteúdo programático do semestre e àquelas que foram demandadas pela equipe também. A experiência mostra que pensar o sensível nessa interface com os serviços de saúde é potencializar a perspectiva da educação que intercede pela saúde, por suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem (Ceccim, 2005). E ainda, conforme nos aponta o antropólogo Le Breton (2016, p. 32), “na origem de toda existência humana o outro é a condição do sentido,

isto é, o fundamento do vínculo social. Um mundo sem outrem é um mundo sem vínculo, fadado ao não sentido. O conhecimento sensível alarga-se sem cessar pela experiência acumulada ou pela aprendizagem”.

Cabe destacar ainda nessa reflexão que tanto a Política de Educação Permanente, como as Diretrizes Curriculares vigentes para os cursos de saúde, bem como os projetos pedagógicos dos cursos da UFRB privilegiam a formação no e para o SUS, e elencam uma série de competências, classificadas em conhecimentos, habilidades e atitudes que apontam para um profissional de saúde que seja capaz de tomar decisões e produzir um cuidado com base numa visão holística e integral dos sujeitos. Como fazer isso sem incorporar a dimensão do sensível na formação? Por isso, o SENTIR vem sendo conduzido enquanto um laboratório, que busca promover a experimentação e concepção de novas racionalidades e dispositivos que nos permitam compreender o corpo em suas dimensões mais amplas, criativas e terapêuticas. A utilização de diferentes linguagens e a abertura a múltiplas percepções sobre a realidade provocam novas produções de si e do outro, historicamente desvalorizados no mundo acadêmico da formação em saúde.

Experiência e corpo sensível

Na nossa política de produção do e com o sensível, somos conduzidas pelo campo, pela prática, pela experiência, enfim. É ela que nos convoca, a cada encontro, a pensar nossas/os interlocutoras/es e intercessoras/es teóricas/os e metodológicas/os. Nesse sentido, é importante explicitar qual noção de experiência adotamos aqui. Coadunamos com Jorge Larrosa Bondía (2002), quando ele afirma que “a experiência é 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.” (p. 21). Ele é enfático ao defender a necessidade de não confundir experiência com informação. Saber coisas, ter informações, é diferente do saber da experiência, construído de dentro, de forma situada e corporificada, como também defende Donna Haraway (1994).

Pretendemos, então, construir uma perspectiva formativa situada no campo da experiência. Para isso, buscamos durante todo o tempo preparar nossos corpos para os encontros, ativando-os e colocando-os disponíveis “às vibrações e aos ritmos dos outros corpos” (Gil, 2004, p. 25), fazendo-os corpos vibráteis (Rolnik, 2004). Caminhando nessa direção, evocamos o termo corpo sensível como uma marca da construção do território existencial-epistemológico do SENTIR como laboratório de sensibilidades. No traçado da experiência em curso, o uso desse termo aparece como um vetor de possibilidades de transformação da realidade no campo da formação em saúde.

A primazia do corpo se constitui como uma via ética para experimentar e pensar um campo de formação em saúde que se orienta por uma pedagogia dos devires. Na filosofia da diferença, o termo devir anuncia o contrário da repetição, o inverso da manutenção de um estado ou enquadre supostamente ideal a ser mantido nas relações. Parafraseando Deleuze e Guattari (1995, p. 64): “devir não é imitar algo ou alguém, identificar-se com

ele. Tampouco é proporcionar relações formais”. Conjugando essa linha de pensamento com o filósofo Luiz Fuganti, devir “é tornar-se diferente de si. É potência de acontecer, diferindo de si sem jamais confundir-se com o estado resultante dessa mudança” (Fuganti, 2012, p. 75), de modo a “visitar e ser visitado por intensidades que brotam e se fabricam nos limiares ou zonas de passagem, por variações que se insinuam nos interstícios das formas” (Fuganti, 2012, p. 76).

Nesse terreno fértil, o encontro entre as professoras e estudantes foi moldando um corpo coletivo que se faz e desfaz pela força de composição dos encontros. As pensadoras e pensadores que vêm nos inspirando nessa aventura retirante foram ganhando espaço de articulação teórica a partir de um saber que emerge do fazer. O campo epistemológico do SENTIR é atravessado pelos afetos, pela sinergia entre as experimentações de um fazer-saúde com arte e o acompanhamento dos efeitos desse processo sempre inacabado. Há uma cartografia em vias de se achar, para acompanhar o processo de experimentação de moldagem dos corpos em seus encontros. Esses corpos de um grupo de professoras, mulheres retirantes, aspirantes a cartógrafas:

[...] atua(m) diretamente sobre a matéria a ser cartografada. No entanto, ele nunca sabe de antemão os efeitos e itinerários a serem percorridos. Na força dos encontros gerados, nas dobras produzidas na medida em que habita e percorre os territórios, é que sua pesquisa ganha corpo. O corpo, aliás, é uma importante imagem no exercício de uma cartografia, corpo que nos remete ao corpo do pesquisador e ao corpo dos encontros estabelecidos (Costa, 2014, p. 67).

Nessa experiência, um devir-oleiro nos toma e desfaz a forma anterior dos corpos-sujeitos-docentes provisórios de si mesmos, aspirantes, desejantes a incorporar uma outra força- corpo a partir dessa mistura de feitos e afetos. Mexer com o barro, sujar as mãos e os pensamentos com a terra do recôncavo foi dando forma a uma artesanaria cartográfica da matéria sensível que dá contornos aos corpos no encontro com a educação. Os movimentos dos rizomas anunciados por Deleuze e Guattari (1995) agitaram, aqueceram os movimentos de desfazer, destruir, rachar e co-criar uma outra força-forma no corpo sensível da formação em saúde na UFRB. Rachaduras na forma-barro estável.

Forças e formas se atravessam em vias de constituir um processo de um eu que se desfaz nos corpos que se coletivizam. Rompemos com o apego e apelo ao eu identitário que se sustenta como o mesmo, tão vigente nas concepções hegemônicas das formações em saúde. Não resistimos ao encanto da multiplicidade e da conjunção “e” que substitui o verbo-ser-identidade. Nas palavras de Deleuze:

[...] os gregos inventam a subjetivação. Não é mais o domínio das regras codificadas do saber (relação entre formas), nem o das regras coercitivas do poder (relação da força com outras forças), são regras de algum modo facultativas (relação a si). [...] O que Foucault diz é que só podemos evitar a morte e a loucura se fizermos da existência um “modo”, uma “arte” (Deleuze, 1992 p. 145).

A filosofia da diferença nos contagia a abandonar a velha forma do eu fixo, estável para a experimentação da variação do corpo e seu processo de subjetivação. Nesse caminho, nos afinamos com o pensamento de Costa (2014): “Trata-se da vida, da subjetividade, de algo que é ao mesmo tempo singular e coletivo, que se faz entre o que é mais íntimo e aquilo que está fora, algo que está sempre em movimento, que nunca é exatamente uma coisa porque está sempre entre”. Nesse movimento, a ética retirante se encontra com a cartografia, uma vez que esta,

É um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (Rolnik, 2006, p. 23).

Indagamos, então: o que desejamos comunicar a partir dessas linhas intercambiantes entre o corpo e a educação que busca ativar a dimensão do sensível? Que sensível é esse que convocamos na formação em saúde e que dá forma e força ao processo de constituição ético e político de um laboratório de sensibilidades, nos moldes de um projeto de extensão universitária? Recorremos ao pensamento de Suely Rolnik (2004), que situa a sensibilidade humana a partir de um duplo exercício do sensível no processo de apreensão do mundo enquanto matéria:

Percepção” e “sensação” referem-se a potências distintas do corpo sensível: se a percepção do outro traz sua existência formal à subjetividade, existência que se traduz em representações visuais, auditivas, etc., já a sensação traz para a subjetividade a presença viva do outro, presença passível de expressão, mas não de representação. Na relação com o mundo como campo de forças, novos blocos de sensações pulsam na subjetividade-corpo na medida em que esta vai sendo afetada por novos universos; enquanto que na relação com o mundo como forma, através das representações, a subjetividade se reconhece e se orienta no espaço de sua atualidade empírica (Rolnik, 2004, p. 2).

