

Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

MOVIMENTOS MICROPOLÍTICOS

15 anos do Grupo de Pesquisa
Trabalho e o Cuidado em Saúde

ORGANIZADORES

Regina Melchior

Rossana Staeve Baduy

Maira Sayuri Sakay Bortoletto

Josiane Vivian Camargo de Lima

Thalita da Rocha Marandola

Luiz Gustavo Duarte

editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Regina Melchior
Rossana Staevie Baduy
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Josiane Vivian Camargo de Lima
Thalita da Rocha Marandola
Luiz Gustavo Duarte

Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

MOVIMENTOS MICROPOLÍTICOS: 15 anos do Grupo de Pesquisa Trabalho e o Cuidado em Saúde

1ª Edição
Porto Alegre
2026



Copyright © 2026 by Regina Melchior, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Rossana Staevie Baduy, Josiane Vivian Camargo de Lima, Thalita da Rocha Marandola, Luiz Gustavo Duarte e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição-NoComercial-Compartilhado 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede Unida
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, 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, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, 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);
Érica 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 Nicoli (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

Carolina Araújo Londero

Revisão

Ana Lúcia Abrahão da Silva

Clarissa Terenzi Seixas

Helvo Slomp Junior

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Daniel Emilio da Silva Almeida

Nereida Lúcia Palko dos Santos

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Arte Capa

Kathleen Tereza da Cruz

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M935

Movimentos micropolíticos: 15 anos do Grupo de Pesquisa Trabalho e o Cuidado em Saúde / Regina Melchior; Maira Sayuri Sakay Bortoletto; Rossana Staevie Baduy; Josiane Vivian Camargo de Lima; Thalita da Rocha Marandola; Luiz Gustavo Duarte (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

190 p. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 28).

E-book: 3.5 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-288-2

DOI: 10.18310/9786554622882

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Pesquisa em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 525-590

CDU 614.2

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede Unida
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





AGRADECIMENTOS

À Kathleen Tereza da Cruz, amiga e parceira de pesquisas, que gentilmente fez a cessão da figura que ilustra a capa do livro

Às agências financiadoras de nossas pesquisas (CNPq, Fundação Araucária e CAPES)

A todos, que diretamente e indiretamente fizeram parte de nossas pesquisas e reflexões, em especial aos usuários dos Sistema Único de Saúde e os trabalhadores de saúde, que sempre foram nossos guias nos complexos caminhos do cuidado em saúde, antes mesmo de denominá-los assim!

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
BD	Becton Dickinson
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DC	Diário Cartográfico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
e-Multi	Equipes Multiprofissionais
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HU	Hospital Universitário
IT	Itinerário Terapêutico
LCMI	Linha de Cuidado Materno Infantil
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias
PcD	Pessoa com Deficiência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAF	Síndrome Antifosfolípídica
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SID	Sistema de Internação Domiciliar
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCS	Grupo de pesquisa “Trabalho e o Cuidado em Saúde”.
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCG	Usuário Cidadão Guia
UG	Usuário-guia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
-------------------	----

PREFÁCIO

SERÁ POSSÍVEL PRODUZIR VIDAS-OUTRAS NOS INTERSTÍCIOS DO FORTE CAMPO DE FORÇAS INSTITUÍDO? ISSO NÃO SE RESOLVE NA CONVERSA. SÓ NA AÇÃO. NO ENCONTRO	15
--	----

Emerson Elias Merhy

CAPÍTULO 1

UM COLETIVO E SEU DEVR PESQUISADOR	19
--	----

Luiz Gustavo Duarte, Rossana Staevie Baduy, Josiane Vivian Camargo de Lima, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Thalita da Rocha Marandola, Regina Melchior

CAPÍTULO 2

A PRODUÇÃO DE VÍNCULO E CUIDADO EM SAÚDE NOS INTERSTÍCIOS DOS PROTOCOLOS: UM FINAL OBSTÉTRICO FAVORÁVEL.....	45
--	----

Célia Maria da Rocha Marandola, Thalita da Rocha Marandola, Talytah Thaís Costa Guarche, Ana Paula Marson, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Nereida Lúcia Palko dos Santos, Rossana Staevie Baduy, Josiane Vivian Camargo de Lima, Regina Melchior

CAPÍTULO 3

O MODELO BIOMÉDICO E O TRABALHO COLETIVO CENTRADO NO CUIDADO: UMA DISPUTA NA ATENÇÃO BÁSICA	66
---	----

Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix, Célia Maria da Rocha Marandola, Thalita da Rocha Marandola, Talytah Thaís Costa Guarche, Ana Paula Marson, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Nereida Lúcia Palko dos Santos, Rossana Staevie Baduy, Josiane Vivian Camargo de Lima, Regina Melchior

CAPÍTULO 4

CUIDADORES INVISÍVEIS: UMA ABORDAGEM CARTOGRÁFICA ... 83

Ana Lúcia De Grandi, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix, Kátia Santos de Oliveira, Rossana Staevie Baduy, Josiane Vivian Camargo de Lima, Regina Melchior

CAPÍTULO 5

A APOSTA NA VIDA É O CRITÉRIO DOS ANÔMALOS: UMA CARTOGRAFIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR..... 101

Silas Oda, Josiane Vivian Camargo de Lima, Helvo Slomp Junior, Rossana Staevie Baduy, Regina Melchior, Maira Sayuri Sakay Bortoletto

CAPÍTULO 6

ARTE NO AGENCIAMENTO DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO 118

Flávia Maria Araujo, Regina Melchior, Clarissa Terenzi Seixas, Maria Lucia da Silva Lopes, Alberto Durán González, Maira Sayuri Sakay Bortoletto

CAPÍTULO 7

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: AS MARCAS SOCIAIS E AS NORMATIVAS QUE LIMITAM O CUIDADO 148

Desirée Ariane Modos Figueira, Clarissa Terenzi Seixas, Josiane Vivian Camargo de Lima, Nereida Lúcia Palko dos Santos, Rossana Staevie Baduy, Regina Melchior, Maira Sayuri Sakay Bortoletto

POSFÁCIO

FRAGMENTOS DE NOSSOS DIÁRIOS 172

O MORRER: MINHA AFETAÇÃO 173

Lais Garcia Formicoli, Thalita da Rocha Marandola, Regina Melchior

NOVIDADES DA VIDA: PESQUISA MUITO DESLOCADORA VIU... QUE PROCESSAMENTO DIFÍCIL!!! 177

Stela Mari dos Santos, Maira Sayuri Sakay Bortoletto

SOBRE OS ORGANIZADORES E AUTORES..... 180

ÍNDICE REMISSIVO 185



APRESENTAÇÃO

Nestes textos, tecidos por diferentes espaços, tempos e mãos, celebra-se a trajetória de 15 anos do Grupo de Pesquisa Trabalho e o Cuidado em Saúde, da Universidade Estadual de Londrina. Longe de limitar-se a um resgate histórico que demarque um percurso e declare “chegamos até aqui”, a obra afirma-se como expressão de um movimento contínuo. Não há ponto de chegada: há a reinvenção constante das práticas de pesquisa e de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), onde o instituído é permanentemente desafiado.

Ao longo dos capítulos, o leitor é convidado a mergulhar na micropolítica do trabalho vivo em ato, explorando como a produção do cuidado acontece nas tensões cotidianas e nas disputas de projetos que atravessam a saúde pública. Nestas páginas, encontram-se escritos de teor acadêmico que buscam inventar, de modo insistente, novos modos de expressão da produção de conhecimento, afastando-se da neutralidade científica tradicional e recusando a separação entre sujeito e objeto, pois os autores se assumem como pesquisadores *in-mundo*.

Diante dos desafios contemporâneos, muitas vezes marcados por uma aposta na necropolítica, esta coletânea lança flechas intensivas contra tais “pregadores da morte”, como diria o Zaratustra, de Nietzsche. Fundamentada na premissa inegociável de que “toda vida vale a pena”, a obra se apresenta como um dispositivo ético e político que convoca a desaprender o instituído e a reconhecer a força instituinte das existências. Assim, aposta na construção de vínculos e redes vivas que sustentem, no cotidiano, a defesa radical da vida em sua multiplicidade.

PREFÁCIO

SERÁ POSSÍVEL PRODUZIR VIDAS-OUTRAS NOS INTERSTÍCIOS DO FORTE CAMPO DE FORÇAS INSTITUÍDO? ISSO NÃO SE RESOLVE NA CONVERSA. SÓ NA AÇÃO. NO ENCONTRO

Emerson Elias Merhy

Médico sanitaria, professor aposentado da UNICAMP e da UFRJ

Talvez essa seja a questão-chave das produções que compõem esse livro e me parece ser algo substancial, hoje, para entendermos possibilidades de gerarmos novos modos de existir que não sejam sobreimplicados com maneiras de viver que pedem a eliminação de vidas-outras que não se espelham identitariamente com vidas-mercadorias e vidas-capitalistas, que estão fortemente desenhadas, subjetivamente, por apostas existenciais que pretendem fazer, de si, modos capitalistas de se ser.

Abrir fissuras ou entrar por elas, que já existem nesse poderoso modo instituído de se ser, é com certeza o grande problema a ser enfrentado por todos aqueles que sabem que o modo capitalístico de existir não é apostar em

vidas que podem, nos seus caminhar, gerar mais vidas nas vidas vividas, que só é possível pela força instituinte das outras existências, ricas em suas multiplicidades, a partir de nossos encontros que nos agenciam para novos modos de ser, abrindo fissuras ou entrando por elas nos processos de subjetivações que podem expressar as possibilidades de vidas-outras.

Mas, é isso tudo em um livro que traz experiencições e experiências nos modos de cuidar a partir de encontros instituídos pelas redes de atenção à saúde que existem no Brasil, hoje, pela enorme construção institucional de serviços que a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se realizado? Não é forçar muito a barra para exigir isso de um lugar tão pouco pretensioso na declaração de sua missão de cuidar, como é o campo da saúde?

Diria que trago aqui os efeitos, que consigo colocar em palavras, do que a leitura desse livro-dispositivo produziu em mim. Quero dizer com dispositivo algo que me atinge como força de afecção de produção de afetos bons e ruins. Algo que me agencia e me convoca para novas experiências subjetivas e existenciais. Como algo que pode me exigir operar em um território mais complexo que é o cuidar de si, em mim, que sempre opera pela força dos encontros que nos convocam para novas experiencições de nós como si. Lembro que Foucault não usa o cuidar do eu, mas o cuidar de si, na sua oferta desse conceito, pois é um militante crítico na produção subjetiva da modernidade que produz “homens” (mercadorias, patriarcais, racistas) na qual a noção do eu é chave e forma de fabricar corpos personalizados, nos quais a personalidade é modo de sujeito-sujeitado. O si é uma forma de se posicionar contra a forma de produção subjetiva de corpos que a modernidade europeia centrada realiza.

Voltando, esse livro-dispositivo me afetou de tal maneira que entendi que a questão que coloca vai para muito além do instituído pelo campo hegemônico do que chamamos cuidado em saúde. Textos que aparentemente vêm com cuidados focais e pontuais, como: A APOSTA NA VIDA É O CRITÉRIO DOS ANÔMALOS: UMA CARTOGRAFIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR.

Quero dizer, só saindo do território tecnológico de cuidado, inscrito no campo das tecnologias relacionais, para o complexo mundo de agenciamento e produção das existências, em suas lutas incessantes entre reafirmar-se no seu corpo dado versus o acolher novas forças intensivas de outras formas possíveis de corporeidades (e de afetos) em si, poderemos navegar para fora do mundo instituído como cuidado, pela instituição saúde, e abriremos a intensidade de vivermos as muitas vidas possíveis como modos de caminhararmos pela grande saúde, que é: a produção intensiva de mais vidas nas vida vividas, pelo agenciamento que os encontros nos permitem.

Aí foi possível, para mim, entender que aqui nesse livro estaríamos diante de algo vital para os dias de hoje, ou apostamos no mundo necropolítico do capitalismo, no desenhar cada existência e modo de ser, ou abrimos linhas de fuga para a construção de um mundo onde caibam todos os mundos possíveis (aposta tão cara dos Zapatistas, no momento).

Que venha a leitura e que vocês se abram para acolher as intensivas flechas que esse livro lança.

REFERÊNCIAS

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Editora Paz e Terra, 2021.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

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

CAPÍTULO 1

UM COLETIVO E SEU DE VIR PESQUISADOR

Luiz Gustavo Duarte
Rossana Staevie Baduy
Josiane Vivian Camargo de Lima
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Thalita da Rocha Marandola
Regina Melchior

1. INTRODUÇÃO

O grupo de pesquisa Trabalho e o Cuidado em Saúde, da Universidade Estadual de Londrina, desde sua criação, em 2008, tem como proposta pesquisar o cotidiano, o trabalho em saúde, como ele se dá e o que produz, tendo como referência o cuidado. Seu objetivo está em saber dos efeitos da produção de atos de saúde no dia a dia de um equipamento/ espaço de saúde, como são as relações de trabalho, qual o lugar ocupado pelo usuário e as tramas tecidas no cotidiano. O grupo foi descobrindo que queria pesquisar como se dava a produção do cuidado no espaço da micropolítica, quais os arranjos existentes, formais e informais, como as políticas públicas de saúde se efetuem e, nessa busca, foi rompendo barreiras, construindo e buscando seus intercessores.

Assumir uma proposta de produção de conhecimento dessa natureza traz consigo os desafios. Entre eles, está a maneira de encontrar, nas questões cotidianas e nas vivências dos trabalhadores, usuários, pesquisadores e gestores, um caminho para problematizar o cuidado, sem cair em academicismos, abstrações ou suposições que distanciam aquilo que é debatido nos ambientes acadêmicos da vida e que acontece, ininterruptamente, nas relações.

As investigações para produção de conhecimento da linha de pesquisa da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, de abrangência nacional, enriqueceram o debate do coletivo de pesquisa da UEL, considerando que alguns membros desse grupo faziam parte dessa linha de pesquisa. Essa linha opera como um campo produtor de questionamentos, provocando a criação de grupos com a mesma intenção. Junto a isso, outros pesquisadores e grupos do país foram instigados pelos questionamentos e debates do coletivo da linha, a criar outros modos de construir pesquisas, considerando as relações horizontais dos pesquisadores com os sujeitos, temas e campos que se dispunham a analisar. Assim, rapidamente o grupo de Londrina adotou a linha de pesquisa da Micropolítica em suas produções.

No modelo tradicional e estabelecido hegemonicamente na produção científica, não excetuando-se as pesquisas sociais e humanas, há pressupostos de que, para a execução adequada do método científico, faz-se necessária uma separação entre aquilo que se tem como objeto de pesquisa, seja o microrganismo, fármaco ou mesmo o sujeito ou coletivo de indivíduos. Isso ocorre, pois tal concepção de ciência se estabelece numa fundação rígida e imóvel, onde o pesquisador, detentor do conhecimento, irá analisar de modo imparcial e neutro aquilo que se propõe a estudar, tendo estabelecido, antes mesmo do início de sua prática, os pressupostos metodológicos, caminhos e, principalmente, hipóteses que pretende verificar de maneira indutiva.

A construção científica neutra, hipotética, com todo um arcabouço estabelecido a priori, na maioria das vezes, antes mesmo de o pesquisador entrar em contato com aquilo que pretende analisar, constrói e produz uma relação de

forças, onde o pesquisador se insere como um detentor do conhecimento que está ali para analisar o objeto, seja ele qual for, numa crença de que enquanto executa sua tarefa, não produz nenhuma interferência naquele processo, e que gerará um relatório final independente e imparcial perante a comunidade científica, sendo, portanto, neutra.

Essa relação da ciência contemporânea tem suas práticas já problematizadas por autores que dedicaram seus estudos para pensar a ciência, como Kuhn (2000), Feyerabend (2011) ou mesmo pensadores que enxergam, na ciência, um campo de conhecimento que não se exime das relações de poder da sociedade, mas ao contrário, sendo as práticas, dela mesma, produtora, muitas vezes, de dispositivos de exclusão, segregação e classificação, como demonstrado por Foucault (1999), Deleuze (2012), Mbembe (2017) e Stengers (2023).

Práticas científicas que têm uma emergência positivista são exemplificadas na caricatura de um cientista sonâmbulo, como cita Stengers (2023), andando no telhado de um lado para o outro, sem fazer perguntas que possam retirá-lo deste estado. É uma caricatura que acaba solidificando pressupostos e modos de organizar que tendem a compreender a ciência como um conhecimento objetivo, hierarquicamente de maior valor perante outros conhecimentos, sendo precisa, lógica, hipotética, atuando na busca de leis e teorias, ou seja, universalizante, ao mesmo tempo que se recusa à sedução daquelas perguntas que não fazem parte da “verdadeira ciência”.

Apesar de tais visões do que seria ciência ou não, há de se verificar que a ciência não é um conceito ideal ou mesmo monolítico sendo, na realidade, feita de várias práticas. Desse modo, ela não é retilínea, progressiva e racionalista, mas sim plural, exercida em meio a disputas de relações de força que buscam disputar verdades. Foucault, conforme expõe Machado (2021), já trazia que todo conhecimento se dá em condições de possibilidade política, e a ciência não é uma exceção, sendo assim formada por, e nas relações de poder.

Diante desse panorama de disputa de campos de força, dentro daquilo que pode ser uma prática científica plural, considerando a potência de vida

que está nas relações e como as produções na sociedade influenciam essa, há a afirmação de que considerar que existe uma separação entre pesquisador e objeto limita a própria produção científica e o pensamento crítico sobre si mesma.

A proposta que se buscou debater na construção desse livro pauta-se no pensamento de que tanto o pesquisador quanto aquilo que ele se propõe a conhecer estão numa relação impossível de ser analisada sem considerá-los como elementos de produção e interferência mútuos. Ou seja, se há o pesquisador inserido num ambiente, esse está numa relação necessária com aquilo que considera seu objeto de estudo, não havendo uma separação possível e sim uma consideração de como essas relações se dão, não excluindo isso do próprio ato de pesquisar (Abrahão *et al.*, 2016).

Se o pesquisador que ali se insere não pode estar separado, mesmo que deseje, de seu objeto de estudo, sua história, vivências, marcas e cicatrizes do corpo, por aquilo que viveu, também o acompanharam. A experiência pesa. Dado isso, a concepção de neutralidade diante de um fato ou situação que o pesquisador vivencie não acontecerá numa folha em branco, sendo apenas preenchida. Nesta descrição, análise ou percepção que será feita, virão junto dela marcas da vivência, linguagem, formas e conexões que serão singulares para tal pesquisador, mas que também se darão numa produção que é social, e, portanto, num contexto histórico e social.

Nesse contexto, as produções de conhecimento tratadas aqui partem da consideração de território¹, atuando como uma direção necessária para que seja possível realizar uma discussão significativa diante da realidade onde é feita. Isso implica que são utilizados conceitos, teorias, estratégias e práticas que conversam entre si e contribuem para as discussões, mas que não são um fim em si mesmo. Eles atuam como pontos de apoio num arranjo de abordagens possíveis, onde as singularidades do território, com as multiplicidades de

¹ Território aqui é compreendido no sentido não metafórico proposto por Deleuze (2013), sendo os planos onde a vida ocorre, no qual aqueles que estão nele, sejam humanos, animais, plantas ou qualquer outra constituição, formam variadas linhas que produzem acontecimentos. Deste modo, ele é um campo produzido historicamente, podendo se referir tanto na escala de intensidades de si, quanto de locais de produção da vida, como a casa, rua, cidade, entre outros (Merhy *et al.*, 2019).

perspectivas, se emaranham de maneira a ser necessário trazer contribuições dos diversos campos de conhecimento, para que tais pesquisas sejam viáveis.

Com o avanço e a diversificação de temas abordados nos projetos de pesquisa ao longo dos anos, recorreu-se a autores que trabalham e pensam as relações de cuidado, de maneira que não fosse almejada uma replicação das contribuições feitas pelos autores e pesquisadores e sim que a partir dessas, fosse construída uma abordagem singular que permitisse a produção de conhecimento com estudos que incluíssem e considerassem as implicações dos pesquisadores como parte indispensável de tais pesquisas.

1.1. Intercessores: conjugação de corpos, com quem dialogamos?

Na medida em que os temas e discussões vão ganhando cores e, portanto, complexidade devido à matização do que até então não tinha tantas nuances ou diferenciações, alguns autores acabaram por aparecer como um importante auxílio para compreender esse espaço entre tais situações, vivências e conceitos que careciam de uma abordagem ou análise que trouxesse contribuições para dar expressão àquelas afetações, situações e propostas de ações que eram debatidas pelo grupo. Esses autores são o que chamamos de intercessores.

Deleuze (2013), quando expõe sobre intercessores, coloca que esses estão na relação produtiva de campos filosóficos, científicos ou artísticos, por exemplo, visto que, se um pensamento de algum filósofo pode funcionar como um intercessor para algum artista, outras combinações possíveis também podem se dar como intercessores, não sendo algo limitado e sim um processo que se dá na conjugação de dois corpos que irão, a partir desse acoplamento, nas incontáveis possibilidades, gerar um ato de criação.

Tais conjugações das contribuições na discussão do grupo funcionam como intercessores da produção de conhecimento exercida. Tomando a concepção

de Merhy (2004), partindo do conceito de Deleuze (2013), os intercessores são junções que não resultam de uma somatória simples, mas no encontro advindo de um processo singular, onde num determinado espaço e tempo, pode-se dar um produto do qual sua existência depende de tais “sujeitos” se encontrarem. A existência do produto só se dá na medida em que há uma relação que existe no ato.

Nesses encontros possíveis com intercessores, alguns funcionaram como grandes contribuidores para os processos de produção de conhecimento construídos pelos grupos. Alguns foram orientados para os modos de compreensão do conhecimento, outros para modos de realizar as pesquisas. Não somente autores e pesquisadores, mas também produções artísticas como música, cinema, pintura, ou mesmo produções científicas de outras ciências, de modo que pudessem atuar como a criação de cores num espectro.

Há alguns autores que consideramos de importante citação para a elaboração dos estudos aqui trazidos. São autores que não funcionam como fundações monolíticas e imutáveis no processo, mas autores que na sua trajetória de produção de conhecimento, contribuíram com modos de se fazer ciência que, ao mesmo tempo que escapavam da captura da ciência tradicional representativa, inseriram modos intensivos de discutir as propostas.

Esses intercessores proporcionaram, nas discussões e desenvolvimentos dos estudos, conceitos que atuam como ferramentas, com seu uso servindo de acordo com a situação e proposta apresentada.

Tal uso dos conceitos nos coloca diante de uma abordagem materialista que abandona o idealismo do método científico hegemônico, quando não considera a pesquisa como uma testagem de hipóteses, mas como um movimento contínuo onde, dos acontecimentos ocorridos durante esse movimento, pontos de análise se tornam possíveis. O grupo, em suas pesquisas, não anula a consideração de pressupostos em seus estudos, mas afirma que esses estão emaranhados na produção social.

Dada a multiplicidade de possibilidades existentes nos possíveis intercessores a serem utilizados, ao longo do tempo o grupo foi lançando

mão dessas conjugações, buscando fabricar um meio de exercer a prática da pesquisa com uma afirmação da diferença nesse processo. Para tal, alguns autores acabaram por aparecer em muitas dessas elaborações, potencializando as pesquisas que ali surgiram.

Pode-se destacar, primeiramente, uma aposta na construção a partir da filosofia da diferença, com pensadores que buscaram refletir a respeito da materialidade existente e de como essa se dá na multiplicidade. É um distanciamento do pensamento hegemônico na historiografia filosófica ocidental que considera uma unidade essencial inerente às coisas existentes, ou mesmo de uma transcendentalidade ideal.

Entre os autores que buscaram romper esse pensamento tradicional estão, por exemplo, Espinosa (1632–1677), Nietzsche (1844–1900), Deleuze (1925–1995), Guattari (1930–1992) e Foucault (1926–1984), que tiveram um importante papel na elaboração e disseminação de tal modo de compreender o mundo, além daquilo que imperava hegemonicamente. Cabe ressaltar que não somente tais pensadores tiveram esse papel ao longo dos tempos. Como Onfray (2008) demonstra, há uma série de pessoas que foram sendo subjugadas e esquecidas ao longo da história da Filosofia ocidental, desde a Grécia antiga com Demócrito, ou mesmo na modernidade, como Stirner.

Importante destacar que esses pensadores não são os únicos a atuarem como intercessores advindos da filosofia no grupo, como por exemplo, não se pode excluir as contribuições de Karl Marx e Hannah Arendt, que apesar de núcleos e pressupostos discordantes em seus sistemas de filosofia, nas conjugações do grupo, servem para apontar discussões advindas da vivência.

Além das contribuições advindas da Filosofia, é importante situar que, ao adentrarmos em discussões que envolviam o próprio fazer da saúde coletiva, os acoplamentos, usos e serventia de outros intercessores não só apareceram, como eram necessários para que o exercício das pesquisas tivesse sua materialidade e expressividade. São pesquisadores e autores, próprios do campo da saúde coletiva, que produziram discussões que fomentaram tanto

a abertura de novos processos de produção de conhecimento no campo, com introduções e experimentações de cartografias, genealogias² e análises, bem como inventaram conceitos e modos de pesquisar que, a partir da filosofia da diferença, outros modos de pesquisar eram possíveis.

Entre tais autores estão Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Ana Lucia da Silva Abrahão, Rossana Staevie Baduy, Debora Cristina Bertussi, Túlio Batista Franco, Luis Carlos de Oliveira Cecílio, Kathleen Tereza Oliveira da Cruz, Maria Paula Cerqueira Gomes, Ricardo Burg Ceccim, entre inúmeros outros que trouxeram, em seus estudos, conceitos que funcionam como ferramentas para a realização das pesquisas.

Dos autores supracitados, é necessário apontar aqui a contribuição conceitual que alguns trouxeram tanto para a saúde coletiva quanto para o grupo de pesquisa. Há a proposição do conceito de trabalho vivo e morto de Marx, aplicado ao cuidado em saúde, com diferenciações das suas tecnologias, proposto por Merhy (2002), o quadrilátero para formação em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004), problematizações sobre as necessidades de saúde (Cecilio, 2009) e estudos sobre acolhimento no trabalho em saúde (Franco; Bueno; Merhy, 1999), por exemplo.

Não somente intercessores de autores da saúde coletiva acabaram podendo conjugar com as produções do grupo, pela própria característica dos intercessores, outros autores e pesquisadores de áreas do conhecimento acabaram por percorrer este meio. Podemos citar o uso de ideias de pensadores como Krenak, Suely Rolnik, René Lourau, Eduardo Viveiros de Castro, Peter Pal Pelbart, Judith Butler e muitos outros que vão surgindo à medida que as nossas afetações pedem interlocutores/intercessores.

Além dos já mencionados, muitos dos pesquisadores acabavam por utilizar outros intercessores muito próprios de suas vivências e singularidades, articulando com obras como músicas, poesias, literatura, histórias em quadrinhos ou filmes, por exemplo. Entre esses podemos citar o uso das

2 Tais modos de pesquisar estão apoiados em formulações teóricas de autores como Deleuze, Guattari (cartografia) e Nietzsche e Foucault (genealogia).

histórias em quadrinhos, como as de Neil Gaiman e Grant Morrison (Duarte *et al.*, 2021), dos filmes “Meu pé esquerdo” (1989) e “Intocáveis” (2011) (Oliveira, 2019) e músicas de Lulu Santos (Oda, 2018), ou mesmo o uso de outra língua (Libras) (Marandola, 2021).

1.2. Conceitos ferramenta e regimes de verdade

Muitos desses pensadores e pesquisadores contribuíram com elaborações conceituais que servem para o nosso uso. Isso porque os conceitos, como entendido pelo grupo, são como ferramentas, ou seja, ao longo das vivências são utilizados conceitos que fazem sentido perante a experiência do pesquisador, de modo que seu uso vai sendo construído conforme o caminhar do próprio pesquisador. É uma proposta que entende que as realidades não devem ser dobradas perante um conceito, mas que deve ser utilizado um conceito que sirva para tal, e caso não sirva, outro será utilizado, ou mesmo criado (Deleuze; Guattari, 2007).

Um conceito é uma ferramenta, na medida em que só há a compreensão de um conceito dentro de um contexto a que se refere determinado problema, ou seja, é a partir das relações que ele estabelece com esse problema que ele se torna uma ferramenta para agir sobre ele (Abrahão; Merhy, 2014; Deleuze, 2009). Tal concepção de conceito afasta dele a possibilidade de que seja desligado da existência, de maneira que ele só fará sentido enquanto houver a experiência perante o encontro, em ato.

Dentro desses conceitos-ferramenta, alguns funcionam na confecção dos projetos, inserções nos campos onde serão realizadas as vivências e nos processamentos em grupos; e outros também atuam na própria compreensão desse modo de produzir conhecimento. Por essa razão, é importante trazer o conceito de regimes de verdade, que traz a discussão para a própria produção de conhecimento.

Como estamos inseridos num processo que almeja produzir conhecimento, pautado numa concepção que não descarta os afetos humanos, e não elege na racionalidade seu representante máximo, mas que, através das afetações dos pesquisadores nos campos, possam realizar as análises, sem desconsiderar sua história de vida, vieses, posições e implicações no mundo, é importante reconhecer que tal modo de produção é contra-hegemônico (Machado, 2021).

A verdade é disputada numa relação de forças que vão produzindo nos sujeitos de uma determinada época e local, aquilo que é validado socialmente como verdadeiro ou falso. Foucault (2022; 2021) foi um dos pensadores que se debruçou para pensar as condições em que um conhecimento surge e é validado na sociedade, afirmando que os regimes de verdade emergem do exercício do poder, com os modos de funcionamento das instituições, estados ou órgãos, por exemplo, validando uns conhecimentos e práticas em detrimento de outros.

A validade do conhecimento ocorre por relações de poder que não são centralizadas, ou seja, não são emanadas de um emissor central como um rei ou presidente, de maneira que siga numa hierarquia formal até as mais longínquas localidades. O que ocorre é que o conhecimento é produzido numa relação constante de exercício de poder. Se uma verdade surge e se mantém, é porque ela segue circulando nas relações e produzindo subjetividade, e não por estar cravada na realidade de forma objetiva (Foucault, 2014).

Considerando o estabelecimento das verdades científicas por esse jogo de relações de forças, essas relações, por serem um elemento central na problemática, passam a ser, também, passíveis de discussão sobre como estamos diante delas. Ocorre que a contribuição de Deleuze e Guattari (2012) para tal ponto é oportuna, visto que trazem um modo de relação concebido entre abordagens molares e moleculares, nas quais as questões molares estão num plano representativo, ou seja, as concepções que temos de Estado, Instituições ou família, por exemplo. Contudo, essas representações só existem

devido a uma produção molecular que percorre em intensidades de fluxos, relacionando-se a ponto de se conjugarem, ou não, de tal maneira, que as significamos como tais modos de organização.

Se há tantas relações, seja num corpo, pessoas ou mesmo instituições, as concepções desses como algo fechado em si mesmo, não conseguem ser sustentadas. Ao considerar tais elementos como fenômenos derivados de um uno, subtrai-se desses o devir, as relações ininterruptas que ocorrem em elementos indiferenciados, assignificados. Portanto, não se considera um Uno ou Múltiplo, mas uma multiplicidade, como substantivo, que admite a singularidade das conjugações das relações, mas que não busca estabelecer uma norma, padrão ou relações necessárias entre elas (Deleuze; Guattari, 2011).

Dessas relações, direcionamos a discussão para pontos que atingem propriamente a prática das pessoas que buscam produzir cuidado. São redes de conexões e exercícios de práticas que se singularizam em experiências localizadas, não partindo somente de prescrições e protocolos centrais, mas de uma constituição única que ganha força de análise em sua ascendência. Ou seja, são tais relações exercidas, em ato, que ao se darem em conexão com dispositivos, técnicas e outras estruturas da sociedade, pulverizam-se nessa trama de existências, em modos singulares de se exercer, gerir e analisar tais práticas.

De tal modo, a noção de agenciamento, enquanto um acontecimento multidimensional que incide sobre nossas ações, paixões, pensamentos, provocando transformações corpóreas e incorpóreas, produzindo potências e enunciações coletivas, nos parece um importante conceito-ferramenta para compreendermos como tais movimentos podem se dar nas relações (Fungati, 2016). Deleuze e Guattari (2011) trazem que um agenciamento só pode ocorrer coletivamente, isto é, algo que decorre da multiplicidade, que está possibilitada nos encontros. O agenciamento decorre dessas conexões heterogêneas de modo singular, independentemente de serem encontros que se dão entre pessoas, sons, luzes ou mesmo objetos, como este livro, por exemplo.

Forma-se então um campo onde inúmeras possibilidades se dão em cada encontro, num campo agenciado por vários fluxos que coordenam, cortam, direcionam as práticas, protocolos ou ações em saúde. Considerando o próprio movimento constante da realidade, como produzir um conhecimento que consiga analisar tais fluxos constantes, tais linhas de fluxo de desejo?

Nessa proposta, Rolnik (1989) coloca a cartografia, já apresentada por Deleuze e Guattari, como um possível modo de produzir conhecimento, na medida em que se o produz enquanto as próprias linhas vão sendo produzidas, almejando um processo que não seja apenas descritivo perante o vivido, mas analítico, visto que o sujeito em sua multiplicidade, também entrará em contato com a multiplicidade do campo, e nestes encontros que o acontecimento produzirá seus abalos.

1.3. A cartografia: o encontro como método

No campo da saúde, Merhy (2004) enuncia que o cuidado e a pesquisa acontecem no encontro, em relação com outro, com seu modo de viver, considerando suas ideias, crenças, valores e afetos. Durante o encontro ocorre a efetivação do trabalho em saúde, o trabalhador e o usuário criam um espaço intercessor, ou seja, um espaço de abertura entre esses dois ou mais seres em relação. Essa intercessão significa a interferência de um no outro e vice-versa, criando-se a possibilidade do acontecimento, do cuidado em saúde, produzido e consumido em ato no cotidiano (Baduy, 2010; Merhy, 2013).

Pesquisar o trabalho em saúde no cotidiano significa pesquisar o que acontece nos encontros, um espaço de disputas e de exercício de poder. Pressupõe a imersão dos pesquisadores em processos de subjetivação que acontecem por uma multiplicidade de fluxos que produzem os trabalhadores de saúde e usuários, em contínuos de tensionamento (produzidos pelas forças em disputa), os quais conformam os sujeitos no cotidiano da vida, em nosso

caso, no cotidiano do trabalho e do cuidado em saúde (Merhy *et al.*, 2019). Esses processos de produção da subjetividade coletiva não são somatórios das subjetividades individuais, mas produção decorrente de uma multiplicidade de agenciamentos de diversas espécies: sociais, econômicas, tecnológicas de mídia, entre outras, que ocorrem no cotidiano. Poderíamos chamar de processos de singularização, uma maneira de construir relações a partir de corpos sensíveis em relação com outros em modos de produção e modos de criatividade que produzam uma relação singular (Guattari; Rolnik, 2005).

O cotidiano em saúde é um terreno de produção, um campo de forças³, onde estão em disputa diferentes modos de produzir o trabalho em saúde e também da conformação de diferentes arranjos tecnológicos, num constante movimento de forças molares e moleculares. Então, investigar o cotidiano significa estar em campos de tensões e controvérsias que se instauram e se desmancham em atos relacionais no campo da micropolítica, nas relações de poder, nas relações intersubjetivas, em uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, e com várias entradas (Merhy, 1999).

Nesse processo, o grupo, nas diferentes pesquisas que realiza, insere-se no cotidiano, em muitos encontros, para vivenciar o trabalho vivo, em ato, exposto à experimentação de modos de investigação a partir do ato cuidador. O grupo foi se produzindo como pesquisador *in-mundo*, em exercício constante de desaprendizagem, deixando-se contaminar pelo processo da pesquisa, sujando-se de mundo, e sendo atravessado e inundado pelos encontros (Abraão *et al.*, 2016).

Como uma possibilidade de abrir caminhos, a pesquisa cartográfica foi e continua sendo a escolha para atuar em ato no cotidiano, no meio dos feixes de força dos vários regimes de verdade que emergem no território micropolítico (Merhy; Feuerwerker; Silva, 2012). Território micropolítico compreendido

3 Merhy et al. (2019) destacam cinco forças-valores centrais para serem pensados o dentro e o fora do comum dos acontecimentos que ocorrem no dia a dia das práticas de cuidado em saúde: a força-valor trabalho, a força-valor território, a força-valor governo de si e do outro, força-valor clínica-cuidado e a força-valor trabalho em equipe.

como o espaço do desejo⁴, como potência de produção (Guattari; Rolnik, 1996, p.215), da capacidade que cada um tem de governar em seu trabalho, é onde se dão os encontros, as disputas e se constroem as relações entre os diferentes; onde se tem um grau de liberdade no uso dos equipamentos e dos saberes para a produção ou não de espaços intercessores, podendo ou não ocorrer processos cuidadores singulares.

Aceitar o desafio da cartografia é um caminho onde pesquisar não é saber sobre, mas saber com, na transversalidade que rompe com a dimensão verticalizada das instituições, das organizações, aposta na dimensão horizontalizada das relações de saberes e poderes. Um caminho que não é composto por roteiros e protocolos pré-elaborados, mas que tem um rigor ético em defesa da vida, de que todas as vidas valem a pena (Abrahão *et al.*, 2016; Merhy, 2012).

A produção cartográfica não pode ser definida a priori. Rolnik (1989) tem sido uma importante intercessora nesse processo de construção do pesquisador cartógrafo, trazendo esse como aquele que se produz nas afetações, nos acontecimentos, criando em ato seus próprios desenhos, afetando e sendo afetado nos encontros, pois seu corpo é o campo de pesquisa. O pesquisador está implicado com a situação que vive e, ao questionar a situação, interroga a si mesmo como um dos sujeitos desse processo (Deleuze; Guattari, 2011; Rolnik, 1989).

Com os encontros, produção de pesquisas e discussões, o grupo foi construindo sua própria caixa de ferramentas. Tal construção buscou dar passagem ao cartógrafo e suas perguntas: “O que acontece e vibra aqui?” ou “Como dar palavras ao que nos acontece?” Neste sentido, o encontro se tornou o principal recurso, corroborando a proposta de estudos em que não há separabilidade entre o sujeito pesquisador e o objeto a ser pesquisado, levando, portanto, a outra pergunta: “O que acontece em nós e nos outros, nos encontros?”.

4 O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. (...) desejo como todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores (Guattari; Rolnik, 1996, p. 215).

Encontros, olhar o que se passou no entre, entre as coisas, pessoas, grupos, passou e você já não é mais o mesmo. Deleuze (2002), em seu livro *Espinoza: filosofia prática*, traz que quando dois corpos se encontram, eles tanto podem se compor e formar um corpo mais potente, com vontade de agir, tornando-se corpos desejantes, como podem se decompor e não sentir desejo. No encontro, os corpos são afetados para compor ou decompor. Orlandi (2009), falando sobre Deleuze, diz que no encontro os argumentos do outro podem ser assimiláveis ou não, podem entrar em você e você passa a ser de outro jeito, você agora é um novo modo de ver o mundo (Baduy, 2010, p. 118). Nós recolhemos os efeitos dessas composições e decomposições: “sentimos alegria quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõe, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõe; inversamente, sentimos tristeza quando um corpo ou uma ideia ameaçam a nossa própria coerência” (Deleuze, 2002, p. 25).

