



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CÉLIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE:
NARRATIVAS DE UMA MULHER EM SEU PERÍODO
PERINATAL**

Londrina
2020

CÉLIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE:
NARRATIVAS DE UMA MULHER EM SEU PERÍODO
PERINATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Melchior.

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

M311 Marandola, Célia Maria da Rocha.
Produção do cuidado à gestante : narrativas de uma mulher em período perinatal / Célia Maria da Rocha Marandola. - Londrina, 2020.
83 f.

Orientador: Regina Melchior.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Cuidado em saúde - Tese. 2. Cartografia - Tese. 3. Trabalho em saúde, pré-natal, gestante - Tese. I. Melchior, Regina. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

CÉLIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE:
NARRATIVAS DE UMA MULHER EM SEU PERÍODO PERINATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientadora Dr^a. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr^a. Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Universidade Estadual de Londrina

Prof.Dr^a Nereida Lúcia Palko dos Santos
Universidade Federal Fluminense

Londrina, 26 de março de 2020.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus que é Soberano sobre todas as coisas e que tem me sustentado até aqui e que permanecerá comigo, sempre.

A minha linda família! Paulo meu eterno namorado, parceiro por décadas e que me deu os maiores presentes de uma vida inteira. Nosso verdadeiro tesouro é formado por **Thalita, Paulo e Felipe**, no entanto, Felipe (In Memoriam) se faz presente apenas nas doces lembranças de sua existência – as quais serão eternamente guardadas em nossos corações. Mas, a força e determinação são características comuns entre estes irmãos, que além de lindos, são educados e me enchem de orgulho pelo caráter individual. A vocês: *Meus Filhos, Minha Vida* saibam que, nenhuma distância será capaz de diminuir o AMOR ENORME que sinto por cada um de vocês. *Te amo e lhe amo por toda eternidade!!!*

Ahh... Mas, o que dizer deste quarteto fantástico: **Lorenzo Filipe, Miguel Felipe, Lorena Emanuely e Gustavo Vinícius** são os pequenos tesouros que tem ocupado meu coração e trazido muitas alegrias não só para mim, mas também, para o vovô Paulo e toda nossa família. **AdoroOooooo** praticar sessões de “netoterapia” com cada um deles e gostaria de poder praticar mais ainda. Mas, a distância física, por vezes, não possibilita. Amo vocês crianças!

Um agradecimento especial ao Toni e a Danny por fazerem parte da minha vida e da vida dos meus tesouros e “tisourinhos”.

A minha mãezinha Geni, arteira, cheia de “manias” e muito querida por todos a sua volta. Na simplicidade de suas palavras sempre deixou vaziar para o mundo o orgulho que sente de mim. A minha avó D. Tininha que se faz presente nesta trajetória na figura de uma parteira, mas principalmente, como a precursora do cuidado em nossa família.

Minha enorme gratidão a Regina Melchior (professora e orientadora) e que se tornou amiga, também. Participou de momentos muito importantes da minha vida, me acolheu, e por vezes, me socorreu. Minha eterna gratidão, Rê Mel. Sem palavras para agradecer-lá.

A Rossana Baduy (professora e orientadora) com a qual tive a oportunidade de vivenciar a prática do cuidado *in locus*, primeiro como ACS e depois, como interna de enfermagem. Você acreditou em mim, bem mais do que eu mesma. Lembro-me da sua indicação de material para estudo para o vestibular onde você

escreveu num diminuto pedaço de papel: www.scielo.com.br, embora eu não tenha acessado o site naquela época, anos mais tarde eu me aproximaria bastante dele.

Muita gratidão ao grupo de pesquisa “Trabalho e o Cuidado em Saúde” e depois, “Observatório de Políticas Públicas”. Onde as trocas de experiências, as acolhidas, os processamentos e acima de tudo o cuidado para com o outro dentro de um espaço repleto de encontros potentes e afetuosos produziram vida e restauraram sonhos reforçando a defesa de Merhy ao citar Felix Guattari de *que toda e qualquer forma a vida vale a pena* (GUATTARI, 2000 apud MERHY, 2012, p. 269).

Aos colegas de turma: Mestrado 2018-2020 agradeço pelo apoio mútuo durante os seminários. Não faltaram sugestões e nem as excelentes trocas de experiências. Já sinto saudades!

No campo profissional - logo no início das atividades - conheci a amiga e coordenadora, a qual me deu apoio e incentivo na conquista dos créditos necessários nos primeiros semestres do mestrado. Minha eterna gratidão a você **Simone Lopes** a quem tenho muito carinho.

De **Juliana Teruel** lembro que fomos e somos “coleguinhas de alma”, termo este utilizado por Adalberto Barreto (2005) para se referir àquelas pessoas que se aproximam por terem passado de alguma forma por experiências dolorosas e que, no entanto, permanecem firmes praticando a resiliência. Gratidão Juhhhhhhhhhh!

Aos profissionais de saúde e demais trabalhadores da Unidade Básica de Saúde Marabá que me acolheram e aceitaram o desafio da pesquisa em seus locais de atuação com participação efetiva neste processo.

Em especial á coordenadora Carla Danielle que abriu espaço em sua Unidade de Saúde e compartilhou com esta cartógrafa o seu processo de trabalho trazendo à tona suas fortalezas e fragilidades sem medo de ser feliz (uma exímia trabalhadora do “chão de fábrica do SUS”).