Nossa orientação vivencial-teórica vai na contramão da acepção cartesiana, operando um desvio no pensamento hegemônico. Onde se lê: “penso, logo existo, desviamos para o “sinto, logo sou”. Nessa linha, o corpo é tomado por Le Breton (2016) para além da dimensão anátomo-biológica, ou seja, o corpo como:

Profusão do sensível é incluído no movimento das coisas e se mistura a elas com todos os seus sentidos. Entre a carne do homem e a carne do mundo, nenhuma ruptura, mas uma continuidade sensorial sempre presente. O indivíduo só toma consciência de si através do sentir, ele experimenta a sua existência pelas ressonâncias sensoriais e perceptivas que não cessam de atravessá-lo (Le Breton, 2016, p. 11).

Em consonância com esta perspectiva, a educação sensível, alinhada com a perspectiva antropológica encontra “maneira de desapegar-se das familiaridades perceptivas para recapturar outras modalidades de abordagem e sentir a multidão dos

mundos que se escoram no mundo” (Le Breton, 2016, p. 19) ‘produzindo desvios e rupturas nos esquemas dominantes de inteligibilidade, através da invenção de modos inéditos de sentir.

Nossos corpos-docentes em transformação

Colocamo-nos dentro, sentindo e refletindo desde lá, o que nos possibilita produzir conhecimento de forma não apenas situada, mas corporificada, assim como propõe Donna Haraway (1994). Para ela, a corporificação do conhecimento implica em se posicionar, ou seja, compreender que o saber é produzido por corpos e reconhecer sua localização social e política.

Mas não nos referimos aqui a quaisquer corpos. Seguimos com nossa construção do corpo sensível, coadunando com Bruno Latour, quando ele argumenta que ter um corpo é “aprender a ser afetado” (2008, p. 39). Ter um corpo é ser colocado em movimento e em relação a outros corpos - humanos e não-humanos. Ou seja, o autor pretende definir o corpo através de como este se relaciona ou de como se sensibiliza, ao encontrar-se com outros elementos do mundo. Para ele: “O corpo é, portanto, não a morada provisória de algo de superior - uma alma imortal, o universal, o pensamento - mas aquilo que deixa uma trajetória dinâmica através da qual aprendemos a registrar e a ser sensíveis àquilo de que é feito o mundo” (Latour, 2008, p. 40).

Nós seguimos nessa pista e acrescentamos algo específico da nossa concepção de corpo sensível. Nós nos colocamos dentro da experiência enquanto pessoas não apenas possuindo corpos, mas que são corpos atravessados por afetos e, por isso efetutados. Não possuímos corpos porque não estabelecemos com ele uma relação de posse, mas de pertencimento em relação a um todo que não podemos fragmentar, pois, ao ser fragmentado, ele perde sua potência de existir.

Continuamos seguindo nessa pista, mas optamos por construir nossas reflexões em torno do corpo sensível, pois acreditamos que, com isso, podemos nos referir a toda ordem e performance de corpo, não apenas aqueles com a capacidade humana de subjetivar. Pois bem, é reconhecendo nossos corpos sensíveis que nos colocamos na experiência de sentir e estamos atentas aos efeitos disso. Souza e Lima (2017), em sua pesquisa sobre o corpo como interface no aprendizado, nos alertam para a necessidade das educadoras e educadores aprenderem a se sensibilizar com os materiais à sua disposição, humanos ou não, e compreenderem que seus corpos, e não somente o dos alunos, também se ampliaram durante o processo de aprendizagem. E nós temos percebido isso. Nós temos construído isso.

Em meio às retirâncias que compõem nosso processo formativo, muitos trajetos têm sido percorridos. Na composição das atividades realizadas com o SENTIR, que sempre são construídas com o coletivo que compõe o grupo, muitas são os intercessores atuando. Todas nós trazemos e levamos do SENTIR experiências incorporadas e, nesse

movimento, nossas outras inserções na universidade e na vida, de forma geral, vão sendo cada vez mais atravessadas por esse modo de agir com o sensível. Esse sentir que nos toca e que verdadeiramente transborda de nós para todo o fazer docente. Assim, alcança as nossas atividades na UFRB, como o Internato Saúde Mental em Redes (com inserção em Centro de Atenção Psicossocial), o Internato de Saúde Coletiva e Saúde da Família (com inserção nas Unidades de Saúde da Família), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) - interprofissionalidade, o grupo de Saúde do Campo, que abarca tanto a extensão como parte dos internatos, e na Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Esse modo SENTIR de pensar e agir está em todos esses lugares que transitamos. A ética retirante nos acompanha em todos esses diferentes espaços-tempo, pois não conseguimos - e nem gostaríamos de conseguir - deixar esse modo de fazer e existir restrito a um projeto de extensão, como se aquilo só fosse possível ali. Acreditamos na sua potência.

O SENTIR nos mobilizou também a buscar novas possibilidades de conhecimento e proporcionou aproximações e cooperações com uma diversidade de pessoas que agregaram seus saberes ao nosso grupo, como outras/os colegas professoras/es, artistas, militantes, ativistas e profissionais do município e de outras cidades próximas. Desde o início tivemos parceiros que nos inspiraram e contribuíram na trajetória do SENTIR, o contato já citado com o LabSensi-UFPE, que inaugurou um currículo permeado pelo sensível dentro do curso de Medicina, o diálogo com o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia, através do Grupo GENTE - Epistemologias do Encontro e com o CAJU: laboratório de sensibilidades da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, que promovem encontros na formação em saúde baseados na educação sensível e por fim, outra grande e potente inspiração tem sido a parceria com o Laboratório AfeTAR, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com o qual compartilhamos nossas bases epistemológicas (Tsallis et al, no prelo).

Algumas considerações em devir

*[...]
No Nordeste brasileiro
Continuo a caminhada.
Terra de gente sabida,
Unida e arretada.
Aqui cada professorA
É feliz até na dor
E tem criatividade
Na hora de ensinar
Cada aluno a conquistar
Tantas oportunidades.*

Bráulio Bessa

Nesse momento do texto, em que formalmente se esperam considerações finais, trazemos em devir novas questões que têm nos mobilizado e com as quais avançaremos no futuro próximo. Na trajetória até aqui, percebemos a necessidade de investirmos mais em nossa própria formação para o sensível e assim temos feito, cada uma a partir daquilo que mais lhe atravessa e produz sentido, seja pela via acadêmica, fazendo novos cursos e formações, seja pela via das escolhas livres, nos momentos de lazer, de forma amadora e experimental. Privilegiamos e mergulhamos na arte e nas suas infinitas dimensões como a música, a dança, o teatro, a fotografia, o cinema, a poesia, arte-narrativa, a literatura, o cultivo de plantas, as práticas integrativas, a aproximação com os saberes ancestrais e culturais das comunidades do recôncavo baiano, dentre tantas outras. Entendemos que para a/o professora/o trabalhar o corpo sensível, ele não pode se enxergar apartado do processo apenas como um agente transformador do outro, mas estar disponível a desenvolver-se junto. Para tal, é necessário um mergulho no novo e em áreas percebidas como estranhas aos currículos tradicionais.

Esse movimento, entretanto, não acontece de forma tão natural, uma vez que a construção de uma docência e educação reflexiva esbarra também em impasses dos próprios currículos e da própria prática docente, que muitas vezes reforçam o individualismo, uma visão fragmentada e alienada que levam à despolitização dos sujeitos envolvidos (Costa, 2014). Na contramão disso, o SENTIR se alinha ao conjunto de ações dentro da universidade pública que busca romper com o paradigma da formação tradicional em saúde, sendo, portanto, uma escolha democrática e inclusiva, de resistência política aos conservadorismos limitadores presentes em nossa sociedade.