Esse corpo afetado, muitas vezes aparecendo como uma própria “ebulição” dos pesquisadores, atingido pelos olhares, falas, tom das falas, atitudes, cheiros, entre outras afetações, suscita a problemática na forma de pergunta: Como recolher esses efeitos e o que fazer com eles? Como produzir os “resultados” da pesquisa?

Recolher os efeitos é sentir e dar palavras que expressem o que acontece com nosso corpo ou com nossa alma, as irregularidades das experimentações. É necessário um outro movimento que não se revele apenas na descrição do que se passou, mas que construa debates, e que ganhe concretude e outras formas de dizibilidades do acontecimento. Como não se despir de você, mas ao mesmo tempo não ficar preso em si mesmo, num eu sentimental? Surgem então para compor nossa caixa de ferramentas os espaços-encontros que chamamos de processamentos das experiências vividas na imersão nos campos de pesquisa (De Grandi, 2021).

São movimentos de recolher os efeitos dos encontros e de debater esses efeitos. Os desconfortos e deslocamentos vividos são importantes

marcadores de que algo nos aconteceu, apesar de não termos clareza para produzir um enunciado que indique os caminhos a percorrer. Então, perante um desconforto, dispara-se um processamento! O processamento ocorre em espaços-encontros para narrar a experiência como “o que **nos** passa, o que **nos** acontece, o que **nos** toca”, não somente a descrição do que se passa e do que acontece. (Cruz *et al.*, 2016; Larrosa, 2002, p. 21, grifo nosso).

Nesses espaços-encontros de processamento das afetações vividas, nos colocamos em processos de alteridade com as expressões e falas de outros autores, intercessores e pesquisadores, quer sejam trabalhadores de saúde, usuários cidadãos, ou outros dispositivos como filmes, músicas, entre outros. Então, percebemos o quanto julgamos o que acontece no cotidiano, a partir de nossos valores morais e de nossos regimes de verdade. Partimos, muitas vezes, de um pressuposto de certo e errado, de bem e de mal, em análises maniqueístas, num plano de consistência ainda superficial. É necessário partir para outros planos de consistência, em movimentos de questionamentos dos processos e atravessamentos que estão acontecendo. E é nesse coletivo, de questionamento de nossas próprias verdades e valores, que novas formas de analisar o vivido são elaboradas.

A cartografia nos coloca num território de incertezas onde buscamos sabedorias e aprendizagens. Não se trata de encontrar verdades, mas de expressar uma verdade nos encontros com o outro, com o mundo. Percebemos, com as intensidades, os desafios, os desconfortos vividos, que os espaços-encontros de processamento são uma ferramenta imprescindível para a produção do pesquisador cartógrafo. O processamento é espaço autoanalítico, de alteridade, de estranhamento, de desafios, de percepção de falta, de potências e de produção de saberes que a experiência disparou em nós.

Para dar visibilidade e dizibilidade aos processos e vivências no cotidiano dos usuários, trabalhadores e gestores em saúde, faz-se necessário que o processo de pesquisar seja tecido, cuidadosamente. Isso diz respeito a um cuidado que se inicia no preparo dos pesquisadores com a aproximação

ao tema a ser pesquisado, e segue por todo o processo, como definição dos equipamentos iniciais a serem estudados, o convite aos gestores e trabalhadores para compartilhar o processo de pesquisar com o grupo e a definição das estratégias de entrada no campo, imaginando possíveis acontecimentos que poderão surgir em ato, a partir dos agenciamentos dos encontros.

Nos processos de pesquisa do grupo, aprendemos que a montagem da caixa de ferramentas do pesquisador se dá em ato, especialmente se temos como princípio a centralidade no usuário. Com tal princípio, precisamos escolher dispositivos/ferramentas que se alinhem a esse princípio e deem voz e visibilidade aos usuários e seus encontros com os serviços de saúde. Por isso, o usuário, como guia, tem sido um dispositivo em nossas pesquisas.

O usuário que nos guia é uma ferramenta central em nossa experiência de pesquisa, como um dispositivo de nos colocar em ato na experiência do cuidado com ele, sem a intenção de construir somente um itinerário terapêutico (IT)⁵. No caminhar com o usuário-guia (UG) descobrimos novos territórios, vivemos as redes vivenciais de quem cuida e é cuidado, com seus contatos antigos, atuais e em potencial, formais e informais (Cruz *et al.*, 2016, p. 267).

1.4. Sobre o usuário-guia

O usuário como guia surge das experimentações desenvolvidas pelo coletivo de pesquisa Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, em uma pesquisa sobre avaliação da rede de saúde mental intitulada: “Acesso e Barreira em uma Complexa Rede de Saúde Mental”, realizada em Campinas, a partir da busca dos “casos traçadores/analísadores” de alta complexidade em

⁵ Itinerário terapêutico (IT) é uma proposta popularizada nos estudos socioantropológicos para se aproximar e classificar sistemas terapêuticos. Como o IT se relaciona diretamente com uma demarcação estruturada, a proposta aqui utilizada radicaliza tal abordagem, de modo que considera as redes de cuidados, tanto estruturais (molares), quanto aquelas móveis e construídas nas relações (moleculares). Ales e Souza (1999) descrevem o IT como sendo “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição” (p. 129) ou ainda “processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento” (p. 125).

termos de necessidades de cuidado. Nessa pesquisa, os autores identificaram a necessidade de um dispositivo que fosse para além da lógica estruturada dos casos traçadores (Moebus; Merhy; Silva, 2016, p. 45).

O trabalho da historiadora Erminia Silva, com o título *Circo-teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil* (2007), agenciou o grupo a considerar o usuário como guia como dispositivo não somente na pesquisa supracitada, mas também continuamente em várias outras pesquisas realizadas por esse coletivo de pesquisadores. Ermínia desenvolveu seu trabalho no campo da história social da cultura sobre o circo-teatro, e com o objetivo de

[...] enfrentar o nomadismo dos artistas circenses e do próprio circo, trabalhou com alguns artistas-guia que lhe permitiram mapear lugares, instituições, práticas e saberes, na construção da memória dos seus viveres circenses, ao mesmo tempo em que iam se produzindo com seus caminharres (Merhy *et al.*, 2011, p. 14).

O usuário como guia nos permite produzir processos de pesquisa a partir dos efeitos no corpo do pesquisador, da perspectiva do usuário, seu olhar e sua voz, sua narrativa sobre suas experiências/vivências/encontros com serviços de saúde e seus trabalhadores. Mas também, para além disso, propicia ao pesquisador encontrar com sua rede de produção existencial (Merhy *et al.*, 2014), isto é, sermos levados por eles em seus nomadismos pela diversidade e complexidade dos caminhos percorridos e vivenciados na sua busca por cuidados.

Imagine a cena a seguir: você decide preparar uma refeição típica de outro lugar. Busca na internet ou em livros de receitas quais são os ingredientes, como é o passo a passo do preparo, e até mesmo busca a opinião de pessoas próximas a você, sobre a experiência daquela receita. Muito bem, você provavelmente terá uma boa refeição. Agora, imagine que você decidiu ir a outro lugar para experimentar essa receita. Encontrou uma cozinheira que permitiu que você a acompanhasse durante o preparo do alimento. Vocês foram até a horta colher os legumes, puderam sentir a textura dos alimentos retirados da terra, o cheiro da hortelã que ficou impregnado nas mãos, e ainda

participaram de uma roda de conversa com as demais pessoas que estavam na colheita, naquele momento. Ao retornar para a cozinha, enquanto você descasca a batata e ela coloca a água para ferver, compartilham as experiências prévias na cozinha, buscam alternativas para a falta de alguns ingredientes e decidem, juntos, dar um toque especial àquela receita. O resultado é um cozido com sabores, aromas e texturas singulares, para você e para a cozinheira.

Assim como a cozinheira, o UG compartilha seus saberes, suas vivências, compõe as experiências com o pesquisador. Aliás, o usuário-guia não é o pesquisado, não é o “N” de uma amostra, trata-se de um indivíduo ou coletivo que se torna pesquisador, numa relação pesquisador e pesquisado que agora compartilham o mesmo campo da pesquisa, ou a mesma cozinha.

É uma tentativa de produzir visibilidade e dizibilidade aos modos como os usuários se enfrentam com seus sofrimentos, que redes fabricam, como se veem com o cuidado/descuidado que a saúde lhes oferece, como isso afeta os processos de produção de suas existências. Assim, em nossas pesquisas cartográficas, o UG se constitui muitas vezes em um poderoso interrogador das lógicas instituídas, abrindo questões surpreendentes que muitas vezes nos deslocam dessas lógicas, colocando-as em análise.

Emerson Merhy (2011), ao descrever o UG, o define como sujeito que possui o conhecimento sobre si e sua vida, reivindica seus direitos como cidadão e permite construir, coletivamente, caminhos (Merhy *et al.*, 2011). Dessa forma, identifica-o como usuário cidadão guia (UCG).

O conceito de perspectivismo, proposto por Viveiros de Castro, nos ajuda a compreender a importância de colocar o usuário na centralidade do processo de pesquisa e de cuidado “[...] antes de buscar uma reflexão sobre o outro, é preciso buscar a reflexão do outro e, então, nos experimentarmos como outros, sabendo que tais posições — eu e outro, sujeito e objeto, humano e não humano — são instáveis, precárias e podem ser intercambiadas” (Viveiros de Castro, 2008, p. 14).

O usuário passa então a ser o protagonista na produção do saber, permitindo que se saia de uma narrativa institucional de suas redes de cuidado,

trazendo para o centro das pesquisas o que está na sua oralidade, fruto de suas experimentações e nos permitindo enxergar e refletir a partir desse lugar (Moebus; Merhy; Silva, 2016). Muito da peregrinação do usuário em busca de seu cuidado não fica registrada, e mesmo quando é documentada, o vivido é muitas vezes suplantado por um tecnicismo que não traduz toda trajetória que traz dores, falta de acesso, mas também traz acolhimento.

Em nossas experimentações em ato nos campos de pesquisa, para dar visibilidade aos acontecimentos, muitos foram os nossos guias, ou seja, as famílias- guia, como descrito por Marandola (2018, p. 52):

[...] segurando a mão da família guia, pude então, percorrer o caminho produzido por eles na busca constante pelo cuidado em saúde na atenção básica e demais pontos da rede de atenção. Este caminhar trouxe luz à cartografia vivida, experimentada, não como algo que já existe, mas como um caminho que se constrói ao caminhar parafraseando Antônio Machado (1997), ‘Caminante, no hay camino, Se hace camino al andar’.

No caso de De Grandi (2021), o guia pelos caminhos do cuidado foi a cuidadora de um usuário com sequelas neurológicas. A autora destaca que foi importante experienciar a realidade cotidiana, as experiências e como a cuidadora-guia vivencia o seu cuidado, para poder se afetar, se impregnar de sua existência e de sua trajetória, o que permitiu à pesquisadora ressignificar esse mapa dinâmico e permanente que é a produção de subjetividades.

Para Araújo (2023) e Marandola (2024), as guias foram mães, mais que cuidadoras, eram redes e coprodutoras de redes de seus filhos, formando um binômio inseparável nas vivências do cuidado.

Duarte *et al.* (2024), ao se deparar com a dificuldade para estudar o cuidado dos vivos da rua, utilizou a própria equipe do Consultório na Rua (eCR) como guia. Assim, estamos colocando que quem nos guia é aquele que vive a experiência do cuidado no cotidiano e que, em algumas

vezes, podemos ser nós mesmos ao colocar em análise uma experiência que vivemos.

Nesses processos de pesquisa, é necessária a busca por alteridade, de parar para contar a experiência e se colocar em diálogo com o outro, ou seja, o outro pesquisador, o outro UCG, o outro trabalhador de saúde e os outros nossos intercessores. Todos nos ajudam a construir novos saberes que desejamos que contribuam na produção do cuidado com a vida.

2. ONDE CHEGAMOS, PARA ONDE VAMOS (Um ponto de chegada ou um ponto de partida?)

Esse grupo de pesquisa não possui um ponto de chegada: vamos caminhando e, a cada nova pesquisa, buscando nos reinventar, estudar e refletir mais, desejando contribuir para que as práticas em saúde traduzam nosso horizonte ético: toda vida vale a pena.

Com o *ethos* do grupo estabelecido, são as pessoas que chegam e vão que acabam fazendo parte das mudanças. São estudantes de graduação e pós-graduação que chegam trazendo seus desejos, inquietações e aspirações, com sede de aprender a serem pesquisadores, produzindo novos conhecimentos e contribuições para a sociedade.

Também mudam os caminhos que percorremos na pesquisa. Cada pesquisador e pesquisado, nas suas singularidades e multiplicidades (Deleuze; Guattari, 2011), não permitem uma simples cópia de um caminho já traçado, já percorrido. Apesar de utilizarmos intensamente a cartografia, ela não é o nosso único caminho, também temos experimentado outras perspectivas metodológicas na medida em que vão surgindo, pelas necessidades das próprias pesquisas e pesquisadores, como por exemplo a genealogia.

E é riquíssimo viver esse processo. O devir⁶ cartógrafo de cada um de nós, inquietando, desejando, desterritorializando e reterritorializando (Deleuze; Guattari, 2012), em um processo de muita potência. Apesar dessa potência, é necessário reconhecer que colocar-se em análise é mais doloroso do que analisar o outro e, por isto, o grupo de pesquisa busca caminhar não apenas como um agrupamento de indivíduos, mas como um grupo que adote posições que permitam o apoio e modos de expressão daqueles que dele fazem parte. Para isso, é importante ter uma caixa de ferramentas que só tem valor se tiver utilidade, portanto, é um montar e desmontar constantes, para atender a multiplicidade não só do grupo, mas também de cada um em particular.

Nessa trajetória, não estamos e não podemos ficar sós. O grupo nacional da Linha da Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde faz parte de nós, e nós, obviamente, dele, compondo-nos num exercício de produzir um comum e, ao mesmo tempo, viver nossa especificidade.

Sem pretensão de um final, desejamos que as últimas palavras sejam para o nosso maior parceiro, com quem mais aprendemos e quem mais nos impulsiona: o usuário cidadão do Sistema Único de Saúde! Sem ele não haveria pesquisa, ou melhor, até existiria, mas fatalmente faríamos uma produção de saber que se contenta de ter um fim em si mesma, e não se vê como agente de transformação social.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 2 dez. 2025.

6 É que devir não é imitar algo ou alguém, identificar-se com ele. Tampouco é proporcionar relações formais. Nenhuma dessas duas figuras de analogia convém ao devir, nem a imitação de um sujeito, nem a proporcionalidade de uma forma. Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos. É nesse sentido que o devir é o processo do desejo (Deleuze; Guattari, 2012a: 64).

ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; TALLEMBERG, Claudia; CHAGAS, Magda de Sousa; ROCHA, Monica; SANTOS, Nereida Lúcia Palko dos; SILVA, Erminia; VIANNA, Leila. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 22-30. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. (org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pz254>. Acesso em: 2 dez. 2025.

BADUY, Rossana Staevie. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000775327&local_base=UFR01. Acesso em: 2 dez. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/27642>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC, 2009. p. 117-130. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-a-saude/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CRUZ, Kathleen Tereza da; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BADUY, Rossana Staevie; SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 252-269. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

DE GRANDI, Ana Lúcia. **Cartografia do cuidado ao cuidador: encontros, resistências e produção de linhas de fuga**. 2021. 222 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/16937>. Acesso em: 14 dez. 2023.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2013.

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

DELEUZE, Gilles. **Lógica do sentido**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** 2. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011. v. 1.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** 2. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012. v. 5.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2007.

DUARTE, Luiz Gustavo; ARAUJO, Fernanda Macedo; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; MELCHIOR, Regina; GONZÁLEZ, Alberto Durán. From pregnancy to sterilization: a cartography of an orphan mother experienced in a clinic at the street. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200063, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200063/en/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

DUARTE, Luiz Gustavo; SEIXAS, Clarissa Terenzi; SLOMP JUNIOR, Helvo; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay. Entre territórios pandêmicos: cartografia de um Consultório na Rua durante a pandemia de covid-19. **Reciis: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-31, 2024. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3793>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FEYERABEND, Paul K. **Contra o método**. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2011.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France (1979-1980)**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/1173>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FUNGATI, Luiz. **Agenciamento**. [S. l.]: Escola Nômade, 24 fev. 2016. Disponível em: <https://www.escolanomade.org/2016/02/24/agenciamento/>. Acesso em: 26 jan. 2024.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

LARROSA, Jorge. **Tremores: escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

MACHADO, Antônio. **Caminante, no hay camino: selección de sus más recordadas poemas**. [S. l.]: Planeta, 1997.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. *In*: FOUCAULT, Michel.

Microfísica do poder. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021. p. 7-34.

MARANDOLA, Thalita da Rocha. **A produção do cuidado no contexto familiar na atenção básica:** uma cartografia. 2018. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/16627>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MARANDOLA, Thalita da Rocha. **De qual cuidado estamos falando?** A cartografia de uma usuária cidadã guia surda na busca pelo direito do cuidado em saúde. 2021. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/17425>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra.** São Paulo: n-1 edições, 2017.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In:* MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Ver-SUS Brasil:** caderno de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWLtrWY4YSbWpJzwG7YrBwz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In:* FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, Emerson Elias. **Pesquisa Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado:** o caso de Campinas. [S. l.]: CNPq, 2011. Relatório de pesquisa.

MERHY, Emerson Elias. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZXXqFndCPKSjW7B9Qx8bGhk/?lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CERQUEIRA, Maria Paula; FRANCO, Túlio Batista. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum:** Estudos de Mídia, Cultura e Democracia, Rio de Janeiro, n. 33-34, p. 89-103, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/11845449/Di%C3%A1logos_pertinentes_micropol%C3%ADtica_do_trabalho_vivo_em_ato_e_o_trabalho_imaterial. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes; BERTUSSI, Debora Cristina; BADUY, Rossana Staevie. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/70-83/pt/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SILVA, Ermínia.

Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 8, n. 1, p. 25-34, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima Lima; CRUZ, Kathleen Tereza da; FRANCO, Tulio Batista. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 52, p. 153-164, 2014. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 43-53. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ODA, Silas. **Movimentos cartográficos na atenção domiciliar: visibilidades dos agires cuidadores**. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/9068>. Acesso em: 2 dez. 2025.

OLIVEIRA, Kátia Santos de. **O usuário-guia e as redes de cuidado: movimentos cartográficos de produção de vida**. 2019. 100 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/16852>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ONFRAY, Michel. **Contra-história da filosofia: as sabedorias antigas**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. v. 1.

ORLANDI, Luiz B. L. **Íntegra: ética em Deleuze**. Campinas: Instituto CPFL, 2009. Disponível em: <https://institutocpfl.org.br/integra-etica-em-deleuze-luiz-b-l-orlandi/>. Acesso em: 17 nov. 2023.

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

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

STENGERS, Isabelle. **Uma outra ciência é possível: manifesto por uma desaceleração das ciências**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2023.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Eduardo Viveiros de Castro**. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2008.

CAPÍTULO 2

A PRODUÇÃO DE VÍNCULO E CUIDADO EM SAÚDE NOS INTERSTÍCIOS DOS PROTOCOLOS: UM FINAL OBSTÉTRICO FAVORÁVEL⁷

Célia Maria da Rocha Marandola
Thalita da Rocha Marandola
Talytah Thaís Costa Guarche
Ana Paula Marson
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Nereida Lúcia Palko dos Santos
Rossana Staevie Baduy
Josiane Vivian Camargo de Lima
Regina Melchior

ENCONTRO INICIAL

Lembro-me que, de pronto, aceitei o convite para adentrar aquele casebre inundado de simplicidade, desde o quintal. Construída a

⁷ Este capítulo consiste em um recorte adaptado da dissertação intitulada “Produção do cuidado à gestante : narrativas de uma mulher em seu período perinatal” defendida por Célia Maria da Rocha Marandola no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/Uel em 2020. O texto original foi revisto e parcialmente modificado para adequação ao formato e aos objetivos desta publicação.

partir de diferentes tipos de materiais reaproveitados, logo na entrada da casa havia uma espécie de varanda com piso de chão batido e coberto por uma lona. A diminuta cozinha com piso irregular apresentava várias cores e formatos (típicos de reaproveitamento de materiais), os móveis aparentemente ‘cansados’ denunciavam seu uso intenso de longa data. Na sala, o básico para o descanso do dia a dia (um jogo de sofá antigo com 02 e 03 lugares), uma mesinha em madeira envelhecida e sobre ela, encontrava-se: um televisor, um notebook, lápis/caneta e diversos papéis espalhados. As cortinas (de tecido estampado já desgastado pela ação do tempo) ficavam dispostas nas janelas, mas também nas portas, delimitando, assim, o acesso entre um cômodo e outro. As paredes da sala apresentavam diferentes texturas e estampas formando, assim, um verdadeiro mosaico com desenhos e gravuras abstratas originadas a partir da ação da chuva (devido infiltração e/ou goteiras) e por vários recortes de materiais (sobras de demolição) transformando aquele ambiente (aos olhares mais sensíveis) numa verdadeira obra de arte. O quarto do casal não era diferente dos outros espaços apresentados na pequena casa. E para compor a decoração daquele aconchegante ‘Lar Doce Lar’ uma das paredes da sala ganhou um enorme quadro de aproximadamente 60 X 80 centímetros, retratando o sonho da maternidade. Na foto a radiante Lua Flor exibia seu enorme barrigão, registrando ou quem sabe eternizando aquele momento feliz em que o casal esperava pelo segundo filho. Confesso que a imersão naquela pequena casa me trouxe flashes nostálgicos e fez aflorar, em mim, diferentes emoções. De repente, era como se eu voltasse a ser criança e a sensação de que eu já havia estado naquele lugar era muito forte. Todos os detalhes me pareciam familiares, desde o piso com chão batido, a simplicidade do todo na casa e até a festa sonora ocasionada pelas manifestações dos animais como cães, porcos e galinhas me soavam como música aos ouvidos. E, de repente, as lembranças me remeteram ao ‘entardecer’ de minha vida infante-juvenil, constantemente perfumado pelo ‘Doce aroma da cebola podre’ que religiosamente anunciava o momento do jantar em família. Porém, passado o impacto inicial composto pela nostalgia que o lugarejo me provocara naquele encontro, apresentei-me oficialmente para o casal. Então me deparei com uma jovem mãe, que num primeiro momento, também buscava, talvez apenas num olhar, entender o que de fato me levava até ali. Pois, inexplicavelmente, eu estava

diante de alguém que até alguns instantes, eu não sabia que existia e que ao mesmo tempo parecia que já nos conhecíamos, muito, antes daquele nosso primeiro encontro (DC, Aspirante a cartógrafa).

1. INTRODUÇÃO

A análise apresentada neste capítulo vem do recorte do produto da dissertação de mestrado intitulada “Produção do cuidado à gestante: narrativas de uma mulher em seu período perinatal”, realizada no período de 2018 a 2020, desenvolvida na área urbana de um município de grande porte da região Sul do país.

Trata-se de um estudo qualitativo com perspectiva cartográfica, em que se buscou dar visibilidade às narrativas da usuária-guia (gestante-guia), durante sua busca pelo cuidado em saúde, na rede de atenção e proteção materno-infantil. A cartografia nos provocou seguir com a usuária-guia que buscava pelo cuidado em saúde em sua trajetória, essa, por sua vez, sem itinerário pré-definido, como se espera nesta abordagem (Rolnik, 2016, p. 23).

Este capítulo tem como objetivo compartilhar aprendizagens da produção do cuidado em saúde com uma gestante em sua trajetória obstétrica.

Durante a pesquisa, foi utilizado como dispositivo cartográfico a ferramenta denominada usuário-guia (UG),^{8,9} cujas narrativas auxiliaram na escolha dos caminhos a serem percorridos, com a intencionalidade de dar visibilidade à produção do cuidado — mesmo que esse cuidado estivesse fora das redes formais de saúde — a partir do modo de produzir as conexões existenciais dos usuários (enquanto redes vivas de si próprios) em seus modos de produzir e caminhar na vida (Cecílio; Matsumoto, 2006; Merhy *et al.*, 2014, p. 36).

Abrahão *et al.* (2016) entendem a narrativa como ferramenta de livre registro que insere o pesquisador na cena, pesquisador esse que, ao extravasar o ato experienciado, no inter de suas singularidades, repele qualquer traço

8 Usuário-guia é um dispositivo de pesquisa que por sua flexibilidade de mobilização possibilita cartografar e/ou dar visibilidade a outros territórios existenciais nos serviços de atenção em saúde (Gomes; Merhy, 2014; Usuário [...], 2014).

9 O termo usuário-guia foi inspirado na produção de Ermínia Silva (2007).

de neutralidade. Nessa definição, os autores corroboram a importância das narrativas da gestante-guia para o estudo, uma vez que essas apresentaram uma sucessão de acontecimentos semelhantes a uma produção literária, num filme com história real.

Por sua vez, a cartografia¹⁰, enquanto método de pesquisa, permitiu desengessar o percurso de análise do objeto de pesquisa em metas pré-fixadas, onde não é a reflexão que gera o caminho, mas o caminho é gerador de reflexão (*hódos-metá*), dando a possibilidade de o próprio percurso traçar suas metas, abrindo espaço ao agenciamento mútuo, sujeito/objeto pesquisa.

Nesse plano da experiência, seria equivocado nortear a pesquisa apenas pelo conhecimento pressuposto daquela realidade, pois vimos a afetação da pesquisadora principal desde o momento em que se depara com a casa (objeto de pesquisa), sendo ela impactada por memórias avassaladoras de sua infância. Nesse momento, a pesquisadora começa a modificar seu olhar sobre o pesquisar, suas linhas rizomáticas começam a traçar o próprio percurso metodológico, a confiança é estabelecida entre pesquisadora e Lua Flor como uma nuvem invisível que envolve ambas sem a necessidade de explicações, sendo que as potências dos dois corpos nesse encontro, sempre deixam marcas. “Não há eclosão de desejo, seja qual for o lugar que aconteça, [...] que não coloque em xeque as estruturas estabelecidas” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 64).

Assim, não seria permitida, no plano da experiência em que se encontravam pesquisadora/pesquisada, a imparcialidade diante do dilema que afetava diretamente a conclusão da gravidez de Lua Flor, a seringa retendo medicação e todas suas possíveis consequências. A pesquisadora, mergulhada na experiência do pesquisar, sai em busca de uma resolutividade junto à APS e sua equipe, atitude essa que nos remete ao princípio de Heisenberg em que “o observador está sempre implicado no campo de observação e a intervenção modifica o objeto” (Moebus, 2016, p. 420).

10 Cartografia: ferramenta que permite analisar processos de trabalho junto a uma equipe de saúde, além de identificar pessoas, outros territórios (lugares, instituições, práticas e saberes) e (re)construir memórias que de alguma forma estão envolvidas com o cuidado ao usuário (Gomes; Merhy, 2014).

Também chamado de “princípio da incerteza”, o princípio de Heisenberg é utilizado por Moebus (2016) em seu texto sobre pesquisa-interferência. O referido autor nos apresenta Werner Heisenberg — físico alemão que afirmou que para se determinar a posição de um elétron (ou seja, estabelecer medidas), faz-se necessária uma interação entre o elétron e os instrumentos de medida, sendo essa interação produtora de uma zona de incerteza e/ou de interferência sobre os resultados observáveis (Moebus, 2016, p. 420).

No mesmo texto, o autor buscou aclarar nosso entendimento, utilizando-se da figura de uma bola dentro de uma sala escura, sendo que para localizá-la, precisamos jogar água sobre ela. Porém, “as ondas da água não só batem e voltam para determinar a localização da bola, como também mudam a bola de lugar” (Moebus, 2016, p. 420).

Trazendo para nosso campo da pesquisa, essa mudança de lugar pode ser entendida como um deslocamento de corpos e pode estar intimamente relacionada com a forma com que a pesquisadora principal desse estudo se colocou no campo. Ou seja,

[...] quando a pesquisadora adota um corpo que afeta, também poderá ser afetada e a cada interferência a pesquisa se modifica, estando sempre em estado de afetação, onde pesquisar é sempre um processo inacabado (Figueiredo *et al.*, 2019, p. 601).

Nesse contexto de pesquisa-interferência — carregados de deslocamentos juntamo-nos — pesquisadora principal e demais autores integrantes do grupo de estudo para o processamento da pesquisa. Assim, seguimos nos cartografando, ou seja, buscando dar visibilidade aos movimentos realizados pela gestante-guia em sua trajetória na busca pelo cuidado em saúde.

Outras ferramentas e técnicas foram utilizadas no estudo como, por exemplo, o diário cartográfico (DC), enquanto invenção de estudiosos da pesquisa cartográfica na área da saúde, caracterizada pelo “registro de afetabilidades de caráter intuitivo” num processo de atualização da

virtualidade vivida no campo, onde passado e presente são contemporâneos e representam os tempos cartográficos atualizados: passado (campo/escrita) x presente (escrita/campo). Nesse sentido, o DC “tornou-se um espaço-tempo de produção com o intuito claramente definido: o de dar vozes e palavras aos devires nos e dos diferentes encontros” (Slomp Júnior *et al.*, 2020).

Outra importante ferramenta para o estudo foi o fluxograma analisador. Ele é utilizado para investigar a produção do cuidado a partir das memórias coletivas, convocando todos os envolvidos/trabalhadores para um território comum, o território do cuidado, visando a mudanças no cotidiano das práticas de saúde para a produção do cuidado usuário-centrado, sendo esse o fio condutor para os novos modos de cuidar em saúde (Franco, 2013).

Além disso, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio, transcritas e depois apagadas, bem como alguns codinomes visando preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

A Unidade Básica de Saúde (UBS)¹¹ escolhida para o estudo faz parte da estratégia de proteção e promoção à saúde perinatal, denominada no Estado como Linha de Cuidado Materno Infantil — LCMI (Brasil, 2011a; Paraná, 2022). Tal escolha deveu-se ao fato de a autora principal ter realizado estágio curricular do curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica no referido serviço, sendo critério para a escolha da UG: ser gestante acompanhada por uma das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e moradora da área de abrangência da UBS. Ressalta-se que antes da entrada dos autores no campo da pesquisa, os trâmites ético-legais¹² foram todos atendidos.

11 A UBS, localizada na região leste do município de estudo, faz parte da rede de atenção materno-infantil e tem se configurado como campo de estágio para cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica (Paraná, 2022).

12 A pesquisa recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, e após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, foi aprovada (sob o nº: 3.223.883). Os objetivos do estudo foram apresentados aos sujeitos da pesquisa seguidos da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE (Brasil, 2012).

2. CONTEXTUALIZANDO A TRAJETÓRIA GRAVÍDICA DE LUA FLOR

A pesquisadora principal desse estudo, enquanto aspirante a cartógrafa, buscava por novos encontros quando conheceu a jovem e igualmente aspirante (Lua Flor), cuja maior aspiração de vida — naquele momento — era a concretização de sua maternidade, ou seja, pulsava no corpo de Lua Flor um potente desejo de ser mãe (mesmo estando ela em sua terceira gestação). Assim sendo, as afetações vivenciadas pela então aspirante-cartógrafa extravasaram nos encontros com o grupo de pesquisa, momento em que se deu boa parte do processamento dessa pesquisa.

Mas, Lua Flor e Emanuel buscavam também por melhorias nas condições de vida/trabalho e ainda alimentavam sonhos comuns, como conquistar a casa própria e aumentar a família. Já a jovem Lua Flor, de 23 anos, apresentava uma trajetória obstétrica composta por dois eventos gestacionais: na primeira gestação houve um parto normal e, na segunda, um parto cirúrgico (cesariana), porém, sem filhos vivos, até o momento da pesquisa.

Na primeira gestação (que durou 37 semanas), Lua Flor iniciou seu pré-natal, tardiamente. Além disso, sua narrativa trazia pistas de uma gravidez que já apresentava sinais de riscos de complicações gestacionais desde o início — os quais passaram despercebidos — não somente por ela, resultando assim num desfecho perinatal indesejado:

Eu não fazia ideia de que uma dor de cabeça pudesse influenciar na gestação. Afinal de contas eu sempre tive dor de cabeça, embora não fosse tão forte como a que eu sentia conforme a gestação avançava. Achava que era de tanto eu usar o celular. Normal pra mim (Lua Flor).

O conjunto de fatores composto pelo histórico de cefaleia intermitente durante a adolescência, sua inexperiência da gestante e o início tardio do acompanhamento pré-natal sugere a não valorização e/ou não percepção do

quadro de cefaleia, importante no final da gestação. Isso retardou o diagnóstico de pré-eclâmpsia — o que reduziu a zero as possibilidades de intervenção, cujo desfecho obstétrico foi o óbito fetal.

Na segunda gestação, diferente da primeira, Lua Flor iniciou o pré-natal precocemente e continuou sendo acompanhada pela UBS até o segundo trimestre de gestação como risco habitual, chegando ao serviço hospitalar de urgência obstétrica na trigésima semana. Na ocasião, a gestante-guia apresentava sintomas clássicos de pré-eclâmpsia, sendo necessária a internação hospitalar até a resolução do parto (via cesariana). Além de prematura, a criança nasceu com complicações cardíacas severas e outras más-formações, sobrevivendo por apenas quatro meses. Mesmo diante da gravidade da situação de saúde do filho, o casal nunca perdeu a esperança de segurá-lo no colo e/ou levá-lo para casa com saúde:

Vivemos quatro meses com o Gabriel, mas neste pouco tempo, ele nos ensinou muita coisa, principalmente a superação. Um guerreiro muito forte em sua luta pela sobrevivência. Deixou-nos! Mas deixou muita esperança para continuarmos a nossa vida e nossos sonhos (Emanuel).

O que fica evidente nessa narrativa é que o sonho de serem pais, literalmente falando, tornou-se um objetivo a ser alcançado pelo casal. E, a despeito de qualquer risco que pudesse estar envolvido com uma nova gestação, o casal nutria a potente vontade de ter um filho, ou seja, ambos desejavam alcançar o mesmo intento e, juntos, seguiram buscando por um desfecho perinatal feliz.

Nesse movimento desejante, Lua Flor engravidou novamente com um intervalo gestacional de pouco mais de um ano e, dessa vez, iniciou o acompanhamento pré-natal, precocemente, no intuito de realizar sua maior aspiração: ter um filho em seus braços, levá-lo para casa e, mais que isso, poder praticar sua maternagem¹³. Tal desejo faz lembrar Deleuze, quando o autor afirma que o “inconsciente deseja e nada faz senão desejar” (Deleuze, 1988, P. 107).

¹³ Maternagem: termo utilizado para designar o cuidado à criança realizado por uma pessoa (mãe, pai, parentela, cuidadores, vizinhos etc.) que tenha capacidade para cuidar e acolher as necessidades da criança em cada fase da vida, visando um desenvolvimento emocional saudável (A diferença [...], 2016).

Há que se dizer, porém, que a intensidade de desejo apresentada por Lua Flor e seu esposo não “nasceu” com o intuito de confrontar a equipe formada pela enfermeira, médico clínico geral e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pela área de abrangência e pelo acompanhamento da gestante-guia.

Isso porque, a partir do segundo desfecho gestacional ruim de Lua Flor, a equipe passou a ter receio/medo mesmo, que ela engravidasse novamente, principalmente com um intervalo tão curto, como foi o caso da terceira gravidez de Lua Flor. Tal fato causou na equipe diferentes sentimentos como preocupação, expectativa do que poderia estar por vir e uma enorme impotência diante dos riscos que uma nova gravidez poderia trazer à vida da UG.

Nesse sentido, pensamos que para além das ações de prevenção e orientações em saúde que a equipe pudesse ter produzido para cuidar de Lua Flor, prevaleceu o desejo dela, no modo que ela escolheu para “andar na vida”, bem como a necessidade de uma nova gravidez que pudesse lhe oferecer um desfecho gravídico mais alegre.

3. O CUIDADO NOS INTERSTÍCIOS DOS PROTOCOLOS (SERINGAS)

Buscando uma melhor compreensão para o título acima, faz-se necessário definir, ainda que de modo simplificado, a palavra interstício que, conforme o dicionário Michaelis, refere-se a um “pequeno espaço entre as partes de um todo com aberturas estreitas e alongadas ou em fenda”. A mesma fonte apresenta o interstício (na área da anatomia) como sendo o “intervalo que separa moléculas e células ou que está entre os órgãos contíguos” (Interstício, [2024]). No entanto, há diferentes definições para a palavra interstício, a depender da área de estudo que se pretende aprofundar (jurídica, religiosa etc.), não sendo essas o foco desse estudo.

Em artigo publicado em 2013, a autora renomada internacionalmente na área da psicanálise — Vera Lucia Colussi Lamanno-Adamo — fez breves considerações sobre espaço intersticial (ou interstício) dentro das instituições e afins. Segundo ela:

Tal como nos tecidos orgânicos cujos arranjos celulares delineiam espaços intersticiais de várias formas e funções, também na instituição a organização das atividades oficiais em um determinado espaço-tempo dá origem a interstícios do mesmo tipo (Lamanno-Adamo, 2013, p. 93).

Para a autora, o espaço intersticial sustenta e trata aquilo e/ou aquele que ainda não pode ser oficializado na estrutura institucional ou ainda não foi reconhecido. No entanto, carece de proteção para não ser excluído, sendo necessário manejar o espaço intersticial até que se possam adentrar as estruturas oficiais (Lamanno-Adamo, 2013).

Nesse sentido, ao trazermos o pensamento da autora para o presente estudo, podemos entender que os protocolos criados para organizar os fluxos de atendimento nas instituições de saúde podem ser entendidos como os tais arranjos oficiais (pensados para cuidar em saúde). Assim, tudo aquilo que vaza pelos poros e pelas fendas desses protocolos, pode ser denominado como espaço intersticial ou interstício, inventado para incluir sem descuidar (espaço que possibilita uma “quebra” de protocolo e/ou seu correto uso, conforme a necessidade do usuário).

Ou seja, os protocolos criados para organizar os fluxos de atendimentos visando à produção do cuidado em saúde são importantes propostas para direcionar esse cuidado, no entanto, podem não cumprir esse papel, a depender de quem o utiliza, restando para o usuário uma torcida para encontrar trabalhadores dispostos a utilizarem os protocolos e suas fendas (interstícios) com porosidade.

Ressalta-se que durante os encontros da pesquisa foi possível conhecer a trajetória obstétrica de Lua Flor e os desfechos obstétricos negativos por

ela vivenciados, após o diagnóstico de Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolipídica (SAF)¹⁴. No final de sua primeira gestação, ela foi referenciada para a especialidade de hematologia, onde permaneceu em fila de espera até o início de sua segunda gestação.

Na primeira visita no campo de pesquisa (em domicílio), algo chamou a atenção da pesquisadora/trabalhadora de saúde — a enorme preocupação de Lua Flor em relação às medicações em uso que ela fazia, diariamente. Na ocasião, a gestante tinha dúvidas relacionadas às seringas pequenas de 1 ml (chamadas de seringas de insulina) que, após serem utilizadas para autoaplicação de heparina (via subcutânea), mantinham um residual importante da medicação em seu êmbolo. Ela assim se pronunciou:

Comecei a usar esta medicação (heparina) logo após o nascimento do meu primeiro filho, mas a seringa que eu utilizava era diferente desta aqui (tinha tampa alaranjada e era de outra marca). Você acha que está certo ficar esta quantidade de medicação aqui dentro da seringa? Será que tem problemas para nossa saúde: minha e do bebê? (Lua Flor).

Lua Flor tinha dúvidas com relação à ação da medicação e também sobre a maneira correta de uso e mostrou-me a seringa que acabara de utilizar, sendo que no interior dela havia uma quantidade considerável de heparina, a qual se aproximava da dose total prescrita para o tratamento preventivo de trombose.

Ponderei por alguns instantes e a alertei sobre a possibilidade de o tratamento não estar sendo realizado de modo satisfatório, e se houvesse a possibilidade de algo estar errado com a seringa, a equipe de saúde deveria ser informada para analisar a questão, principalmente devido ao seu histórico de trombose placentária. Nesse momento, a gestante revelou que não recebia VD do “postinho” porque trabalhava em horário comercial.

14 A SAF — Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolipídica — aumenta o potencial de coagulação sanguínea e diminui a fibrinólise e possui forte ligação com as complicações obstétricas como: perda fetal, pré-eclâmpsia, insuficiência placentária, Crescimento Intrauterino Restrito (CIR) e parto pré-termo (Montenegro; Rezende Filho, 2014).

Dessa forma, ela foi orientada a procurar pela enfermeira da UBS para conversar sobre o assunto e considerar uma possível troca do dispositivo (seringa), pois, ainda que a seringa não apresentasse problema algum, um dano já havia se instalado, ou seja, a descrença da gestante naquele dispositivo para seu tratamento, o que pode ser evidenciado na fala de Lua Flor:

Já estive no posto... Eles me falaram que desta vez eles não podem me dar seringa “BD” e me deram esta outra seringa de insulina. Mas, estou preocupada porque a medicação não vai (pra dentro do meu corpo), ela fica todinha na seringa.

Esta outra aqui (a BD) vai toda a medicação e não sobra nada na seringa! Mas, me disseram também, que estas seringas são dadas somente para pacientes com prioridade. Daí eu comprei 05 seringas na farmácia (Lua Flor).

De acordo com a gestante, embora ela tenha atendido à orientação de procurar a UBS, seu atendimento inicial foi realizado por um profissional de saúde que, naquele momento, não tinha conhecimento do seu caso e/ou não a considerou como prioridade para o fornecimento das seringas “adequadas” ao seu tratamento, alegando que a mesma não preenchia os critérios de inclusão no protocolo vigente de diabetes mellitus.

Diante disso, a UG procurou pela enfermeira que, na ocasião, providenciou e forneceu uma quantidade de seringas (tidas como adequadas), demonstrando, assim, seu olhar sensível e focado na necessidade da gestante para além do protocolo. Por sua vez, Lua Flor narrou sua satisfação com o atendimento da enfermeira:

Ela (a enfermeira) me atendeu muito bem. Ela sempre me atende. Foi a mesma que me ajudou da primeira vez, fazendo a cartinha para eu conseguir o medicamento do cálcio na Secretaria de Saúde (Lua Flor).

Porém, tal situação ocorreu novamente quando essa pesquisadora precisou fazer uma nova intervenção junto à enfermeira responsável pelo

atendimento da gestante-guia. A partir daí, a gestante entrou para o protocolo e passou a receber seringas entendidas por ela como “adequadas” ao seu tratamento. Mais tarde, já um pouco mais calma, a gestante enviou um áudio por aplicativo de mensagens, dizendo que ainda continuava indignada com a situação, pois, de acordo com seu relato:

A moça que fez a entrega disse que aquelas 100 seringas tinham vindo especialmente para mim. Fiquei feliz! Mas, ela disse também, para eu tomar cuidado (tipo, fazer economia) sob o risco de quando eu voltar para buscar mais, não ter para oferecer. Achei aquilo um absurdo! Eu tenho direito. Não é mesmo? (Lua Flor).

A indignação presente na narrativa de Lua Flor revelou um (des) cuidado produzido pelo trabalhador de saúde que, ao utilizar em demasia o protocolo de atendimento (que, enquanto ferramenta de saúde, compõe a valise das tecnologias leve-duras, deixou de apostar de modo mais predominante na tecnologia das relações, ou tecnologia leve (Merhy, 2000).

Assim, a não dispensação das seringas “adequadas” poderia passar despercebida pela usuária se tivesse havido um encontro em saúde usuário-centrado, com escuta e interesse que pudessem favorecer a produção do cuidado em saúde, por meio da criação de vínculo.

Naquele período, o que mais importava para a gestante-guia era a manutenção de uma gravidez saudável que resultasse num parto de sucesso. Ou seja, se a negativa da entrega das seringas lhe causou revolta, a princípio, a revolta se desfez quando Lua Flor adquiriu o que buscava nesses encontros. Para além das seringas (enquanto dispositivos fundamentais na manutenção da saúde materno-infantil), ela conseguiu alcançar a escuta ativa por parte da enfermeira nos interstícios do protocolo (de dispensação de medicações e seringas), o reconhecimento de seus direitos enquanto mulher-gestante-cidadã-guia e, principalmente, o encontro intercessor nos espaços intersticiais (furos no muro) desse protocolo que produziu cuidado em saúde ao binômio mãe-bebê, principalmente na fase final dessa trajetória obstétrica com desfecho feliz.

4. O VÍNCULO COMO COMPONENTE OPERACIONAL DO CUIDADO

Alguns pontos das narrativas da gestante-guia sugerem uma percepção do não cuidado e até mesmo de sua invisibilidade enquanto usuária de saúde (talvez, pela falta de vínculo), mesmo estando ela inserida numa rede de cuidado materno-infantil. No entanto, ela não desistiu e continuou buscando a rede de serviços de saúde com o seu protagonismo, visando garantir que sua maior aspiração pudesse se concretizar: o sonho da maternidade.

Destacamos aqui o importante papel da Atenção Básica (AB) enquanto porta de entrada prioritária, embora não seja a única (Brasil, 2011b). Os encontros entre os trabalhadores de saúde da UBS de estudo e a gestante-guia poderiam ter sido mais produtivos, visto que a Visita Domiciliar (VD), que por vezes não tem sido muito valorizada mesmo entre os integrantes da equipe, é promotora potencial de inúmeras possibilidades para os encontros: encontros de saúde; educação em saúde; prevenção de agravos; orientações e/ou correções de falhas terapêuticas e, principalmente, da produção de cuidado em saúde por meio da criação de vínculo.

A VD propicia, dentre outras produções nos encontros com o usuário, uma criação e/ou fortalecimento de vínculo que, por sua vez, pode ser entendido como divisor de águas rumo ao conhecimento das necessidades de saúde daquele usuário, tornando-o mais seguro e corresponsável por sua saúde, facilitando assim a continuidade do seu tratamento de modo satisfatório (Brunello *et al.*, 2010; Cecílio; Matsumoto, 2006).

O pensamento desses autores sobre o vínculo entre trabalhadores e usuários de saúde é corroborado em Brasil (2011b). Todavia, em inúmeras situações, a criação de vínculo exige do trabalhador que ele lide com as limitações do trabalho em saúde no cotidiano de seus saberes, dos protocolos existentes e também com os limites do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tudo isso pode dificultar para o trabalhador o processo de

construção de vínculo com o usuário, pois ele tem que lidar, também, com sua impotência.

De acordo com Seixas *et al.* (2019, p.11), “o processo de um coletivo de trabalhadores de analisar sua prática no cotidiano do trabalho é conflituoso”. Portanto, até mesmo para a construção de vínculo com o usuário, o trabalhador necessita de dispositivos de gestão que o fortaleçam e que o apoiem neste sentido.

Especificamente nesse estudo, ao analisarmos o conceito de vínculo proposto nas políticas de construção do SUS, nos arriscamos a afirmar que o vínculo estabelecido entre trabalhadores de saúde e a nossa usuária-gestante-guia (a Lua Flor) era frágil e, por vezes, inexistente, de acordo com as cenas narradas, uma vez que Lua Flor não conseguia ser atendida pela equipe em suas dúvidas mais simples como, por exemplo, a aplicação correta da medicação subcutânea e a permanência de residual medicamentoso na seringa, mesmo após a aplicação.

Da mesma forma, se tivesse havido maior vínculo entre a gestante e os trabalhadores de saúde responsáveis pelo acompanhamento dela e, principalmente, se houvesse uma aposta maior naquilo que se é produzido nos encontros, suas afetações e até um olhar mais observador por parte da equipe, talvez esses sujeitos, trabalhadores-usuários, produzissem ações mais assertivas para o cuidado.

Com o vínculo fortalecido, talvez a gestante-guia sentisse segurança para comunicar-se com a equipe e essa comunicação poderia trazer as respostas que ela tanto buscava. Ela poderia perceber também que a intervenção direta — dos pesquisadores desse estudo — junto à equipe, seria desnecessária. Lua Flor poderia perceber, ainda, que o que se conseguiu até aquele momento (as seringas “adequadas” e os encaminhamentos), apesar de serem um direito seu, enquanto usuária, também foi fruto de muito esforço da equipe responsável pelo seu cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente recorte apresentou a gestante-cidadã-guia como grande protagonista na construção do seu cuidado em saúde, com apoio e intervenção dos pesquisadores do estudo. Também possibilitou reflexões sobre o cuidado em saúde a partir das lentes de uma gestante de alto risco que estava sendo acompanhada pela rede de atenção materno-infantil, no interior dos protocolos instituídos para cuidar.

Observamos que a Atenção Primária à Saúde (APS) continua sendo o terreno fértil para as diferentes experimentações que conduzem à produção do cuidado de modo continuado e longitudinal, que a Atenção Básica permanece como porta de entrada prioritária do usuário no SUS, embora não seja a única, e a UBS com suas equipes da ESF segue como principal responsável pelo acompanhamento do usuário de saúde, independente do ciclo vital em que este esteja inserido.

Destacamos nesse estudo as ações em saúde que buscam por melhorias na qualidade da assistência pré-natal da LCMI, no intuito de proteger e cuidar do binômio mãe-bebê durante o período perinatal: pré-natal, parto e puerpério. Sendo a LCMI uma das estratégias, dentre as inúmeras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), esperava-se que a produção do cuidado em saúde estivesse implicitamente garantida com as melhorias na qualidade da atenção materno-infantil no cenário onde a pesquisa aconteceu, principalmente por se tratar de uma atenção mais humanizada.

No entanto, embora a gestante não tenha reconhecido, suas narrativas trouxeram pistas sugestivas da presença de (des)cuidado em algumas das ações e procedimentos desenvolvidos por profissionais responsáveis por prestar-lhe o cuidado em saúde. Ou seja, ainda que as instituições tenham se organizado numa rede de fluxos e acompanhamento buscando a proteção materno-infantil, essa estrutura não foi suficiente para produzir o cuidado da gestante-guia do estudo que, por vezes, necessitava apenas da utilização, de modo

predominante, das tecnologias-leves em detrimento de outras tecnologias (leve-duras e duras).

Entendemos que o cuidado pode ser produzido nos diferentes encontros entre usuários e profissionais de saúde e que ele é consumido no momento da produção, ou seja, em ato. Sendo a visita domiciliar uma possibilidade para criação de vínculo entre a equipe de trabalhadores da saúde e usuários do serviço, a VD enquanto ferramenta foi pouco utilizada pelas equipes que acompanharam a gestante do estudo. Dessa forma, não se pode afirmar que as estruturas organizadas para favorecer a produção do cuidado em saúde do usuário, por si só, sejam produtoras de cuidado.

De acordo com nossas afetações e a partir das narrativas da gestante, ela abriu mão de ser o “centro do cuidado” durante toda sua gravidez, para direcionar os olhares dos profissionais de saúde para a saúde e o cuidado de seu filho, para que isso pudesse resultar num nascimento seguro e saudável. Nem mesmo a falta de seringas “adequadas” para realizar o tratamento preventivo de trombozes (fornecida pela UBS) foi suficiente para que ela reconhecesse como (des)cuidado nos diferentes encontros com profissionais envolvidos no seu atendimento em saúde. Ao contrário disso, em pouco tempo a gestante já demonstrava certa resignação com o fato, ou seja, a gestante-cidadã-guia nada mais fez do que andar a vida a seu próprio modo.

Entendemos que a produção do cuidado em saúde se faz nos encontros entre trabalhadores de saúde/usuários e trabalhadores/trabalhadoras, produzindo coletivos e possibilitando aos sujeitos suportar diferentes dores e sofrimentos. Nesses encontros, as relações e afetações vão se estabelecendo no momento em que há reconhecimento mútuo de saberes, expectativas e desejos.

Há que se dizer que o encontro permite o compartilhamento do cuidado de forma conjunta com os demais equipamentos de saúde do território. Assim, esse trabalho propicia uma reflexão tanto para nós, pesquisadores, quanto para trabalhadores de saúde: até que ponto as ações

desenvolvidas ou previstas nos interstícios de um protocolo são capazes de cuidar, ou apenas estão subutilizadas na organização dos serviços que se utiliza de evidências científicas como parâmetros, mas desconsidera a vida e o desejo do usuário, potencializando, assim, o risco de produzir descuidado e sofrimento?

Nesse recorte de pesquisa podemos afirmar que é possível, mesmo utilizando-se dos protocolos institucionais — tão necessários para a organização das ofertas de serviços em saúde — respeitarmos a necessidade e a singularidade de cada indivíduo, como vimos no acompanhamento da gestante-guia após a intervenção feita pelos pesquisadores, pois a construção de projetos de cuidado/terapêuticos onde o usuário tenha voz e vez, pode ser uma aposta, uma vez que ao negar-lhe o óbvio direito à participação, o deixamos desamparado e sozinho em suas escolhas.

Não podemos afirmar que a intervenção inicial realizada por esses pesquisadores junto à equipe de saúde que acompanhava a gestante-guia tenha sido fator predominante no sucesso da trajetória perinatal dela, mas podemos acompanhar o desfecho obstétrico, que dessa vez trouxe muita alegria para o casal Lua Flor e Emanuel, que puderam desfrutar de um parto seguro e saudável para o binômio mãe-bebê. A primeira ação da então mãe-puérpera-guia foi pegar seu filho no colo, ainda na sala de parto, de acordo com as informações da feliz e radiante Lua Flor.

Desse modo, entendemos que a construção do SUS é um processo permanente que requer revisão constante de suas práticas, sem perder o horizonte ético e legal previsto na Constituição de Saúde como direito, mas entendendo isso na radicalidade de sua proposta, que é de um sistema de saúde universal, que visa à integralidade, buscando a equidade de suas ações e respeitando a autonomia do usuário (nesse caso, da gestante-usuária-guia), pois acreditamos que “toda a vida vale a pena”.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; TALLEMBERG, Claudia; CHAGAS, Magda de Sousa; ROCHA, Monica; SANTOS, Nereida Lúcia Palko dos; SILVA, Erminia; VIANNA, Leila. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 133-144, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/lc/article/view/50836>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 27 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 23 mar. 2024.
- BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino; PONCE, Maria Amélia Zanon; ASSIS, Elisângela Gisele de; ANDRADE, Rubia Laine de Paula; SCATENA, Lúcia Marina; PALHA, Pedro Fredenir; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Fumie. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Caxias do Sul: EdUCS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC, 2006. p. 37-50.
- DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.
- DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- EPS EM MOVIMENTO. **Usuário-guia**. 2014. Disponível em: <https://archive.org/details/EPS-EM-MOVIMENTO-Usuario-guia-2014>. Acesso em: 01 abr 2026.
- FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de; ANDRADE, Eliane Oliveira de; MUNIZ, Marcela Pimenta; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Research-interference: a nomad mode for researching in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 598-603, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/d6vgX5Q4nZ8xkbjTM4cF4Br/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2024.

FRANCO, Tulio Batista. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 301-37.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (org.). **Pesquisadores in-mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/pesquisadores-in-mundo-um-estudo-da-micropolitica-da-producao-do-acesso-e-barreira-em-saude-mental/>. Acesso em 01 abr 2026.

INTERSTÍCIO. In: **MICHAELIS Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, [s.d.]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/intersticio/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

LAMANNO-ADAMO, Vera Lucia Colussi. Entre o público e o privado: o espaço intersticial. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 46, n. 84, p. 93-98, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2024.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima Lima; CRUZ, Kathleen Tereza da; FRANCO, Tulio Batista. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 52, p. 153-164, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305808534_Redes_Vivas_multiplicidades_girando_as_existencias_sinais_da_rua_Implicacoes_para_a_producao_do_cuidado_e_a_producao_do_conhecimento_em_saude. Acesso em 01 abr 2026.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. Pesquisa interferência desde Heisenberg. In: MERHY, Emerson Elias; BADUY, Rossana Staevie; SEIXAS, Clarissa Terenzi; ALMEIDA, Daniel Emilio da Silva; SLOMP JÚNIOR, Helvo. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 420-422. (Políticas e cuidados em saúde, v. 1). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em 01 abr 2026

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. **Linha guia: atenção materno-infantil**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. v. 1: Gestação. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guiami_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf. Acesso em: 22 mar. 2024.

RICCI, Alcione; FALCO, Diego. **A diferença entre maternidade e maternagem**. Presidente Prudente: Canal Diego Falco, 2016. 1 vídeo (5 min 50 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cQkylSmXvec>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2016.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; BADUY, Rossana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza da; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 23, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnjLg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2024.

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

SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias; ROCHA, Monica; BADUY, Rossana Staevie; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; CRUZ, Kathleen Tereza da. Contribuições para uma política de escritura e saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital**, Bellaterra, v. 20, n. 3, p. 1-21, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>.

CAPÍTULO 3

O MODELO BIOMÉDICO E O TRABALHO COLETIVO CENTRADO NO CUIDADO: UMA DISPUTA NA ATENÇÃO BÁSICA

**Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix
Célia Maria da Rocha Marandola
Thalita da Rocha Marandola
Talytah Thaís Costa Guarche
Ana Paula Marson
Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Nereida Lúcia Palko dos Santos
Rossana Staevie Baduy
Josiane Vivian Camargo de Lima
Regina Melchior**

A entrada de novos trabalhadores em uma equipe de saúde que já tem sua história construída, coloca em contato diferentes subjetividades e outras novas são produzidas. Quem entra se depara com processos já instituídos, com diferentes modos de produzir saúde, considerando que no mundo do trabalho em saúde existem vários atores disputando seus projetos de cuidado (Merhy, 2002). Os caminhos percorridos na entrada em um novo local de trabalho são experimentados de diversas maneiras e não há como prever o que será produzido a partir desse encontro rico em subjetividades.

Acompanhar a chegada de novos trabalhadores em um campo de trabalho é uma forma de experimentar como se dão essas interações, o que também pode se tornar um analisador de como a micropolítica opera nas relações entre os trabalhadores (Félix, *et al.*, 2019). A cartografia aparece como uma estratégia potente para essa experimentação, pois coloca o corpo, a pele e o olho vibrátil em ação (Deleuze; Guattari, 1995; Rolnik, 2016).

Este capítulo tem como objetivo trazer à cena a discussão de que existem disputas de projetos entre os trabalhadores que atuam na Atenção Básica (AB), disputas essas que perpassam tanto pelo modo de produzir cuidado quanto na forma de operar o trabalho em equipe. Buscamos dar visibilidade a uma disputa em especial: a constituição de práticas de trabalho coletivo, implicando em um olhar ampliado para o cuidado e o tensionamento pela manutenção do cuidado na lógica curativa e individualizada.

1. A CONFIGURAÇÃO DAS EQUIPES QUE ATUAM NA AB

O sistema de saúde brasileiro tem o compromisso de buscar estratégias para o alcance do princípio da integralidade e a oferta de cuidado centrado nas necessidades do usuário, ou seja, que o cuidado produzido se dê a partir das necessidades de quem se cuida.

Falar de necessidade e de cuidado não é algo simples. Cecílio (2001) sugere uma taxonomia para o entendimento das necessidades de saúde. Ele as agrupou em quatro conjuntos, indo desde boas condições de vida, passando pelo acesso aos serviços e tecnologias de saúde (materiais e imateriais), necessidade de vínculo com a equipe de saúde e ampliação de sua autonomia para conduzir a vida. Cuidado também é um termo que comporta muitos significados. Laura Macruz Feuerwerker (2013), ao problematizar o cuidado em saúde, destaca que ele não é algo exclusivo dos profissionais de saúde, tampouco apenas referente ao humano. Segundo a autora, “cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida” (p. 44).

Assim, para operar na prática conceitos tão complexos como integralidade, cuidado e necessidades de saúde, são necessárias também estratégias igualmente complexas. Para dar conta do desafio que é o cuidado integral, o modelo de produzir saúde não pode estar centrado na competência de um único profissional ou de uma equipe muito restrita, tampouco focado em ações de saúde centradas em procedimentos e numa clínica restrita à queixa-conduta. Isso implica a ampliação da composição das equipes de forma que sejam incorporados profissionais de diferentes categorias atuando com corresponsabilização, de forma a minimizar a fragmentação do cuidado.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipes contendo profissionais de medicina, de enfermagem, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Equipes com essa configuração conseguiram vencer grandes desafios encontrados na AB, mas aos poucos foi percebido que a presença de profissionais de outras categorias aumentaria a resolubilidade daquele ponto da rede de atenção e, nessa linha, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008. A proposta inicial dos NASF foi revisitada na revisão da Política Nacional da Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017), tornou-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) para adequar-se às novas modalidades das equipes de saúde da AB e, após novos projetos de modelo de atenção para a AB por parte da gestão federal (Brasil, 2019, 2022), hoje se apresenta com a denominação de equipes multiprofissionais (e-Multi). As recentes e-Multi surgiram com outra proposta de organização do trabalho e oferta de cuidado, mas permaneceu a intenção inicial do NASF que era a de ampliação do escopo de ações ofertadas na AB e da busca da integralidade do cuidado como um de seus eixos norteadores (Brasil 2017; 2023; Oliveira; Baduy; Melchior, 2019).

Mudanças nos cenários organizacional e legislativo da saúde pública brasileira alteram o formato de inserção de equipes multiprofissionais na AB, entretanto, independentemente de como essas equipes passam a ser nominadas ou estarem vinculadas à saúde da família, os profissionais são atravessados

pelas disputas existentes no mundo do trabalho. Portanto, consideramos que a discussão que este capítulo propõe é pertinente, independentemente do arranjo que os gestores escolherem para organizar suas equipes multiprofissionais.

2. PROJETOS DE CUIDADO QUE CONVIVEM E OS ATORES QUE OS DISPUTAM

Nesse campo em que tantos interagem, as relações são intensas. Ali operam uma série de interesses e projetos por parte dos gestores, das categorias profissionais, dos grupos políticos, da comunidade, da indústria, dentre outros. Assim, tensões, conflitos e disputas são parte constituinte destas relações (Scherer; Pires; Schwartz, 2009). Segundo os mesmos autores, para a realização de um trabalho existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e à maneira de obtê-los (p. 722).

A despeito da existência de toda normativa, os autores apontam que nenhuma atividade humana pode ser totalmente controlada e padronizada. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo (Scherer; Pires; Schwartz, 2009, p. 722). Dessa maneira, os autores citam ainda que cada trabalhador faz uso da norma e do prescrito, acionando seu modo de significar o mundo, suas concepções de trabalho e de cuidado, ou seja, todo mundo faz gestão. Algo que merece destaque e é muito presente nos locais de trabalho. “Todos disputam sentidos. Todos disputam projetos. E todos tomam decisões. Decisões diferentes dependendo do contexto e dos envolvidos. E por isso mesmo é que todos são gestores (...)” (EPS¹⁵ em Movimento, 2014, p.2).

Ao abarcar tantos trabalhadores de diferentes formações e vínculos empregatícios para atuarem em conjunto na AB, o recomendado seria que o modo de operacionalização da atenção à saúde fosse dado na perspectiva do

15 EPS aqui diz respeito à Educação Permanente em Saúde.

fortalecimento dos trabalhadores como equipe no compartilhamento de projetos (Brasil, 2012). Entretanto, a organização dos serviços na AB, historicamente não vem conformando os processos de trabalho baseados nessa lógica da gestão e da atenção compartilhadas, o que pode ser um fator prejudicial para que as equipes de saúde da família (eSF) e os trabalhadores das equipes multiprofissionais se produzam enquanto coletivo e realizem atos cuidadores compartilhando saberes e responsabilidades de forma interprofissional, buscando a integralidade como um objetivo comum (Félix, 2017).

Como a e-Multi está atrelada a uma perspectiva de cuidado em redes com articulação de outros pontos de assistência, há que se levar em consideração que os trabalhadores que operam esses pontos são perpassados por singularidades do mundo do trabalho que influenciam o seu “fazer” com o outro, pois o caráter coletivo é característica do trabalho em saúde. Atuar no campo da saúde é produzir cuidado e, se entendermos que esse acontece a todo instante e não apenas no encontro com o usuário, as relações que se dão entre os trabalhadores da saúde implicam também no cuidado que se produz (Merhy, 2004).

Assim, o encontro de eSF's com as equipes multiprofissionais é um campo de acontecimentos que pode ser um analisador das dificuldades e potencialidades do trabalho interprofissional, especialmente os movimentos iniciais da inserção desses profissionais na AB.

3. A PESQUISA

Este capítulo aborda parte dos resultados de uma tese de doutorado intitulada “Momentos e movimentos da implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma cidade do Sul do Brasil”¹⁶ (Felix, 2017),

¹⁶ Foram respeitados todos os aspectos e normativas éticas de pesquisa com seres humanos, seguindo protocolos nacionais embasados na Declaração de Helsinque, contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶, incluindo autorização dos diretores do setor e assinatura de termos de consentimento livre e esclarecido. Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), recebendo aprovação sob o Parecer Consubstanciado de número 93.228, em 31/08/2012, registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06127012.7.0000.5231.

que estudou o primeiro ano de atuação de uma equipe NASF (configuração das equipes multiprofissionais da AB, à época da pesquisa), março de 2014 a fevereiro de 2015, em um município situado no Sul do Brasil.

A investigação mapeou os caminhos percorridos por trabalhadores de uma equipe de NASF em seu processo de inserção junto a equipes de saúde da família do município, período que somou um ano. Foram analisados o que se operava nas relações, o que ocorreu quando novas práticas cruzaram com processos já instituídos antes da chegada dos novos membros às equipes, o encontro de subjetividades e os territórios coletivos em construção. Para dar força ao desejo de experimentar livremente os deslocamentos dos profissionais do NASF nessa entrada, a cartografia veio como uma forma de transitar e explorar o campo, sendo escolhida como estratégia metodológica.

Os movimentos cartográficos desse estudo foram se constituindo à medida que os percursos de entrada dos trabalhadores afetavam a pesquisadora em campo. Inicialmente guiada por gestores do serviço e suas diretorias, posteriormente a inserção da pesquisadora no campo ocorria conduzida por desejos, deslocamentos e afetos produzidos nos encontros com as equipes.

Foram vários momentos experimentados: a rotina de trabalho, encontros de capacitação, reuniões de planejamento e avaliação com os gestores, prática direta com a comunidade e a interação com os demais trabalhadores da atenção básica. Aconteceram trocas de ideias, olhares, vivências e afetos. O registro da vivência da pesquisa deu-se por diário cartográfico¹⁷ e gravações em áudio.

A pesquisadora em campo compartilhou movimentos nômades da rotina de trabalho de integrantes do núcleo, desde sua admissão nas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) às quais estavam vinculados. No decorrer do trabalho, além do acompanhamento da equipe NASF, que era composta por seis integrantes das áreas de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia,

17 Para além de um caderno de registros do que é vivido em cada dia, um diário cartográfico é onde são registradas as experiências e modos de existência tanto na vida, aqui, no caso, no mundo do trabalho. A construção cartográfica possibilita novas formas de ver e dizer os acontecimentos e afecções que perpassam a nossa vida, o que nos afeta e nossas práticas. EPS EM MOVIMENTO. O Diário Cartográfico. 2014. Disponível em: <https://archive.org/details/EPS-EM-MOVIMENTO-diario-cartografico>. Acesso em: 01 abr 2026.

Nutrição e Psicologia, também foram acompanhado o trabalho de quatro gestores do NASF e quatro coordenadoras das UBS nas quais essa equipe desenvolvia suas atividades.

4. O PROJETO DISPUTADO: O TRABALHO COLETIVO INTERPROFISSIONAL *VERSUS* O MODELO HEGEMÔNICO CENTRADO EM PROCEDIMENTOS

Durante o período de acompanhamento dos trabalhadores do NASF, foram presenciados momentos de conflito entre a equipe do NASF e coordenadoras de algumas UBS. Conflitos que refletiam a diferença entre o que cada um esperava do outro, pouca definição e discussão sobre papéis, intencionalidades e objetivos. Por vezes, percebeu-se que os trabalhadores do NASF se mostravam ressentidos com determinadas posições adotadas pelas coordenações.

Em diálogos ocorridos no período, veio à tona as maneiras diferentes que as coordenadoras das UBS percebiam o papel da equipe apoiadora (o NASF). De um lado, os trabalhadores do NASF demonstravam interesse em realizar atividades com caráter interprofissional, tais como consultas compartilhadas, matriciamento e discussão de casos com as equipes, encontros para planejamento das ações, atividades coletivas (atividade em grupos) e visitas compartilhadas. A equipe do NASF defendia a necessidade de momentos em que pudessem se encontrar nas UBS, seja entre os profissionais do próprio núcleo (entre eles), quanto da equipe NASF com a equipe da UBS.

Por outro lado, as coordenadoras tinham a expectativa de que os novos profissionais ampliassem o atendimento à demanda da população por meio da oferta de outras categorias profissionais. As demandas, no caso, eram consultas individuais com Fisioterapia, Nutrição e Psicologia e atendimentos coletivos (grupos) protagonizados, principalmente, pelos profissionais da Educação

Física, Fisioterapia e Nutrição. Portanto, havia uma tensão entre produzir apoio à equipe (desejada pelos integrantes do NASF) e a realização da assistência por meio de consultas individuais (necessidade da coordenação local), e essa disputa tensionava o tempo todo o processo de trabalho.

A coordenadora de uma das UBS acompanhadas defendeu o projeto de que os trabalhadores do NASF fossem à UBS de forma separada e em dias alternados, onde nenhum membro da equipe se encontraria nesse local. Entendia que a estratégia para a entrada dos novos trabalhadores deveria ser o fortalecimento do atendimento individual, primeiro, para “depois juntar” (fala da coordenadora).

Um estudo descrito por Oliveira, Baduy e Melchior (2019), que também acompanhou equipes de NASF, verificou que os profissionais da ESF atuavam com um modo de operar próprio e consolidado. Essas equipes, de forma geral, almejavam a chegada de novos trabalhadores, mas, na maioria das vezes, na perspectiva de dar resposta a demandas da população, promoviam acesso a esses profissionais modulando a oferta pelas necessidades específicas de cada núcleo, ainda numa lógica fragmentada do trabalho.

Identificamos que algumas equipes do NASF desenvolviam negociação com as coordenações das UBS de forma que parte dos integrantes da equipe conseguisse estar juntos pelo menos nas atividades de grupo. Para Oliveira, Baduy e Melchior (2019), construir e instituir espaços coletivos para que possam desenvolver consultas compartilhadas e de grupo, “tem sido um dos maiores desafios enfrentados pelas equipes NASF, que, além de construir um processo de trabalho até então inexistente na AB, precisa criar espaços e formas para desenvolver apoio e compartilhamento de ações” (p.3).

Sobre a percepção das coordenadoras das UBS em relação aos trabalhadores do NASF participarem juntos de alguns grupos, uma delas chegou a citar que essas atividades não eram bem aproveitadas e que a sua impressão era que os grupos eram protagonizados por um dos integrantes do NASF (da categoria profissional com maior afinidade à temática do grupo) e os outros, embora estivessem juntos, tinham pouca participação ativa.

Nessa pesquisa, parecia haver um certo desalinhamento entre as expectativas da equipe de NASF e as das coordenações das UBS. O que um grupo pretendia desenvolver parecia diferente do que era entendido ou esperado de uma equipe apoiadora (do NASF). Nos encontros, as equipes de NASF optavam por não entrar em conflito direto com algumas Coordenadoras de UBS e, nos diversos momentos em que ocorriam divergências no modo de organizar o trabalho e a oferta de cuidado, não defendiam ativamente o projeto de atuarem juntos. Os trabalhadores buscavam alternativas para modificar essa realidade, seguindo por caminhos diversos que surgiam no sistema proposto.

Dependendo do encontro e situação, as reações diferiam: ora eram perpassadas pela imobilidade, ora pela resistência e desejo de quebra da imposição, produzindo linhas de fuga. Os membros do NASF aprenderam a se deslocar de acordo com o contexto do lugar e com o perfil da gestão em cada UBS em que atuavam. A multiplicidade dos sujeitos faz com que cada um de nós se movimente no mundo de acordo com as representações simbólicas que acessamos. Assim, um trabalhador participativo em uma equipe, dentro de um determinado contexto ou tendo determinadas parcerias, em outro contexto pode se mostrar reservado e pouco propositivo (Franco, 2013).

Embora as ações técnico-assistenciais estivessem previstas no rol de atribuições do trabalhador do NASF, publicadas nas Diretrizes do NASF (Brasil, 2010; 2014), essas não deveriam ser sua principal atividade nas UBS. Justamente a perspectiva do papel de apoiador, em que se agregam atividades de matriciamento à rotina das ESF era uma aposta para aumentar a resolutividade da AB para além das práticas uniprofissionais centradas em procedimentos.

O desejo de atuar em conjunto também apareceu de outras formas, como na defesa de uma programação prévia de reuniões internas das UBS que eram marcadas de acordo com as possibilidades de cada local e nem sempre os membros do NASF tinham tempo hábil para remanejar suas agendas para participarem.

Uma das gestoras do NASF e coordenadoras de algumas das UBS estudadas chegou a argumentar que a falta de comunicação e o trabalho

fragmentado implicavam o afastamento das equipes de ESF com o NASF. Isso agenciou a gestão a instituir encontros entre eles, contudo, nem sempre a gestão conseguia sensibilizar as coordenadoras igualmente acerca da importância desse espaço. As coordenadoras locais possuíam um bom grau de autonomia, eram instituidoras do seu processo de trabalho e, nesse caso, operavam a determinação da gestão superior de acordo com seu projeto de gestão local, que muitas vezes era guiado pelo suprimimento da demanda da população por atendimentos clínicos, tendo um grande peso no modelo de cuidado que se produz.

O apoio da gestão do NASF do município no processo de adaptação das equipes no seu primeiro ano de trabalho se dava muito na função de mediação das conversas entre os trabalhadores do NASF e coordenadoras. As intervenções perpassavam ajustes de horários, manejo da agenda para acomodação de consultas individuais, criação de grupos e interlocução das queixas e demandas. Entretanto, também assumia uma postura conciliadora, evitando conflitos de integrantes do NASF com as coordenações locais. Nesse momento, novamente a disputa de projetos se evidenciava e o gestor optava por fazer concessões para viabilizar algumas ações, mesmo tendo que recuar em algumas propostas que defendia a priori, na compreensão de que o trabalho é vivo.

As tensões são parte constituinte do cotidiano do trabalhador, de modo que o manejo destas se torna o grande diferencial. Muitas vezes, os gestores preferem acobertar os conflitos, pois lidar com eles acarreta trazer para a cena relações de poder e tomadas de decisão que requerem habilidades e ferramentas para o seu manejo (Cecílio, 2005). A gestão pode conduzir a situação de conflito de forma a amenizar os ruídos que esses provocam, porém, os sujeitos encontram outros jeitos de conduzir quando querem fazer acontecer os seus desejos. Portanto, os ruídos precisam ser ouvidos e a equipe ser capaz de realizar acordos, pois:

Encontros produtivos são encontros em que há conversa, escuta, troca — mesmo quando há projetos diferentes! Porque mesmo quando há conversa e novos acordos, muitas vezes continua a haver

diferença de projetos! E certamente continuará havendo diferentes modos de operar (EPS em Movimento, 2014, p.3).

O projeto em disputa nesses exemplos era, por um lado, a equipe NASF buscando cumprir as normativas das diretrizes para o NASF, que induziam a produção do cuidado integral realizado por práticas compartilhadas, grupos, discussão de casos, aproximando-se do cuidado centrado no usuário. Para isso, entendiam que era necessário criar novas formas de cuidar para além das consultas, prescrições, exames e medicações, no limite de cada núcleo profissional. Por outro lado, as coordenadoras estavam em processo de incorporação de novos profissionais em suas equipes, era tudo muito novo e havia a pressão da demanda que as levava a priorizar o atendimento individual. Porém, projetos podem coexistir e conflitos, quando enfrentados, podem ser potentes para o encontro de saídas negociadas, como por exemplo, a organização para que em alguns dias da semana os profissionais pudessem se encontrar e realizar atividades conjuntas, aproximando-os das equipes de referência de saúde da família. Mantê-los afastados diminuía a potência do trabalho interprofissional e a formação de coletivos (Lima, *et al.*, 2016).

A disputa que se evidencia aqui é entre a necessidade da coordenação em suprir a demanda pelo atendimento individual por uma determinada categoria profissional — característica marcante do modelo biomédico hegemônico no contexto do trabalho em saúde, em que o trabalho se organiza de acordo com as várias profissões de maneira fragmentada, lembrando que esse modelo tem legitimidade social, uma vez que essa demanda foi construída socialmente (Souza; Botazzo, 2013). Por sua vez, os trabalhadores do NASF disputavam horários na agenda para realizarem atividades para além dos atendimentos individuais, ou seja, para as atividades de apoio e coletivas.

A demanda existe, precisa ser atendida e aí há um forte tensionamento: a disputa do tempo necessário para determinada categoria profissional atender individualmente versus tempo para elaborar projetos terapêuticos singulares

em conjunto com os demais trabalhadores, e espaços na agenda para atividades como os grupos.

Ao organizar a rotina de trabalho da equipe NASF nas UBS, na perspectiva do cuidado integral, há necessidade de a eSF, Coordenação e equipe NASF pactuarem o que é apoio e qual o papel que se espera deles como apoiadores, e assim construir juntos as propostas de trabalho para cada território. Instituir momentos de matriciamento pode ser uma estratégia para explicitar concepções, projetos, valores presentes entre os membros das equipes e construir objetivos comuns (Furtado, 2016; Oliveira; Baduy; Melchior, 2019).