Reconhecemos o valor da extensão na relação com a comunidade e sua potência para ser ponte de passagens para trocas entre esses espaços, e nesse compartilhamento traz inovações numa via de mão dupla. Esperamos que a nossa experiência e reflexões sobre o tema possam inspirar outros grupos a disparar iniciativas de inserção do sensível na formação universitária, em particular na saúde, e que não esteja limitada apenas à extensão, e que o sensível possa ocupar os currículos dos cursos em seus componentes regulares, para que assim tenhamos a composição do quadro docente com outras formações na interface com o campo artístico.

Nessa trajetória de implementação de propostas que modificam a todas e todos envolvidas/os continuamos insistindo nos caminhos errantes de aprender e ensinar, fazendo da vida e da educação uma arte em obra com a dimensão sensível.

Anexo:



Figura 1. Luca. Fonte: SENTIR, Laboratório de Sensibilidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov0_08_2007.html>. Acesso em: 04 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRITO, M. A. M. Relações possíveis entre corpo urbano e corpo subjetivo: a experiência de sujeitos em sofrimento psíquico moradores do Distrito Sanitário da Liberdade, Salvador,

Bahia. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

BUSS, P.M. PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

BESSA, B. Era uma vez um professor. Disponível em: < <http://www.ubuntunoticiasce.com.br/2019/10/cordel-de-braulio-bessa-era-uma-vez-um.html> >. Acesso em: 04 jun. 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dec. 2005.

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

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: G. DELEUZE, Michel Foucault, filósofo. Barcelona, Barcelona, Espanha: Gedisa, 1990, pp.155-161.

CÉSAR, C. Deus me proteja de mim. In; CÉSAR, C. Francisco Forró ¥ Frevo. Brasil, 2008

COSTA, B. L. Uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV - Santa Maria - vol. 7, n.2, p. 66-77 - mai./ago.2014.*

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: _____ Mil Platôs. *Capitalismo e Esquizofrenia*, vol. I. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1995.

_____; _____. O que é a filosofia? Trad. Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____; _____. Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1. Trad. Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. São Paulo: Editora 34, 1995

DELEUZE, G . Conversações. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DESPRET, V. Ces émotions que nous fabriquent. *Ethnopsychologie de l'authenticité*. Paris: Synthelabo, 1999.

DIAS, R. O clown e a arte de perder. In: FONSECA, G. T. M.; ENGELMAN, S. (Orgs.). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

ENSENSI. 1º ENSENSI – Encontro Nacional sobre o Sensível nas Graduações em Saúde. Caruaru, Pernambuco. 2018. Disponível em: <<https://www.qualisensi.com.br/encontro/encontro/apresentacao>> Acesso em: 04 jul 2020.

FUGANTI, L. Devir. In: GALLI, T. M ; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Org.). Pesquisar na diferença um abecedário. Porto Alegre: Sulinas, 2012.

GIL, J. Abrir o corpo. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. (Org.). Corpo, arte e clínica. Porto Alegre: UFRGS, 2004

HARAWAY, D. Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Cadernos Pagu, 5, 1994, pp. 7-41. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>> Acesso em: 04 jul 2020.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In J. A. Nunes & R. Roque (org.). Objetos impuros: Experiências em estudos sociais da ciência (pp. 39-61). Porto: Afrontamento, 2008.

BONDÍA, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. 2002.

LE BRETON, D. Antropologia dos Sentidos. In: _____. (Org.). Introdução. Petrópolis,RJ: Vozes, 2016.

PACHECO, R. A. Sentir é saber: a produção de (re) existências do saber sensível no contexto de uma escola médica. 2019. 147 F. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2019.

PRECIOSA, R. Rumores discretos da subjetividade: sujeito e escritura em processo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010.

RODRÍGUEZ, C.A.; NETO, P.P; BEHRENS, M.A. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v .28, n. 3, set./dez. 2004.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2006.

ROLNIK, S. “Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma. In: FONSECA, G. T. M.; ENGELMAN, S. (Orgs.). Corpo, arte e clínica. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

SOUZA, A.; LIMA, F. C. O Corpo como Interface: Latour e um aprendizado menos afirmativo. Urdimento (UDESC), Florianópolis, v. 3, p. 05-13, dezembro. 2017.

TSALLIS et al. Sobre Afectar: del campo a la escritura como laboratorio. Revista Athenea, 2 (1), 12–13, 2022.

O midiatravismo como reparação histórica e social das protagonistas travestis brasileiras do norte pioneiro do Estado do Paraná: o documentário como direito à construção de novas narrativas na cidade de Londrina

Reginaldo Moreira

Decolonizando o instituído

Este artigo apresenta o documentário como possibilidade de reparação histórica à população de travestis e mulheres transexuais da cidade de Londrina, localizada no norte do Estado do Paraná, na região sul do Brasil. Esta cidade foi fundada há 85 anos, tendo como modelo colonizador, aquele imposto às terras e corpos que já viviam em terras brasileiras quando invadidas pelos portugueses, trazendo todas as marcas brancas, elitistas, eurocentradas, cristãs e heterocisnormativas dos processos de colonização da América Latina.

O significado do seu nome, “pequena Londres”, traz em si todas essas marcas significantes. Londrina se orgulha dos pioneiros de sua construção, produzindo narrativas oficiais constantes, nas mais variadas formas tradicionais, que se vê com frequência nos museus, livros, pesquisas científicas, valorando os colonizadores, porém, invisibilizando as populações subalternizadas neste processo, como pobres, negros, indígenas e a população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers¹⁶, Intersexos, Assexuais e outros gêneros), outras minorias e minoridades (maiorias que são tratadas como se fossem minorias).

O artigo “A reparação histórica e social das protagonistas travestis brasileiras do norte pioneiro do Estado do Paraná: o documentário como direito à construção de novas narrativas na cidade de Londrina”, tem o intuito de contribuir com reflexões sobre gênero, numa interseccionalidade com classe, raça e etnia. Para tanto, emprestamos reflexões da teoria queer, numa perspectiva decolonial.

A teoria queer surgiu como crítica aos efeitos normalizantes das formações identitárias e como probabilidade de agrupamento de corpos dissidentes. Como tal, delineou invenções transgressoras e possibilidades para além da construção binária dos sexos, repensando ontologias, opondo-se às epistemologias hétero que dominam a produção da ciência. Em viagens múltiplas, em movimentos intensos de teorias e pessoas, o queer encontra o pensamento decolonial, uma perspectiva crítica da “colonialidade do poder” – esta, uma estrutura conceitual, política, ética e de gestão das esferas do social que se forjou na Europa nos primeiros séculos de colonização. Na busca de se contrapor às lógicas da colonialidade, apresentando outras experiências políticas, culturais, econômicas e de

¹⁶ Apesar da Teoria Queer reivindicar o lugar de monstro, para além dos enquadramentos da sigla LGBTQIA+, fiz a opção por utilizar o “Q” na sigla, para dar visibilidade, não como forma identitária, mas como tensão às identidades nela contidas.

produção do conhecimento, o pensamento decolonial vem alertando sobre certo direcionamento nas viagens das teorias e sobre uma geopolítica que transforma uns em fornecedores de experiências e outros em exportadores de teorias a serem aplicadas e reafirmadas (Pereira, 2015, p. 412).

A fusão política, ética, queer e decolonial encontrou algumas possibilidades nos modos de fazer da comunicação popular e comunitária. Desta forma, a produção de comunicação aqui apresentada é muito mais que um simples ferramental, mas uma forma de organização e potencialização do próprio movimento social da população T¹⁷ por meio da produção de mídias que lhes dêem visibilidade e as coloque no protagonismo destes processos, ao que estou denominando de midiatravismo. Os documentários produzidos pelas travestis, pioneiras do movimento social na cidade, tiveram o objetivo de reparação ao direito de terem a história contada pelas bocas que a vivenciaram, rompendo a lógica histórica midiática capitalística que, via de regra, privilegia fontes oficiais que são herdeiras de todas as forças colonizadoras já apontadas.