Vivenciar o processo de entrada dos novos profissionais do NASF permitiu perceber o quanto o cuidado fragmentado estava enraizado. Em sua entrada, os trabalhadores do NASF desejavam produzir o novo, provocar rupturas do que já estava instituído nas realidades das ESF e dos territórios e, para isso, apoiavam suas propostas nas Diretrizes do NASF (Brasil, 2010; 2014). Adotá-las como norma operacional, desconsiderando os arranjos e o histórico local, acaba por não se considerar todos os regimes de verdade¹⁸ que estão operando naquele espaço, tornando a prática do NASF algo idealizado e frustrante.

A norma instituída pela portaria do NASF é atravessada pela necessidade de suprir a oferta de práticas curativas de determinadas categorias profissionais, porém a realidade escapa das normas, e é nas relações que ocorrem em cada lugar, ou seja, é na micropolítica das relações que a norma será operada. Interesses pessoais, projetos, desejos e concepções farão atravessamentos a todo instante, pois são as forças do instituído.

A macropolítica, como um campo de forças que atravessa o cotidiano, está presente na prática dos profissionais, na sua forma de estabelecer relações com os demais trabalhadores e usuários, e interfere na maneira de operar da equipe. Assim, para ser instituída, a macropolítica perpassa pelos trabalhadores e toda sua rede de relações, é operada na micropolítica nas relações produzidas entre os trabalhadores no cotidiano do trabalho, nos encontros e nos fluxos de intensidade. A macropolítica e a micropolítica não se excluem nem têm grau de

18 FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007.

importância em um nível hierárquico. Movimentos surgidos no cotidiano, na molecularidade das relações de trabalho, transformam, constituem, inventam e instituem em modos de produção singulares que foram disparados algumas vezes por processos normativos de uma macropolítica (Deleuze; Guatarri, 1995; Guatarri; Rolnik, 2008; Ferreira Neto, 2015).

Os trabalhadores do NASF faziam movimentos de enfrentamento às forças da macropolítica quando buscavam novas realidades, desejavam mudanças para sair de processos instituídos, individualizados e fragmentados. Já as coordenadoras das UBS também tinham suas normas a seguir, suas demandas a atender. O trabalho em saúde é afetado pelas subjetividades que se encontram no campo, pelos projetos que eram disputados e pelos deslocamentos que os caminhos do cuidado nos levam. Nessa concepção, destacamos que a vida é rizomática e, dessa forma, somos atravessados por linhas o tempo todo, com diferentes intensidades, linhas que podem nos deslocar a novos territórios, linhas que podem cristalizar, que podem produzir ruptura (Deleuze; Guattari, 1995; Guattari; Rolnik, 2008).

A prática de agir pela norma e pelas metas (indicadores) conduzia os projetos dos gestores acompanhados no estudo. A força do instituído era muito forte e o caráter do controle prevaleceu, muitas vezes. O instituído, já incorporado nos corpos daquele lugar, marcava os sujeitos. Gastão Wagner de Souza Campos (1994) sinaliza que uma gestão pública pode operar na vertente da estrutura e eficiência da gestão em detrimento dos processos políticos, e isso não deve ser desconsiderado, pois há um campo de forças das macropolíticas instituídas, em constante disputa nos processos micropolíticos vividos do cotidiano.

5. E O QUE TUDO ISSO QUER DIZER?

O processo de trabalho em saúde precisa de dispositivos para os trabalhadores colocarem em análise suas práticas e projetos, implicando

refletir sobre o que se produz e como os serviços de saúde são organizados. É necessário ressignificar e atualizar projetos pessoais e coletivos de acordo com as realidades e contextos de cada lugar, com as relações que operam e com as subjetividades que se encontram na realidade das equipes. Uma ferramenta potente para isso é a educação permanente, que pode acontecer nas ações de apoio matricial como uma das atribuições dos profissionais da e-Multi, para levar à reflexão sobre os seus projetos e porque os defendem e disputam.

O cuidado que se produz carrega em si a intencionalidade de um grande número de projetos operando ao mesmo tempo: do trabalhador, da instituição, do Estado, sem esquecer o projeto do próprio usuário. Isso auxilia a formular a tese de que esses projetos podem transitar em vários territórios, ao mesmo tempo.

É essencial que gestores e trabalhadores interajam na gestão do cuidado de forma compartilhada, pois existe disputa de espaço para diferentes projetos e isso é constitutivo do mundo do trabalho. Eles convivem variando em graus diferentes de intensidade e potência de agir, ora tensionando, ora provocando fissuras, ora construindo novas práticas.

A disputa (e a defesa) de projetos se faz a todo instante no mundo do trabalho e isso nem sempre é percebido por todos os sujeitos. As concepções de cada sujeito sobre o que é cuidado, sobre o papel do apoiador, sobre necessidades e demandas, sobre trabalho em equipe, tudo isso entra em cena e há necessidade de dispositivos de gestão para criar espaços de diálogos em negociações, ruptura de processos, quebra de protocolos e construção de novos caminhos. Os atores nem sempre disputam seus projetos abertamente; a vivência no campo fez vislumbrar que eles coexistem. Assim, há disputa e subjetividade. Quem está em ação traz seus projetos individuais e sua compreensão de mundo, porém, como manejamos essa multiplicidade de projetos faz parte da capacidade de gestão do trabalho em saúde.

A cartografia proporcionou movimentos na pesquisa que foram mediados por acontecimentos que deslocaram a pesquisadora em campo a

lugares e encontros em que podia escolher ir ou ficar. Os acontecimentos e pessoas foram vistos de outros ângulos. Uma jornada com muito aprendizado nessa constante construção e reconstrução que é a vida. O olho retina passa a ter vibratibilidade e a transformação foi construída gradativamente, entre aproximações e distanciamentos, produção de outros caminhos e de outras rodas. A cartografia tece novos sentidos a partir dos deslocamentos.

A presença de pesquisas no dia a dia do trabalho em saúde pode estimular a reflexão das práticas, além de ofertar aos gestores e trabalhadores momentos em que falam sobre si e refletem sobre seus projetos. A cartografia propiciou vivenciar os acontecimentos no momento e na intensidade em que eles ocorriam, permitindo a reflexão do vivido e aprendizado coletivo.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Araucária, pelo financiamento concedido para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 97, p. 115, 23 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/>

en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde — RAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 2 dez. 2025.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 9-31.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p. 113-126. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/Os-Sentidos-da-Integralidade-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-e-no-Cuidado-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PcGMwSLwvjy8sBB6nWVns4z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

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

EPS EM MOVIMENTO. **Todo mundo faz gestão**. 2014. Disponível em: <https://archive.org/details/EPS-EM-MOVIMENTO-todo-mundo-faz-gestao>. Acesso em: 01 abr 2026.

FÉLIX, S. B. C. M. **Momentos e movimentos da implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma cidade do Sul do Brasil**. 2017. 178 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/jspui/handle/123456789/223>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FÉLIX, S. B. C. M.; MELCHIOR, R.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S.; DE GRANDI, A. L.; OLIVEIRA, K. S. O uso da cartografia como ferramenta de investigação qualitativa para mapear os acontecimentos da entrada de novos profissionais de saúde nas equipes de atenção básica. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 8., 2019, Lisboa. **Atas [...]**. Lisboa: Ludomedia, 2019. p. 289-296.

FERREIRA NETO, J. L. Micropolítica em Mil Platôs: uma leitura. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 397-406, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psup/a/PGHR9Zd5hn9Sb3fWPb4k9cy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FEUERWERKER, L. Cuidar em saúde. In: FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B.; CARVALHO, M. S. (org.). **Caderno de textos do VER-SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

p. 43-57. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 226-242.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

LIMA, J. V. C.; LOPES, M. L. S.; BADUY, R. S.; MACHIAVELLI, S.; ROCKENBACH, F. W.; REVERS, A. F. L.; ROSSETTO, V.; RÉ, D.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S. Produção de Coletivos. In: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 390-393. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

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

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B.; CARVALHO, M. S. (org.). **Caderno de textos do VER-SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013, p. 108-132. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

OLIVEIRA, K. S.; BADUY, R. S.; MELCHIOR, R. O encontro entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290403, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/SjmHL8GBdxGKn7hpnRj5GXp/?lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2016.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DQWsMshGTGPKd6psQZwSmbF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/LK53Fyqxn5FJLC97RmCy8Bw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CAPÍTULO 4

CUIDADORES INVISÍVEIS: UMA ABORDAGEM CARTOGRÁFICA¹⁹

Ana Lúcia De Grandi
Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix
Kátia Santos de Oliveira
Rossana Staevie Baduy
Josiane Vivian Camargo de Lima
Regina Melchior

1. INTRODUÇÃO

Cuidadores são pessoas que abdicam muitas vezes de seus afazeres, dos seus desejos e até da sua profissão, para desempenhar o ato de cuidar de uma pessoa que está debilitada, no domicílio. Para Savassi e Modena (2013, p. 313), cuidador é “aquele que se responsabiliza pelo cuidado direto, temporário ou permanente, a uma pessoa, sem o qual essa é incapaz de continuar vivendo em seu domicílio”.

Para Yavo e Campos (2016), o cuidador pode ser formal ou informal. O cuidador formal é uma pessoa com formação específica para prestar os cuidados e, geralmente, remunerado. Já o cuidador informal é uma pessoa sem formação

¹⁹ Este capítulo consiste em um recorte adaptado da tese intitulada “Cartografia do cuidado ao cuidador: encontros, resistências e produção de linhas de fuga” defendida por Ana Lúcia De Grandi no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UEL em 2021. O texto original foi revisto e parcialmente modificado para adequação ao formato e aos objetivos desta publicação.

específica que aprende a cuidar pela prática. Nas práticas em saúde, percebe-se que o cuidador geralmente é um familiar sem formação específica para o cuidado e que, na maioria das vezes, não conhece o mundo do trabalho em saúde, aprendendo a cuidar pela prática e pelas orientações recebidas do serviço.

A responsabilidade pelo cuidado do outro recai, conforme estudos, sobre a família, sendo as mulheres as principais responsáveis por essa tarefa. Geralmente, são mães, companheiras, esposas, filhas, irmãs e até avós as cuidadoras principais (Pegoraro; Caldana, 2008; Savassi; Modena, 2013; Fernandes; Angelo, 2016; Nascimento; Figueiredo, 2019). As práticas de cuidado exercidas por mulheres se iniciam com a maternidade e se estendem para a provisão de proteção, nutrição e abrigo como forma de manutenção e continuidade da vida do grupo e da espécie (Meira *et al.*, 2017).

Ser cuidadora única transforma a vida da cuidadora, de forma que a pessoa cuidada se torna o centro de sua vivência. Muitas vezes, a cuidadora não consegue mais falar de si sem falar do outro, como uma fusão (Pegoraro; Caldana, 2008).

Os cuidadores são invisíveis para a sociedade, não são vistos como pessoas que necessitam de cuidados, entretanto adoecem tanto quanto as pessoas que são por eles cuidadas. Mesmo com essa invisibilidade, se dobram e se desdobram para conseguir cuidado para si e para as pessoas de quem cuidam.

O domicílio se torna, dessa forma, um local de disputa do processo de cuidar, pois os cuidadores disputam com os profissionais de saúde tanto o cuidado de quem cuidam como o seu próprio cuidado, mostrando sua capacidade de autogoverno na busca de autonomia (Figueiredo *et al.*, 2018).

Este capítulo propõe dar visibilidade à temática de tal forma que desperte a reflexão dessa realidade por parte dos trabalhadores de saúde, tanto em relação ao (des)cuidado do cuidador, quanto ao cuidado que ele produz.

2. CONTEXTO DESTA CARTOGRAFIA

Este capítulo aborda o cuidador e seu des(cuidado), apresentando parte de uma pesquisa de doutorado, defendida no ano de 2021. O estudo foi formulado a partir da cartografia do cuidado vivida por uma das autoras deste capítulo junto a uma cuidadora, que aqui chamamos de cuidadora-guia.

Merhy; Feuerwerker; Silva (2012) apresentaram o usuário-guia como uma ferramenta de pesquisa que permite realizar uma cartografia de como o cuidado foi produzido, a partir do usuário.

Como o objetivo desse texto é olhar para o cuidador, passou-se a denominar a pessoa escolhida como cuidadora-guia. No entanto, ressalta-se que o cuidador também é um usuário do serviço de saúde, nômade, produtor de novas redes de cuidado e de vida, com olhar próprio sobre sua vida e sua produção de cuidado.

A abordagem cartográfica (Deleuze; Guattari, 2017; Merhy, 2002), em que o conhecimento produzido se dá através do acompanhamento de um processo que se constrói e se desmancha ao mesmo tempo, implica ao pesquisador a imersão e a produção de um campo de pesquisa juntamente com os sujeitos em estudo, afetando e deixando-se afetar por ele.

O trabalho de campo da pesquisa foi sendo produzido a partir dos encontros com uma cuidadora-guia em sua residência, em alguns momentos em particular, em outros juntamente com trabalhadores do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do ambiente hospitalar, no período de abril de 2017 a maio de 2018.

Era importante viver junto à cuidadora-guia suas experiências para a pesquisadora se impregnar de sua existência e de sua trajetória, para vivenciar como a cuidadora-guia produzia seu cuidado. Esse viver junto permitiu acompanhar os processos e movimentos da realidade da cuidadora-guia para, assim, ressignificar esse mapa dinâmico e permanente que é a produção de subjetividades.

Durante todo o período de acompanhamento semanal realizado pela pesquisadora em campo, também ocorreram encontros semanais no grupo de pesquisa, junto aos outros estudantes pesquisadores e professores que nos ajudavam no processamento do campo.

O processamento era o espaço em que dialogávamos sobre nossas vivências, mas também dúvidas, medos e ansiedades (Oliveira, 2019) e, como nos dizem Cruz *et al.* (2016, p. 54):

o que nossos corpos e mentes recolhiam do trabalho de campo e, numa dobra, reverberavam nos nossos processos junto aos usuários-guias e trabalhadores, ao longo de todo o processo de pesquisa cartográfica.

Esse trabalho foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP), da Universidade Estadual de Londrina (UEL), tendo parecer favorável número 1.643.145.

3. CONHEÇA MARIA

A cuidadora-guia será chamada por Maria²⁰. Os versos da música “Maria, Maria”, de Milton Nascimento e Fernando Brant, “[...] de uma gente que ri, quando deve chorar e não vive apenas aguenta [...]” a representa muito bem. Quando a conhecemos, Maria tinha 47 anos. Contou não ter terminado os estudos (tinha ensino fundamental incompleto), pois se casou muito jovem e teve quatro filhos. Maria cuidava do seu ex-esposo, que aqui vamos chamar de João. Durante o casamento, João fazia uso de bebida alcoólica, o que o deixava impaciente e violento, sendo o motivo da separação, segundo Maria. Maria sofria com a violência do marido em casa, e assim que o filho mais novo fez 17 anos, decidiu sair de casa. Com isso, foi morar sozinha, começou a trabalhar e desfrutar a vida, sentindo-se livre para satisfazer seus sonhos e

20 Todos os nomes aqui citados foram trocados, para garantir o sigilo e anonimato das pessoas.

desejos, segundo ela. Constituiu outro relacionamento amoroso. Era outra Maria, já que para ela, o papel de mãe havia sido cumprido.

Um dia, Maria foi surpreendida com o pedido de um dos seus filhos para que o ajudasse a procurar pelo seu pai que estava desaparecido. Após uma procura exaustiva em diferentes lugares, João foi encontrado em uma maca, no corredor de um hospital público, aguardando cirurgia.

João, que era jardineiro e voltava do serviço, se envolveu em um grave acidente com um carro. Talvez pelo fato de tê-lo encontrado em tal situação, mas principalmente atendendo ao pedido do filho, Maria passou a ser a cuidadora de João ainda no hospital, fato que persistiu de julho de 2014, até o momento da pesquisa.

Com o impacto da notícia e da gravidade de saúde de João, os filhos até ajudaram Maria nos cuidados inicialmente, mas tão logo João foi melhorando, os filhos prosseguiram com suas vidas, deixando-o a cargo somente dos cuidados de Maria.

Maria relata que seu trabalho de cuidadora é de 24 horas por dia, pois João tem problemas para dormir e, mesmo fazendo uso de medicação, dorme pouco.

4. MARIA QUE NÃO VIVE, APENAS AGUENTA

Devido ao contexto socioeconômico em que vivem Maria e João, as necessidades financeiras que advêm das necessidades no cuidado se tornam uma barreira quase intransponível, e Maria está sempre atenta a algum serviço ou instituição que possa ajudá-la. Recebe doação de alimentos, de roupas e até medicamentos, pois nem sempre o serviço de saúde consegue disponibilizar.

Além da falta de auxílio nos cuidados, Maria relatou ter dificuldade em sair de casa para resolver assuntos como uma consulta médica ou mesmo as compras em supermercado.

Durante um dos encontros, Maria falou das dificuldades financeiras pelas quais estava passando e da falta de apoio que sentia. Nesse relato, o esgotamento emocional da cuidadora se torna evidente, sentindo-se sozinha e desamparada:

Quando o João faz sujeira (aqui Maria se refere ao fato de João evacuar e passar as mãos nas fezes e depois na cama, paredes e locais onde alcança, de forma involuntária devido ao seu processo de adoecimento), eu fico mais nervosa, eu tenho vontade de matar ele e me matar. Aí eu liguei pro bombeiro, pra polícia, mas eles desfizeram de mim, eu precisava conversar com alguém, aí eu liguei um número que eu nem sei qual é e esse moço me atendeu (Maria).

A fala acima nos afetou pelo sentimento de solidão e angústia. A atividade de cuidar pode levar ao esgotamento físico e emocional. Sentimentos de solidão e desamparo dos cuidadores também estão presentes e associados ao fato de que muitos se afastam de suas atividades profissionais, o que agrava ainda mais as dificuldades financeiras (Nascimento; Figueiredo, 2019).

Essa situação fazia com que Maria tentasse contato com várias pessoas por telefone, mesmo sem conhecê-las. Até que uma pessoa a ouviu, conversou, acolheu sua angústia e depois pediu licença para desligar, pois estava no trabalho e não poderia ficar mais tempo ao telefone. Maria relatou que foi reconfortante ouvi-la e poder conversar com alguém, mesmo que por poucos instantes.

Percebemos que o contato telefônico foi um encontro produtor de cuidado com uma pessoa desconhecida, ou seja, foi uma afetação que produziu alegria e acolhimento. Para Espinosa, trazido por Deleuze, quando dois corpos se encontram, eles tanto podem se compor e formar um corpo mais potente, com vontade de agir, se tornando corpos desejantes, como podem se decompor e não sentir desejo. No momento em que eles se compõem, sua força de agir aumenta (Deleuze, 2002).

No início dos cuidados com João, os filhos frequentavam a casa dos pais com frequência maior, mas ficavam pouco tempo. Mesmo com esse maior

contato, a relação era difícil, complicada e cheia de conflitos na organização dos cuidados e no estabelecimento dos horários em que cada um ficaria. Com o tempo, as visitas se espaçaram, chegando ao ponto de que, neste momento do relato de Maria, havia pouco contato, inclusive telefônico. Maria relatou que Pedro, o filho mais velho, não a atendia ao telefone e não retornava suas ligações:

A semana que o Rafael não vem eu fico mais nervosa, mais cansada. Antes (no início dos cuidados), ele ficava o final de semana, mas o Pedro quer cumprir um horário para ficar com o pai (Maria se refere ao fato de Pedro não desejar ficar um dia todo com a responsabilidade dos cuidados com o pai, mas sim de ficar apenas um horário fixo, o que para ela é ruim, pois não consegue se desvincular da sua obrigação de cuidadora). Quando eles vêm, eu levanto às cinco horas para deixar tudo pronto: comida, almoço, casa e roupa limpa. Quando eles chegam, eu vou na casa das irmãs, levo meu neto comigo, canso, mas eu já acostumei. O SAD combinou com eles que eles ajudariam nos finais de semana, cada final de semana seria de um, mas faz uns cinco meses que não vejo Rafael. O Pedro não vem desde que o Roberto (falecido namorado de Maria) morreu. Eles não se sentem obrigados a cuidar do pai. Nem os filhos, nem as noras. Olha, já sofri tanto nessa vida, tanto que sofri por esses filhos e hoje não ter valor eu me sinto um nada, estou aqui só para cuidar do João. Se eu pudesse mudar algo no passado, eu não teria casado. Eu queria ser sozinha porque eu me sinto desprezada pelos filhos, pela família. O Vítor (filho, que está preso) às vezes, quando eu falo com ele, ele fala ‘eu te amo mãe’, mas eu não consigo sentir (Maria).

As palavras de Maria mostram sofrimento, pois ela tem de viver a situação sozinha, sem apoio familiar ou institucional.

Maria faz vários movimentos para contornar seus problemas, tentando de várias formas se produzir cuidadora, aprendendo a realizar técnicas, deixando seus desejos escondidos, se assujeitando²¹, ou como os trabalhadores do SAD relataram, renunciando à sua vida para cuidar do outro.

21 Assujeitamento, conceito cunhado por Foucault (2018), para designar a pessoa que fica nessa condição por meio de dispositivos de poder de uma sociedade: aquele que obedece, é submisso, se subjugua.

Maria, como mulher, é subjugada a cuidar do ex-marido, num dos tantos papéis estabelecidos como regime de verdade, em nossa sociedade, para as mulheres. Foucault (1987) discute que o regime de verdade é um conjunto de regras de uma sociedade, que faz parte da subjetividade dos indivíduos que a compõem, e que muitas vezes nos obriga a nos fixarmos em papéis sociais esperados para nós. Assim, Maria era vista como a cuidadora do João e não como uma mulher livre, com necessidades e desejos, assujeitada em seu papel social.

5. MARIA QUE BUSCA RUPTURA

Maria resolve procurar o Ministério Público com a intenção de que tanto os filhos como a família de João sejam de alguma forma acionados e a auxiliem. No entanto, segundo Maria, o promotor que a atendeu relatou que como ela não é divorciada oficialmente de João, é obrigada a cuidar dele, pois ainda é sua esposa:

Eu fui ao Ministério Público e saí de lá mais um lixo. O cara que me atendeu disse que a obrigação é minha, que eu não tinha obrigação de jogar o João nas costas dos filhos dele e nem obrigar (Maria).

O Código Penal prevê pena de prisão para a pessoa que abandona um vulnerável que está sob seus cuidados e estabelece o dobro da pena se a ação for do cônjuge (Brasil, 1940). Apesar de a Lei não falar especificamente da mulher, como já dissemos, é das mulheres que é esperado esse papel.

Maria se indignou com essa cobrança que recebeu do Ministério Público. Sua voz durante esse relato é alta, repleta de raiva. Segundo ela, a pessoa que a atendeu disse que “a lei é assim”. E continua:

Então você quer dizer que eu tenho que me virar com essa merreca desse salário que ele recebe, eu tenho que colocar ele na cadeira de

rodas e morar na rua pra eu conseguir me sustentar, eu e ele? É isso que você quer dizer? (Maria).

De acordo com Maria, suas indagações não foram respondidas pelo Ministério Público, mas diante de tanta indignação com o que ouviu, Maria pede o divórcio:

Ele disse que a pensão alimentícia eu tenho que pedir primeiro para os filhos e ainda não posso pedir para as irmãs de João. Aí eu entrei com o pedido de divórcio pra eu voltar no Ministério Público pra falar que eu não sou mais a mulher dele e eles me ajudarem a cuidar. Eu não vou abandonar, mas eu preciso procurar um jeito, mas eu não contei pra eles (se referindo aos filhos) (Maria).

Percebe-se que em momentos como esse, Maria mostra sua resistência. Em movimentos rizomáticos, busca um outro modo de existir, uma outra Maria que quer realizar e atender a seus desejos.

Rizoma é um conceito de Deleuze e Guattari (2017) que se apropriaram da botânica, pois o rizoma permite conexões em qualquer direção, não são fixas, por isso mesmo, mudam sempre que necessário, e a multiplicidade é uma das dimensões do rizoma.

Diante de uma negativa de seu pedido, Maria enfrenta a situação e procura pelo divórcio. Como ela mesma relata, sua intenção é mostrar à justiça que precisa de ajuda para cuidar, que precisa de auxílio financeiro, pois o que João recebe como auxílio-doença não é suficiente para prover todas as necessidades deles e da casa:

O suficiente pra mim não é sair aqui pertinho porque eu sei que ele está sozinho, ele não sai da minha cabeça. O suficiente pra mim é trabalhar. O custo é grande, ele gasta bastante. Pra manter o João limpo, eu gasto, eu gasto muito produto de limpeza (Maria).

Maria é uma mulher múltipla, o que faz com que ela se comporte de maneiras diferentes em lugares diferentes. Como cuidadora, é uma Maria,

mas como mãe, essa Maria é outra; como a pessoa que precisa de trabalho ou que gosta de sair para dançar. Às vezes, essas últimas Marias se impõem, às vezes recuam.

Maria resiste, vai tecendo seus movimentos em busca de seus desejos e necessidades, tentando contornar seus problemas, como um rizoma, fazendo conexões em vários locais, com várias pessoas, resistindo, saindo para dançar, para trabalhar, para procurar a unidade de saúde, a igreja. Em cada um desses lugares, com diferentes pessoas, ela é única em seu modo de ser.

Com toda essa multiplicidade, Maria, ao se tornar a cuidadora única de João, passa a ser vista apenas como um apêndice de João. Esquece-se que Maria tem suas necessidades afetivas, de saúde, que é mulher, filha, mãe, avó, namorada e tantas outras Marias que produzem conexões em várias direções. Olhar para sua multiplicidade é valorizar sua singularidade e sua existência como uma rede viva (Merhy *et al.*, 2016).

Apesar de Maria resistir, procurar se conectar, nem todos os movimentos tiveram o efeito de aliviar o isolamento, pois a maioria desses encontros foi pontual, não rotineiro.

Não havia uma frequência nas atividades de lazer apontadas por ela, como ir dançar. Maria relatou que adorava dançar e, para fazer isso, ela deixava João na cama, dormindo, após jantar e tomar seus remédios. Dava preferência para os dias em que ele ficava dormindo, mas, nos últimos meses, o tempo de sono de João diminuiu, mesmo tomando remédios. Essa situação nos afetou muito em nossos processamentos: por um lado, alguém vulnerável era deixado sozinho, por outro, Maria estava sendo impedida de viver.

Outro raro momento prazeroso era o cuidado com o neto, uma interface do cuidado que produzia alegria em Maria. Por vezes, precisava ficar com o neto para o filho trabalhar. Apesar da dor física e do visível cansaço físico, falar do neto lhe trazia uma suavidade na expressão, na fala e, quem sabe, na vida. Maria parecia uma avó amorosa, ficava muito feliz com a visita do neto. Dizia que dormiam juntos e que acordavam de madrugada, pois o

neto queria a mamadeira, e que dormiam logo em seguida, na sala mesmo. A presença do neto era produtora de afeto, algo de que Maria tanto necessitava. Afinal, pode existir um papel de cuidador que é potente e produtor de vida.

Apesar do cansaço relatado por Maria em várias situações, da solidão e do isolamento, Maria é uma mulher que procura se articular com as pessoas, sair, se divertir, produzir leveza e prazer em sua vida, mostrando que deseja autonomia e se autogovernar.

É possível visualizar que, dentro dessa mulher chamada aqui de Maria, existe uma potência de vida que transborda em busca de forças e formas diferentes de existir, que se reinventa, diariamente. É o desejo de viver que produz alegria e resiste de diferentes maneiras à tristeza e à solidão. Como a música “Maria, Maria”, de Milton Nascimento e Fernando Brant, já citada anteriormente, nos apresenta em seus versos:

Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria mistura a dor e a alegria...

6. MARIA E OS PARCEIROS NO CUIDADO

Percebe-se que Maria tenta se articular, buscar pelo seu cuidado, mas sozinha não consegue produzir a rede de apoio necessária.

Maria é invisível para muitos serviços, assim como no hospital em que ficou cuidando de João, quando esteve internado para realizar a cirurgia de cranioplastia. A cirurgia foi bem-sucedida e João logo recebeu alta. Maria avisou a ESF (Estratégia de Saúde da Família), pois queria que o médico lhes fizesse uma visita, fato que não ocorreu. Depois de alguns dias, João começou a apresentar febre, e o local da cirurgia estava edemaciado, assim precisou ser internado novamente para tratar a infecção.

Dessa internação, uma Maria exausta contou que havia acompanhado João durante toda a internação, dormindo em uma cadeira, sem receber a ajuda de ninguém. Estava menstruada, com cólicas, sem absorvente e remédio para sua dor. Maria pediu para que um dos filhos ficasse com o pai, para que ela pudesse ir para casa tomar banho e descansar um pouco, mas eles não apareceram.

Maria relatou sobre a dificuldade em se cuidar. Já que João não pode ficar sozinho, ela deixa de cuidar de si e isso está diminuindo sua autoestima, conforme relato abaixo:

Eu me sinto um nada [...] eu não estou podendo cuidar de mim (Maria).

Maria mostra suas dificuldades em se cuidar por não ter a ajuda que deseja, pela falta dos filhos, de contato social e com o serviço de saúde. A falta dos filhos a deixa ainda mais sozinha com os cuidados e, consequentemente, sobrecarregada e principalmente invisível, no sentido de que ninguém enxerga suas necessidades.

Mesmo estando no interior de um hospital, com dor, não foi possível a administração de um analgésico, mostrando que sua invisibilidade se expressa, inclusive, para a equipe de saúde desse local. Um local de cuidado que produziu descuido. Apesar de o hospital exigir a presença do cuidador durante a internação hospitalar, ele não conseguiu olhar para a singularidade dessa pessoa, provendo o mínimo de cuidado em suas necessidades.

Apesar de a lei trazer o acompanhante como direito, os hospitais frequentemente transformam essa garantia em uma exigência imposta aos familiares. A Lei 13146 de 06 de julho de 2015, em seu artigo 22, diz que a pessoa com deficiência (PcD), como no caso de João, tem direito a acompanhante durante o período de internação hospitalar. A instituição de saúde deve, inclusive, proporcionar condições adequadas para o acompanhante e, mais, na impossibilidade desse acompanhante, a instituição deve adotar medidas para suprir essa ausência (Brasil, 2015). Porém, a presença de Maria para auxiliar nos cuidados de João se tornou uma obrigação e um fardo, sem ter as

mínimas condições para ali ficar. As instituições hospitalares, seja por falta de financiamento público adequado, ou por onerar a métrica do sistema privado, impõem os custos de uma parte do cuidado para a família.

Nesse contexto, os serviços não olham para a cuidadora como uma pessoa que necessita ser cuidada, ao contrário, é a pessoa que tem que estar disponível para o que o serviço pensa ser necessário para o usuário a ser cuidado. Assim, Maria segue sozinha, mesmo em uma instituição repleta de pessoas que deveriam cuidar.

Já em casa, em outro encontro, Maria estava muito abatida, com a voz embargada e se queixando de dor intensa nas costas. Maria repetia: “O que vai ser de mim?” Refletimos quantas questões existem nessa frase. Foi então que ela disse que um dos filhos, que deveria ter vindo no final de semana para ajudá-la com João, não apareceu, assim ela teve de continuar prestando os cuidados sozinha. “João está muito pesado”, dizia ela, “tenho que sentá-lo, dar banho, dar comida, está muito difícil” (Maria). Ela ainda contou que seu neto não teve aula durante a semana e que seu filho o levou para que ela cuidasse dele, aumentando sua carga de trabalho.

Todo abandono por parte dos filhos e relatado por Maria pode ser emblematicamente expresso nesta frase:

Quando João estava mais grave, com traqueostomia, sonda para alimentação e escara, os filhos me ajudavam sempre, mas agora que está tudo pior, ninguém me ajuda mais (Maria).

Quando Maria passou a ser acompanhada na pesquisa, João já não fazia uso de traqueostomia e não tinha mais escara e, mesmo assim, para Maria esse era o pior momento, porque era quando se via sozinha, sem o atendimento do SAD, sem a ajuda dos filhos e com atendimento da ESF que não ia ao encontro dos seus anseios.

Com a melhora clínica do estado de saúde de João, Maria se via sozinha nos cuidados. Essa melhora de João diminuía sua rede de apoio e,

consequentemente, aumentava o seu isolamento. Enquanto João estava sendo acompanhado pelo SAD, Maria mantinha contato com vários profissionais, inclusive com um profissional psicólogo, com quem podia dividir sua angústia. Como neste momento ela não conta mais com esses auxílios, sente de forma mais acentuada seu isolamento social. Talvez esse seja o motivo da fala de Maria, ao relatar que agora tudo está pior.

Vemos que a melhora biológica de João determinou o afastamento da família e das equipes de saúde. Mas Maria, dado seu papel de mulher e esposa, não tem essa mesma possibilidade. Com isso, ela não conseguiu ajuda cotidiana no cuidado de João para que, assim, pudesse se cuidar. Os cuidados pontuais alcançados não promovem o alívio físico e emocional necessário para produzir outras formas de existência na vida de Maria (Merhy, 2012).

As necessidades de Maria vão além das ofertas disponíveis nos serviços de saúde, do que se considera próprio do setor saúde. Ela é cuidadora única, sem ter com quem dividir suas tarefas e responsabilidades. Isso gera uma sobrecarga de trabalho e preocupações, não permitindo que ela consiga pensar em seu próprio cuidado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos as reflexões dessa cartografia utilizando outro verso da mesma música com a qual apresentamos, Maria “[...] uma mulher que merece viver e amar como outra qualquer do planeta”. O que fazer com as reflexões que Maria nos proporcionou? A história de Maria nos causou espanto, indignação e tristeza. Também nos surpreenderam as saídas que ela foi criando para si, não se contentando com o papel que a sociedade lhe impôs. Mas há limitações concretas: ela não pode abandonar o cuidado do ex-marido, tanto por uma questão legal quanto por uma questão humanitária que ela deixou transparecer, muitas vezes, nessa cartografia.

Ao dar visibilidade às necessidades de Maria, esperamos poder caminhar para Políticas Públicas que contemplem o cuidador, que possam existir equipamentos sociais suficientes para abrigar e cuidar, de uma forma integrada com a família, das pessoas que dependem de outras para suas necessidades humanas básicas. Um exemplo que auxilia a família e, consequentemente, seus cuidadores, é o Programa Maior Cuidado, desenvolvido pela Prefeitura de Belo Horizonte. Seu objetivo é ajudar as famílias de idosos que precisam de cuidados constantes e inseridos no Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), sendo que a carga diária do cuidado é dividida com o cuidador profissional (Programa Maior Cuidado, 2024). O PAIF é um serviço oferecido pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), que visa atender famílias em situação de vulnerabilidade social e pretende estimular as potencialidades tanto das famílias como das comunidades, promovendo melhor convivência e troca de vivência entre eles (Proteção e Atenção Integral à Família, 2023).

Ser cuidadora única levou Maria a viver a angústia da solidão e a dor de deixar a sua vida em suspenso, além de lidar com dificuldades pungentes do dia a dia, de cuidados do outro e de si, além de toda a condição material e imaterial necessária para isso.

Outra questão é a invisibilidade do cuidador para os trabalhadores e para os serviços de saúde que focam seu cuidado ao usuário em um recorte biológico, e pressionam principalmente as mulheres (e não os homens) a operarem estritamente como cuidadoras, segundo uma determinada forma de existência e não outras, a ponto de ser inclusive ameaçada a ser criminalizada, como na busca de Maria por outras possibilidades alternativas de cuidados a João.

Maria, de forma rizomática, busca construir redes de apoio, mas acaba apenas conseguindo ajuda pontual, e ela retorna para o lugar de cuidadora única. Mesmo assim, até o momento em que foi acompanhada, viu-se uma

Maria em constante disputa, inclusive com a justiça, quando pede a separação, tentando produzir uma rede de apoio para os cuidados que necessita.

Essas redes de apoio necessitam ser construídas também pelos trabalhadores da saúde, pois muitas vezes há desconhecimento em relação ao usuário, por não se valorizar sua rede existencial. Os trabalhadores podem e precisam ir para além das redes estabelecidas, rotineiras ou conhecidas, para ir ao encontro da singularidade do usuário.

Esse trabalho pretendeu dar visibilidade a essa complexidade do cuidador, da necessidade de produção de redes de cuidado efetivas para esses casos e, assim, quem sabe, poder contribuir com essas reflexões junto aos serviços e trabalhadores.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Araucária, pelo financiamento concedido para a realização da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa à pós-graduanda.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Programa Maior Cuidado**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania, 2024. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/programa-maior-cuidado>. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF)**. Brasília, DF: MDS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/servicos-e-programas/protecao-e-atencao-integral-a-familia>. Acesso em: 13 maio 2024.

CRUZ, Kathleen Tereza da; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BADUY, Rossana Staevie; SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 252-269. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** 2. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2017. v. 1.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa: filosofia prática**. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

FERNANDES, Carla Sílvia; ANGELO, Margareth. Cuidadores familiares: o que eles precisam? Uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 675-682, 2016. Disponível em: https://revistas.usp.br/reeusp/pt_BR/article/view/147714/141306. Acesso em: 2 dez. 2025.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de; SILVA, Ana Paula de Andrade; ABRAHÃO, Ana Lúcia; CORDEIRO, Benedito Carlos; FONSECA, Isabel de Almeida; GOUVÊA, Mônica Villela. Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1768-1773, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xf7B8pfGTKwtYfRRVBNrnnF/?format=html&lang=en>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

MARIA, MARIA. Compositores: Milton Nascimento e Fernando Brant. Intérprete: Milton Nascimento. Rio de Janeiro, Álbum: Clube da Esquina 2, 1978.

MEIRA, Edmeia Campos; REIS, Luciana Araújo dos; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; RODRIGUES, Vanda Palmarella; PHILIPP, Rita Radl. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-8, e20170046, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TzdhsWtRct5JkPcdgb6KTxM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SILVA, Erminia. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 8, n. 1, p. 25-34, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8n1/v8n1a03>.

pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima Lima; CRUZ, Kathleen Tereza da; FRANCO, Tulio Batista. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 31-42. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias. 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, DF: CFP, 2012. p. 9-18. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/12/Drogas_e_Cidadania.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

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

NASCIMENTO, Hellen Guedes do; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1381-1392, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n4/1381-1392/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

OLIVEIRA, Kátia Santos de. **O usuário guia e as redes de cuidado: movimentos cartográficos de produção de vida**. 2019. 299 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/16852>. Acesso em: 2 dez. 2025.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CZb7QsbPxZNMx8mwgKBQ5pf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; MODENA, Celina Maria. As diferentes facetas do sofrimento daquele que cuida: uma revisão sobre o cuidador. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 313-319, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15204>. Acesso em: 2 dez. 2025.

YAVO, Ivete de Souza; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 20-32, 2016. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002. Acesso em: 2 dez. 2025.

CAPÍTULO 5

A APOSTA NA VIDA É O CRITÉRIO DOS ANÔMALOS: UMA CARTOGRAFIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR²²

Silas Oda
Josiane Vivian Camargo de Lima
Helvo Slomp Junior
Rossana Staevie Baduy
Regina Melchior
Maira Sayuri Sakay Bortoletto

1. INTRODUÇÃO

A maneira como se instituem as práticas em saúde e a lógica operativa da rede de serviços são alvo de intensas disputas dos atores envolvidos no Sistema Único de Saúde, sejam eles trabalhadores, gestores e os próprios usuários, cada qual com seu projeto de saúde. A depender do projeto que prevaleça, o cuidado produzido pode ser mais ou menos centrado nas singularidades dos usuários e suas famílias.