Os tentáculos da transfobia

O Brasil é o país que mais mata a população T no mundo, geralmente por crimes de ódio, de violências explícitas, de transfobia. A expectativa de vida desta população é de 35 anos. O Brasil é o país que mais mata a população LGBTQIA+, geralmente com crimes de intolerância, fúria e LGBTQIA+fobia. O Brasil é o país que mais assassina ativistas sociais, que se colocam na luta pelos direitos humanos e direitos dos seres do meio ambiente para além dos humanos.

Os corpos das travestis e mulheres transexuais são considerados dissidentes, objetos, corpos que não importam, que não têm valor, que não têm direito à vida em sua plenitude, à uma vida dignamente vivível. Esses corpos são incessantemente violentados e classificados como doentes, criminosos, perigosos, monstruosos, não contemplados em políticas públicas, tendo negados seu direito no acesso à uma saúde, à educação, ao trabalho, à moradia, à uma vida afetiva não-clandestina, à participações sociais das mais diversas ordens, à cidadania. Todas essas classificações, disciplinarizações e negações, impõem sobre esses corpos uma morte social em vida e, demasiadas vezes, acabam por exterminá-las fisicamente, por meio de assassinatos transfóbicos, brutais e punitivos. Segundo Butler (2020),

Há alguma maneira de vincular a questão da materialidade do corpo à performatividade de gênero? Como a categoria “sexo” figura no interior dessa relação? Consideremos primeiramente que a diferença sexual é muitas vezes invocada como uma questão de diferenças materiais. Entretanto, a diferença sexual é sempre uma função de diferenças materiais que são, de alguma forma, marcadas e formadas por práticas

¹⁷ A letra T aparecerá ao longo do texto e será utilizada para identificar as travestis e mulheres transexuais.

discursivas. Ao mesmo tempo, alegar que diferenças sexuais são indissociáveis das demarcações discursivas não é o mesmo que afirmar que o discurso produz a diferença sexual. A categoria “sexo” é, desde o início, normativa; é o que Foucault chamou de “ideal regulatório”. Nesse sentido, então, “sexo” não só funciona como norma, mas também é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, ou seja, cuja força regulatória é evidenciada como um tipo de poder produtivo, um poder de produzir – demarcar, circular, diferenciar – os corpos que controla. Assim, “sexo” é um ideal regulatório cuja materialização se impõe e se realiza (ou fracassa em se realizar) por meio de certas práticas altamente reguladas (Butler, 2020, p. 15-16).

Toda essa engrenagem normalizadora, normatizadora, disciplinadora, reguladora e classificatória, categoriza os corpos das travestis e mulheres transexuais como dissidentes, estigmatizando suas vidas como existências de menor valor, pelo motivo de buscarem suas identidades sexuais e de gênero, insubordinadas à ordem estabelecida dos enquadramentos e expectativas regulatórias heterocisgêneras, que visam dominar e controlar os corpos, encaixotá-los em padrões rígidos, segundo seus critérios, para a aceitabilidade social. Os corpos que ousam se desencaixotar e se libertar das amarras normativas, com suas existências plenas de raça, gênero e classe, são castigados violentamente, condenados na maioria das vezes, a pagar com suas próprias vidas.

**As travestis como protagonistas do processo:
o midiatravismo como nova modalidade de expressão midiática**

A produção dos documentários, sendo protagonistas dos processos, como idealizadora e diretora dos vídeos produzidos, fazem a diferença dos demais documentários, geralmente produzidos por terceiros, sobre a vida de outros e outras. Numa relação tradicional de produção de vídeo, em que um cineasta realiza um filme sobre a vida de terceiros, segundo Bill Nichols, há questões éticas de representação do mundo:

O vínculo entre o documentário e o mundo histórico é forte e profundo. O documentário acrescenta uma nova dimensão à memória popular e à história social. O documentário se engaja no mundo pela representação, e o faz de três maneiras. Em primeiro lugar, os documentários oferecem um retrato ou uma representação do mundo que nos é familiar. Pela capacidade que os dispositivos de imagem e som têm de registrar situações e acontecimentos com notável fidelidade, vemos nos documentários pessoas, lugares e coisas que também podemos ver por nós mesmos, fora do cinema. Essa característica, por si só, muitas vezes fornece uma base para que acreditemos no que vemos: vemos o que estava lá, diante da câmera; deve ser verdade (realmente existiu ou aconteceu) (Nichols, 2016, p. 61).

Seguindo sua linha de raciocínio na produção do cinema documentário,

Em segundo lugar, os documentários também significam ou representam os interesses dos outros. Numa democracia participativa, cada indivíduo participa ativamente das decisões políticas, em vez de depender de um

representante. Já a democracia representativa, baseia-se em indivíduos eleitos para representar os interesses do seu eleitorado. Os documentaristas muitas vezes assumem o papel de representantes do público. Eles defendem os interesses de outros, tanto dos indivíduos representados em seus filmes quanto da instituição ou agência que patrocina sua atividade cinematográfica (Nichols, 2016, p. 62).

E acrescenta:

Em terceiro lugar, os documentários talvez representem o mundo da mesma forma como os advogados representam os interesses de um cliente: defendem uma determinada interpretação das provas que temos diante de nós. Neste sentido, os documentários não defendem simplesmente os outros, representando-os de maneiras que eles próprios não conseguiriam; em vez disso, intervêm mais ativamente ou propõem uma interpretação para obter consentimento ou influenciar uma opinião (Nichols, 2016, p. 62).

Para os modos da comunicação popular e comunitária, tais referenciais clássicos caem por terra, uma vez que a figura da documentarista e da própria depoente é a mesma, ou pertencem ao mesmo coletivo de luta social. A construção dos documentários aconteceu a partir do desejo da idealizadora dos vídeos, Christiane Lemes, coordenadora do Coletivo ElityTrans - movimento da população T de Londrina, que ganhou força com a participação das convidadas depoentes e com a participação dos estudantes de graduação e pós-graduação em Comunicação Popular e Comunitária da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

A representação proposta por Nichols (2016) nos processos de realização documental, se neutraliza, uma vez que o próprio coletivo de travestis se apropria das tecnologias necessárias para se auto representarem.

A importância do filme e da auto filmagem é tratada pelo autor transexual, Paul B. Preciado, em seu livro 'TESTO JUNKIE: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica', em que retrata seus processos de transição, relatando como a câmera e as filmagens foram importantes recursos, registrando a morte de uma identidade sexual para seu pleno renascimento em outra.

Diante desta câmera, mais do que visível, “sinto pela primeira vez a tentação de fazer um autorretrato para você”. Desenhar uma imagem de mim mesmo como se fosse você. Fazer você voltar à vida por meio desta imagem. (...) Este livro não tem razão de ser fora da margem de incerteza entre mim e meus sexos, todos imaginários, entre três línguas que não me pertencem, entre você-vivo e você-morto, entre o meu desejo de carregar sua estirpe e a impossibilidade de ressuscitar seu esperma, entre seus livros eternos e silenciosos e o fluxo de palavras que se amontoam para sair através dos meus dedos, entre a testosterona e o meu corpo, entre V. e o meu amor por V. (...) De novo diante da câmera: “Esta testosterona é para você, este prazer é para você”. (...) Não assisto ao que acabo de filmar na mini-DV. Nem sequer a digitalizo. Guardo-a na caixa vermelha

transparente e escrevo na etiqueta: “3 de outubro, 2006. DIA DA SUA MORTE” (Preciado, 2018, p. 21-22).

O esforço de todo trabalho realizado na criação dos documentários talvez esteja focado nos difíceis processos de “abrir as caixas vermelhas transparentes”, citadas por Preciado (2018), e engravidar de novos significados a morte ali descrita, dando vazão à novas vidas, como nos diz o compositor baiano, Gilberto Gil, em sua composição Drão, de 1980:

*“O amor da gente é como um grão
Uma semente de ilusão
Tem que morrer pra germinar
Plantar nalgum lugar
Ressuscitar no chão
Nossa sementeadura”*

E nesse morrer para germinar, foi pautado todo o processo de produção dos documentários, dando visibilidade aos invisíveis, dizibilidades aos indizíveis, por meio de protagonismos fundamentais às representações e representatividades. O processo de elaboração dos documentários, como também suas exposições, são dispositivos de descolonização dos corpos T e garantia a uma memória social, reparando historicamente a participação pioneira e diversa na construção da cidade.

A partir das formas democráticas de participação, a comunicação popular e comunitária viabilizou dispositivos de autoafirmação e resistência, permitindo o registro do legado destas protagonistas, por meio da linguagem audiovisual. As imagens e oralidades foram valoradas através da diversidade de vozes, que rompem com as lógicas de subalternizações impostas, visando os silenciamentos. Esses des-silenciamentos rompem com o emudecimento historicamente imposto à população T, e restabelece o direito de falarem por si mesmas, para além das bocas colonizadoras que nomeiam o mundo.

Os primeiros registros históricos da população LGBTQIA+ constam nos autos de processos policiais e registros médicos. Pela lei, essa população era considerada criminosa, enquanto que para a medicina era enquadrada como doente. Tanto em um meio, quanto no outro, o resultado final era o confinamento nos presídios ou pátios dos manicômios.

Foi somente no ano 1990, que a homossexualidade deixou de ser considerada doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e somente em 2018 foi realocada do capítulo de “transtornos mentais de identidade de gênero” para “condições relativas à saúde mental”. Já a transexualidade, somente em 2019 foi retirada da classificação como transtorno mental, na 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID), para integrar o de “condições relacionadas à saúde sexual”. Foi classificada, no entanto, como “incongruência de gênero”.

É muito importante destacar que as experiências da medicina e as intervenções da polícia no Brasil, somente aconteceram junto à população pobre. Os LGBTQIA+ ricos foram poupados dessas estigmatizações e estavam “protegidos” dos deploráveis métodos empregados. Os LGBTQIA+ sempre foram e continuam a ser representados de forma estigmatizada pela imprensa capitalística, mercantilista, elitizada. Os olhares verticais sobre essa população corroboram para a perpetuação de preconceitos e discriminações.

Como não é difícil de imaginar, a maioria das fontes acerca dos homossexuais masculinos não foi produzida por eles próprios. Com efeito, levando-se em conta os inúmeros preconceitos e perseguições sofridos pelas minorias sexuais, foram raríssimos aqueles que ousaram deixar testemunhos de próprio punho acerca de sua condição, pelo menos até os anos 1960 (Green; Polito, 2006, p. 17).

A partir do final dos anos 70, começam a surgir raras iniciativas de colunas na grande imprensa e parques boletins gays. O jornal Lampião de Esquina, em 1978, logo após o AI-5¹⁸ (Ato Institucional no. 5), durante a ditadura militar, foi fundado por um grupo de homossexuais que conseguiu consolidar um periódico mensal que trazia pontos de vista da população homossexual, para a população homossexual. Ainda assim, não encontramos entre seus editores, a participação de travestis e/ou homens e mulheres transexuais. Apesar de ser uma conquista no campo da comunicação, tanto em termos de representação, quanto de representatividade, mais uma vez as T foram excluídas do processo.

Mais uma vez, notamos que os vídeos do documentário “Meu amor, Londrina é trans e travesti”, reparam historicamente a representação a representatividade da população T no campo comunicacional. O projeto é composto por cinco vídeos das ativistas Melissa Campus, Edison Bezerra (Minibi Balesteiros), Vanessa Murça, Christiane Lemes e Marla Rocha, como também por um documentário geral, que agrega as cinco narrativas. A realização dos documentários teve o objetivo de revelar histórias do início da luta pelos direitos das T e deixar registrado o legado das primeiras ativistas da cidade.

Os documentários foram produzidos em três anos, de forma participativa e democrática, a partir do Projeto de Extensão Universitária “Plataformas Digitais: a produção comunitária de novas narrativas alternativas ao discurso hegemônico, como dispositivo de produção de novos sentidos”, que compõe o Observatório de

¹⁸ AI-5 (Ato Institucional no. 5) decretado em 13 de dezembro de 1968, durante o governo do general Costa e Silva, foi a expressão mais acabada da ditadura militar brasileira (1964-1985). Vigorou até dezembro de 1978. Definiu o momento mais duro do regime, dando poder de exceção aos governantes para punir arbitrariamente os que fossem inimigos do regime ou como tal considerados. É considerada a fase mais drástica da ditadura militar brasileira.

Políticas Públicas e Educação em Saúde. Fizeram parte deste processo, estudantes da graduação e especialização em Comunicação Popular e Comunitária, nas oficinas e práticas laboratoriais da Universidade Estadual de Londrina, coordenadas pelo Professor Reginaldo Moreira. Ao longo de todo o processo de criação, contamos com o envolvimento de cerca de trinta pessoas que participaram de maneira intensa e rodiziada nas funções de produtores, cinegrafista, roteiristas e editores. Os equipamentos utilizados foram dos próprios participantes, uma vez que os disponíveis na UEL se tornaram inacessíveis, por questões burocráticas ou de sucateamento dos aparelhos. Além disso, os custos da produção também foram arcados de forma colaborativa pelo grupo, pois não contamos com instituições de fomento, financiadores ou patrocinadores.

A diretora e idealizadora esteve presente durante todo processo de forma ativa, fazendo com que a equipe pudesse traduzir seus desejos e os do movimento social para a linguagem audiovisual. Assim, em dezembro de 2019, numa das salas do Centro de Educação, Comunicação e Artes da Universidade Estadual de Londrina (UEL), foi lançado o documentário completo numa sessão aberta à toda a comunidade. Ao final da exibição, aconteceu um debate do público com algumas das travestis participantes. No ano seguinte, em 29 de janeiro de 2020, o Coletivo ElityTrans lançou os outros cinco mini-documentários nas plataformas digitais e redes sociais, em comemoração ao Dia Nacional da Visibilidade Trans. Os filmes estão hospedados no YouTube e podem ser acessados por meio dos links:

Christiane Lemes: <https://www.youtube.com/watch?v=e0W05to1XII>

Marla Rocha: <https://www.youtube.com/watch?v=3RI-gEXjLXY&t=19s>

Vanessa Murça: <https://www.youtube.com/watch?v=3z7x08tNZjM>

Melissa Campus: <https://www.youtube.com/watch?v=BCRa0iX3pM8>

Edison Bezerra (Minibi Balesteiros):

<https://www.youtube.com/watch?v=rbOloSg83GM&t=17s>

Documentário completo: https://www.youtube.com/watch?v=cM_DDzZsbZU

A comunicação popular e comunitária, foi um dispositivo importante de acessibilidade e participação, com a disponibilização de tecnologias e parcerias necessárias para realização dos filmes. A contra hegemonia presente nos pressupostos da comunicação empregada, revelam as narrativas histórias das travestis e mulheres transexuais, que estavam sendo invisibilizadas, rompendo as lógicas dominantes capitalísticas de pontos de vista colonizadores, elitistas, brancos e heterocisnormativos, de quem registra, preserva e difunde a história oficial. O conteúdo dos vídeos é crítico e emancipador das relações de poder que as oprime e mata. Refletindo sobre o aspecto crítico-emancipador da comunicação popular, Peruzzo reflete:

Ela encerra uma crítica da realidade e um anseio de emancipação, na luta por uma sociedade justa. Como produto de uma situação concreta, seu conteúdo, nos últimos anos, é essencialmente configurado por denúncias de condições reais de vida, oposição às estruturas de poder geradoras de desigualdades, estímulo à participação e à organização, reivindicações de acesso a bens de consumo coletivo etc. (Peruzzo, 1998, p. 125)

No tocante aos aspectos comunitários do que produzimos, podemos considerar “uma importante alternativa para se contrapor ao monopólio midiático imposto pelas grandes corporações nacionais e internacionais de comunicação” Miani (2006). A ruptura subversiva aos modos capitalísticos de produção midiática das grandes corporações, faz com que os documentários revelem outras formas de comunicação, gerando sentidos e pertencimentos aos participantes, numa contra-hegemonia mercadológica, que tomam a comunicação como valor de troca.