²² Este capítulo consiste em um recorte adaptado da dissertação intitulada “Movimentos cartográficos na atenção domiciliar : visibilidades dos agires cuidadores”, defendida por Silas Oda no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UEL, em 2024. O texto original foi revisto e parcialmente modificado para adequação ao formato e aos objetivos desta publicação.

Neste capítulo, desejamos chamar a atenção para os diferentes movimentos de quem cuida e de quem é cuidado presentes na Atenção Domiciliar (AD), entendendo que, para além da desinstitucionalização e da redução de gastos, o domicílio é um espaço de cuidado em que o usuário exerce mais fortemente sua autonomia, aumentando produtivamente as tensões nesse espaço de negociação com o trabalhador da saúde, espaço onde a proteção dos muros institucionais das unidades hospitalares já não mais existe, e o poder prescritivo das equipes diminui. É inevitável a presença de outros agires atravessando a produção do cuidado do usuário, seja do cuidador, dos familiares, ou dele próprio (Feuerwerker, 2016).

Nesse “novo espaço” de cuidado, os trabalhadores estão o tempo todo em contato com outras nuances da vida do usuário, seja com as condições socioeconômicas experienciadas no domicílio, seja com a intensa produção de relações do usuário com as pessoas e os mundos por ele construídos, colocando os trabalhadores frente a novos desafios para a produção do cuidado.

Em meio aos afetos²³ dos encontros com os usuários e suas singularidades, embora haja o imperativo para o cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), especialmente com relação à admissão e à alta dos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), os trabalhadores exercem um certo autogoverno no espaço intercessor do encontro²⁴ com o usuário, agindo de forma a criar linhas de fuga na produção do cuidado (Franco, 2006). Para ambos, um lugar inusitado, em que é possível explorar a multiplicidade de outros territórios

23 A palavra afeto é utilizada com sentido diferente do senso comum de carinho, afeição ou amizade. Utilizamos afeto no sentido dado por Spinoza (2009), cujo acontecimento se dá no encontro entre os corpos — quaisquer que forem, não somente entre corpos humanos — os quais produzem um no outro o aumento ou a diminuição de uma certa potência de agir ou força de existir. Deleuze (2002) utiliza o pensamento de Spinoza dizendo que o afeto é uma linha melódica de variação contínua da força de existir, em que cada encontro aumenta ou diminui a potência da vida.

24 O termo intercessor ganha sentido ao construir a ideia de relações subjetivas intercessoras, as quais acontecem no encontro entre sujeitos, na mistura dos corpos, havendo não uma somatória ou uma simples intersecção, mas a criação de um produto inédito de um processo intercessor, e só nesse momento, em ato, é que se dá esse produto, o cuidado em saúde. Surge um sujeito coletivo, usuário-trabalhador. Nesse espaço há tanto o exercício do autogoverno do trabalhador no seu modo de agir quanto o desejo de ser cuidado pedido pelo usuário. O conceito de encontro intercessor na saúde foi estabelecido por Merhy (2010) a partir de Deleuze (2008, 2009).

existenciais para além da doença, possibilitando ao trabalhador instituir outras práticas cuidadoras produtoras de rupturas no instituído.

Esse algo que nos move nos encontros não é percebido pelo olho retina, é captado pelo olho vibrátil. O olho vibrátil, constituinte de um corpo vibrátil, não se prende à vista do espectro visível (olho retina) e suas representações a partir do contexto temporal, histórico e de linguagem de certo sujeito que se põe a ver, mas vai além. É um movimento de alteridade, não no sentido de se colocar no lugar do outro, mas de se misturar com o outro, ser afetado pelo outro, e nesse campo dos afetos o olho vibrátil traz à visibilidade outras subjetividades das vidas que se encontram (Rolnik, 2006).

É a percepção dos movimentos do corpo vibrátil em nós que permite colocar em análise, por um lado, o olhar armado do olho retina, levando ao questionamento sobre o sentido do território tipo trabalhador-normativo que construímos com os usuários e, por outro, o agir cuidador inventor em meio à dobra “corpo vibrátil e olho retina”, em que surge não a dualidade do certo ou errado de se seguir protocolos, mas o novo, o inusitado, o surpreendente nos modos de cuidar. Sobre a formação desse outro novo, inusitado, surpreendente, Rolnik (2006, p.13) nos diz:

Entre a vibratibilidade do corpo e sua capacidade de percepção, há uma relação paradoxal. É a tensão desse paradoxo que mobiliza e impulsiona a potência de criação, na medida em que nos coloca em crise e nos impõe a necessidade de criarmos formas de expressão para as sensações intransmissíveis por meio das representações de que dispomos. Assim, movidos por esse paradoxo, somos continuamente forçados a pensar/agir de modo a transformar a paisagem subjetiva e objetiva.

O trabalhador, comumente capturado pela lógica prescritiva, é afetado pelo usuário de tal modo que é levado a deslocar seu olhar da norma, e em certos momentos passa a fazer suas escolhas, a gerir o cuidado sob outra perspectiva, a do usuário e de seu cuidador, tornando-se uma anomalia na

esteira (re)produtiva do cuidado em saúde. É nesse momento que podemos, por vezes, nos deparar com o que Merhy denominou de “anômalo” (Merhy, 2010), e trabalhamos com a perspectiva do trabalhador anômalo, assim chamado por não se ajustar a uma atuação esperada para um dado momento. O anômalo seguirá seu corpo vibrátil no encontro com o usuário, a fim de direcionar seu agir cuidador a atender às necessidades de saúde do usuário.

No trabalho vivo, em ato que é produzido no momento do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, e como tal é um trabalho criativo, que se utiliza de ferramentas já produzidas (trabalho morto), ao mesmo tempo inventa em ato com o próprio usuário, outras ferramentas a partir de suas necessidades, e tem como produto um certo cuidado consumido no encontro. Nessa tensão constitutiva do trabalho em saúde, a depender das ferramentas que se utilizam no encontro, e do modo como agem os trabalhadores, o cuidado produzido atenderá ou não à necessidade do usuário (Merhy, 2006).

Provocados por esses pressupostos e a partir de um olhar cartográfico, interessou-nos dar visibilidade aos territórios cuidadores produzidos no encontro entre os trabalhadores do SAD e os usuários, olhando para os momentos de admissão e de alta dos usuários.

2. PERCURSO CARTOGRÁFICO

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo de abordagem cartográfica, realizado com as equipes do SAD de um município de grande porte do Sul do Brasil, entre outubro de 2016 e julho de 2017. A cartografia é tomada, aqui, no sentido proposto por Rolnik (2006), como o acompanhamento da conformação do desejo no campo social e, portanto, o método é o próprio encontro, a fim de se colocar em análise o plano das relações na micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde (Slomp Junior *et al.*, 2020). A partir dessa perspectiva, olhou-se para a AD e buscou-se

cartografar os agires cuidadores, produzindo visibilidades para os territórios do cuidado, a fim de se analisar as intensidades que atravessavam esses territórios (Moebus; Merhy; Silva, 2016).

Escolheu-se pesquisar a produção do cuidado na AD, em razão de experiências acumuladas nessa modalidade de cuidado pelas equipes de saúde do município em que o estudo ocorreu, cujo início das práticas em AD se deu antes da criação da própria política, tanto na atenção básica (AB) quanto em um serviço municipal específico de internação domiciliar, denominado Sistema de Internação Domiciliar (SID) (Londrina, 2009; Gil *et al.*, 2017).

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da pactuação com as instâncias gestoras do município, foi iniciada a imersão no cotidiano dos serviços, junto às equipes.

A aproximação com as equipes ocorreu no segundo semestre de 2016. Foram realizadas reuniões com as equipes do SAD e com a coordenação, nas quais os profissionais puderam entender como funcionaria a entrada no campo de pesquisa junto à produção do cuidado para as famílias atendidas pelos serviços. Em um segundo momento, ocorreu a aproximação com as equipes que, conjuntamente com os pesquisadores, foram escolhendo os casos que seriam trabalhados na pesquisa.

Ouvir uns dos outros as histórias inundadas das afecções produzidas pelos agenciamentos dos encontros, e olhar para as encenações do cotidiano do cuidado aproximaram os pesquisadores cartógrafos e os trabalhadores, e abriram espaço para conversarmos sobre o que nos afetava na produção do cuidado. Colocamo-nos para refletir sobre nossos modos de agir nos encontros com os usuários e cuidadores, tanto individualmente quanto como coletivo. Com uma ferramenta inspirada no viver da pesquisa cartográfica, utilizamos a bússola cartográfica²⁵ ativa e encontramos pistas que impulsionariam os primeiros desenhos dos territórios de cuidado produzidos na AD.

²⁵ Nesse estudo, o cartógrafo usou a bússola cartográfica para guiar seu corpo em direção aos encontros. Ele escolhe a bússola ao mapa, pois o mapa já está dado e as paisagens já desenhadas. O cartógrafo se lança ao caminhar nos territórios do cuidado, sem as fronteiras dos mapas prontos. Ele os constrói durante a caminhada, não para perpetuar direções e sim deixar pistas dos afetos vividos em cada encontro.

No período, foram acompanhadas as visitas realizadas pelos trabalhadores do SAD aos usuários e as reuniões de equipe, tendo sido selecionadas para esse capítulo três narrativas relacionadas ao processo de alta e admissão do serviço, reproduzidas a seguir como sínteses dos diários cartográficos (Slomp Junior *et al.*, 2020).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebemos que as atividades de admissão e alta realizadas pelo SAD, aparentemente são duas situações corriqueiras para as equipes. Via de regra, seguem-se os critérios estabelecidos nos protocolos para que sejam efetuadas e, muitas vezes, na inclusão de novos usuários ou de readmissão de velhos conhecidos, existe a possibilidade de ocorrerem encontros capturados pelo rito burocrático, quando se trata dessas atividades.

Contudo, nessa trajetória existe a possibilidade de nós, profissionais e cuidadores, nos abirmos para os afetos dos encontros junto aos usuários, pois nos movimentos cartográficos o corpo vibrátil é capaz de captar as intensidades dos vários agires no cotidiano do trabalho, dando visibilidade a outras vistas sobre territórios do cuidado que passariam despercebidas ao olho retina, ao vislumbrarmos, no encontro, a possibilidade de enxergar as singularidades se produzindo nos territórios do cuidado, vazando a captura pelo agir protocolizado.

Dessa forma, existe a potência de redirecionarmos nossos agires pelos movimentos das vidas em expansão e sermos surpreendidos pela potência do agir cuidador nos encontros com os usuários²⁶ em situações de admissão e de alta. Falaremos, a seguir, de alguns encontros das trajetórias cartográficas percorridas.

26 Todos os nomes de usuários e trabalhadores foram preservados, sendo que os nomes citados no texto são fictícios.

4. A VIDA DO CUIDADOR VALE A PENA

Em todos os encontros que vivenciamos nos domicílios, durante a pesquisa, era nítida a grande responsabilidade que os cuidadores assumiam frente à missão de cuidar em tempo integral, fosse de um familiar ou não, tornando-se ainda mais árdua quando não havia outra pessoa para apoiá-los diretamente nos cuidados assistenciais, senão a equipe do SAD, como era o caso de Sr. Divino.

Cuidador de dona Amada, seu Divino, lidava com a doença da esposa, Alzheimer, há alguns anos, antes mesmo de ela ser admitida pelo SAD. Quando a equipe assumiu o caso, seu Divino já havia criado uma rotina de cuidados, inclusive tomando condutas por conta própria, ao se deparar com sinais e sintomas já tratados anteriormente nos serviços de saúde. No entanto, o quadro foi se agravando e a doença evoluiu rapidamente, até que foi necessário o apoio do SAD para acompanhamento nutricional e uso de sonda nasointestinal e aspirador. Dona Amada já estava na terceira readmissão, após idas e vindas de internações hospitalares.

Embora a equipe tivesse treinado seu Divino para os cuidados exigidos, ele demandava por atendimentos constantemente, ligando várias vezes durante a semana. Ao encontrá-lo, ele nos dizia que se sentia sozinho, e que o cuidado da dona Amada havia se tornado muito pesado, não havia tempo para cuidar de si, para viver. A queixa de seu Divino dá sentido ao que diz Merhy (1999) sobre a produção do cuidado em saúde, que em última instância se presta a diminuir ou resolver problemas de saúde que impeçam a vida do usuário de se efetivar, além de aumentar seus graus de autonomia nos seus modos de viver.

A equipe cuidava de seu Divino tanto quanto de dona Amada e fez tentativas de acionar a Unidade Básica de Saúde (UBS) para apoiar no caso, mas seu Divino não queria, afirmando, de forma descontente, que já havia conversado com a equipe de saúde da família que explicou que não poderia oferecer o mesmo atendimento realizado pelo SAD, com relação à frequência de visitas e disponibilidade de trabalhadores para atendê-lo, com prontidão.

Em meio às dificuldades enfrentadas, desesperado, seu Divino produzia para si um território do cuidador-esgotado e entrava em conflito com a equipe do SAD, acionando a ouvidoria, e até mesmo, a imprensa. Seu Divino gritava por cuidado, às vezes, literalmente. Seu corpo vibrava intensamente nos encontros, buscando criar outros territórios existenciais que fizessem sentido ao seu pedido de cuidado para dona Amada e para si mesmo, ainda que, em certos momentos, ao se prender a esses territórios, para olhos retina, agisse de maneira controversa e às vezes até violenta, acusando a equipe do SAD de descuidado, ao mesmo tempo que não aceitava que outra equipe fosse acionada.

Dona Amada havia evoluído para um quadro clínico estável, podendo ser encaminhada aos cuidados da equipe de saúde da família. Além disso, seu Divino já estava apto a executar os procedimentos sem dificuldades. Já não havia critérios que justificassem a continuidade do acompanhamento do SAD.

E por que não liberavam a alta de dona Amada? Talvez outra equipe presa ao olhar normativo o fizesse após checar os critérios, até porque estariam cumprindo as diretrizes, em tese sem prejuízo à dona Amada que, a partir da alta do SAD, deveria ser cuidada pela AB. Havia ainda um agravante que poderia motivar a equipe a realizar a alta assim que fosse possível: a relação conflituosa com seu Divino. Entretanto, os trabalhadores estavam abertos aos afetos dos encontros com seu Divino e, com olhos vibráteis, enxergavam naquele território conturbado a necessidade de cuidar daquele senhor. Ou seja, havia motivos suficientes para desistir do seu Divino. A razão de não prosseguirem com a alta não tinha relação com o tempo de permanência ou o cumprimento de uma “equidade” normativa, mas buscar a singularidade necessária para aquele momento, para aquele homem e aquela mulher.

Pensar a singularidade das vidas que encontramos na produção do cuidado pede (re)invenção! Reinventar outros caminhos, outros jeitos de organizar os serviços, outros olhares para a produção do cuidado, desenhando cartografias do cuidado a partir das singularidades que se apresentam nos encontros. Para isso, tomemos a singularidade no plural, digo, na multiplicidade.

5. CUIDADO SEM CUIDADOR

Em uma das visitas realizadas com a técnica Josi, conheci dona Carmem, uma senhora de sessenta e quatro anos acompanhada pela equipe, desde 2012, para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), em oxigenoterapia e terapia anti-hipertensiva, estando na segunda readmissão. Ao chegarmos à sua casa, aparentemente ela estava sozinha. A casa era bastante simples, com apenas três cômodos, e, apesar de organizada, era pouco arejada e com odor forte dos cães e gatos que ficavam sobre o sofá e por toda a casa. Ela nos contou estar se sentindo bem e usando o oxigênio frequentemente, apesar do marcador do cilindro indicar uso esporádico.

Josi realizou a verificação dos sinais vitais e constatou a pressão alterada, além da saturação de oxigênio abaixo do recomendado. Ao ser perguntada sobre os medicamentos, ela demorou a responder e foi até o quarto procurar onde estavam. Nesse momento, Josi contou que no quarto onde dona Carmem havia entrado estava a mãe acamada, totalmente dependente de seus cuidados. Ao retornar, percebemos que ela estava confusa quanto à farmacoterapia prescrita e precisava de ajuda para tomar os medicamentos. Passado um tempo que estávamos ali, chegou um dos netos, ainda menino, também cuidado pela dona Carmem. Essa situação causou estranhamento e dúvida sobre quem era a cuidadora responsável pela própria dona Carmem.

Com muita paciência, Josi orientou dona Carmem sobre o uso correto dos medicamentos, verificou os que estavam faltando, conversou a respeito da importância da oxigenoterapia e informou à dona Carmem que em breve a enfermeira Camila viria para coletar o sangue para a realização da gasometria. Josi produzia uma relação simétrica com dona Carmem, sem as cobranças e julgamentos opressivos sobre os modos de vida dessa senhora.

Despedimo-nos de dona Carmem e, ao entrar no carro, Josi explicou que dona Carmem era um caso muito complicado, pois a filha cuidadora não assumia os cuidados da mãe, apesar do acordo feito no momento da admissão

e das tentativas posteriores de aproximação da equipe. Nas reuniões de equipe, vez ou outra os trabalhadores tocavam no assunto de alta da dona Carmem, mas não havia um posicionamento firme para realizá-la. O olho retina questionava a razão de dona Carmem permanecer admitida no SAD, pois enxergava o não cumprimento de um critério fundamental, que era a presença efetiva do cuidador. Por outro lado, os encontros com dona Carmem agenciavam nos trabalhadores um agir acolhedor diante da situação vivenciada por ela, e permaneciam insistindo no seu cuidado.

6. A PRODUÇÃO DO CUIDADO, APESAR DA NORMA

Ao vivenciar os processos de admissão dos pacientes no SAD, enxergávamos o quanto as equipes poderiam ser cuidadoras potentes ao defenderem a vida em meio a problemas de comunicação na rede de serviços, como pode ser percebido no próximo relato.

Seu Alberto havia sido encaminhado ao SAD por uma unidade hospitalar em razão da necessidade de oxigenoterapia. A equipe checkou todos os critérios e realizou as avaliações necessárias, não havendo qualquer impedimento clínico e social para que ele fosse admitido. Havia apenas uma ressalva que não permitia o aceite da solicitação no sistema do SAD e a sua admissão imediata: a espera por um aparelho respirador, que rapidamente foi providenciado. Para concluir o processo de admissão, o hospital deveria refazer o encaminhamento para registro no sistema, para documentar o ato. Contudo, houve dificuldades de comunicação com o hospital, demandando várias tentativas para solucionar o problema.

Naqueles dias, acompanhávamos a equipe que receberia o seu Alberto em casa, e fomos surpreendidos pelo esforço feito por eles para que isso de fato acontecesse. A agenda estava cheia e, entre uma visita e outra no deslocamento de carro, a enfermeira Camila fez uma chamada do celular para o hospital para

falar diretamente com a enfermeira responsável pela unidade de internação do seu Alberto. Antes de fazer a ligação, ela já se mostrava bastante incomodada com a situação e dizia que não suportava mais resolver somente por e-mail e telefonemas, que se preciso fosse, ela iria até o hospital.

Ao falar com a enfermeira do hospital, Camila explicou novamente a razão de ainda não ter realizado o aceite de admissão, e que era necessário refazer o encaminhamento. Houve bastante resistência por parte da enfermeira, que solicitava a todo momento mais informações que justificassem o pedido. Depois de alguns momentos mudos de espera do outro lado da chamada, de muita insistência, ela aceitou refazer o encaminhamento, e a equipe pôde dar prosseguimento à admissão. Camila ficou aliviada, pois não se conformava com a permanência de seu Alberto internado no hospital, tendo a possibilidade de ser cuidado em casa.

Numa análise protocolar da situação do seu Alberto, não havia nenhum desvio nos trâmites para a sua admissão. Desde o início do processo, tudo havia sido feito conforme as normas prescritas, inclusive o não aceite de admissão pelo SAD enquanto o hospital não fizesse a correção do encaminhamento. O tempo de espera, ainda que demorado, deveria ser suportado pelos trabalhadores e, principalmente, pelo usuário.

O cumprimento dos ritos burocráticos se faz presente em toda rede de serviços de saúde com a justificativa de documentar as ações das equipes. Torna-se preocupante quando são utilizados como fim e não como meio para produzir o cuidado, enfraquecendo a dimensão cuidadora. Há uma tensão nos territórios do cuidado entre o cumprimento da norma a qualquer custo e a centralidade do cuidado na vida do usuário, repleta de singularidades.

Em meio à experiência vivenciada com Camila, enxergávamos nela um outro jeito de operar na produção do cuidado, que rompia com a passividade do tempo protocolar para que fosse agilizada a admissão do seu Alberto, apostando naquela vida, que valia a pena e deveria ser defendida. Não era apenas mais um encaminhamento, uma comunicação tornada eficiente

entre equipes diferentes quanto a um mesmo caso, o que já é desejável em si. Tratou-se de responsabilizar-se pela gestão compartilhada do cuidado, tratou-se de coordenação do cuidado (Slomp Junior *et al.*, 2023). Camila surpreendia o *modus operandi* instituído com o seu jeito de agir na dimensão cuidadora. Era o trabalho vivo instituindo um outro tempo de ação, aquele centrado no usuário, e não no tempo das instituições.

7. O AGIR ANÔMALO

Nos encontros narrados, é marcante o agir na busca de construir redes dos trabalhadores, produzindo linhas de fuga, frente à captura dos modos de cuidar normativos instituídos. A vida dos usuários criava um campo magnético que polarizava a bússola do cuidado em direção à criação de outros caminhos, tomando as singularidades presentes em suas vidas como critérios norteadores para a produção do cuidado. Esses novos caminheiros vão se dando nos processos de afetação no ambiente domiciliar vivenciados pelos trabalhadores, os quais são atravessados por intensidades só vividas ali e em ato.

Os muitos sentidos do viver, produzidos pelos usuários, por seus cuidadores e por suas famílias, bem como as necessidades de saúde identificadas, causaram efeitos no agir das equipes em insistir no cuidado daquelas vidas, apesar de ser subversivo à ordem das normas instituídas.

Cabe dizer que buscamos não analisar o agir dos trabalhadores sob uma perspectiva julgadora de atos de “bondade” ou “maldade”, beirando um maniqueísmo moral, pois, como já vimos acima, é necessário um grande esforço para colocar em análise o próprio agir, a fim de não permanecer na captura do operar normatizador. Entretanto, nesse momento, trazemos à visibilidade o cuidado produzido pelos trabalhadores sob uma determinada perspectiva, a saber, quando há abertura para os efeitos dos afetos nos encontros com os usuários, para além da norma.

Devemos dizer também que atuar no ambiente domiciliar não naturaliza um modo de agir menos capturado pelo trabalho morto. O trabalhador pode ser intensamente afetado no encontro com o usuário e, ainda assim, permanecer na produção de um cuidado que não faça sentido para o usuário.

Dessa forma, Merhy (2010) chama atenção para a necessidade de uma desaprendizagem dos modos instituídos de cuidar, aqueles mais protocolares, necessários para o agir em saúde, mas por vezes presos à repetição de um agir anulador da vida do outro que diminui a potência do viver, porque muitas vezes operados somente sob a rigidez da norma. Tal desaprendizagem tem por fim viabilizar a possibilidade de se produzir outras práticas cuidadoras via espaços intercessores com os usuários, inclusive possibilitando outras escolhas.

Aqueles trabalhadores que insistem no trabalho vivo em ato são considerados anomalias na esteira (re)produtiva dos modelos de atenção centrados na clínica do corpo de órgãos. E é justamente esse outro corpo, o anômalo, que desejamos encontrar na multiplicidade que constitui os trabalhadores (Merhy, 2010; Merhy; Feuerwerker; Cerqueira, 2010).

Merhy (2007) designa a clínica do corpo de órgãos como o agir dos trabalhadores de saúde fundamentado na intervenção sobre uma disfuncionalidade estritamente biológica do corpo. Instituem-se, então, pontos de vista dos saberes profissionais sobre uma mesma vista, a saber: o corpo doente individual ou das coletividades, patologizado, objeto de uma ação. Em última instância, o agir na clínica do corpo de órgãos produz o controle das vidas, estabelecendo padrões para o viver.

Ao pensarmos sobre esse processo de desaprendizagem, olhamos para a formação dos trabalhadores de saúde. Geralmente, o agir dos trabalhadores está pautado na divisão por núcleos profissionais e suas respectivas competências, tomando o usuário enquanto um corpo adoecido que necessita de uma intervenção. Há diretrizes presentes nas políticas de saúde que estabelecem o trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar, para se evitar a fragmentação do cuidado, e até certo ponto, com êxito. No entanto,

não é o suficiente para uma mudança de paradigma do cuidar em saúde, no que se refere a tomar o corpo do usuário enquanto objeto de intervenção (Merhy, 2010).

E é interessante observar que, embora o agir do trabalhador na produção do cuidado seja formatado para o cumprimento estrito (repetição) de um padrão estabelecido por critérios técnicos, como acontece nos casos de admissão e de alta do SAD, em tese, sob a luz da norma, não há desresponsabilização sobre a vida do usuário, ou descuidado, pois em cada caso acima, vimos como a singularidade falou mais alto na orientação de que cuidado era mais necessário (diferença) (Merhy; Feuerwerker; Cerqueira, 2010).

As pistas que encontramos nas narrativas da pesquisa apontam para a necessidade de provocar um tensionamento no cotidiano dos serviços de saúde, mudando a pergunta retórica que geralmente fazemos quando estamos diante de um pedido de cuidado. A tendência é a de nos perguntarmos “como podemos intervir nesse caso?”. Talvez, a pergunta que produza mais deslocamento do paradigma exclusivamente normativo seja: “Que vida é essa que me pede para ser cuidada?”.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar a admissão e a alta de um usuário do SAD, à primeira vista, seriam ações das mais pragmáticas das equipes, em razão do seguimento de critérios clínicos indicados nas diretrizes da PNAD. No entanto, quão potente pode se tornar o agir do trabalhador na produção do cuidado, quando ele se abre para ser afetado pelo usuário e suas singularidades, deslocando o olhar preso às normas, fazendo outras escolhas nos espaços intercessores dos encontros com o usuário.

Há a necessidade de movimentos de autoanálise do agir cuidador nas equipes, a fim de redirecioná-lo sempre que necessário a favor da vida

do usuário. Colocar-se em análise é questionar os próprios atos de saúde produzidos no encontro com o outro de maneira individual e/ou coletiva, é enfrentar o desafio de se perguntar: para que e para quem faço o que faço? (Merhy, 2010). E essa análise parte de um determinado horizonte ético-político, de que toda vida vale a pena (Merhy, 2012), o que gera tensionamento e disputa no campo do trabalho e entre todos os atores.

Analisar o próprio agir nos encontros com os usuários nos ajuda a perceber quando deixamos de nos guiar pela bússola do cuidado magnetizada pela produção de vida. Nem sempre daremos conta de produzirmos por nós mesmos, e em tempo oportuno, as reflexões sobre nossa prática. Nesse sentido, dispositivos de apoio à gestão do cuidado já utilizados em Londrina, João Pessoa e São Bernardo do Campo, discutidos por Baduy (2010), Bertussi (2010) e Sundfeld (2016), de forma aprofundada e consistente, com base na Educação Permanente em Saúde, indicam-nos caminhos para nos ajudar nesse processo de autoanálise do agir nos territórios do cuidado.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Araucária, pelo financiamento concedido para a realização da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa à pós-graduanda.

REFERÊNCIAS

BADUY, Rossana Staevie. **A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000766989&local_base=UFR01. Acesso em: 2 dez. 2025.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000770697&local_base=UFR01. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRAGA, Patrícia Pinto; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS, Clarissa Terenzi; CASTRO, Edith Aparecida de; ANDRADE, Allana Maria de; SILVA, Yara Cristina de Paiva. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gV5cTTC8QnQR67tpSDkRkFv/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 78, seção 1, p. 33, 26 abr. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 2 dez. 2025.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa: filosofia prática**. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, Gilles. O afeto e a ideia (Curso de 24 de janeiro de 1978). In: DELEUZE, Gilles. **Cursos sobre Spinoza** (Vincennes, 1978-1981). Tradução de Emanuel Angelo da Rocha Fragoso *et al.* 3. ed. Fortaleza: EdUECE, 2019. p. 33-70.

DELEUZE, Gilles. Os intercessores. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações 1972-1990**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 2008. p. 151-168.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2009. v. 1.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 35-47. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FRANCO, Tulio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/gestao-em-redes-praticas-de-avaliacao-formacao-e-participacao-na-saude/4706>. Acesso em: 2 dez. 2025.

GIL, Célia Regina Rodrigues; TURINI, Bolivar; CABRERA, Marcos André de Sarmiento; KOIFMAN, Lilian. A organização dos serviços de Londrina e região e suas contribuições para a descentralização e municipalização no estado do Paraná e no país. In: ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos André de Sarmiento (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2017. p. 93-132.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Sistema de Internação Domiciliar é pioneiro no país**. 2009. Disponível em: <https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=5234>. Acesso em: 01 abr 2026.

MERHY, Emerson Elias. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org.). **Saúde mental: os desafios da formação**. Belo

Horizonte: ESPMG, 2010, p. 23-36. Disponível em: https://www.memorialmatraga.com.br/arquivos/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao_A_INSTITUIC%CC%A7A%CC%83O_DO_NOVO.pdf. Acesso em 01 abr 2026.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 433-435, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769004.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** 1999. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZXXqFndCPKsjW7B9Qx8bGhk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CERQUEIRA, Maria Paula. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: SILVA JR, Aluísio Gomes da; RAMOS, Valéria Cristina; DAMASCENO, Verônica (org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 43-53. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias; BADUY, Rossana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza da; SEIXAS, Clarissa Terenzi. Significados em torno do conceito de coordenação do cuidado em saúde: revisão de escopo. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 22, n. 2, p. 101-115, 2023. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1744>. Acesso em: 2 dez. 2025.

SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias; RODRIGUES, Maria Ruth dos Santos; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; BADUY, Rossana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza da. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athena Digital**, Bellaterra, v. 20, n. 3, e2617, 2020. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>. Acesso em: 2 dez. 2025.

SPINOZA, Baruch. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SUNDFELD, Ana Cristina. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo**. 2016. 209 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06012017-105151/pt-br.php>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CAPÍTULO 6

ARTE NO AGENCIAMENTO DA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO²⁷

Flávia Maria Araujo
Regina Melchior
Clarissa Terenzi Seixas
Maria Lucia da Silva Lopes
Alberto Durán González
Maira Sayuri Sakay Bortoletto

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de minha vida, a saúde esteve em foco várias vezes. Desde criança percebia que meu corpo necessitava de atenção. Havia encontros com profissionais de saúde que mediam, pesavam, orientavam. Por conta do cuidado com o corpo, pude ter meu primeiro encontro marcante com a arte. Aos cinco anos, tinha os pés desalinhados, ficavam voltados para dentro ao caminhar, e a conduta que me marcou para a vida toda foi a recomendação do médico em iniciar ballet clássico. Não me lembro mais dele, mas sou grata

²⁷ Este capítulo consiste em um recorte adaptado da tese intitulada “Arte e Cuidado em Saúde: experiência do cuidado nos encontros vividos no Projeto Sensibilizarte”, defendida por Flávia Maria Araújo no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UEL, em 2021. O texto original foi revisto e parcialmente modificado para adequação ao formato e aos objetivos desta publicação.

por isso. Iniciei a dança e ela permaneceu na minha vida. Com ela percebi os movimentos que meu corpo podia realizar e como aquilo me fazia bem. Para os pés, para o corpo todo, para as emoções. A dança clássica foi o início, transitei por outros estilos e, atualmente, estou na dança árabe. Mais tarde percebi que dança é minha saúde também.

Durante o processo de doutoramento, “rodopiando” pelas leituras, encontrei autores que colaboraram para a compreensão dessa trajetória de meu corpo e ampliaram o conhecimento a respeito da saúde e como a arte está envolvida com ela. Pautada nisso, trago agora uma breve amostra das leituras com as quais eu e meus companheiros de pesquisa nos encontramos e são constituintes da reflexão nesse trabalho.

A saúde envolve vários aspectos que variam entre a necessidade de um corpo biológico funcionando, até um modo de “andar a vida” (Abrahão *et al.*, 2016), segundo o próprio desejo. Foi nessa construção que misturei arte e saúde, cuidado do meu corpo no encontro com a dança. Nas minhas vivências de bailarina, quando giro o mundo parece ficar borrado, as coisas se misturam em minha visão, assim pretendemos “borrar” saúde e arte nesse trabalho.

Hoje, psicóloga, percebo que a atuação dos profissionais nos serviços de saúde pode ser menos “cuidadora”, quando está focada apenas em diagnósticos e procedimentos, ou mais cuidadora quando voltada para o cuidado. Tendo como horizonte o apoio ao usuário na busca de melhores formas de levar a vida e cuidar de si (Feuerwerker, 2013), percebo que o cuidado é parte do trabalho de todo profissional de saúde. Ele acontece no encontro, em espaços de intersecção entre trabalhador e usuário, em que um afeta o outro e juntos podem construir uma relação de cuidado (Merhy, 2002). Esses espaços intercessores criam lugares entre os corpos e subjetividades, modos de ser distintos, dando-lhes uma oportunidade de criar o novo e pensar alternativas para o cuidado em parceria (Abrahão *et al.*, 2016). Nesse momento, o afeto que passa pelos corpos tem a habilidade de agenciamento, podendo funcionar como agente de antiprodução, inibindo a passagem dos

afetos, mas também pode convocar o desejo de agir, aumentando a potência de vida (Deleuze & Guattari, 1995).

Para que o espaço intercessor se constitua, é necessário que os corpos no encontro estejam porosos, abertos para a passagem de afeto, visto que, caso estejam rígidos, o encontro tem seu fluxo interrompido. (Deleuze & Guattari, 1995). Assim também acontece na dança, nos meus encontros com o palco e o público, o meu corpo precisa estar poroso, precisa permitir a passagem de afetos. Quando isso não acontece, a minha bailarina perde muito de seu brilho, passa a repetir movimentos puramente técnicos, e fica um tanto sem graça.

O encontro pode provocar uma confusão e até uma desorganização no território existencial dos corpos, caso ele seja de muita intensidade. Isso é denominado por Deleuze e Guattari como desterritorialização (Deleuze & Guattari, 1995). Territórios se formam quando os afetos são codificados em signos, palavras que carregam determinado modo de subjetivação, significados e modos de viver, valores, papéis sociais (Deleuze & Guattari, 1995). Nesse caminhar, a prudência ajuda a bailarina a se equilibrar e tentar evitar a queda. Por isso, é importante ir para os encontros de modo poroso, aberto, mas compreendendo o limite de cada um para se constituir de forma diferente. Ao recolher os efeitos do encontro em nós, não é possível ficar em um lugar de reconstrução permanente, pois os corpos não suportam estar o tempo todo desterritorializados, sentimos angústia.

A desterritorialização pode provocar autoanálise no trabalhador em direção a um processo de repensar sua prática, podendo contribuir para a criação de novas ferramentas (Seixas *et al.*, 2019). Assim, é possível produzir novos modos de operar em um processo, desterritorializar, sentir angústia, conseguir se deslocar e reterritorializar, várias vezes (Rolnik, 2011). Aprendemos a levantar e seguir a dança, modificadas, tocadas pelas marcas da queda.

É a partir do encontro que o corpo sofrerá variações, considerando a capacidade desse em ser afetado. Deleuze (2009), em sua interpretação de Espinosa, mostra como a continuidade de encontros a que o corpo está sujeito gera variações contínuas na própria força de existir (também chamada potência

de ação), refletindo nos modos de viver. Esses encontros, que podem ser bons ou maus, de modo que são considerados assim de acordo com suas capacidades de aumentar a potência de ação, produzindo afetos (paixões) alegres, ou mesmo diminuindo-a, gerando paixões tristes. Assim, marcas são inscritas no corpo. Contudo, determinadas possibilidades de afetações decorrentes de tais marcas dependem de uma abertura para o encontro, a porosidade.

Afetação é o que faz viver um pouco do outro em nós, uma presença do outro em nós (Deleuze & Guattari, 1995), o que nos faz múltiplos em subjetividade. Estar aberto aos encontros significa permitir a passagem de afetos que ocorrem neles, colocar o corpo vibrátil na cena, o corpo que se abre para os afetos e permite senti-los (Rolnik, 2011).

Quando vem ao serviço de saúde, o usuário traz sua vida junto consigo, valores, medos, frustrações, expectativas. Ele tem sua própria “coreografia de vida” montada, e tudo isso precisa ser considerado no cuidado. Para poder ser realizado o cuidado, o trabalhador da saúde necessita de ferramentas, além de estar aberto (poroso) ao encontro (Feuerwerker, 2013). O vínculo é uma ferramenta importante e, para que ele se estabeleça, é necessário que o trabalhador veja o usuário como alguém válido, capaz de fazer pactuações em relação ao próprio cuidado, de maneira que os modos singulares de existência sejam reconhecidos e respeitados neste movimento. (Seixas *et al.*, 2019).

O cuidado pode ser feito de várias formas, e a arte pode ser um desses modos, sendo utilizada como ferramenta para acessar a sensibilidade de quem cuida e de quem é cuidado. Isso revisitou as marcas que tenho em meu próprio corpo, do modo como a dança ajudou a melhorar meus pés e meus caminhos. Reavivaram paixões alegres que vivi (vivo) pela dança. A arte cuidou de mim, trouxe bem-estar, e penso que ela tem muita potência para fazer o mesmo por outras pessoas.

Essa perspectiva da arte enquanto cuidado em saúde ainda é pouco reconhecida pela literatura científica, mas é possível encontrar estudos que abordam o tema, em diferentes formas de arte.

A palhaçaria é uma arte bastante presente em hospitais, com início nas décadas de 1970 e 1980 com Patch Adams e Michael Christensen, nos Estados Unidos (Catapan; Oliveira; Rotta, 2019). No Brasil, ela se tornou um fenômeno desde a década de 1990, com a criação do grupo Doutores da Alegria, por Wellington Nogueira, pioneiros em levar a palhaçaria para hospitais (Masetti, 2013). O grupo fez um levantamento no ano de 2012 e encontrou 700 grupos de palhaços atuando em hospitais brasileiros, entre profissionais e amadores (Masetti, 2013). Para o palhaço, a relação é a única forma possível de existência humana, leva o homem para o encontro buscando linhas de fuga para uma realidade rígida (Masetti, 2013).

A presença de palhaços em hospitais pode melhorar tanto as condições fisiológicas quanto emocionais das pessoas internadas (Catapan; Oliveira; Rotta, 2019). Diminui a ansiedade antes de cirurgias, diminui os níveis de cortisol, hormônio relacionado ao estresse em crianças, diminui a percepção de dor, provoca bem-estar e ressignifica a experiência de hospitalização, deixando-a menos desagradável, pois, embora não modifique a realidade, modifica seu significado (Catapan; Oliveira; Rotta, 2019).

A visita dos doutores palhaços, tanto para crianças como para adultos, colabora para o desenvolvimento de habilidade de escuta, comunicação e quebra de preconceitos (Takahagi *et al.*, 2014). Para adultos com câncer e seus familiares, a palhaçaria podem reduzir os sintomas psicológicos, e para os trabalhadores que cuidam deles, promove aumento do bem-estar no ambiente de trabalho (Casellas-Grau *et al.*, 2021).

A música também é uma ferramenta de cuidado. Ela é expressão artística do ser humano, possibilita acessar emoções, criar vínculos e partilhar afetos (Areias, 2016; Campos; Nakasu, 2016). Por ser uma facilitadora da criação de vínculos, ela derruba a barreira inicial e acelera o processo de vinculação (Pearce; Launay; Dunbar, 2015). Melhora a qualidade de vida e a saúde de várias formas, como a redução da ansiedade e de sintomas depressivos, reduz a pressão arterial e estresse, aumenta o nível de serotonina, contribuindo

para o bem-estar e controle de dor (Areias, 2016; Campos; Nakasu, 2016). O conhecimento de que a música é benéfica para o ser humano é antigo, mas sua utilização para o cuidado em saúde é recente (Gray, 2013; Areias, 2016).

Encontramos uma revisão integrativa (Cruz *et al.*, 2015) e uma sistemática (Campos; Nakasu, 2016) sobre os benefícios da música para a saúde. Evidenciam a necessidade de associar a música ao cuidado de enfermagem, pois melhora o relacionamento interpessoal (Cruz *et al.*, 2015). Mostra-se como uma ferramenta pertinente para a promoção da saúde, é um recurso de baixo custo, traz benefícios fisiológicos e sociais (Gray, 2013; Cruz *et al.*, 2015; Campos; Nakasu, 2016), como relaxamento e diminuição da ansiedade frente à internação (Piovesan; Silva, 2014).

A dança aparece como entrelaçada entre a música, operando como grande agenciadora do meu modo de produzir minha saúde. Cuida do meu corpo, por promover movimento, propiciar emoções e trazer felicidade e vínculos com as parceiras dançantes. É com essa mistura, com a dança nesse papel, que a modalidade me agenciou a ver a arte como saúde, e criou a porosidade para o tema.

Fui a campo para viver a experiência de como a arte pode ser saúde. O campo em questão foi um projeto de extensão vinculado à Universidade Estadual de Londrina — UEL, chamado “Sensibilizarte — A Arte Como Instrumento Para Humanização Na Formação E No Cuidado Em Saúde”. O projeto leva discentes de todos os cursos da área da saúde para executar atividades artísticas no Hospital Universitário (HU) da UEL. É composto por quatro frentes de trabalho, cada uma com sua arte: música, palhaços, contação de histórias e artesanato.

Nossa curiosidade estava em compreender e vivenciar de que maneiras a arte pode ocorrer em um hospital, como viabilizar essas ações e qual o impacto delas no ambiente hospitalar. Esse trabalho visa dar visibilidade ao modo como as atividades artísticas reverberam na prática do profissional de saúde em um hospital público. Assim, o objetivo foi cartografar a produção do cuidado agenciado pela arte em um hospital público.

2. PERCURSO CARTOGRÁFICO

A pesquisa cartográfica foi desenvolvida entre os meses de fevereiro de 2019 e janeiro de 2020, por meio do pesquisador *in-mundo*, entendendo que o conhecimento é produzido pelo pesquisador, mas também no pesquisador, passa pelo corpo dele, sendo a realidade vivida e produzida em ato (Abrahão *et al.*, 2016).

A construção do pesquisador se dá *in-mundo*, junto ao objeto, e a implicação dele com a pesquisa é fundamental para produzir conhecimento. Não há neutralidade, nem separação sujeito-objeto, nem uma verdade a ser revelada. Ocorre uma “desaprendizagem” do que já está instituído, e isso é necessário para produzir o pesquisador *in-mundo*, pois ele não é neutro, tem ação política, contamina-se ao dar passagem para vários processos de subjetivação. Ele é atravessado, afeta-se e se suja de mundo e, ao interrogar o sentido da vivência no campo, interroga a si enquanto sujeito de todo esse processo (Abrahão *et al.*, 2016).

A cartografia toma o termo emprestado da geografia para produzir uma pesquisa que acompanha a criação de “paisagens sociais”, desenhando as linhas de fluxo de desejos que mostram aspectos existenciais. Ela cria um mapa existencial mostrando os afetos que perpassam essa paisagem, formando um mapa dinâmico que se modifica conforme as linhas caminham. Aqui, o conhecimento é produzido pelo pesquisador em conjunto com o campo, na relação do pesquisador com ele. Não há uma verdade a ser revelada, mas uma compreensão que é construída nas multiplicidades que surgem (Cabral *et al.*, 2019).

Têm um rigor de pesquisa, mas isso não é tomado como precisão do método e sim como a atitude, implicação, interesse e compromisso do pesquisador pelo campo (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015). Para mim, isso passa pelo desejo do pesquisador de estar dentro do campo. Não separa sujeito e objeto, pois a implicação do pesquisador com o campo colabora na formação de conhecimento (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015).

Não há “dados” coletados. Os dados são produzidos pelo pesquisador em conjunto com o campo (Slomp Junior *et al.*, 2020). Pretende-se estudar o processo de formação de subjetividades e formação de realidades sociais e, por isso, sua execução precisa ter essa característica de ser também um processo (Passos; Kastrup; Escóssia, 2015).

Ela é um “antimétodo”, pois não há um procedimento padrão a cumprir, cada campo de pesquisa demanda uma forma própria de cartografá-lo (Franco; Merhy, 2013). Creio que um campo cheio de afetos e encontros de cuidado, como o Sensibilizarte, pede uma cartografia vivida na pele. Por isso, decidi participar de todas as frentes de trabalho do projeto e me embrenhar nelas o máximo que meu corpo permitisse, pois as atividades desse projeto têm muita intensidade. Trabalham tanto com o intelecto quanto com as emoções. Somente observar ou entrevistar os membros faria com que se perdessem muitas nuances, então, optei por tentar tornar-me um deles e fazer essa cartografia a partir do meu próprio corpo, tentando dar voz aos afetos que me atravessaram nesse campo. No encontro, pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas (Lima; Merhy, 2016).

O corpo do cartógrafo precisa ser construído, pois não pode ser o corpo daquele que já sabe, daquele que é acadêmico, tradicional, que observa, mas não participa. É necessário desfazer esse corpo para construir o de cartógrafo (Lima; Merhy, 2016). Nesse trabalho, construí o corpo cartógrafa, participando como membro das atividades do projeto no hospital, capacitações, confraternizações, estudos, etc.

Para cartografar, é necessário um tipo de sensibilidade e, embora não haja um método fechado, há instrumentos que a cartógrafa carrega (Rolnik, 2011). Precisa utilizar o seu corpo vibrátil, deixá-lo sempre na tensão entre o fluxo que desterritorializa e desfaz suas representações, e a representação que estanca o fluxo e dá sentido. A cartografia pede “abertura” ao encontro que pode gerar desterritorialização, causando medo e angústia, pois desmancha

mundos aos quais nos apegamos, e isso limita a abertura para o encontro. Esse é o limite da cartógrafa, mas não é rígido, pode modificar-se ao longo do percurso (Rolnik, 2011).

Por isso temos a Regra da Prudência, ela significa saber o quanto se aguenta a desterritorialização, a desilusão das máscaras e a criação de novos sentidos, o quanto as defesas disparadas protegem de fato a vida e não a destroem (Rolnik, 2011). É a elasticidade do seu princípio, saber o quanto suporta o surgimento de novos afetos que devem ser investidos em novas máscaras ou o quanto esse processo está sendo impedido, por ser doloroso. O corpo vibrátil avalia o quanto devemos seguir a desconstrução das máscaras e quando devemos parar. Ao chegar o momento em que a desterritorialização se torna a destruição de si e do outro, é preciso parar, refletir, observar quais caminhos se formam e para qual deles o corpo aguenta seguir, sem ser destruído (Rolnik, 2011).

A cartografia se faz à medida que o cartógrafo é revisitado pelos afetos ou visitado pela primeira vez. É sempre provisória, faz sentido por algum tempo e logo se faz necessário uma nova cartografia de novos mundos (Rolnik, 2011). Sua ética é sustentar a vida, a passagem da vida, e não a moral. A cartógrafa não revela sentidos para as coisas com as quais se conecta, ela cria sentido para elas, pois seu corpo vibrátil está presente no campo (Rolnik, 2011).

Para realizar o processo cartográfico, foi necessária a participação tanto no processo de capacitação de todas as frentes quanto nas vivências em atividades dentro do HU. Também é necessário lançar mão de ferramentas que permitam o registro desses encontros e que promovam suporte para o cartógrafo. Tais ferramentas que serviram para esse estudo foram o diário de campo cartográfico e o processamento em grupo.

As vivências e processamentos dessa cartografia foram registrados no diário de campo cartográfico logo após cada vivência no campo, para registrar os afetos enquanto as experiências estavam “quentes”, vívidas no corpo. Desse diário retiramos aquelas que geraram conhecimento nesse processo.

O processamento desse diário ocorreu com o apoio do grupo de pesquisa “Trabalho e o Cuidado em Saúde”, que existe vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL. Fui a pesquisadora em campo, mas levava os afetos que me atravessaram para processar com o grupo.

O diário cartográfico visa registrar não apenas formalidades que representam acontecimentos, mas busca dar vazão à expressão do pesquisador sobre aquelas afetações que ele vivencia no campo. Tais modos de expressões que podem constar e construir um diário cartográfico, seja por escrita ou não, almejam ir além daquilo que é observável pelo olho, incluindo o sentido que o cartógrafo atribui, bem como os novos mundos que a pesquisa cria (Slomp Junior *et al.*, 2020).

As vivências, apesar de serem expressas no diário cartográfico, continuam reverberando no corpo do cartógrafo, e o processamento em grupo surge como uma ferramenta que almeja fornecer um suporte para o pesquisador. Além do suporte, também há uma reflexão sobre o que o cartógrafo viveu no campo, e também sobre si. Isso colabora no suporte teórico para analisar e trazer outros sentidos para a vivência, bem como oferece suporte para afetos que provocam dor (Cruz *et al.*, 2016).

O processamento é parte importante da pesquisa cartográfica, é o momento de falar sobre ela, analisar as vivências, produzindo sentido a respeito delas, além de retirar as vendas dos olhos do pesquisador em campo. O processamento encontra as ferramentas teóricas que colaboram para a compreensão do campo, aponta quais afetos passaram e quais foram barrados, identifica as tensões e projetos em disputa no campo e reflete sobre qual conhecimento está sendo produzido, levantando questões sobre como seguir com a pesquisa (Cruz *et al.*, 2016).

Meu corpo vinha aberto e marcado pela dança para entrar no campo, ao tornar-me parte do projeto, tornei-me pesquisadora cartógrafa e “pesquisado” artista discente, tudo borrado.

2.1. Campo

A composição do campo para essa pesquisa foi com um projeto de extensão desenvolvido por uma universidade pública, que tem como objetivo sensibilizar os discentes e colaborar em sua formação, mas as atividades do projeto reverberam por todo o HU. Nele, há mais de 100 discentes distribuídos entre frentes de atuação de todos os cursos da área da saúde da Universidade, sendo gerido e organizado pelos próprios discentes, com o docente atuando como responsável formal na instituição. O projeto tem um docente responsável, mas a organização e a execução do projeto são todas de responsabilidade dos discentes, somente eles estão em campo, não há docentes em campo. Os discentes são de todos os cursos da área da saúde existentes na UEL: Enfermagem, Psicologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Educação Física e Serviço Social.

O projeto busca levar contato com a arte para os usuários, familiares e trabalhadores, com o objetivo de promover formação em saúde com espaço para o cuidado e a sensibilidade. É formado por quatro frentes de atuação: música, palhaço, artesanato e contação de histórias. Todas elas têm pontos em comum, como o cuidado usuário centrado e o respeito à singularidade do outro, mas funcionam particularmente. Todas promovem processos de capacitação executados pelos próprios discentes por meio da experiência acumulada nos vários anos de existência do projeto. As frentes têm um dia da semana para passar uma hora no hospital. Nesse estudo serão abordados os trabalhos realizados pela frente da música e do palhaço. Os participantes chegam ao HU cerca de meia hora antes do horário marcado para a entrada, para se caracterizarem. A entrada deve obedecer ao tempo de uma hora, por conta das regras do hospital.

As enfermarias visitadas eram a masculina, feminina, pronto-socorro e pediatria. Em alguns momentos de exceção, entramos no Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na Maternidade, por serem espaços de mais difícil acesso, conforme as regras do hospital e o seu espaço reduzido.

A escolha da enfermaria era feita de modo aleatório, conforme o desejo dos participantes. Cada frente poderia entrar em uma enfermaria por semana, mas às vezes, se havia pessoas suficientes, fazíamos a interação em mais de uma enfermaria. O número de discentes em cada entrada variava. Quando estávamos em cerca de 15 pessoas, o grupo podia ser dividido em duas ou três enfermarias. Quando estávamos em cerca de 5 ou 7, ficávamos apenas em uma. O número de pessoas envolvidas em cada entrada no hospital variava para além do número de discentes, pois temos os usuários e profissionais que interagem com o projeto, variando em cada dia de atividade. Como são quatro frentes de atuação, duas delas realizando atividades no mesmo dia, alternei a presença entre elas, estando presente no hospital três dias por semana, durante uma hora.

Após cada entrada, ocorria o processamento dos afetos entre os discentes, por mais uma hora, em uma roda de conversa na qual os afetos eram compartilhados, acolhidos e feitas reflexões sobre as situações vividas. Essa é uma prática do projeto que tem grande importância, por oferecer suporte para o sofrimento que muitas vezes perpassa o corpo dos discentes, no hospital. Sem isso, seria muito difícil manter o funcionamento do projeto. Esse não é o processamento que a pesquisadora fazia da cartografia com o grupo de pesquisa. Esse é o processamento que era hábito do projeto, muito antes de minha entrada em campo. Era feito somente entre os discentes sobre a vivência daquele dia, e a pesquisadora passou a participar dele enquanto membro do projeto, durante seu tempo em campo. Nesse momento, eu não levava minhas impressões do corpo cartógrafo para a discussão, levava minhas impressões do corpo artista, membro do Sensibilizarte.

A frente da música leva os estudantes para cantar e tocar instrumentos no hospital, adaptando o repertório para a enfermaria em que vai ocorrer a interação. Na pediatria, o repertório foi todo de músicas infantis do momento, conhecidas pelas crianças, e cantigas infantis populares. Nas enfermarias masculina e feminina, as músicas eram variadas, mas sempre bastante conhecidas, como românticas e sertanejas. O ensaio era realizado conforme

as músicas mais pedidas pelos usuários. A entrada no hospital corre com roupas e maquiagens coloridas com desenhos, e um jaleco branco, que pode ser decorado. A proposta do projeto é deixar o ambiente hospitalar mais leve, então os participantes buscam brincar com os componentes característicos do ambiente. Os jalecos eram modificados, não eram brancos inteiros, eram misturados com cores, havia retalhos de tecido costurados nos jalecos, pendurando adereços e brinquedos. A vestimenta que estava por baixo do jaleco era algo como uma “alegoria”, tudo muito colorido, com adereços, flores e chapéus nas cabeças, rostos pintados com flores, corações, brilho. Está mais para uma tentativa de brincar com a rigidez do ambiente, com a seriedade, mostrando que um jaleco pode ser divertido. Até numa atitude de rebeldia, de questionar a noção de poder, pegando um símbolo do poder e o transformando em algo leve, alegre, talvez até bobo, algo como uma “transvaloração”

A frente do palhaço oferece uma interação sincera por meio de falas, jogos e pequenas encenações, abrindo espaço, também, para momentos de escuta, se necessário. A caracterização utiliza as roupas e maquiagem específicas para palhaço, o nariz colorido e jaleco branco, que também pode ser decorado.

Cada frente tem um processo de capacitação necessário ao cuidado que vai oferecer. São utilizados textos, jogos, dinâmicas, discussões, encenações e vivências, conforme a necessidade de cada frente. Portanto, tornei-me parte do projeto e estive como igual em meio aos estudantes, buscando constituir uma “máscara porosa” (Rolnik, 2011) e um devir discente-artista, com meus companheiros de projeto.

Máscara não se constituiu como uma ferramenta de encenação ou personagem, mas como uma convergência de fluxos de afeto que permitem a formação de uma expressão para eles, um “dismodo” de vivê-los. Uma máscara discente artista porosa precisa permitir a passagem dos afetos e intensidades que são desejo de produção de vida (Rolnik, 2011). A máscara expressa os afetos, lhes dá passagem. Ela precisa se modificar, de tempos em tempos, por poder ficar rígida e deixar de ser porosa para permitir a passagem do afeto (Rolnik, 2011).

O devir é aquilo que o outro me desperta, me agencia, convoca o desejo de agir. Temos vários devires conforme nos relacionamos, por isso, criei meu devir discente-artista, não como uma cópia, mas como uma existência do discente que é artista em meu corpo (Deleuze & Guattari, 1995).

Para agenciar meu devir discente-artista, comecei a frequentar todas as atividades do projeto, participei das capacitações de todas as frentes e das entradas no hospital, com todas as frentes durante o tempo da pesquisa. Minha vivência foi de participante do projeto. Participei da formação, fiz as leituras e atividades práticas necessárias para me tornar membro, como igual, tentando borrar meu corpo pesquisadora com o corpo discente. Não estive observando, me tornei parte do projeto, fiz, inclusive, o processo de seleção. Minha participação não esteve vinculada à aprovação como dos demais participantes, mas vivi o processo para ter uma experiência de discente-artista completa. Tive dúvidas e angústias durante o processo de formação, compartilhei minhas dúvidas e angústias.

As vivências se deram no hospital universitário vinculado à universidade onde os alunos realizam o projeto e na qual eu era discente, como pós-graduanda. O Hospital Universitário é um hospital público de grande porte na região norte do Paraná. Como é o maior de sua região, é referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo não somente a sua região, mas também o estado e outras regiões do país. Como está vinculado à Universidade, funciona como hospital-escola, servindo assim como espaço onde atuam, além de profissionais próprios da instituição, discentes e outros profissionais que estejam em estágio ou programas de residência.

Uma vez no hospital, as frentes passam por vários locais conforme a aceitação, autorização da direção e planejamento dos discentes. Enquanto estava em campo acompanhando e realizando o projeto, as atividades não tinham uma estrutura regular de visitas para a pesquisa, de modo que seguia a programação do projeto.

A entrada em campo de pesquisa ocorreu após o projeto ser aprovado pela direção do Hospital, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres

Humanos da UEL (CAEE 01761518.1.0000.5231), conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde — Ministério da Saúde, e pelo professor coordenador do projeto. Esse capítulo é fruto de uma pesquisa realizada para uma tese de doutorado. Não há conflitos de interesse.

Como cartógrafa, me constituí enquanto parte do projeto e executei as atividades em parceria com os discentes. Para registrar tais experiências, foi utilizado o diário cartográfico, redigido após cada interação no projeto para que os afetos e percepções fossem registrados enquanto ainda estavam vívidos no corpo. O processamento seguia os encontros agendados previamente com o grupo de pesquisa Trabalho, Cuidado e Saúde.

Foi possível sentir na pele a experiência de ser discente participante do projeto e como isso afeta o corpo. Reflexões ocorreram a partir daí. Para discutir essas análises, serão agora trazidas as cenas vividas em campo, bem como os afetos que passaram pelo meu corpo enquanto cartógrafa em minha imersão nas frentes da música e do palhaço. Cada cena tem seu título e será apresentada como uma narrativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. CENA: “Eu quero BIS”

Na incursão no campo de pesquisa, foi possível viver o que Deleuze e Guattari (1995) chamam de “devires”, a presença do outro em mim tornando-se parte de mim. Não como uma cópia, mas como uma presença construída do outro em si, no encontro em que ocorre a desterritorialização de afetos. Modificações que o outro provoca, para que depois haja reterritorialização dos afetos, produzindo uma nova construção de si, a partir da afetação que o outro provocou, o devir em mim. Portanto,

ocorreram desterritorializações e reterritorializações, produzindo, entre outros, o devir música e o devir palhaça.

Na dança também produzimos vários devires, pois cada estilo de dança e de música pode agenciar um devir diferente. O devir bailarina é composto pela bailarina tradicional, bailarina moderna, delicada, ousada, etc. Creio que essa multiplicidade que já marcava meu corpo foi ampliada quando entrei em contato com a multiplicidade que o projeto agenciou.

A cena a que chamamos “Eu quero BIS” ocorreu em uma entrada no hospital, com a frente da música na pediatria. Embora cada frente seja composta por vários estudantes, no momento da interação, a entrada em cada quarto é feita em grupos menores para não sobrecarregar o espaço e ter tempo hábil de interagir com todos que desejassem. As enfermarias do hospital possuem cerca de 40 leitos cada uma, variando conforme a ocupação. Cada quarto/enfermaria do hospital é composto de maneira distinta: há quartos de dois leitos, de três e quatro leitos. Há um banheiro nos quartos, há mesas de cabeceira pequenas ao lado dos leitos para guardar pertences:

No momento em foco, havíamos passado em todos os quartos e estávamos finalizando a entrada. Percebemos haver uma enfermeira sozinha no final do corredor, ela sorriu quando passou por nós há pouco e pensamos que poderia gostar de ouvir música. Então, nos aproximamos devagar da porta, perguntamos se ela estava muito ocupada, disse que não, perguntamos se queria ouvir uma música, ela aceitou.

Cantamos duas músicas, ela nos acompanhou, esboçamos uma pequena dança apenas balançando nossos corpos no lugar. Todos os envolvidos sorriam. Quando terminamos, ela agradeceu dizendo que a música cuida da alma, relaxa e ‘quem vai embora, vai até mais leve’, disse à outra colega que passava por nós em seu caminho de saída (Diário Cartográfico).

Esse “cuidar da alma” remete ao que chamamos de “cuidado sensível” (Bertussi; Sundfeld; Feuerwerker, 2016), que dá lugar à sensibilidade dessa trabalhadora no hospital:

Perguntou, então, se iríamos cantar para os pacientes, dissemos haveremos feito isso há pouco. ‘Para a UTI pediátrica?’, ela perguntou. Explicamos que estávamos com receio de entrar porque passamos em quartos com restrição de contato. Ela disse que não haveria problemas, pois utilizamos a paramentação e, se não tocássemos em nada dentro da UTI, ficaria tudo bem. Ela, então, dirigiu-se à UTI e voltou dizendo que poderíamos ir. Fomos e cantamos. Quando saímos, lá estava ela, pedindo para entrarmos novamente em um quarto. Havia uma mãe com uma criança em situação bastante grave, a enfermeira estava lá dentro e dizia: ‘Elas querem bis, vem aqui de novo’, fomos e cantamos novamente. Depois, ela pediu para entrar em outro quarto em que havia uma criança inconsciente: ‘Ela está sozinha, vem cantar pra ela’, a enfermeira disse. Então, entramos novamente e cantamos mais uma vez (Diário Cartográfico).

Nessa cena, “Eu quero BIS”, é possível perceber como o afeto atravessou essa profissional e a mobilizou para a ação. Podendo produzir a variação da potência de vida, o encontro, na medida em que atingiu a profissional por meio da música, funcionou como um agenciamento que levou a um aumento de sua potência de ação, perceptível no momento em que ela se dirigiu à UTI pediátrica, a fim de verificar a possibilidade de a cantoria ser realizada naquele espaço, bem como em dois outros quartos. O que esse bom encontro produziu na profissional foi uma paixão alegre (Deleuze, 2017). O fato de isso ter ocorrido em um ambiente onde os funcionários estão geralmente sobrecarregados, considerando “a pausa” que a enfermeira realizou em suas atividades para a parceria com a frente de estudantes, potencializa o “cuidado sensível”, aquele aberto à sensibilidade, à delicadeza, às necessidades do outro (Bertussi; Sundfeld; Feuerwerker, 2016), e foi uma importante marca no meu corpo de cartógrafa-discente-artista.

Os afetos que passaram pelo meu corpo, nesse momento, provocaram o que Deleuze e Guattari (1995) chamam de desterritorialização, e depois reterritorialização. Um processo de desmanchamento de territórios existenciais, com seus modos de subjetivação, que depois reorganiza esse

território com novos modos de subjetivação (Deleuze & Guattari, 1995). Naquele momento, nossa potência de ação foi aumentada pelo encontro com a trabalhadora. Ao mesmo tempo em que nosso cuidado a agenciou para agir, a intervenção dela nos agenciou de volta para aumentar nossa potência. Fez perceber que é importante cuidar dos trabalhadores também, aumentando nossa potência para isso, algo que ainda não estava claro em nossa atuação enquanto projeto, desde meu início no campo. Foi como um giro completo, em que o afeto passou por nós, atravessou a trabalhadora e, novamente voltou para nós, fazendo-nos refletir.

O que foi perceptível nesse encontro foi um ganho de força para cuidar do outro, enquanto há um aumento de potência de vida do trabalhador. Isso mostra que o cuidado com o profissional, aqui demonstrado por bons encontros, tem o potencial de paixões alegres, especialmente quando se considera como esses profissionais têm seus corpos atravessados diariamente pelo sofrimento, seja dos outros ou próprio, e precisam de um lugar para cuidar de si. Um profissional cuidado tem potencializado suas ferramentas para cuidar melhor de si e de quem cuida.

O profissional de saúde que acolhe a passagem dos participantes do projeto faz uma dobra em sua subjetividade. O plano da subjetividade, enquanto é atingido, sofre mutações, que são aparentemente opostas a esse plano, mas, na verdade, são indissociáveis desse. (Rolnik, 1997). O trabalhador, geralmente tem uma subjetividade pautada em executar suas funções, pois ele se desloca e reconhece a necessidade de cuidar da sensibilidade em seu trabalho. Assim, acolhe aqueles que estão ali para exercer tal cuidado, reconhece a importância do “cuidado sensível” no ambiente e recebe o projeto com afetos de alegria. Promove uma mistura entre a técnica da profissão e a arte, misturando esses dois mundos.

Assim como no mundo da dança, em que o estudo, a precisão técnica e prática são extremamente importantes para a execução de movimentos de qualidade, a sensibilidade também tem um grande papel, por ser o que agencia

o público, prendendo a atenção. No trabalho em saúde, também a precisão técnica e estudo são importantes, mas sem a sensibilidade humana, eles se tornam ásperos, duros.

3.2. CENA: UTI, um minuto leve

Estava em meu dever “música”. Como de costume, pedimos permissão para entrar, já na porta e, após recebermos o sim, a interação começou:

A princípio, os participantes do projeto ficaram no centro, próximo ao posto de enfermagem. Começamos a cantar. Aos poucos os profissionais aproximaram-se, ficaram olhando, foram surgindo sorrisos e, por fim, cantaram junto. Formou-se então uma expressão alegre no rosto de todos na cena, o afeto que passava pelo meu corpo era de conforto, uma espécie de leveza, uma pausa para cuidar de nós mesmos, para permitir-se sentir a delicadeza que a música trazia.

Passados alguns minutos dessa sensação, os trabalhadores, então, pediram que fôssemos aos quartos/biombos de cada pessoa internada que estava consciente. Diziam ‘vão ali no quarto do fulano e da sicrana, eles estão acordados, vão gostar de ouvir vocês’. Atendemos aos pedidos e as reações que recebemos foram igualmente fortes, sorrisos e lágrimas na ausência de palavras que estavam impedidas pelas traqueostomias. Uma acompanhante que estava ao lado de um leito pôde falar, agradeceu. Cantamos também para aqueles que estavam inconscientes, pois o entendimento que tivemos é que mesmo as pessoas nessas condições precisam ser cuidadas (Diário Cartográfico).

Viver essa cena foi uma experiência muito forte para mim, meu corpo vibrátil esteve na cena permitindo a passagem dos afetos. Ao entrar na UTI adulto, foi possível sentir o afeto pesado, sofrimento, tensão, mas a música conseguiu agenciar outros afetos em um breve período, o suficiente para trazer alívio. Pudemos proporcionar “cuidado sensível”, um tempo para os

profissionais saírem de sua rotina e receberem esse cuidado. Esse encontro aumentou a potência de vida desses trabalhadores que receberam o cuidado. Eles pediram que isso fosse repassado às pessoas que ali recebiam seu tratamento de saúde, formando uma parceria com o projeto.

O trabalho em uma UTI pode ser muito árduo e trazer muito sofrimento, e com isso, necessidade de cuidado com aqueles trabalhadores. Ao entrar em contato com a música naquela cena, aqueles trabalhadores abriram-se para o cuidado sensível, de si e do outro. Foram lentamente olhando e se aproximando dos discentes, foram entendendo aos poucos o que acontecia ali, então começaram a cantar em conjunto e alguns sorrisos foram aparecendo, no decorrer da cena. Estavam quase todos no centro da UTI cantando com o projeto. Então pude perceber que passava pelo meu corpo um afeto mais leve do que no início da cena.

Então, os trabalhadores pediram que fôssemos cantar em frente aos usuários que estavam internados. Até então, estávamos no centro da UTI, junto ao posto de enfermagem. Nesse momento, nos solicitaram que fôssemos exatamente em frente aos usuários, pois estavam em seus leitos, separados por paredes de plástico, o que dificultava que olhassem para os discentes. Esse foi um momento muito cuidadoso dos profissionais para com os usuários, pois estavam ouvindo, mas nos pediram que fôssemos em frente a eles, como um cuidado especial. Foi possível observar que o “corpo sensível” pode ser convocado a estar presente em pouco tempo. Não foi uma questão de tempo cronológico, mas de tempo do afeto e do quanto estávamos porosos para o encontro. A cena toda levou menos de 10 minutos. A intensidade e a porosidade do encontro determinam a qualidade do cuidado, não o tempo. O que proporciona que esse encontro se dê em intensidade e que vínculos sejam formados rapidamente é a música, pois é uma espécie de “catalisador” de laços (Pearce; Launay; Dunbar, 2015).

3.3. CENA: Um palhaço no colo

Estava, agora, em meu “devir palhaça”:

Entramos pelo corredor da enfermaria feminina e um dos enfermeiros logo vem ao nosso encontro perguntando por um dos palhaços, dizendo: ‘Cadê o fulano? Cadê o fulano?’, quando vê o palhaço, o abraça, pegando-o no colo e vai até um dos quartos, coloca o palhaço lá dentro e sai, deixando que o palhaço siga sua interação. O trabalhador não buscava a interação para si, mas para as pessoas de quem cuidava. Ao final, como de costume, fizemos o processamento dos afetos. Esse palhaço, procurado, relatou que tem uma boa relação com aquele trabalhador e que ele sempre pede para que entre nos quartos (Diário Cartográfico).

Essa é uma parceria estabelecida e consolidada, com tamanha intimidade que o profissional pode pegar o palhaço nos braços e levá-lo para onde ele percebe necessidade de “cuidado sensível”. Tal cuidado sensível pode ser entendido aqui como parte de uma tecnologia de cuidado presente nas chamadas tecnologias leves de saúde. Isso, pois, como nas tecnologias duras, temos o uso de equipamentos e máquinas para serem aplicados em determinadas necessidades de saúde. Já a tecnologia que se faz necessária perante o encontro com o usuário é aquela que diz respeito à natureza relacional em que se dá o cuidado.

O encontro entre o trabalhador de saúde que atua no hospital e o estudante vivente do projeto de extensão cria o “espaço intercessor” (Abrahão *et al.*, 2016). Um espaço de encontro entre modos diferentes de existir que gera potência de vida e que só existe ali, naquele encontro.

Nos encontros com o projeto, algo foi “desacomodado” nos corpos dos trabalhadores, o encontro mexeu com eles, afetos atravessaram-lhes, agenciando-os a pedir “o cuidado sensível” para o usuário. Houve encontro entre a arte trazida pelo projeto e a prática profissional embasada no

conhecimento, dois modos diferentes de existir e operar. No encontro desses dois diferentes, criou-se a parceria que produziu cuidado, tanto para os usuários quanto para trabalhadores.

3.4. CENA: Vida Nova

Nessa última cena “Vida Nova”, a vivência deu-se no meu “devir música”, na maternidade do hospital. Havíamos feito a interação em todos os quartos, exceto na sala de pré-parto. Imaginamos que mulheres em trabalho de parto poderiam se incomodar com a música. Entretanto, tivemos uma grata surpresa:

Estávamos prestes a ir embora quando uma das médicas nos perguntou se notamos que havia uma mulher na sala de pré-parto. Dissemos que sim, mas que não fomos até lá. Ela nos disse que poderíamos ir, pensava que a usuária iria gostar, e aceitamos a convocação. Como de costume, pedimos a permissão na porta, a usuária aceita a interação. Apenas três pessoas entraram na sala, estávamos em cerca de 15 pessoas, os demais cantaram na porta. Era possível ouvir os batimentos cardíacos do bebê, que estavam sendo monitorados, e a gestante dizia estar gostando muito da música. Fiquei na porta.

Os profissionais que entravam e saíam da sala estavam sempre sorrindo. Um dos médicos disse: ‘Continua, gente, que o neném está gostando!’, com um sorriso no rosto. O afeto que passava naquele instante pelo corpo da pesquisadora era muito intenso, fazia nossos corpos vibrarem e algumas lágrimas foram solicitadas para expressá-lo (Diário Cartográfico).

Foi uma parceria que se deu por iniciativa de uma médica, algo inesperado, que nem mesmo os participantes do projeto pensavam que poderia ser feito. Essa profissional foi afetada ao ver o projeto interagir com os demais e solicitou o mesmo cuidado para a mulher que estava prestes a ter seu bebê. Ela foi agenciada para cuidar, sentiu que essa sensibilidade faria bem àquela mulher.

Depois, outro profissional médico é agenciado e percebe o benefício do cuidado ao dizer que o bebê estava gostando e pede para continuarmos. Ambos foram afetados e nos agenciaram a fazer o cuidado numa parceria que valorizou o cuidado sensível e delicado que a música pode proporcionar.

O projeto busca promover a sensibilização dos discentes para uma prática que reconheça a necessidade de compreensão dos afetos e oferecimento de um “cuidado sensível”. Entretanto, a atuação dele reverbera em vários sentidos, como foi possível perceber nas cenas trazidas, a atuação do profissional que é funcionário do hospital é uma delas.

Nessa atuação no hospital, aquilo que comumente se representa por um pesquisador, distante de seu “objeto” de estudo para não causar nenhuma interferência nos possíveis resultados, dá lugar à subversão de uma pesquisadora que assume sua interferência por onde percorre. Uma interferência afirmada pela posição que a cartógrafa manifesta, a inclusão de um ruído em uma melodia, seja um ruído desejável ou não para a música que percorre a existência (Moebius, 2016).

Tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor é um desafio, tanto para profissionais quanto para usuários e familiares, que passam muito tempo dentro deles. Um ambiente com relações muito duras torna a experiência de hospitalização mais difícil do que seria por si somente. A interação do projeto com os profissionais pôde criar espaço para a sensibilidade e fez com que enxergassem a necessidade de um “cuidado sensível” e acolhedor, para além do cuidado técnico.

Nessas interferências que eram criadas conforme o projeto caminhava pelo hospital, o lugar de sensibilidade ganhava espaços na medida em que surgiam pedidos para irmos a outros lugares. Os pedidos dos profissionais para que o projeto fosse aqui e ali, no hospital, mostram essa percepção. Alguns desses encontros produzem relações que vão se fortalecendo ao longo do tempo, como o enfermeiro que carregou o palhaço nos braços, e outras ainda em despertar, mas como abertura para tal. Disso, algo que ficou marcado

é que o agenciador que fez com que os profissionais solicitassem a arte aos usuários, foi o cuidado que o projeto ofereceu aos próprios trabalhadores.

Trabalho em saúde é algo desafiador a qualquer profissional, pois lida com sofrimento humano diariamente. É um trabalho emocionalmente pesado, exige alta capacidade de lidar com frustrações e suportar conviver com dor. Há situações em que o trabalho em saúde pode salvar uma vida, mas há situações em que isso não é possível. Lidar com esse limite não é uma tarefa fácil. Além disso, ainda é necessário saber cuidar com sensibilidade. Para que isso ocorra, o trabalhador necessita de condições adequadas de trabalho e não estar sobrecarregado, ter um ambiente que cuide deles mesmos, pois uma pessoa fragilizada e estressada não consegue cuidar de outra, de modo sensível.

Nas cenas, foi algo comum que o projeto primeiro cuidasse do trabalhador e, em seguida, eles pedissem o mesmo cuidado aos usuários. Isso mostra que, à medida que recebe cuidado, o ser humano é capaz de cuidar do outro, pois tem seu próprio sofrimento aliviado. Não é possível a um trabalhador que não tenha uma experiência de trabalho acolhedora, oferecer um cuidado acolhedor ao usuário (Paulon; Coelho; Beck, 2010).

Podemos pensar na potência dos encontros e fica claro que receber “cuidado sensível” aumenta a potência de vida que pode agenciar uma ação. Sentir-se cuidado afetou os corpos dos profissionais e fez com que eles desejassem que os outros recebessem o mesmo cuidado. O projeto reverbera no profissional ao cuidar dele, aumentando sua potência de vida e produzindo uma rede de cuidado sensível.

A arte mostrou-se capaz de atingir o sensível das pessoas no hospital e contribuir para a qualidade do cuidado. Houve também aquelas pessoas que não estavam porosas para o encontro com a arte, pois barraram os afetos que ela traz. Seria muito difícil encontrar uma arte universal, que atingisse a todos, mas a arte praticada dentro desse hospital pelo projeto, atinge a muitos e proporciona encontros felizes e “cuidado sensível”.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível experimentar os efeitos das ações para o cuidado pela arte em instituições de saúde. A arte tem a habilidade de criar vínculos, alcançar emoções, dar lugar a elas e acolher. As atividades do projeto criam espaços intercessores que podem fazer com que os trabalhadores sejam sensibilizados para a necessidade de “cuidado sensível”. Mesmo que não seja o próprio trabalhador a executar o cuidado pela arte, puderam perceber a importância dessa estratégia para o cuidado aos usuários.

O projeto reverberou na prática dos trabalhadores do hospital, cuidando deles e os agenciando para levar o mesmo cuidado aos usuários. Isso mostra que prestar o cuidado sensível ao trabalhador foi muito importante, tanto para o próprio trabalhador como para o usuário. A atuação dos participantes desse projeto evidenciou tanto a possibilidade da parceria entre ambos, como a necessidade de cuidar do profissional. Tentar cuidar do usuário sem cuidar do trabalhador é uma tarefa muito difícil, pois os encontros dentro do hospital são diversos e intensos, podem ser alegres ou tristes. Sem cuidado para si, torna-se muito difícil a vivência de trabalho, influenciando no cuidado realizado ao usuário.

O trabalhador da saúde vive em seu cotidiano o sofrimento que perpassa o hospital, então, precisa de ferramentas para lidar com isso. Na rotina de um hospital, é comum a presença de afetos difíceis de viver, como dor, sofrimento, angústia, medo, etc. Trabalhadores são atravessados por esses afetos o tempo todo, o que pode fazer com que vivam o sofrimento de seus usuários em seu próprio corpo.