De maneira mais decisiva, a contribuição da comunicação comunitária ao processo de disputa pela hegemonia no campo da comunicação se efetiva no momento mesmo em que possibilita uma ruptura com a concepção e o modo de fazer comunicação das grandes empresas do setor, que configuram o monopólio midiático. As experiências comunicativas derivadas de uma comunidade se desenvolvem a partir de valores e objetivos que rompem, na sua grande maioria, com a natureza restrita do produto comunicativo imposto pelas corporações midiáticas, tomado como mercadoria dotada essencialmente de valor de troca. Na comunicação comunitária, o valor de uso é reabsorvido e ganha novos sentidos e contornos na dinâmica da produção e circulação de informações entre os integrantes de uma determinada comunidade (Miani, 2016, p. 230).

Esses modos participativos de produção de comunicação cidadã, midiativista, midialivrista, radical, emancipadora, independente, alternativa, são essencialmente contra-hegemônicos. A esta comunicação utilizada no projeto, denominei de midiatravismo, uma vez que coloca no centro de produção midiática as travestis, que falam por si mesmas, sem interferência de editores e sem as marcas estigmatizadoras que as mídias produzem sobre suas vidas, as representando, via de regra como pessoas perigosas, criminosas ou doentes. O midiatravismo possibilita que as bocas que falam sejam as das próprias travestis e não que outras bocas falem por elas. Revelam seus lugares de fala, a partir das realidades vividas e da estética dos seus viveres. O midiatravismo é um movimento de desconstrução de velhos mundos, para o surgimento dos novos potentes mundos, amplos de significados, em que todos os corpos caibam e sejam contemplados por políticas públicas e uma vida digna. O midiatravismo se apresenta como um dispositivo de comunicação, possibilitando acessos, participações, produções e veiculações insurgentes, para que homens e mulheres transexuais e travestis possam proclamar suas existências, a beleza de suas vidas, dos seus lugares de pertencimento e de suas existências únicas, plurais, diversas; que possam reivindicar a garantia de seus mais amplos direitos e, principalmente, o seu direito à uma vida vivível.

Considerações finais: os filmes como força motriz de potências e resistências

Os documentários foram importantes disparadores de reparação histórica na memória da cidade de Londrina/PR, evidenciando a participação social ativista das travestis e mulheres transexuais na construção pioneira da cidade. Os filmes são dispositivos de decolonização necessários para a construção de uma nova sociedade, que seja mais diversa e que contemple todos que dela fazem parte, inclusive as

populações consideradas como minorias e quase nunca valoradas oficialmente em suas contribuições.

Os pressupostos populares e comunitários de comunicação, como a participação de forma democrática e o protagonismo na criação dos filmes, possibilitou o registro audiovisual das novas narrativas. A produção contra hegemônica subverteu as lógicas capitalísticas de comunicação como mercadoria, focadas no valor de troca. A esta nova forma de comunicação, que coloca a população T no eixo disparador das decisões, o microfone em suas bocas e as câmeras em suas mãos e voltadas para elas mesmas, denominei midiatravismo. A partir dela, a cena principal passa ser ocupada pela população T, estigmatizada historicamente pela mídia hegemônica.

As contribuições dos vídeos são múltiplas e abrangem os mais variados aspectos sociais, econômicos, científicos e históricos, uma vez que possibilitam a criação de uma nova imagem social das T. A reparação histórica, as novas imagens no imaginário social, têm o intuito de desencadear e ampliar os acessos e o direito à saúde, o direito de decidir sobre o próprio corpo, a sexualidade, identidade, nome social, moradia, escola, trabalho. Esses direitos básicos, ainda negados à maioria delas, impactam diretamente nos aspectos econômicos e na autonomia para uma vida digna, uma vez que não conseguem ser admitidas no trabalho formal, e quando conseguem, têm que se resignar às funções que lhes são socialmente autorizadas: trabalhos no âmbito da estética, da moda, da faxina. E é para a rua e para a prostituição que a maioria delas é empurrada, onde conseguem continuar a sobreviver. Porém, o alto grau de vulnerabilidade a que são expostas, traz consigo todas as formas de violência: do narcotráfico, das ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), do HIV/AIDS, dos assassinatos em crimes de intolerância e ódio.

Os documentários possibilitaram que as bocas dos corpos decoloniais pudessem falar por si mesmas, tensionando o domínio, nos mais diversos campos. O midiatravismo instaura novos modos de existências coloridas, diversas e plurais. Esta forma subversiva de mídia participativa, tem o papel fundamental de denunciar os terrorismos sexistas, feminicistas, classistas, machistas, racistas, lgbtqia+fóbicos, transfóbicos, coloniais. Os documentários, produzidos e lançados antes da pandemia do coronavírus, denunciam uma normatização de uma violência institucionalizada, para qual não desejamos voltar. Todo o projeto contribui para que as travestis proclamem que continuarão a resistir, com produções de vida múltiplas e diversas. E ao revés das normatizações, que as classificam como vidas frágeis, em seu sentido pejorativo, as travestis e mulheres transexuais revelam que essas precariedades também são força motriz de resistências.

Os filmes têm a potência de ampliar a alteridade, possibilitar convívios em que as diferenças e as diferentes possam ser consideradas como riqueza. Não é possível tolerar a desvalorização de vidas, a classificação de vidas que têm valor e as que podem ser

descartadas. Não é possível continuar a tolerar uma sociedade que normaliza que travestis e mulheres transexuais sejam mortas aos 35 anos. Os vídeos denunciam a necessidade emergente de desnaturalizar os crimes e as pessoas assassinadas; desta condenação à morte social e física, que é imposta à população T. Os filmes revelaram essas vidas que, mesmo desprezadas pela maquinaria do capital, resistem, insurgem pela instauração do sobreviver e pelas lutas dos movimentos sociais. Estes corpos negligenciados pelo poder hegemônico, higienista, fascista, destruidor de direitos, massacrador de sonhos e outros mundos possíveis, têm nos documentários mais uma forma de se insurgirem e revelarem novas potências que ainda estavam invisibilizadas.

Referências

BUTLER, J. *Corpos que Importam: os limites discursivos do “sexo”*. São Paulo: n-1 edições, 2020.

GREEN, J. & POLITO, R. *Frescos Trópicos: fontes sobre a homossexualidade masculina no Brasil (1870-1980)*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.

NICHOLS, B. *Introdução ao documentário*. Campinas/SP: Papirus, 2016.

MIANI, R. A. Os pressupostos teóricos da comunicação comunitária e sua condição de alternativa política ao monopólio midiático. *Intexto*, Porto Alegre, UFRGS, v.02, n.25, p. 221-233, 2011.

PERUZZO, C. M. K. *Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1998.

PRECIADO, P. P. *TEXTO JUNKIE: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. São Paulo: n-1, 2018.

Como a(r)mamos nossa pesquisa: a disruptura das amarras de nossas âncoras para um navegar nos fluxos

*Reginaldo Moreira
Maria Angelica de Melo Rente*

A linha de pesquisa em Psicossociologia da saúde e comunidades se caracteriza pela produção coletiva de aprendizados e saberes. Os encontros da disciplina reúnem não só discentes de pós-graduação do Programa EICOS, mas também pesquisadoras-es de outras linhas de pesquisa, de outras instituições, assim como uma variedade de docentes ligados à linha. Essa multiplicidade de corpos, de experiências e de visões, de formações e atuações profissionais, os agenciamentos produzidos pelos encontros entre essas diversas vidas e as multidões que as compõem têm resultado em uma potência de invenção incrivelmente inovadora, produtora de transformações e novidades no campo da investigação acadêmica.

Orientada pelo princípio da Micropolítica do Cuidado, a linha recorre à pesquisa cartográfica (Rolnik, 2016) como condutora das reflexões, permitindo registrar as paisagens afetivas que se formam a partir das afecções vividas no campo, nas interlocuções com as demais pessoas que participam dos encontros da disciplina, assim como nas intercessões com os autores lidos e comentados. Foi seguindo os princípios da cartografia, a partir das produções resultantes dos encontros vivos entre pesquisadoras-es e intercessoras-es, que os materiais presentes nesta edição dos Cadernos EICOS foram produzidos.