Na cena “UTI, um minuto mais leve”, isso foi vivido, pois ao entrar, meu corpo foi afetado pela tensão e sofrimento que havia ali, no entanto, a música conseguiu trazer alívio. O trabalhador vive essas afetações mencionadas, constantemente, portanto, necessita ser cuidado para poder lidar com esses afetos pois, sem cuidado para essa demanda, poderá adoecer. Os discentes e

usuários são transitórios no ambiente hospitalar, mas o trabalhador não, ele permanece convivendo com o sofrimento, todos os dias.

Quando há esses encontros com os discentes que estão expressando suas artes e, ao mesmo tempo, produzindo um cuidado sensível, há um potencial ali de cuidado. Tal potencial não está exclusivamente direcionado a promover um bom encontro com a pessoa que está num processo de internamento e seus acompanhantes, mas também para promover um cuidado para o trabalhador desse local.

Além de cuidar do próprio trabalhador, a intervenção do projeto traz ferramentas que podem ser apropriadas por eles. Ao ser cuidado, ele percebe a importância disso e solicita o mesmo cuidado aos usuários. Quando percebe que a sutileza da arte proporciona cuidado, reconhece a necessidade da sensibilidade para quem está no hospital. Ainda que não execute as mesmas atividades do projeto, poderá ir para o encontro com seu usuário levando sua sensibilidade e fazendo seu atendimento de maneira mais cuidadosa e acolhedora. Desse modo, a arte proporciona cuidado sensível ao trabalhador, ao mesmo tempo em que pode despertar para a construção das ferramentas que ele poderá utilizar em sua prática profissional.

Frente à intensidade das cenas vividas, questionamos os motivos pelos quais a arte ainda não é disseminada como uma importante ferramenta do cuidado em saúde, muitas vezes sendo situada como algo que percorre ao lado do cuidado “efetivo” e não como uma dimensão inerente da condição existencial humana, e que, portanto, inerente à produção de cuidado. Isto foi verificado quando encontrávamos resistência para as atividades do projeto, em vários momentos.

Acreditamos que, de certa forma, pela pouca aproximação dos profissionais e alunos de experiências como essa, e uma formação e atuação que ainda se situam numa valoração hierárquica das tecnologias duras perante as tecnologias leves utilizadas no processo de cuidado, muitos daqueles que estão no hospital atribuem valor menor à arte na interlocução do cuidado. No

entanto, aqueles que passam por essa experiência, seja como aluno/usuário ou profissional de saúde, saem marcados. A arte pode ser uma tecnologia de cuidado leve, pois abarca o sensível, as relações e os afetos, dá acolhimento a esses aspectos da experiência humana, podendo fazer parte das experiências de cuidado, tanto quanto a tecnologia dura.

Considerando todas as dificuldades que há em um hospital público, a parceria entre trabalhadores e estudantes foi possível e produziu cuidado nas cenas. Embora não tenha sido possível atingir todos os trabalhadores, pôde-se vivenciar esse efeito, apontando para a possibilidade da presença da arte de modo mais frequente nos serviços de saúde. É possível que os artistas façam educação permanente com os trabalhadores, e isso colabora na apropriação de ferramentas para o “cuidado sensível”.

A formação de artista em qualquer uma das modalidades do projeto está repleta dessas ferramentas já desenvolvidas e utilizadas durante os dez anos de existência do projeto. Talvez proporcionar aos trabalhadores momentos de formação para o cuidado sensível, parecidos com a formação que o projeto faz com discentes para prepará-los para executar suas atividades, possa avançar nesse sentido. O processo de reconhecimento de expressões artísticas nos mais variados ambientes hospitalares, mostrou potencial não apenas como projeto discente, mas também como espaços de cuidado que interferem na prática.

Aqui, nessa cartografia, observamos que as artes desenvolvidas pelo projeto operam de modo a criar espaço de cuidado e são possíveis de adaptação ao ambiente hospitalar. Sugere-se a ampliação dessas iniciativas e a abertura de portas para outras manifestações artísticas poderem ser chamadas a contribuir com instituições de saúde. Ao final, a bailarina-cartógrafa-discente-artista se despede, com o corpo marcado pela alegria de ter participado desse “espetáculo” e pela necessidade de levá-lo a novos palcos-espços-instituições de saúde.

AGRADECIMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa à pós-graduanda.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; TALLEMBERG, Claudia; CHAGAS, Magda de Sousa; ROCHA, Monica; SANTOS, Nereida Lúcia Palko dos; SILVA, Erminia; VIANNA, Leila. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 22-30. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.
- AREIAS, João Carlos. A música, a saúde e o bem estar. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 25, n. 1, p. 7-10, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n1/v25n1a02.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2025.
- BERTUSSI, Débora Cristina; SUNDFELD, Ana Cristina; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 380-390. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.
- CABRAL, Maria Patrícia Guedes; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Clara Moreira de Freitas; VANDENBERGHE, Luc; MESSA, Fabiane Castilho Teixeira; LOPES, Maria Celeste de Moura. “Ter câncer mudou minha vida”: cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290313, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n3/e290318/>. Acesso em: 2 dez. 2025.
- CAMPOS, Lilian Ferreira; NAKASU, Maristela Vono. Efeitos da utilização da música no ambiente hospitalar: revisão sistemática. **Revista Sonora**, Campinas, v. 6, n. 11, p. 9-19, 2016. Disponível em: https://www.iar.unicamp.br/wp-content/uploads/2021/07/V06_ED11_A02_EfeitosUtilizMusicHosp.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.
- CASELLAS-GRAU, A.; OCHOA, C.; LLERAS DE FRUTOS, M.; FLIX-VALLE, A.; ROSALES, A.; GIL, F. Perceived changes in psychological and physical symptoms after hospital clown performances in a cancer setting. **Arts & Health**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 189-203, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32223531/>. Acesso em 01 abr 2026.
- CATAPAN, S. C.; OLIVEIRA, W. F. de; ROTTA, T. M. Clown therapy in the hospital setting: a review of the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3417-3429, 2019. Disponível

em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n9/3417-3429/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CRUZ, Kathleen Tereza da; LEITE, Iulia Cristina; SILVA, Maria Regina; SANTOS, Maria de Fátima Lima. A música como intervenção e cuidados em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 549-564, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2581>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CRUZ, Kathleen Tereza da; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BADUY, Rossana Staevie; SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 252-269. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

DELEUZE, Gilles. **Cursos sobre Spinoza**. Fortaleza: EdUECE, 2009.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa e o problema da expressão**. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2017.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 1995. v. 1.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Cuidar em saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio *et al.* (org.). **Caderno de textos do VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43-57. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 122-141.

GRAY, E. In practice: Music: a therapy for all? **Perspectives in Public Health**, [S. l.], v. 133, n. 1, p. 6-7, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757913912468642>. Acesso em: 2 dez. 2025.

LIMA, Francini; MERHY, Emerson Elias. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 18-21. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MASETTI, Morgana. Por uma ética do encontro: a influência da atuação de palhaços profissionais na ação dos profissionais de saúde. **Indagatio Didactica**, Aveiro, v. 5, n. 2, p. 110-120, 2013. Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/pt/article/view/4456>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. Pesquisa interferência desde Heisenberg. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 420-422. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>.

org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/. Acesso em: 2 dez. 2025.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. Apresentação. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 7-16.

PAULON, Simone Mainieri; COELHO, Daniel de Menezes; BECK, Francine Luz. Quando o mundo se movimenta o vivo estremece: narrativas de uma cartógrafa em seu encontro com um coletivo hospitalar. **Aletheia**, Canoas, n. 32, p. 161-173, 2010. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200013&lang=pt. Acesso em: 2 dez. 2025.

PEARCE, Eiluned; LAUNAY, Jacques; DUNBAR, Robin I. M. The ice-breaker effect: singing mediates fast social bonding. **Royal Society Open Science**, London, v. 2, n. 10, 150221, 2015. Disponível em: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsos.150221>. Acesso em: 2 dez. 2025.

PIOVESAN, J. C.; SILVA, N. A. da. Música e ludicidade: a importância da musicalidade para o ambiente hospitalar. In: FÓRUM INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA (FIPED), 6., 2014, Santa Maria. **Anais [...]**. Santa Maria: UFSM, 2014. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/6436>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2011.

ROLNIK, Suely. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel (org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. Campinas: Papirus, 1997. p. 25-34.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; BADUY, Rossana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza da; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 23, e170627, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnJLg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias; RODRIGUES, Maria Ruth dos Santos; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; BADUY, Rossana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza da. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athena Digital**, Bellaterra, v. 20, n. 3, e2617, 2020. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>. Acesso em: 2 dez. 2025.

TAKAHAGUI, Fernando Massao; SOUZA, Mariana Koza de; TOMAZZONI, Marília Ioppi; HAGEN, Mariana Pereira; KOBASHIGAWA, Aline Hissae; PLEIN, Roberta; GOMES, Rafael; SILVA, Patricia Giacomelli da; LERCH, Vânia Naomi Hirakata; FLEIG, Tania. MadAlegria - estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 120-126, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JrCzwd38wzBMzznRWcPcNcK/?lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CAPÍTULO 7

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: AS MARCAS SOCIAIS E AS NORMATIVAS QUE LIMITAM O CUIDADO²⁸

Desirée Ariane Modos Figueira
Clarissa Terenzi Seixas
Josiane Vivian Camargo de Lima
Nereida Lúcia Palko dos Santos
Rossana Staevie Baduy
Regina Melchior
Maira Sayuri Sakay Bortoletto

1. INTRODUÇÃO

O encontro com usuários em condições de vulnerabilidade acontece rotineiramente nos serviços públicos de saúde. Nesses espaços, os trabalhadores se deparam com uma grande diversidade de usuários que apresentam traços estigmatizados e não se encaixam no padrão considerado de normalidade reconhecido por grande parte da sociedade.

28 Este capítulo consiste em um recorte adaptado da dissertação intitulada “O exercício do transferir o cuidado à pessoa com deficiência” defendida por Desirée Ariane Modos Figueira no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UEL em 2022. O texto original foi revisto e parcialmente modificado para adequação ao formato e aos objetivos desta publicação.

Distintos atributos podem estar contidos na representação dos padrões de normalidade que vão sendo instituídos ao longo do tempo, como por exemplo: comportamentos moralmente aceitáveis, composição de famílias estruturadas no modelo patriarcal, famílias que possuam moradia fixa, pessoas com condições normalizadas como de boa aparência, boas vestimentas. Para os serviços de saúde pode-se pensar em padrões físicos e comportamentais ainda mais específicos, como hábitos saudáveis de alimentação, prática de exercícios físicos, estar nos índices estabelecidos quanto à relação peso altura, e dentre esses são esperados usuários “colaborativos” que aceitem sem questionar as orientações (Baduy *et al.*, 2016), pacientes disciplináveis (Foucault, 2014) e, até mesmo, saudáveis.

Dentre os grupos que apresentam características que incomodam a sociedade por fugirem de um certo padrão de normalidade estão aqueles cuja vulnerabilidade não se dá apenas por marcos sociais, mas também por condições biológicas, como é o caso das pessoas com deficiência (Machado; Albuquerque, 2019). Essas populações enfrentam a restrição da garantia de direitos humanos e sociais, entre esses o direito à saúde, em seu conceito ampliado, e as distintas barreiras para acessarem os serviços de saúde, educação, transporte, informações, emprego e lazer. Ainda apresentam piores condições de saúde, menor participação econômica e social, se comparados com pessoas sem deficiência (Who, 2011).

Tais condições podem sofrer agravamento a depender do suporte social e institucional ofertados, e nesse sentido, os mecanismos estatais, ou a ausência deles, possuem influência direta no agravamento das suas condições (Machado; Albuquerque, 2019).

Paralelo à ausência de aporte institucional e a instauração efetiva dos aparatos legais que assegurem os direitos das PcD, ainda existem certos comportamentos sociais, mobilizados pela lógica da disciplinarização do corpo (tanto no sentido do comportamento esperado, quanto em relação à manutenção de um corpo ideal — saudável), que reforcem a invisibilidade

daqueles que se destacam do padrão de forma considerada negativa (Foucault, 2014). Com esse modo de operar, ao invés de se estabelecer um apoio social em prol dessas pessoas vulnerabilizadas, sobressaem as ações contrárias a isso, que reforçam o preconceito, o isolamento e a discriminação (Vargas *et al.*, 2016) e, influenciados por essa lógica, são atribuídos ao corpo despadronizado rótulos hegemônicos, condicionando-os como impotentes, incapazes e frágeis.

De certo modo, o controle sobre o corpo condicionado socialmente como frágil, na perspectiva do biopoder, acaba sendo algo socialmente aceito, uma vez que as ações de controle se apresentem enrustidas de uma assistência que assegure a manutenção da vida. Nesse sentido, os profissionais de saúde também podem ser capturados pelos modos do agir em saúde à luz da normalização dos corpos, e operam mantendo o controle sobre a vida do outro com o intuito de alcançar e manter a saúde, a funcionalidade e o corpo padrão dos indivíduos.

O modelo biomédico contribui com esse modo de agir (Dantas, 2009), pois o conhecimento técnico-científico pode gerar barreiras quando aqueles que o detêm estabelecem uma relação verticalizada com os usuários, e vão para o encontro instituídos de saberes (Merhy *et al.*, 2014), e utilizam-se dos espaços de autonomia que possuem e operam do modo que julgam correto, atravessado por seus valores e interesses (Feuerwerker, 2011) podendo, assim, se distanciar dos interesses e desejos dos usuários.

O campo de produção do cuidado é um legítimo cenário de disputa de projetos (Feuerwerker, 2016). Na interação entre trabalhadores de saúde e os cidadãos em condições de vulnerabilidade, as relações estabelecidas podem se tornar complexas (Cecilio, 2007) e desafiadoras, principalmente diante da fragilidade existente entre os profissionais que apresentam dificuldade em considerar as multiplicidades das vidas que adentram os serviços de saúde (Merhy *et al.*, 2014). Como consequência disso, acabam-se produzindo barreiras para o cuidado. Sendo assim, os usuários, quando reconhecem que para o outro sua vida não vale a pena, acabam estabelecendo seus próprios

fluxos e percorrendo os caminhos em busca da integralidade do cuidado para si (Merhy *et al.*, 2014; Esteves, 2015).

As vidas que insistem em viver, e que não se enquadram em padrões, pois transbordam suas singularidades, resistem à normalidade instituída e incomodam os corpos ditos normais (Santos *et al.*, 2022). Este capítulo tem como objetivo dar visibilidade à cartografia na produção de cuidado das pessoas com deficiência (PcD), atravessadas por diferentes disputas em um mundo normativo.

2. MÉTODO

O presente artigo é produto de uma pesquisa qualitativa de abordagem cartográfica realizada em uma cidade de grande porte localizada na região Sul do Brasil, por meio da qual buscou-se analisar a produção do cuidado à PcD.

A pesquisa contou com a participação de um grupo de pesquisadores da Universidade Estadual de Londrina (UEL) que participaram do desenvolvimento de uma pesquisa multicêntrica nacional de inspiração cartográfica sobre a temática da análise da produção do cuidado à PcD.

Esses pesquisadores realizaram diferentes cartografias a partir da mesma temática e referencial teórico. O município em questão foi escolhido por ser sede macrorregional de saúde, concentrando diversos serviços de saúde, além de serviços de educação e de assistência social voltados à população de PcD.

Essa pesquisa teve início em março de 2020 e fez parte de um projeto nacional (Merhy, 2018), aprovada na Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 17725919.2.1001.5699). Além dessas aprovações, tivemos a autorização da Secretaria de Saúde e Diretoria de Atenção Primária do município de residência do usuário. Foram aplicados os devidos cuidados em respeito ao consentimento e à privacidade dos participantes. Inclusive, houve a substituição dos nomes

verdadeiros por outros fictícios escolhidos, aleatoriamente, pelas autoras. A escolha do UCG foi guiada pelo critério de ser uma PcD que utilizava o serviço de saúde. Na escolha, considerou-se a característica de ser um usuário com demandas de cuidados em diferentes pontos da rede de cuidado (atenção básica e cuidados hospitalares).

Para realizarmos essa produção, escolhemos a cartografia como referencial que possibilita a produção do conhecimento, a partir das experimentações em ato do pesquisador. Esse, por sua vez, ao se lançar na pesquisa, tem a oportunidade de colocar em análise os agenciamentos provocados pelos afetos dos encontros (Moebus; Merhy; Silva, 2016; Rolnik, 2016; Merhy, 2004).

A cartografia, conhecida prática do geógrafo, possibilita acompanhar os desenhos das paisagens, considerando seus relevos, as intervenções do tempo e quaisquer outras alterações que a paisagem sofre. Assim como o geógrafo, o pesquisador cartógrafo registra seus desenhos no campo social, nos processos de subjetivação, dando visibilidade aos mapas existenciais que podem ser compostos por vários territórios existenciais. Nessa pesquisa, procurou-se dar visibilidade aos territórios de produção do cuidado à saúde da PdD atravessados por diferentes disputas de projeto de cuidado (Abraão *et al.*, 2014; Rolnik, 2016; Merhy, 2004).

Inicialmente, uma das ferramentas de pesquisa foi a aposta no Usuário Cidadão Guia, como guia desse processo cartográfico, dando pistas sobre a produção do cuidado por diferentes caminhos, fosse nas redes formais e/ou nas redes vivas produzidas por meio das relações estabelecidas pelo usuário, ao longo da vida.

O termo Usuário Cidadão Guia (UCG) é um conceito-ferramenta utilizado para denominar os sujeitos detentores de si, que protagonizam a construção de suas redes de cuidado e, no encontro com o pesquisador, produzem agenciamentos, sendo eles dispositivos de análise que despertam a reflexão e instigam a problematização do (des)cuidado em saúde produzido (Moebus; Merhy; Silva, 2016; Feuerwerker, 2016; Merhy *et al.*, 2016).

Desse modo, guiados pelo UCG em sua rede viva, o campo de pesquisa pode ser explorado em diferentes cenários e com sujeitos diversos. Tivemos encontros com trabalhadores de uma universidade pública do município, bem como do hospital universitário dessa universidade. Também conversamos com trabalhadores da Equipe de Saúde da Família (ESF), referência no cuidado com o UCG, e dois de seus familiares.

A cartografia se produz em movimentos de idas e vindas, não se prendendo ao tempo cronológico, trazendo à tona as afetações vividas pelo pesquisador, exigindo o exercício de colocá-las em análise para a produção de conhecimento. Ao mesmo tempo em que nos envolvemos, afetamos e somos afetados nos encontros que acontecem durante a pesquisa, também podemos dar voz às marcas e aos agenciamentos produzidos pelos usuários em nós (Rolnik, 2016).

Os encontros com os UCG foram intercessores na produção e composição das pesquisadoras cartógrafas e permitiram dar visibilidade à temática apresentada. As narrativas, experimentações e percepções das pesquisadoras foram registradas em diário cartográfico (Slomp, *et al.*, 2021), e esses elementos foram analisados e processados coletivamente, com um grupo de pesquisadores em todo o tempo da pesquisa. Em todo momento foram respeitados os cuidados éticos. No período do processamento se faz destaque à não identificação dos envolvidos na pesquisa, utilizando-se de designação fictícia ao processar as cenas vividas.

3. RESULTADOS

Alexandre foi o UCG escolhido e, desde o primeiro encontro, produziu deslocamentos em todas nós. A narrativa que nos foi passada era a de que ele se negava a qualquer tentativa de cuidado, ou seja, era tido como alguém inacessível e de difícil relacionamento. Desde o início, essa dita inacessibilidade

chamou nossa atenção, pois pensávamos: quais os motivos que o tornam uma pessoa tão resistente a ponto de se negar ao cuidado da equipe?

Esse jovem adulto que nasceu surdo, não aprendeu a ler nem a escrever, mas consegue se comunicar por Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS). As barreiras de comunicação não impossibilitaram o desenvolvimento de suas atividades de vida diárias, apesar de a surdez ainda ser uma característica erroneamente considerada uma incapacidade (Santos *et al.*, 2021). Trabalhou, foi capoeirista, casou-se e teve dois filhos. Por volta de sete anos atrás, quando ele tinha seus 25 anos, vivenciou uma situação de conflito com a polícia e sofreu mudanças expressivas em sua condição de vida, comprometida em alguns aspectos.

Na perspectiva do pai de Alexandre, o ocorrido se deu da seguinte forma:

Ele estava trabalhando, roçando o terreno de uma empresa, quando foi abordado por uns policiais. Eles tentaram conversar, mas ele não conseguiu responder, ele não entendeu porque é surdo, os policiais acharam ruim, o espancaram, atiraram nele e o jogaram no mato (Sr. Marcos).

Após sobreviver a essa situação, Alexandre ficou acamado e, por consequência dos tiros, ficou paraplégico e passou a ter comprometimentos de saúde que demandam, até hoje, cuidados específicos de diferentes equipes (atenção básica e hospitalar). Por esse evento, foi julgado e condenado pela justiça, tornando-se um apenado.

Esse evento foi um dos marcos de intervenção sobre a vida dele, que, por ser surdo e não responder como o esperado, foi tratado como um “inimigo” e, por pouco, a morte não se tornou a expressão máxima do biopoder exercido sobre a vida desse homem. Nesse momento, podemos considerar que a política da morte se fez presente e a relação de inimizade tornou-se a norma na relação estabelecida entre Alexandre e a força policial (relato do pai), que teve como base normativa o direito de matar (Mbembe, 2018).

Utilizamos aqui os conceitos apresentados por Achille Mbembe (2018), que trabalha em seu ensaio “Necropolítica”, baseado no referencial teórico

de Michel Foucault (1975–76), a partir do conceito de biopoder, ou seja, da apropriação do poder como forma de dominar e controlar as vidas. Mbembe vai além e sugere que a necropolítica se dá mediante o poder que, além de dominar e controlar, produz morte ao definir as vidas que devem viver ou morrer.

Buscando compreender mais sobre esse evento violento e suas repercussões, marcamo-nos pelas narrativas que reforçam que a produção da morte é vista, por algumas pessoas que perpassam a vida do nosso UCG, como uma intervenção eficiente contra a criminalidade, quase que legitimando o ocorrido. Nesse sentido, a força letal da polícia passa a assumir um caráter ideológico quando se trata de segurança pública (Bueno; Lima; Costa, 2021).

Encontramos essas narrativas vindas de trabalhadores dos serviços de saúde por onde Alexandre passou em diferentes momentos de sua vida, em que ficam evidentes as marcas carregadas de encontros que diminuíram sua potência de vida. Algumas dessas cenas trazem fortemente a rotulação de Alexandre como bandido, e esse rótulo é produtor de morte no seu processo cuidador nos diferentes espaços:

Eu fiquei sabendo que ele mexia com coisa errada, por isso deu no que deu. (Trabalhadora Ana).

Ele fugiu dos policiais, saiu correndo e foi baleado. (Trabalhadora Maria).

Alexandre foi encaminhado para o nosso serviço, nos disseram que ele tentou fugir da polícia e por isso levou um tiro e ficou paraplégico (Trabalhadora Júlia).

[...] eu tenho dó da situação dele, mas fazer o quê? Ele procurou! (Trabalhador Paulo).

Quando pensamos que a condenação e as marcas deixadas no UCG se deram pela presença de um pré-julgamento de uma atitude de bandidagem pela presença da surdez, trazemos à cena a fragilidade no que se refere à definição

do delito/crime. Alguns autores destacam certa fragilidade em relação aos registros criminais, pelo fato de não existir consenso sobre quais eventos se configuram crimes, dificultando assim a definição de quem é criminoso, e ainda reforçam que esse conceito acaba sendo uma construção social (Bueno; Lima; Costa, 2021). O julgamento moral que vai sendo apresentado por Alexandre e seus efeitos sobre seu corpo, muito se assemelham ao julgamento apresentado em uma obra (Foucault, 1982) que faz pensar sobre a presença de uma lei positivada e sua relação com a mente humana, que desenha o que é certo e errado, sem muitas vezes ampliar sua compreensão sobre o que é real.

Muitas vezes, os dados sobre a violência, a criminalização e os criminosos podem ser utilizados estrategicamente pelo Estado para a manutenção do poder (Bueno; Lima; Costa, 2021). Indo além, pode-se disputar a construção social de que o caminho a ser almejado é a terminalidade da vida do criminoso, com o reforço da ideia de que “bandido bom é bandido morto” (Roubicek, 2021), e diante da execução por policiais, há o reforço positivo da ação, como se pode observar nas redes sociais de Bolsonaro (2021), que menciona a expressão “CPF CANCELADO”, após a morte de um foragido da polícia, que teve repercussão nacional. Podemos perceber uma construção narrativa com conexão direta com os efeitos vividos da polarização eleitoral e governamental desse período.

O vivido pelo UG, tanto na ação policial, bem como nos efeitos do julgamento moral sobre ele, teve efeitos diretos na produção do cuidado dele, seja no que se refere à saúde, como à sua vida.

A vida é constantemente enquadrada por padrões sociais. A fuga desses padrões representa, na maioria das vezes, algo a ser evitado/prevenido/combatingo. Contudo, quando essas medidas não geram os efeitos esperados, acabam por provocar a produção de outros critérios e, dentre eles, a produção da morte a partir de uma classificação das vidas que merecem viver ou que devem morrer.

Mas, assim como nosso UCG, o que acontece quando as vidas que deveriam morrer, sobrevivem?

No quesito do julgamento em relação à conduta judicial, a reclusão social torna-se uma opção, e o julgado passa a viver sob a tutela do Estado. Socialmente, as prisões foram criadas para disciplinar/educar os cidadãos displicentes, sendo a perda da liberdade, ou a detenção, considerada uma punição socialmente aceita (Foucault, 2014). A imposição de normas rígidas e os castigos são formas de mostrar quem está no poder, na tentativa de inibir aqueles que, de alguma forma, afetaram a sociedade com suas condutas intoleráveis.

As pessoas que tiveram conflito com a lei, quando sobrevivem, mesmo que paguem pelo que fizeram, mesmo que o ato seja reversível, acabam ficando marcadas e carregam para sempre a marca de apenado. Alexandre foi condenado pela justiça em decorrência dos acontecimentos com a polícia, mas não foi encaminhado a uma prisão convencional. Em razão de sua saúde debilitada, cumpriu pena em prisão domiciliar e, desde então, passou a ter a marca de apenado. Alexandre, homem pobre e surdo, já era uma vida que valia menos (Merhy, 2012), e na perspectiva capitalista de valoração da vida, passou a valer menos ainda, tornando-se paraplégico e apenado (Santos *et al.*, 2021).

Além das instituições sociais (polícia e justiça) que tentaram mostrar para nosso UCG o lugar dele no mundo, identificamos que os profissionais da saúde, em diferentes estabelecimentos, fizeram movimentos semelhantes, reforçando a mensagem de que, naqueles espaços, a vida dele também não valia a pena. Tanto na atenção hospitalar quanto na Atenção Primária à Saúde (APS), a imagem representação do usuário foi sendo produzida a partir de atravessamentos de fluxos de preconceitos, reflexos dessa construção coletiva do julgamento moral.

Uma representação em específico chamou nossa atenção e chegou para nós descrita por uma das participantes da pesquisa que, ao realizar estágio na unidade de saúde de referência para o cuidado de Alexandre, foi intensamente agenciada pela vida dele, o que a levou a articular diferentes movimentos, mobilizando os trabalhadores locais e uma rede cuidadora.

Ela nos contou que nesse período se indignou com a colocação de uma das trabalhadoras responsável pelo atendimento domiciliar do UCG ao pontuar

que “[...] não sabia porque todos estavam investindo tanto naquele usuário, afinal, ele tinha sido um capoeirista! [...]”. O comentário da profissional traz um julgamento moral relacionado a uma prática muito antecedente à atual condição de vida do UCG, que também segue sob julgamento.

Percebemos que o fato de ele ter sido capoeirista foi colocado em pauta, como se as escolhas de vida dele fossem justificativas para julgar seu corpo indigno de um cuidado adequado. A prática da capoeira hoje é reconhecida como uma expressão cultural, um esporte afro-brasileiro, inicialmente praticado no Brasil por descendentes de escravos africanos. Contudo, no passado, os adeptos eram perseguidos e torturados, por ser uma prática oriunda de um segmento social marginalizado e estigmatizado pela elite (Abreu, 2005).

No caso do Alexandre, a trabalhadora utilizou-se do poder que tinha enquanto profissional de saúde (o poder que se dá pelo saber técnico-científico) (Feuerweker, 2014), para tomar uma decisão sobre o cuidado do usuário que estava sob sua responsabilidade técnica. Baseada em um julgamento moral, preconceituoso, arriscou agir com negligência, tratando o usuário de maneira diferente. O dano a esse cidadão, que não é negro, mas realiza uma prática estrutural e tradicionalmente associada à população negra, acaba sendo um reflexo do poder, elemento constitutivo das relações raciais, componente do racismo estrutural presente em nossa sociedade (Almeida, 2019). Para nós, essa situação reforça, mais uma vez, um posicionamento que demarca as vidas que não valem a pena ser vividas.

As muitas narrativas que obtivemos sobre Alexandre demonstram como as percepções se distinguem e isso também se estende ao modo como cada um se coloca no encontro com ele. Nesse aspecto, as representações já formadas dão novos sentidos às representações atuais, formando outras, com a associação de experiência e vivência (Rolnik, 2019).

A caminho de uma visita ao nosso UCG, enquanto compartilhávamos as narrativas que tínhamos sobre ele, o trabalhador Paulo expôs seu sentimento

dizendo: “[...] eu fico triste por ver o usuário nessa situação (nessa fala ele referia-se ao envolvimento com o crime que o teria levado a ficar paraplégico), mas fazer o quê? Infelizmente ele procurou isso quando se envolveu com coisas erradas”. Agenciada por essa colocação, uma de nossas pesquisadoras questionou se todos ali realmente acreditavam nas informações repassadas sobre a história de Alexandre, uma vez que ele mesmo não conversava sobre os fatos. Naquele momento, todos ficaram reflexivos e em silêncio.

Nessa situação, nós acompanhamos um movimento dos trabalhadores que, afetados, se colocaram em análise e analisaram as representações que eles mesmos constituíram e repassaram. De modo geral, a imagem moral que construímos é um reflexo de nossas experiências subjetivas que são fruto do contexto sociocultural em que estamos inseridos, e envolvem questões macro e microestruturais que nos compõem e produzem efeitos em nossos corpos enquanto sujeitos (Rolnik, 2016), e esses efeitos refletem, positiva ou negativamente, no agir cuidador (Merhy, 2015).

Em pouco tempo de conversa, esses profissionais, agenciados pela provocação, começaram a olhar para as situações sob outra perspectiva e, tão logo, outras cenas começaram a vir à tona, como demonstradas a seguir:

Na verdade, ninguém sabe exatamente o que aconteceu. Eu já ouvi dizer que ele não é o culpado, e sim a vítima (Trabalhadora Joana).

Ele foi agredido sem motivo (Trabalhadora Glória) (Trabalhadora Ana e Maria).

Ele tentou fugir porque não entendia o que estava acontecendo (Trabalhadora Joana).

Ao ouvir as colegas, o trabalhador Paulo comentou: “Vítima? Até hoje eu pensei que ele fosse o culpado, coitado!”. Pensar sobre as representações que formamos e em como elas influenciam nossa prática profissional, não é algo natural.

Mauricio e Manguiera (2011), ao analisarem as obras de Deleuze (2006), trazem a reflexão do autor sobre o pensamento representação como uma reprodução que acontece a partir de determinadas imagens do pensamento, dentre elas, a imagem moral. Diferente da reprodução, o ato de pensar é uma ação criativa, provocada por algo que nos força a pensar.

No dia a dia do trabalho, as conversas sobre os usuários vão se dando no trabalho vivo em ato, nos encontros despretensiosos que não são momentos organizados para essas discussões. Os encontros, que podem acontecer no corredor, na copa, durante o cafezinho, ou no trajeto da visita, como aconteceu conosco, são agenciadores de novos processos coletivos, novos saberes que impactam no cuidado (Merhy, 2015).

Pensar sobre os acontecimentos que se dão no dia a dia do trabalho é imprescindível para podermos evitar a reprodução de ações automáticas que produzem descuido (Merhy, 2015). Alexandre nos fez refletir sobre outras formas de violência, enrustidas em condutas e procedimentos. Nosso UCG nos contou sobre uma vivência traumatizante de sua vida, sofrida por ele em um ambiente hospitalar, local onde ele ficou internado por muito tempo, após o ocorrido com a polícia. A cena que ele nos trouxe foi transcrita em diário cartográfico por uma de nossas pesquisadoras:

Em nosso primeiro encontro presencial com Alexandre, eu me apresentei como enfermeira do hospital-escola onde ele ficou internado. Pensei que esta fosse uma boa referência para iniciar minha apresentação, afinal, ele chegou quase sem vida, ficou lá em tratamento por bastante tempo e saiu de lá, tecnicamente bem. Normalmente, as pessoas que vivenciam experiências semelhantes, em relação à gravidade do caso e o desfecho, saem agradecidas. Ao saber sobre a minha referência profissional, ele fechou os olhos em uma expressão de dor. Percebi essa reação e perguntei por que ele se sentia daquela maneira ao mencionarmos aquele estabelecimento de saúde. Ele fez um gesto, semelhante à retirada do dreno de tórax, repetindo a expressão de muita dor. Tive a impressão de que ele estivesse revivendo aquele momento, enquanto nos contava. Ele apontou suas cicatrizes, nos mostrando as marcas que ficaram dos

traumas físicos que lhe causaram traumas emocionais. Ele nos contou o nome, sobrenome e as características físicas de quem lhe causou esses traumas (Fragmentos do diário cartográfico).

Complementando essa descrição, o UCG nos disse que o procedimento foi realizado sem que ele fosse orientado e preparado para aquele momento doloroso. Essa situação nos causou vários agenciamentos, refletimos sobre as barreiras de comunicação, sobre o trabalho mecanizado, a deslegitimação do usuário pela desconsideração de sua subjetividade, e na hostilidade e violência que podem ser praticadas em ambiente hospitalar por consequência de todos os fatores mencionados, acrescido pelo fato desse usuário ter um corpo marcado e carregar o preconceito do apenado.

A integralidade do cuidado na atenção hospitalar constitui-se no desafio de se olhar para o usuário de maneira holística, considerando suas necessidades durante o tempo da internação. Para isso, é preciso organizar um ambiente confortável e seguro, e proporcionar o consumo de todas as tecnologias visando a manutenção e o prolongamento da vida (Cecilio; Merhy, 2003).

As tecnologias mais consumidas são as duras (referente aos procedimentos e exames complexos) e as leve-duras (relacionada aos saberes especializados) (Merhy, 2001), e as intervenções acontecem a todo momento por meio da atuação de diferentes profissionais que compõem as equipes entre os turnos. Em virtude do andamento dos muitos processos que acontecem ao mesmo tempo no hospital, os usuários acabam não participando das decisões relacionadas ao tratamento e ao plano de cuidado traçado para eles (Laura, 2016).

Considerando esse contexto, a cultura organizacional hospitalar acaba desfavorecendo a valorização da potencialidade do usuário no que se refere à sua autonomia, pois valoriza, na maioria das vezes, a intervenção precisa e correta sobre o corpo do usuário para o mesmo sair desse ambiente apto a voltar para sua vida (Marandola *et al.*, 2021; Laura, 2016). Nesse sentido, a normalização dos corpos também favorece a desconsideração de suas subjetividades (Santos *et al.*, 2021) e a mecanicidade da atuação profissional.

Os efeitos desses agenciamentos podem ser compreendidos e sentidos como descuidado praticado nos serviços de saúde, influenciando um modo de operar repetitivo e automático, intensificado pela valoração do controle e pela lógica do biopoder e da biomedicina, que concentram seus esforços no exercício da vigilância sobre o corpo do outro (Santos *et al.*, 2021). Assim, o caráter regulador da atuação profissional pode apresentar reflexos negativos na prática do cuidado em saúde (Merhy *et al.*, 2017).

Diante de todos esses fatores inerentes ao processo de hospitalização, a comunicação ineficiente também trouxe implicações na produção do cuidado do UCG no decorrer de sua internação, pois foram estabelecidas barreiras na relação entre trabalhadores e usuário. As dificuldades na comunicação propiciaram que a equipe percebesse o UCG como alguém inacessível, não colaborativo e difícil de se relacionar. A fragilidade na comunicação foi apontada por uma de nossas pesquisadoras, que na época era estagiária nesse hospital-escola. Naquela ocasião, identificou a surdez do Alexandre e, anos depois, compartilhou conosco sua experiência:

Alexandre passou meses em tratamento naquele hospital-escola. A equipe de saúde o via como um usuário não colaborativo e de difícil lida, tinham dificuldades para se comunicar com ele, e não identificaram sua surdez. Eu estava em estágio, como aluna de enfermagem, e, paralelo à graduação, eu tinha iniciado um curso de Libras. Certo dia, enquanto passava visita, eu olhei, fiz o sinal perguntando se ele era surdo, e ele respondeu, sinalizando que sim (Pesquisadora Helena).

A comunicação efetiva é uma das principais ferramentas de trabalho para os profissionais da saúde. No entanto, ainda o preparo desses em relação a outros tipos de comunicações que não sejam a verbal e a escrita, ambas não praticadas pelo UCG, são pouco praticadas e valoradas na formação do profissional de saúde. A comunicação em libras é essencial para garantir o acesso da pessoa surda à saúde. A prática dessa linguagem possibilita, ainda, uma aproximação

mais afetuosa e efetiva, além da compreensão da diversidade cultural e das necessidades de saúde dos usuários surdos (Bernardo *et al.*, 2021).

O estabelecimento de uma comunicação adequada com o surdo faz parte do processo de reconhecimento do outro enquanto potência, e por isso, o encontro entre trabalhadores e usuários que trazem consigo marcas de representações sociais e físicas (surdo, deficiente físico e apenado), acaba sendo um desafio que exige de ambos a necessidade de inventarem formas de se comunicar. Também traz à tona a fragilidade de ambos, podendo causar efeitos ruins ao encontro, com um possível agir unidirecional de ação do trabalhador sobre o corpo do usuário (Merhy *et al.*, 2017; Merhy *et al.*, 2014).

As dificuldades de comunicação e de relacionamento com o usuário em ambiente hospitalar não foram impeditivos para que os procedimentos e as intervenções necessárias fossem realizados. Contudo, na APS, percebemos algo diferente. Mesmo a equipe se esforçando para garantir os melhores arranjos e encaminhamentos pela rede, no sentido de viabilizar as intervenções necessárias do ponto de vista clínico, o usuário, estando em sua casa, conseguia inviabilizar todo esse movimento, dando sinais daquilo que ele não desejava ou discordava.

Identificamos o posicionamento do usuário a partir das narrativas que nos foram apresentadas pela equipe da ESF. A equipe se encontrava preocupada e frustrada por não conseguir viabilizar os encaminhamentos diante do posicionamento do usuário, colocando-os em uma situação que fugia do controle. Elencamos algumas cenas para exemplificar como as atitudes do nosso UCG eram vistas pelos trabalhadores:

Ele gosta do socorrista do SAMU, ele consegue conversar com ele, mas mesmo assim, ele não aceita ser transportado para o hospital. (Trabalhadora Ana).