Como disparador das conversas férteis que resultaram nas reflexões compartilhadas na primeira parte, tivemos o texto-matriz produzido por um dos coordenadores da linha, Emerson Merhy: *Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde (1997)*.

Nós que a(r)mamos nossas construções coletivas a partir dos encontros, esse ano fomos pegos pelo confinamento social, na realidade pandêmica. Como furar o muro, achar a dobra, e enfim encontrar com o outro, nesta rede disparadora de afecções, que é fluxo a partir do e, a partir do entre, que ganha força motriz por meio desta correnteza que se forma quando os encontros se dão. Foi um desafio e desconfinamos remotamente. Os encontros virtuais foram engravidados de sentidos tão potentes, que somados ao desejo de tantos e tantas, impulsionaram a pesquisa afetiva, mesmo que num ferramental inusitado, porém possível, que se revelou também potente, porque nada impede a força do encontro, quando se está disposto a ele, nem mesmo a distância. Ao contrário, o que a tecnologia nos proporcionou foram possibilidades outras de reunirmos pessoas de cantos distantes, que presencialmente talvez não fosse possível.

Mais uma vez fomos surpreendidos pelo novo, que se dá pelo contexto. Nunca há previsibilidade neste encontro, pois depende de tantas variáveis. Não há um caminho

traçado. Não há receitas. O passo a passo é aquele que se dá junto, se dá com, se dá em ato. E para o caminhar caminhando não há medidas exatas. Há sensibilidades acionadas, para que possamos sentir o outro e imprimir um ritmo conjuntamente.

É como estar à deriva num processo de atravessamento de uma margem à outra desse rio que é fluxo contínuo, como bem nos lembra Deleuze e Guattari (1996), ao buscarem palavras para definirem o rizoma. O processo da pesquisa é rizomático, é cartográfico. Pode ser visto como a travessia de um rio. Com qual barco, jangada, canoa ou nado livre atravessaremos de uma margem a outra?... Ao mirarmos o outro lado da margem, a água nos leva em sua correnteza e nos deixa vulneráveis sempre. E o encontro é a potência da vulnerabilidade e da fragilidade!

Para a travessia é preciso se liberar do peso da âncora. Se quisermos navegar, de fato, teremos que deixar a segurança do porto. Mesmo que isso implique em sensações de inseguranças, da falta de uma rota traçada. A viagem só começa quando nos deixarmos fluir e fruir. O planejar nunca está dado à priori, mas se cria no processo do navegar.

Caso estejamos com a sensação de muita segurança nos processos dos encontros, podemos correr o risco de estarmos mais propensos a colonizar o outro, que realmente encontrá-lo. Estar perdido no processo é importante sinal que tenhamos soltado a âncora. Para navegarmos nos territórios dos encontros, é fundamental que deixemos os pesos para trás. Nos territórios acidentados, nas ambiências tão diversas, é que a pesquisa se faz com a força revolucionária das descobertas. É preciso o acidente geográfico intenso, para que tenhamos a beleza da cachoeira (Moreira, 2014). Só neles elas nascem. E quanto mais acidentado o território, mais intensa a queda de exuberante de suas águas.

Em *A Paixão segundo G.H.*, Clarice Lispector (1964/2020) traz o conflito da personagem que deve abandonar uma terceira perna, ou a sensação de uma terceira perna, inexistente, mas que a impedia de caminhar. Para caminhar precisamos perder a insegurança do tripé. Para o caminhar, necessitamos somente de duas pernas. E abandonarmo-nos no essencial exige que o pesquisador esteja preparado para improvisar, não no sentido de fazer de qualquer jeito, ou qualquer coisa, mas é preciso estar pronto para ser e estar na medida da demanda do contexto. E esse contexto é construído com o outro. Só se dá a partir deste encontro.

Na potência do que pode um encontro, faz-se necessário desvestir-se das roupagens que usamos em nossas representações, para que novas possibilidades surjam. Estar nu, em relações horizontalizadas, sem verticalizar e ou deixar ser verticalizado pelo outro. Os encontros são rizomáticos. Exigem sensibilidade ativada o tempo todo, para além das palavras, os sentires; para além do que já esteja dado, os devires. O encontro se estabelece primeiramente entre os corpos vibráteis. Entre eu e o outro existe um campo de vibração que só enxerga quem estiver sensível a ele. Ali onde não sou eu, nem

o outro, onde somos nós. Porém somos eu e o outro, ou os outros. Nesse campo imaterial, vibracional, é que disparam novas possibilidades de mundo.

Referências

DELEUZE, G.; GUATTARRI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 3. São Paulo: Ed. 34, 1996.

LISPECTOR, C. A paixão segundo G.H. 1a ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1964/2020.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, Emerson E, Onocko, Rosana. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec /Buenos Aires: LugarEditorial, 1997.

MOREIRA, R. A Comunicação como dispositivo terapeutizante: mais mediação, menos medicação. Rio de Janeiro: Rizoma Editorial, 2014.

ROLNIK, S. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2ª Edição, Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016.



Sobre os autores

Adelle Conceição do Nascimento

Psicóloga sanitária. Residência multiprofissional de Interiorização da Saúde, saúde coletiva e educação permanente em saúde. Analista bioenergética em formação. adellenascimento@gmail.com.

Ana Lúcia de Grandi

Enfermeira, especialista em Saúde Mental, mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. Docente Adjunta do Universidade Estadual do Norte do Paraná.

Ana Maria Freire

Cirurgiã Dentista e Fonoaudióloga. Especialização em Gestão em Saúde e Gestão da Atenção Básica (EESP/Bahia). Mestrado em Saúde Pública, com Doutorado em Saúde Pública sanduíche no CESSP/Université Paris I, CNRS, EHESP, Paris, França. Docente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. ana.freire@ufba.br

Andressa Ambrosino Pinto

Enfermeira. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde (EEAAC/ UFF) 2023. Professora do Centro Multidisciplinar UFRJ- Macaé/ Instituto de Enfermagem.

Arthur Arruda Leal Ferreira

Psicólogo(UFRJ). Doutor em Psicologia (Psicologia Clínica). Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e dos programas de Pós-Graduação em Psicologia e Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Psicologia (UFF) e em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia (HCTE/UFRJ).

Bárbara Victor Souza

Psicóloga pela UFRJ.

Clarissa Terenzi Seixas

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais pela Université Paris Descartes - Sorbonne V. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Université Paris Cité. Pesquisadora da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde/ UFRJ e do Laboratoire ECEVE/Inserm UMR S-1123. clarissa.terenzi-seixas@u-paris.

Daiana Ribeiro

Médica de Família e Comunidade PRMMGFC-UFRB; Tutora da especialização em MFC do PMMB/Parceria da UNASUS com a UNIFESP.

Débora Cristina Bertussi

Professora Doutora Universidade Municipal de São Caetano do Sul/Campus Bela Vista,

São Paulo, SP Brasil e Pesquisadora do Observatório de Políticas Públicas de Saúde e Educação. Email: dbertussi@gmail.com.

Emerson Elias Merhy

Médico, mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1983), e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1990). Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde, pela Unicamp (2000). Professor Titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 2012, Campus-Macaé, aposentado em 2023. Professor Doutor Honoris Causa da Universidade Nacional de Rosario, Argentina, desde 2019. Professor do Mestrado Profissional em APS da UFRJ. Professor Permanente da Pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ - EICOS, até a aposentadoria.

Flávia Fasciotti Macedo Azevedo

Psicóloga, Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental IPUB/UFRJ- Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Psicóloga da Fundação Municipal de Saúde de Niterói-RJ, Membro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ(2010-2023). flaviafasciotti@gmail.com.

Heloisa Elaine dos Santos

Psicóloga, mestre e doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pesquisadora do grupo Micropolítica e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Observatório de Políticas Públicas de Saúde e de Educação em Saúde. heloisaes1103@gmail.com.

Helvo Slomp Junior

Médico. Doutor em Medicina. Professor associado do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e professor permanente da Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. helvosj@gmail.com.

Higor Theobald Seabra da Cruz

Psicólogo. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica (PPGTP/ UFRJ.) Integra o Núcleo de Estudos em Clínica da Contemporaneidade (NEPECCUFRJ), membro participante do grupo República Psicanálise.

José Carlos Lima de Campos

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Diretor administrativo do IPUB/UFRJ. Membro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ-IPUB. Professor Assistente do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos- UNIFESO. Doutorando EICOS-UFRJ.
E-mail: josecarlos@ipub.ufrj.br.

Josiane Vivian Camargo de Lima

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Pesquisadora do Observatório de Políticas Públicas e Educação em Saúde, integrante da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, Professora adjunta aposentada da Universidade da Universidade Estadual de Londrina. josivivian@gmail.com.

Juliana Garcia Gonçalves

Psicóloga. Doutora e Mestre em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Analista Sênior em Ciência e Tecnologia com ênfase em Desenvolvimento Institucional vinculada ao Ministério da Saúde. Atuou no Instituto Nacional de Câncer entre 2011 e 2020 em áreas da coordenação da assistência, ensino e pesquisa. julianag.garcia@fiocruz.br.

Juliana Sampaio

Psicóloga, Mestre em Serviço Social pela UFPE e Doutora em Saúde Pública pela Fiocruz/Recife. Professora Titular do Departamento de Promoção da Saúde, do Mestrado de Saúde Coletiva e do programa (mestrado e doutorado) em Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). julianasmp@hotmail.com.

Kathleen Tereza da Cruz

Médica. Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Professora Adjunta do Curso de Medicina - UFRJ/Macaé. Professora efetiva do Programa de Pós graduação em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social - IP/UFRJ. cruz.ufrj.macaee@gmail.com.

Karla Santa Cruz Coelho

Médica. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pela UFRJ. Pós-Doutorado em Psicossociologia e Ecologia Social (EICOS). Professora Associada da UFRJ/Macaé; do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde da UFRJ; e docente permanente do EICOS/IP/UFRJ. karlasantacruzcoelho@gmail.com.

Kátia Santos de Oliveira

Fisioterapeuta, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (2014) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (2019). Promotora de Saúde Pública - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina-PR.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Médica, livre-docente em Saúde Pública, professora associada do Departamento de Política, Gestão e Saúde da USP, São Paulo. Coordenadora do grupo Micropolítica e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. laura.macruz@usp.br

Laura Petrenko Dória

Estudante de psicologia- Instituto de Psicologia, UFRJ.

Larissa Ferreira Mendes dos Santos

Psicóloga, mestra e doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Atua no cuidado em saúde mental. Pesquisadora do grupo Micropolítica e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Observatório de Políticas Públicas de Saúde e de Educação em Saúde. Email: larissafmendess@gmail.com.

Leandro Dominguez Barretto

Doutor em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA), onde coordena o Programa de Extensão Aliança de Redução de Danos “Fátima Cavalcanti” (ARD-FC/UFBA). ldb.leandro@gmail.com.

Leiliana Maria Rodrigues dos Santos

Enfermeira, Graduada em Enfermagem e Licenciatura pela UFF. Enfermeira Servidora do IPUB-UFRJ. Mestre em Atenção Psicossocial IPUB-UFRJ (2016-2018). Doutoranda EICOS-UFRJ. E-mail: leiladauff@yahoo.com.br

Letícia Gomes Canuto

Historiadora. Mestre em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia (HCTE), ambas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é graduanda em Psicologia nesta mesma universidade.

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes

Psicóloga. Mestra em Psicologia Social (UFS) e doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social(EICOS/UFRJ). Professora na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), atuação no Internato em Saúde Mental em Redes do curso de medicina e na coordenação do SENTIR: Espaço de vivências do sensível na formação em saúde: laboratório de sensibilidades. lidianeguedes@ufrb.edu.br.

Luciano Bezerra Gomes

Médico. Residência em Medicina Preventiva e Social, Mestrado e Doutorado em Clínica Médica. Professor do Departamento de Promoção da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. lucianobgomes@gmail.com.

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Fisioterapeuta, mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Ciências da Saúde UNB/UFG/UFMS. Realizou estágio Pós-Doutoral no Programa de Pós-Graduação de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora associada da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. mara.santos@ufms.br.

Marcus Vinícius do Amaral Gama Santos

Psicólogo e Filósofo(UFRJ). Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (PPGP-EICOS-(IP-UFRJ). Desde 2023, é Professor Substituto do Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP-UFRJ).

Marilia Cristina Prado Louvison

Médica, doutora em Saúde Pública, professora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.
mariliacpl@usp.br.

Maria Paula Cerqueira Gomes

Doutora em Psiquiatria-Psicanálise-Saúde Mental/UFRJ, Professora titular da UFRJ. Professora do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ. Professora da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ - EICOS. Membro do colegiado de coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ E-mail: paulacerqueiraufjr@gmail.com.

Mateus dos Santos Martins

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudioso de temáticas voltadas para História da Psicologia, Cognição e Vegetoterapia pós-reichiana. Integrante de equipe de Iniciação Científica “Atenção conjunta, afetividade e aprendizagem escolar”.

Monique Brito

Psicóloga, Sanitarista e Especialista em Saúde Mental (2009) pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Mestra em Saúde Coletiva/Comunitária. Professora na Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio das Ostras. Doutora em Psicologia Social UERJ/ Université Paris 13. moniqueamb@id.uff.br.

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.

Rafael de Souza Lima

Psicólogo. Mestrado em Psicologia. Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atua principalmente nos seguintes temas: teoria ator-rede, epistemologia política, saúde mental e psicoterapias.

Regina Melchior

Enfermeira, doutora em Saúde Pública, Docente associada da Universidade Estadual de Londrina-PR. reginamelchior@gmail.com.

Reginaldo Moreira

Poeta existencial das ficções políticas. Estranho corpo exilado a procura de pontes. Jornalista, gerontólogo, cozinheiro, virginiano (ascendente em peixes), docente da graduação e pós-graduação em Comunicação da UEL. Pesquisador da DECO, Entretens e Observatório Nacional de Políticas Públicas e Educação em Saúde. Filho da Santina e do Manoel, de Xangô e Yemanjá, Virgem com ascendente em Peixes... pai do Tom Zé, minha família queer interespecie. Email: regismoreira@uel.br

Rossana Staevie Baduy

Enfermeira, doutora em Ciências, Docente aposentada da Universidade Estadual de Londrina-PR. robaduy@gmail.com.

Sabrina Nunes Dias da Silva Barbosa

Administradora, estudante de Psicologia. doutoranda em Ciências Ambientais e Conservação. Coordenadora de Planejamento em Saúde e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Macaé-RJ, e do Projeto PET Saúde Interprofissionalidade. sabrysadm@gmail.com.

Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix

Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva pela UEL, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela UNIVALI, Especialização em Fisioterapia Neurológica. Docente Adjunta do Depto. Saúde Coletiva Vane DESC da UEL, e da Residência Multiprofissional Saúde da Família da UEL.

Thayane Pereira da Silva Ferreira

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde Coletiva pela UFPE e Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFRN. Tem experiência em Pesquisa sobre Atenção Primária a Saúde, Educação em Saúde, Saúde Mental, e Políticas Públicas de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Yuri Coutinho Vilarinho

Psicólogo (UFRJ), Mestre em Saúde Coletiva (IMS-UERJ) e Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. yurivilarinho@gmail.com.



SÉRIE MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E O CUIDADO EM SAÚDE, V. 26
SÉRIE CADERNOS DO EICOS 2024



MICROPOLÍTICA E PSICOSSOCIOLOGIA DA **SAÚDE** **AS REDES VIVAS E O CUIDADO**

Organização:

Helvo Slomp Junior

Maria Paula Cerqueira Gomes

Nereida Lúcia Palko dos Santos

Kathleen Teresa da Cruz

Emerson Elias Merhy

Reginaldo Moreira



editora
redeunida

Programa 
EICOS