Nós conseguimos articular vários encaminhamentos, mas ele sempre resiste. Ele reage, nos ignora, não aceitava as propostas de terapia sugeridas. Nega todo tipo de encaminhamento clínico pela rede. (Trabalhadora Maria).

Ele é agressivo, é bom vocês tomarem cuidado. Às vezes ele começa a se mexer, se debatendo, não adianta insistir (Trabalhadora Íria).

Ele não aceita ser tocado, quando eu chego lá na casa dele, ele esconde o rosto debaixo do lençol (Trabalhadora Júlia).

São poucas as pessoas da saúde que ele deixa fazer o procedimento, ele é nervoso, começa a se mexer e a gente não consegue cuidar dele (Trabalhadora Glória).

Tentamos identificar o que poderia estar acontecendo nessa relação entre trabalhadores e usuário para que, a nosso ver, o usuário se colocasse em risco, se opondo ao cuidado ofertado. Algo esperado para os encontros é que as perspectivas de mundo e as expectativas de vida do usuário sejam diferentes das idealizadas pelos profissionais. Esse contraponto pode dificultar o manejo da equipe diante das disputas de projetos (Rios *et al.*, 2021). Talvez por suas condições de vida, de saúde e por suas deficiências, Alexandre não tinha seus desejos reconhecidos, e diante dessa invisibilidade, diferentes barreiras foram produzidas para o seu cuidado (Merhy *et al.*, 2014).

Nós, pesquisadoras, antes de conhecermos o Alexandre, também achávamos que era preocupante essa negação dele com o cuidado da equipe. O encontro presencial foi necessário para que pudéssemos conhecê-lo a partir de sua própria narrativa. Aproximamo-nos e fomos tomando consciência das marcas que ele carregava, e logo percebemos que essas marcas poderiam refletir em como ele recebia o cuidado em distintos momentos e espaços (Rios *et al.*, 2021; Merhy *et al.*, 2014), e isso impactava no seu modo de agir e nas suas escolhas em relação ao cuidado que ele deseja para si (Merhy *et al.*, 2014; Esteves, 2016).

A partir desses agenciamentos, e provocadas pelas cenas trazidas pela equipe sobre a resistência de Alexandre, passamos a refletir sobre o comportamento dele. Percebemos que a postura de resistência não era contra a equipe nem contra os planos de cuidado propostos pela rede, tampouco contra

os encaminhamentos em si. A resistência se dava no sentido de ele se colocar no mundo como protetor de sua própria vida, como alguém que conhece o próprio corpo e sabe as intervenções que não deseja para si.

Nosso UCG, cuja existência é fortemente marcada pela fuga do normativo, não se deixa enquadrar. Ele se coloca diante da vida como alguém potente, com capacidade e autonomia para tomar as decisões. Nesse percurso de enfrentamentos, encontrou o apoio de seu pai, que também foi rotulado pela equipe de saúde como alguém que não se importava com o filho, por ele se posicionar em respeito às escolhas de Alexandre, que muitas vezes não iam ao encontro do que era planejado pela equipe.

Alexandre nos marcou, e a partir desses afetos tivemos a impressão de que ele se coloca no mundo como se quisesse dizer: “no meu corpo, quem manda sou eu, e ninguém mais toca em mim, sem minha permissão” E, nessa mesma direção, também temos a impressão do pai validar, como se dissesse: “eu estou com você, e aconteça o que acontecer, sua vontade será respeitada”.

Nessa pesquisa, nós vivenciamos um processo de resignificações sobre o agir cuidador às pessoas com deficiência. Esse processo só foi possível por experienciar uma pesquisa cartográfica, que nos permitiu vivenciar deslocamentos nos encontros com a equipe, com o grupo de pesquisa, mas principalmente no encontro com o nosso UCG. Essa potência da cartografia nos permite compreender as formas de cuidar que muitas vezes não estão só presentes no cuidado do UCG dessa pesquisa.

Essas vivências foram tão significativas para nós quanto para uma das trabalhadoras que chegou a compartilhar conosco como foi para ela experimentar um encontro diferente com Alexandre. Ela se referiu a um encontro potente e produtor de vida que experimentamos juntas, durante uma visita domiciliar:

Gente, que incrível foi essa visita. Em todos esses anos que eu venho aqui, este foi o segundo momento que eu presenciei um sorriso do Alexandre. Normalmente, ele não interage, não colabora,

fica nervoso. Às vezes, nega a nossa presença e até se esconde embaixo do lençol, mas hoje foi diferente, ele interagiu o tempo todo, demonstrou-se feliz com a nossa presença, contou que gosta de desenhar e até mencionou que gosta de pizza. Eu percebi que, na verdade, somos nós que não conseguimos nos comunicar com ele e hoje eu consegui ver ele como uma pessoa que tem desejos. Ele expressou isso o tempo todo. Antes eu não conseguia perceber que ele era uma pessoa com desejos, vontades, e que ele tinha vida (Trabalhadora Vívian).

Naquela ocasião, a trabalhadora teve a oportunidade de conhecer outras características do Alexandre, comumente rotulado de forma negativa. Conversando conosco sobre essa experiência, essa profissional percebeu que a vida daquele usuário estava sendo invisibilizada a ponto de ela não o perceber como alguém com vida e, para além disso, ela não o percebia como alguém que desejava viver. Esses encontros inéditos, que acontecem em ato, são cheios de surpresas (Merhy, 2014) e podem ser produtores de vida, especialmente quando nos deixamos afetar.

Se os trabalhadores e usuários forem porosos para olharem um ao outro enquanto potência, poderão conhecer as histórias de vida, as subjetividades e o modo como cada usuário representa e constrói necessidades de saúde para si (Merhy, 2005). A aproximação que essa trabalhadora teve com a pesquisa e com o movimento intencional de analisar sua prática, propiciou um transver e o reconhecimento do outro e de sua potência de vida. Isso tudo fez sentido e agregou significados à sua prática profissional. Quando reconhecemos o outro, damos visibilidade a ele (Merhy, 2015).

Nós, enquanto pesquisadoras cartógrafas, precisamos parar, nos imundizar, nos despir de nossas verdades e nos envolver para transver o cuidado ao Alexandre (Abrahão *et al.*, 2014). Só então conseguimos perceber os movimentos de resistência que ele praticava, constantemente. Notamos que, ao contrário de um corpo dócil e passivo, Alexandre, ao seu modo, se coloca no mundo com as ferramentas que tem, e de forma reinventiva, apresenta-se como

um criador de possibilidades, inventando modos de enfrentamentos de seus condicionamentos impostos pela vida e pela sociedade (Feuerwerker, 2016).

4. CONCLUSÃO

Essa pesquisa foi se desencadeando como uma engrenagem de significados. Os encontros com o UCG nos convocaram a perceber algumas marcas nossas sobre o controle do corpo (da vida) do outro. A partir da compreensão de que a normatização da vida também é um mecanismo de controle, foi possível refletir sobre a desvalorização das pessoas com deficiência em condições de vulnerabilidade que se distanciam dos padrões tidos como ideais, por parte da sociedade. Desse modo, uma vez que os padrões não são alcançados, essas pessoas recebem o rótulo de vidas sem valor e que não merecem viver.

Essas vidas sociais, econômica e politicamente “sem importância”, também não são reconhecidas nos estabelecimentos de saúde, e em alguns espaços, se deparam com o agir necropolítico, uma vez que os profissionais vão para o encontro atravessados por fluxos de preconceitos e julgamentos morais que refletem em seus modos de produzir o cuidado.

Alexandre, que em vários aspectos se destaca dos padrões de normalidade, aos poucos foi nos trazendo detalhes de sua vida, nos provocando a refletir o quanto a sociedade, em sua organização atual, encontra-se despreparada para existir com ele. E na composição dessa engrenagem de significados, nos ensinou que as faltas (de dinheiro, de saúde, de comunicação, de mobilidade) não estão nele, e sim, em nós, que não sabemos lidar com as diferenças que encontramos no outro.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento concedido para a realização da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa à pós-graduanda.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; TALLEMBERG, Claudia; CHAGAS, Magda de Sousa; ROCHA, Monica; SANTOS, Nereida Lúcia Palko dos; SILVA, Erminia; VIANNA, Leila. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 133-144, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/lc/article/view/50836>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ABREU, Márcio Nunes de; SANTOS, J. D.; JESUS, M. L.; NASCIMENTO, M. A. G. A capoeira proibida: institucionalização e ascensão social. *In: SEMANA DE MOBILIZAÇÃO CIENTÍFICA – QUALIDADE DE VIDA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA*, 8., 2005, Salvador. **Anais** [...]. Salvador: UCSal, 2005.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).

BADUY, Rossana Staevie; SEIXAS, Clarissa Terenzi; MERHY, Emerson Elias; SLOMP JUNIOR, Helvo; CRUZ, Kathleen Tereza da. Mas ele não adere! O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. *In: MERHY, Emerson Elias et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 220-227. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

BOLSONARO, Jair. **Lázaro: CPF cancelado!** Brasília, 28 jun. 2021. Twitter: @jairbolsonaro. Disponível em: <https://twitter.com/jairbolsonaro/status/1409523075708751877>. Acesso em: 27 ago. 2022.

BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio de; COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Quando o Estado mata: desafios para medir os crimes contra a vida de autoria de policiais. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 23, n. 57, p. 154-183, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/bH3zNrwbp5MhMV8fym3Gwp/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.).*

Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2003. p. 197-210.

DANTAS, Jurema Barros. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4769>. Acesso em: 2 dez. 2025.

DELEUZE, Gilles. **Proust e os signos**. Tradução de Antonio Carlos Piquet e Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

DICK, C. S. Ressocialização do preso: uma revisão bibliográfica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 518-528, 2021. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i1.1063>.

ESTEVES, Cristiane de Oliveira. A rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência: um caminhar para além do instituído. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 151-161. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neal (org.). **Educação, saúde e gestão**. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99-113.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 35-47. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FÓRUM recebe Ailton Krenak e Suely Rolnik. **Fórum de Ciência e Cultura da UFRJ**, Rio de Janeiro, 10 out. 2019. Disponível em: <https://forum.ufrj.br>. Acesso em: 2 dez. 2025.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel (org.). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...**: um caso de parricídio do século XIX. 2. ed. Tradução de Denize Lezande Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2014.

MACHADO, Isabella Lourenço de Oliveira; ALBUQUERQUE, Aline. Papel do Estado quanto à vulnerabilidade e proteção de adultos com deficiência intelectual. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 65-79, 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/510/572>. Acesso em: 27 ago. 2022.

MARANDOLA, T.; SANTOS, M. L. M.; GOMES, M. A.; FRANCO, T. B. A produção do cuidado nas rotas das redes vivas de pessoas com deficiência. In: BERTUSSI, Débora Cristina *et al.* (org.). **O CER que precisa ser**: os desafios de ser rede viva com o outro. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 90-116. E-book. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/o-cer-que-precisa-ser-os-desafios-de-ser-rede-viva-com-o-outro/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

MAURICIO, E.; MANGUEIRA, M. Imagens do pensamento em Gilles Deleuze: representação e criação. **Fractal**: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 291-304, 2011. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4848>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2021.

MERHY, Emerson Elias. Análise da implantação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência - os usuários, trabalhadores e gestores como guias. In: **Relatório final de pesquisa**. Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPCD N° 35/2018. Rio de Janeiro: UFRJ, 2018.

MERHY, Emerson Elias. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZXXqFndCPKsjW7B9Qx8bGhk/?lang=pt>. Acesso em: 9 abr. 2021.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; GOMES, Maria Paula Cerqueira. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 25-34. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-2-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima Lima; CRUZ, Kathleen Tereza da; FRANCO, Tulio Batista. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 31-42. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 43-53. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 2 dez. 2025.

RIOS, Ariane Goim; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Clara Moreira de Freitas;

VANDENBERGHE, Luc; MESSA, Fabiane Castilho Teixeira; LOPES, Maria Celeste de Moura. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 3077-3086, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ytzfZcBsMQXLrMGqHDwj8p/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2025.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2016.

ROUBICEK, Mariana. Como 'CPF cancelado' virou o novo 'bandido bom é bandido morto'. **Nexo Jornal**, São Paulo, 26 abr. 2021. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/04/26/Como-%E2%80%98CPF-cancelado%E2%80%99-virou-o-novo-%E2%80%98bandido-bom-%C3%A9-bandido-morto%E2%80%99>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SANTOS, M. L. M.; MARANDOLA, T.; GOMES, M. A.; FRANCO, T. B. Pessoas com deficiência: corpos políticos e insurgentes, existências singulares. In: BERTUSSI, Débora Cristina *et al.* (org.). **O CER que precisa ser**: os desafios de ser rede viva com o outro. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 12-15. E-book. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/o-cer-que-precisa-ser-os-desafios-de-ser-rede-viva-com-o-outro/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SLOMP JUNIOR, Helvo; MERHY, Emerson Elias; RODRIGUES, Maria Ruth dos Santos; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; BADUY, Rossana Staevie; CRUZ, Kathleen Tereza da. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athena Digital**, Bellaterra, v. 20, n. 3, e2617, 2020. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>. Acesso em: 27 ago. 2022.

VARGAS, L. M.; ARAÚJO, B. S.; RHEINHEIMER, J. A.; STEYER, S. Deficiência intelectual: origens e tendências em conceitos sob a ótica do constructo social. **Revista Stricto Sensu**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 8-18, 2016. Disponível em: <https://revistastrictosensu.com.br/ojs/index.php/rss/article/view/8>. Acesso em: 23 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on disability**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>. Acesso em: 2 dez. 2025.

POSFÁCIO

FRAGMENTOS DE NOSSOS DIÁRIOS

O MORRER: MINHA AFETAÇÃO

Lais Garcia Formicoli
Thalita da Rocha Marandola
Regina Melchior

Oi grupo, não poderei estar presente no dia de hoje com vocês, mas gostaria de compartilhar minhas inquietações. Sei que estou há pouco tempo no grupo de pesquisa e vivenciar a perspectiva cartográfica com vocês está sendo incrível.

Estou entendendo como se dão os preparativos para entrar num campo de pesquisa, estou começando a entender sobre os usuários-guias, mas tem algo que está me incomodando: o que fazer com os sentimentos e emoções produzidas em mim quando entro em contato com determinada temática?

Por exemplo: O morrer é um capítulo extremamente importante na vida de todos nós, já que é uma jornada inevitável que todos enfrentam, sendo extremamente assustadora, mas é uma grande forma de contemplar a vida como algo singular, único.

Ao ler e refletir sobre artigos e outros materiais, comecei a querer entender sobre o que tenho como entendimento sobre a morte, qual foi minha primeira compreensão. Por ser de família extremamente católica, ter minha avó como benzedeira e com várias tradições sertanejas, sempre vi que o fim de uma vida é sempre um processo doloroso, porém, depois de um tempo, vem como um tom de esperança, especialmente se aquela pessoa que se foi tenha sofrido muito em vida.

Meu primeiro contato com o fim de uma vida foi com minha avó materna, dona Sebastiana. Nos anos 1990 ela lutava contra um câncer de

garganta, que foi extremamente invasivo e violento. Após longos tratamentos, houve remissão e ela pôde viver mais tranquilamente, sem as horas de viagens para Londrina para fazer o tratamento de radioterapia e quimioterapia, no Hospital do Câncer. Porém, por volta de 2006/2007, o câncer na garganta voltou e minha avó, por conta do tratamento passado ter sido muito agressivo e angustiante (já que cuidados paliativos não eram colocados tão em prática, especialmente com pessoas menos favorecidas economicamente), preferiu não começar um novo tratamento e abraçar o fato de dar continuidade à doença, mesmo que essa tiraria não apenas sua vida, mas também a deixaria extremamente debilitada. As filhas, especialmente minha mãe, não aceitaram em um primeiro momento, inclusive levaram-na a vários médicos para que ela mudasse de ideia, mas ela continuou firme em sua escolha.

O tempo foi passando, a doença tomando conta, espalhando-se em todos os pontos de seu corpo que se encontrava em seus 27 kg, as dores sendo cada vez maiores. Mesmo assim minha avó nunca deixou que transparecer um olhar de desespero, ela havia abraçado sua finitude desde o começo, e isso não era um problema para ela. Nos últimos meses de vida, em julho, minha avó Sebastiana ficou em casa para minha mãe cuidar dela. Lembro pouco, pois tinha apenas 8 anos, mas a cena do quarto ficou para sempre na minha mente: a cama enorme para aquele corpo miúdo, os remédios para dores, aparador ao lado da cama, máquina de inalação de um lado, uma caixa de areia do outro — a fim de deixar para ela escarrar as secreções que vinham da garganta, visto que o papel higiênico ou pano não davam conta — e minha avó, com o olhar sereno, calmo e forte. Sempre indagava minha mãe o porquê de minha avó só comer comida líquida ou vitaminas e por que ela não comia tanto, e minha mãe, sempre com a franqueza de sempre, respondia: “porque a doença não deixa, a garganta dela não aguenta”.

Aquela visão sofrida que tinha da minha avó Sebastiana, com o terço na mão sempre, com as tosses estrondosas e com o semblante forte e o corpo físico fraco, fez-me entender que o fim é uma dor imensurável para quem o vive, mas

para quem fica e assiste sem poder fazer muito, a não ser atender suas vontades e necessidades, tem um significado infinitamente potente, forte. Hoje vejo que, quando a esperança já se vê muito pequena em relação à realidade, a saudade começa a se desenvolver, mesmo quando aquele alguém ainda não foi embora.

No dia do velório da minha querida avó, eu lembro que chorei mais por conta de ver a dor da minha mãe, ao perder de uma forma tão desgastante, alguém que ela amava e respeitava. Chorei ao ver a dor de quem ficava, na saudade que aquilo causava, mesmo não tendo tido muito contato com ela. Após o luto passar, minha mãe se apegou às lembranças de minha avó sadia e feliz, que a vem visitar sempre, nos sonhos dela. Vejo como nosso consciente faz isso para nos acalmar e dar um sentido de algo que acontece com um ente querido e amado. Algo muito ligado ao *encantamento* que Guimarães Rosa cita: “As pessoas não morrem, ficam encantadas... A gente morre é para provar que viveu”. A pessoa querida torna-se uma lembrança bonita, saudosa e geralmente temos a certeza de que ela está em algum “lugar bom esperando a gente. Ela sofreu tanto em vida”, como algo merecedor.

Todo esse relato foi reativado quando, em determinado momento de processamento de um dos campos de pesquisa, essa temática veio à tona. Uma forte sensação de confusão do que é a minha história, do que são as minhas marcas, do que é a pesquisa... será que o luto não foi resolvido em mim, por isso fiquei tão ativada?!

Sabe, pessoal, com essa inquietação toda, fui para o que poderia oportunizar a materialidade desse sentimento... busquei nos artigos científicos os porquês das minhas afetações.

Li autores que me apoiaram na construção do conceito de luto, a compreensão das diferentes perdas que podem levar ao luto, ao luto antecipatório... entre outras informações que me ajudaram a compreender as discussões teóricas dessa temática. Para mim, foi bom, mas ainda não consigo entender como esse sentimento pode ou não interferir no meu processo de pesquisa. Por que incomodou tanto?

Vocês já se sentiram assim?

Resposta

Querida pesquisadora, obrigada por compartilhar sua história conosco. Podemos perceber, pela sua narrativa, quantas marcas e indagações você apresenta com essa temática. Inicialmente, gostaria de registrar que, nessa perspectiva cartográfica, nós não somos pesquisadores que observam e intervêm em algo que está sendo pesquisado, nós somos pesquisadores que pesquisam os cenários sociais dos quais fazemos parte, ou seja, nós também nos pesquisamos.

Um passo importante na pesquisa é reconhecer nossas implicações com a temática, e quando você faz esse relato da sua história, você está fazendo esse reconhecimento. Não precisa preocupar-se em isolar essa afetação (independente do que ela produz em você), pois se você não a colocar em análise, essa afetação poderá conduzir sua análise da pesquisa a partir de valores e julgamentos da sua experiência. Dessa forma, é melhor reconhecê-la. Para esse reconhecimento, você pode utilizar algumas estratégias: o processamento com o grupo de pesquisa e as anotações em diário de campo.

O processamento com o grupo de pesquisa auxilia na elaboração da narrativa e permite conhecer as experiências dos demais participantes que já passaram por esse processo, sem contar que algumas perguntas que os pesquisadores podem fazer durante seu relato podem te conduzir a uma reflexão que, talvez, você não tenha pensado até então. O diário cartográfico ajuda no registro das emoções, no processamento visual daquilo que estamos sentindo, permitindo novas reflexões sobre sua experiência. Não menos importante, caso as afetações te conduzam para um lado de sofrimento intenso, buscar ajuda profissional será necessário. Não desconsidere os sinais do seu corpo.

Conte sempre com o nosso coletivo, estamos com você nessa pesquisa!

AbraSus!

NOVIDADES DA VIDA: PESQUISA MUITO DESLOCADORA VIU... QUE PROCESSAMENTO DIFÍCIL!!!

**Stela Mari dos Santos
Maira Sayuri Sakay Bortoletto**

Oieeee!! Tudo bem por aí?? Estou com saudades dos nossos encontros. Como andam suas pesquisas?

Por aqui estamos construindo a pesquisa da pessoa com deficiência. Semana passada fomos novamente a uma cidade da pesquisa, e fomos em grupo. Estamos no processo de re-conhecer um serviço de cuidado a pessoas com deficiência, os trabalhadores, e nos aproximar dos usuários-guias. Foi bastante intenso, estivemos com os trabalhadores, conhecemos algumas histórias. Vários movimentos trouxeram à tona marcas nossas.

Nós fomos de carro, e uma pessoa do grupo estava com o joelho lesado e usava muleta. Quando chegamos à casa alugada, fomos surpreendidas com muitas escadas e foi desesperador, tanto pela situação como por eu ter feito a reserva. Claro que trocamos de casa. Por sorte encontramos uma casa superagradável. Mas confesso que o grupo, depois dessa experiência, ficou agenciado e superatento.

Essa nova casa foi nosso grande espaço de falarmos e de sermos escutadas. Rolou muito processamento do que a gente viveu, de como vários movimentos, principalmente dos trabalhadores, mexeram com a gente, e percebemos que muitos desses incômodos eram agenciados por implicações nossas. E com cuidado, e muita escuta, fomos tentando nos deslocar, aos poucos,

e olhar de outra forma. Cada dia, depois de viver o campo, viver o serviço, estar com trabalhadores e usuários, nós sentávamos em casa e falávamos de como os encontros agenciavam marcas em nós, o que nos incomodava, o que nos gerava desconfiança, o que nos gerava identificação, o que nos agradava e etc. Deixamos o campo nos atravessar, e aí, mostramos para nós aquele emaranhado de afeto que o campo tinha deixado na gente. A partir disso nós, como grupo, olhamos e tentamos descolar e compartilhar o que o campo tinha agenciado em cada uma.

Mas confesso que a viagem como um todo, vímos juntas de carro, vivermos a barreira das escadas no primeiro dia, dormirmos, comermos e brincarmos de forma conjunta foi tempero primordial para que nessa grande casa rolasse tudo o que rolou. Não foi simples escutar que nossas falas sobre o vivido estavam localizadas em lugar de julgamento sobre o agir do outro, entre outros deslocamentos. Vou narrar um evento que mexeu com todo o grupo.

No penúltimo dia, nós conhecemos uma trabalhadora, bastante nova e recém-formada. Nós a encontramos após um atendimento que ela confessou ter sido difícil. Ela estava nervosa, incomodada. Conversou com a gente demonstrando muitos incômodos, falou que o serviço não podia acompanhar os usuários para sempre, que eram 12 atendimentos apenas com ela, e que isso estava no termo de compromisso. Disse que às vezes ela não sabia o que fazer, que era muito difícil atender, principalmente crianças, pois elas não obedeciam, não faziam em casa o que ela havia sugerido, não paravam quietas nos atendimentos. Ao mesmo tempo em que ela falava, ela nos apresentava alguns fluxos que estavam sendo inseridos no processo de trabalho. Ela tentava explicar o fluxo e contrapô-lo com a realidade dos atendimentos, tudo de uma forma muito angustiada e com falas muito preconceituosas.

No dia seguinte, tivemos uma atividade em grupo com os trabalhadores, e ela estava presente com suas falas duras, tensas, incômodas de ouvir. Essa seria nossa última atividade prevista para a viagem e, logo após, iríamos embora. As falas dessa trabalhadora nos incomodaram muito, atravessaram nossos corpos

como facas, e é claro que nos armamos, colocamos nossa armadura para nos proteger e passamos a elencar argumentos e posicionamentos para apontar o quão aquelas falas estavam erradas, o quanto achamos absurdo tudo aquilo que tínhamos acabado de ouvir. Até que em um momento, uma de nós no exercício que aprendemos, juntas, a fazer naquela casa com a nossa vivência, falou:

Peraí?

E nesse momento, ela nos fez olhar para as nossas armaduras, e fez um furinho, depois fez outro, e devagar foi nos deslocando e até agenciou a gente a pensar como nosso corpo também sabe ser fascista. Estávamos fazendo, naquele momento, nos armando e produzindo diversas falas sobre a trabalhadora, sem considerar a história dela, o seu processo de formação, sem avaliar o quão difícil é ser recém-formada, num serviço novo, com poucas ferramentas e elementos para trabalhar e articular casos difíceis. As falas da trabalhadora foram violentas, e causaram desconfortos e incômodos no nosso corpo, mas então nós fechamos nosso corpo para o encontro com ela? Caminhamos para esse mesmo lugar de desistência que ela nos verbalizou sobre seus encontros com os usuários?

Como é bom poder compor um grupo que consegue nos deslocar, que consegue nos acessar, e que permite que não nos sintamos invadidos ou violados quando o outro pede para ver os nossos atravessamentos e, com cuidado, tenta nos mostrar outras formas. Tem sido desafiador nos mostrar e nos deixar deslocar, mas é possível, e muito bom.

Tudo isso ainda vai reverberar muito em mim por muito tempo, mas espero estar sempre compondo coletivos que, cuidadosamente, possam me escutar e me deslocar.

Logo mando novas notícias sobre a pesquisa, em mim e no campo.

Beijos!!!

SOBRE OS ORGANIZADORES E AUTORES

Alberto Durán González

Farmacêutico, doutor em Saúde Coletiva. Docente no Departamento de Saúde Coletiva e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Ana Lúcia De Grandi

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Bandeirantes, Paraná.

Ana Paula Marson

Psicóloga, mestra em Psicologia Clínica. Psicóloga Assistencial do Hospital Universitário de Londrina/UEL.

Célia Maria da Rocha Marandola

Enfermeira. Doutoranda e Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira da rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do município de Cambé - PR.

Clarissa Terenzi Seixas

Enfermeira, doutora em Sociologia. Docente do Departamento Universitário de Ciência da Enfermagem da Université Paris Cité, Paris, França. Pesquisadora do laboratório ECEVE/Inserm e coordenadora do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde/polo UERJ.

Desirée Ariane Modos Figueira

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Apoiadora Pedagógica nos Projetos: Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde/ Dourados-MS e Qualifica APS/Campo Grande - MS/Fiocruz.

Flávia Maria Araujo

Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva. Atuando como psicóloga da saúde na Atenção Básica do município de Cambé - PR.

Josiane Vivian Camargo de Lima

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta aposentada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Pesquisadora do Observatório de Políticas Públicas e Educação em Saúde. Integrante da linha de pesquisa micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde.

Helvo Slomp Junior

Médico. Doutor em Clínica Médica. Docente no Departamento de Saúde Coletiva, Mental e da Família do Centro Multidisciplinar UFRJ/ Macaé. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Lais Garcia Formicoli

Graduanda em Medicina na Universidade Estadual de Londrina — UEL.

Luiz Gustavo Duarte

Graduado em Enfermagem e Filosofia. Doutor em Saúde Coletiva.

Docente efetivo no Colegiado de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná - IFPR. Docente colaborador no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL.

Kathleen Tereza da Cruz

Médica sanitarista e pintora. Professora da UFRJ Líder do Grupo de Pesquisa Corpos e Afetos.

Kátia Santos de Oliveira

Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora de Terapia Comunitária Integrativa (PICS), Consultório na Rua e Saúde Mental na APS, na Diretoria de Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

Maira Sayuri Sakay Bortoletto

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente no Departamento de Saúde Coletiva e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL.

Maria Lúcia da Silva Lopes

Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora e professora de cursos de pós-graduação *latu sensu* do Instituto Filadélfia de Londrina (UNIFIL) e enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Diretora da 17ª Regional de Saúde de Londrina/PR.

Nereida Lúcia Palko dos Santos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Professora Titular do Departamento de Metodologia da

Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Pesquisadora do Observatório de Políticas Públicas e Educação em Saúde. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/UFRJ e Coordenadora do Projeto de Extensão: As pessoas com albinismo e o direito à saúde/UFRJ.

Regina Melchior

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente Associada do Departamento de Saúde Coletiva e docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL.

Rossana Staevie Baduy

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta aposentada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Pesquisadora do Observatório de Políticas Públicas e Educação em Saúde. Integrante da Linha de Pesquisa da Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva da Pós-graduação de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - Instituto de Psicologia - da UFRJ.

Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix

Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva. Docente Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Docente Colaboradora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL.

Silas Oda

Farmacêutico, Mestre em Saúde Coletiva. Supervisor de preceptoría do Projeto Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde/Fiocruz.

Stela Mari dos Santos

Enfermeira, especialista em Saúde da Família e mestranda em Saúde Coletiva. Enfermeira do Consultório na Rua na Secretaria de Saúde do município de Londrina/PR.

Talytah Thaís Costa Guarche

Cirurgiã-dentista, mestra em ciências da saúde - UNIFESP - doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina, pesquisadora CAPES relacionada à educação, permanência e egresso do indígena nas Instituições de Ensino Superior do país. É professora adjunta da Universidade Positivo - campus Londrina, na área de Odontologia, onde também coordena projetos de extensão em Território Indígena no Paraná.

Thalita da Rocha Marandola

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 26, 38, 42, 88, 144

Agenciamento 17, 29, 42, 48, 119, 134

Alteridade 34, 39, 103

Analizador / Análise 22, 23, 24, 29, 37, 39, 40, 47, 48, 50, 64, 67, 70, 78, 80, 103, 104, 111, 112, 115, 151, 152, 153, 159, 176

Atenção Básica (AB) / Atenção Primária à Saúde (APS) 38, 43, 58, 60, 67, 71, 81, 105, 152, 154, 157

Atenção Domiciliar (AD) 8, 9, 85, 102, 116
8, 60, 157, 181, 182, 183

Autonomia 62, 67, 75, 84, 93, 102, 107, 150, 161, 165

B

Biopoder / Biopolítica 150, 154, 155, 162

C

Campo de forças 10, 15

Cartografia 11, 16, 85, 101

Clínica 31, 68, 95, 113

Coletivo 20, 34, 35, 36, 37, 59, 67, 70, 72, 80, 82, 102, 105, 147, 176

Corpo vibrátil / Olho vibrátil 67, 103, 104, 106, 121, 125, 126, 136

Cuidado / Produção do 13, 19, 39, 41, 43, 44, 47, 50, 54, 57, 60, 61, 64, 65, 76, 82, 100, 102, 105, 107, 108, 110, 111, 112, 114, 115, 123, 146, 147, 150, 151, 152, 156, 162, 170

Cuidador 31, 41, 82, 83, 84, 85, 93, 94, 97, 98, 100, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 114, 155, 159, 165

D

Desterritorialização / Reterritorialização 120, 125, 126, 132, 134

Diário Cartográfico 8, 71, 133, 134, 136, 138, 139

Dispositivo 13, 16, 35, 36, 47, 56, 117, 145

E

e-Multi 8, 68, 70, 79

Educação Permanente em Saúde (EPS) 8, 63, 69, 71, 76, 81

Encontro 24, 27, 30, 32, 33, 46, 47, 48, 57, 61, 66, 70, 71, 74, 76, 82, 88, 95, 98, 102, 104, 105, 106, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 132, 134, 135, 137, 138, 139, 141, 143, 146, 147, 148, 150, 152, 153, 158, 160, 163, 164, 165, 167, 179

Espaço Intercessor 30, 102, 120, 138

Estratégia Saúde da Família (ESF) 8, 50, 60, 63, 68, 73, 74, 75, 77, 85, 93, 95, 153, 163

F

Fluxograma 50, 64

I

Instituído / Instituinte 13, 15, 16, 17, 41, 44, 64, 77, 78, 82, 99, 100, 103, 112, 116, 117, 124, 145, 146, 168, 169, 170

Integralidade 41, 62, 63, 67, 68, 70, 81, 151, 161, 168, 169

intercessores 19, 23, 24, 25, 26, 32, 34, 39, 113, 114, 116, 119, 142, 153

Interstícios 10, 15, 45, 53

L

Linha de Cuidado Materno Infantil (LCMI) 8, 50, 60

Linhas de fuga 17, 41, 74, 83, 102, 112, 122

M

Macropolítica / Micropolítica 13, 19, 31, 40, 43, 67, 77, 78, 82, 104, 116, 117, 145, 181

Matriciamento 72, 74, 77

Multiplicidade 13, 24, 25, 29, 30, 31, 40, 74, 79, 91, 92, 102, 108, 113, 133

N

Narrativa 36, 37, 41, 47, 51, 52, 57, 132, 153, 156, 164, 176

Necropolítica 154, 170

Normatividade / Normas 63, 77, 78, 81, 102, 111, 112, 114, 157
9, 70, 80, 81

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 9, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82

O

Olho retina 80, 103, 106, 110

P

Pesquisador in-mundo 31, 41, 63, 124, 145, 168

Pessoa com Deficiência (PcD) 9, 94, 148, 149, 151, 152, 169, 177

Potência (de vida/ação) 21, 93, 120, 121, 134, 135, 137, 138, 141, 155, 166

Processamento (Grupo de) 34, 49, 51, 86, 126, 127, 129, 132, 138, 153, 175, 176, 177

Projeto Terapêutico 35, 41

Protocolos 10, 45, 53

R

Redes (vivas/atenção) 13, 16, 47, 152, 170

Regimes de verdade 27, 28, 31, 34, 77

Rizoma / Rizomático 91, 116

S

Singularidade 29, 62, 92, 94, 98, 108, 114, 128

Subjetividade (Produção de) 28, 31, 43, 64, 79, 82, 90, 121, 135, 146, 147,
161

T

Tecnologias (leves, leve-duras, duras) 17, 26, 57, 61, 67, 138, 143, 161

Território 16, 17, 22, 31, 34, 35, 42, 47, 48, 50, 61, 71, 77, 78, 79, 102, 103,
104, 105, 106, 108, 111, 115, 120, 134, 135, 152, 184

Trabalho vivo / Trabalho morto 13, 26, 31, 43, 82, 100, 104, 112, 113, 117,
146, 160

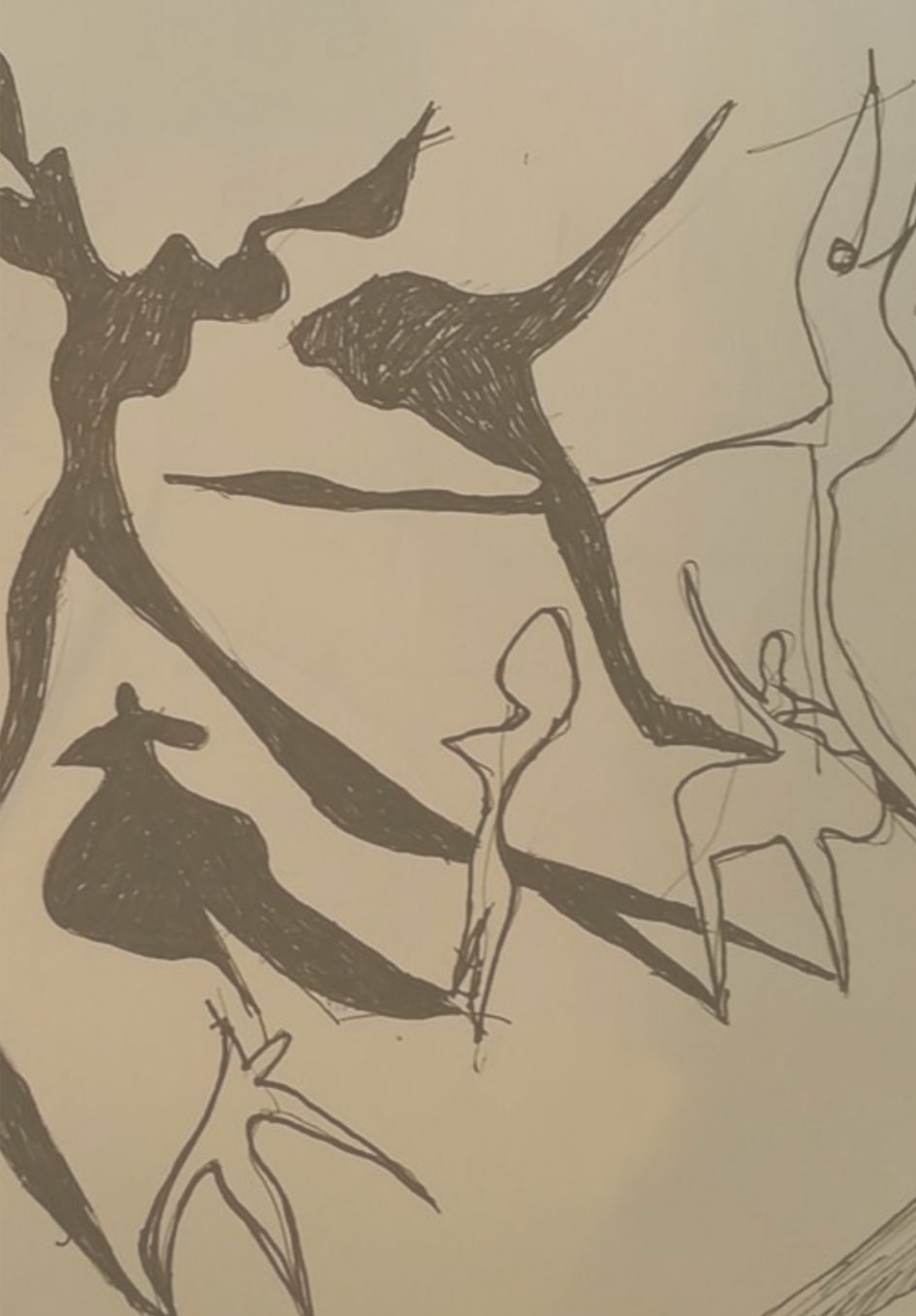
U

Usuário-guia (UG) / Usuário Cidadão Guia (UCG) 35, 37, 44, 47, 85, 152

V

Vínculo 57, 58, 59, 61, 63, 65, 67, 121, 147

Vulnerabilidade 97, 148, 149, 150, 167, 169



Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-288-2