Á enfermeira Tatiana pelo apoio de sempre. Bastante prestativa na produção do cuidado aos usuários do serviço de saúde. Lembro-me do quanto você se preocupava com o bem estar da nossa gestante-guia.

Ás ACS’ pela receptividade de sempre, principalmente, nas discussões dos casos durante a escolha da gestante que nos conduziria nesta trajetória cartográfica.

Ao casal Lua Flor e Emanuel que prontamente atenderam ao meu

convite à pesquisa, e com muita humildade e simpatia abriram as portas de sua pequena casa ou (*Lar, doce lar*), carinhosamente por eles, chamado. Visitas que se tornaram num espaço maravilhoso de livres diálogos e repleto de descobertas e esperança. Uma delícia!

"BERÇO DE AMOR"

O sol que brilha é para todos.
O ar que respiro é Graça. E é de graça!
A chuva que molha a terra, lava a alma.
Os pássaros cantam e crianças batem palmas.
A bola rola e com ela vão os sonhos da menina,
que por tem sonhos grandes, esquece ser pequenina.
Mas, pequenina é a mente de quem se nega a sonhar.
Pois, quem sonha permite-se viver.
Quem vive permite-se aprender.
E quem aprende nunca se esquece de amar.
Amor é algo que se aprende no "berço".
Não só com palavras de carinho.
Mas, também, abraços e beijos.
Sendo puro e espontâneo: é verdadeiro!
O amor ingênuo e desinteressado é capaz
de mover montanhas, daqui, para o outro lado.
O amor não mede esforços. Está no coração.
Na própria "carne". E, também nos "ossos".

Célia Marandola (1990/2017)

MARANDOLA, Célia Maria da Rocha. **Produção do cuidado à gestante:** narrativas de uma mulher em período perinatal. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

O ato de cuidar em saúde é formado por um leque de ações, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes que se complementam ao mesmo tempo em que se disputam. Embora inerente ao processo de trabalho dos profissionais da saúde o cuidado é de responsabilidade, também, de familiares, de amigos, e do próprio usuário. Sendo a Atenção Básica um terreno fértil para experimentar essa produção do cuidado. O estudo buscou dar luz às narrativas de uma gestante acompanhada no pré-natal numa Unidade Básica de Saúde de um município de grande porte, na região sul do Brasil. A pesquisa ocorreu no período de abril/2018 a dezembro/2019. Dentro da perspectiva cartográfica utilizamos como dispositivo de pesquisa a gestante-guia que nos conduziu em sua trajetória pela busca do cuidado e em suas narrativas foram emergindo cenas do vivido, como: a disputa de projeto de cuidado; a produção de máscaras como dispositivos de enfrentamento das perdas e o cuidado nos *interstícios* dos protocolos (seringas, receitas, agendas e afins). As narrativas da gestante-guia revelaram sua enorme expectativa de um parto seguro, pois ela confiava na equipe, principalmente, a equipe do alto risco que seria responsável pelo seu parto. Porém, a mesma não se sentia cuidada em nenhuma das complexidades (baixo ou alto risco) apesar de toda a estrutura montada para o cuidado em saúde à gestante. Faz-se necessário, portanto, que as equipes reflitam sobre o seu processo de trabalho, se colocando em análise no intuito de evitar prejuízos para o cuidado em saúde produzido nos encontros entre usuários e trabalhadores de saúde, buscando respeitar a necessidade e singularidade de cada indivíduo. Neste sentido, a construção de projetos terapêuticos e a implantação da estratégia de educação permanente em saúde (EPS) poderiam se configurar como apostas potentes às equipes, independente, da complexidade em que as ações de saúde são desenvolvidas visando à garantia dos direitos das usuárias em período gravídico-puerperal e propiciando o fortalecimento do SUS enquanto sistema de saúde que valoriza e cuida de vida, acreditando que toda a vida vale a pena.

Palavras-chave: Cuidado em saúde. Cartografia. Trabalho em saúde, pré-natal, gestante.

MARANDOLA, Célia Maria da Rocha. **Pregnant care production:** narratives of a woman in perinatal period. 83 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

The act of health care is formed by a range of actions, procedures, flows, routines and knowledge that complement each other at the same time as they are disputed. Although inherent to the work process of health professionals, care is also the responsibility of family members, friends, and the user himself. Being primary care a fertile ground to experience this production of care. The study aimed to give birth to the narratives of a pregnant woman followed during prenatal care in a Basic Health Unit of a large municipality in southern Brazil. The research took place from April/2018 to December/2019. Within the cartographic perspective we used as a research device the pregnant guide who led us in her trajectory through the search for care and in her narratives scenes emerged from the lived, such as: the dispute of care project; the production of masks as devices for coping with losses and care in the interstices of protocols (syringes, recipes, agendas and the like). The narratives of the guide pregnant woman revealed her enormous expectation of a safe delivery, because she trusted the team, mainly, the high risk team that would be responsible for her delivery. However, she did not feel cared for in any of the complexities (low or high risk) despite the entire structure set up for health care for pregnant women. It is necessary, therefore, that the teams reflect on their work process, putting themselves in analysis in order to avoid harm to the health care produced in the meetings between users and health workers, seeking to respect the need and singularity of each individual. In this sense, the construction of therapeutic projects and the implementation of the strategy of permanent health education (PHE) could be configured as powerful bets to the teams, regardless, of the complexity in which health actions are developed aiming at guaranteeing the rights of users in pregnancy-puerperal period and propitiating the strengthening of the SUS as a health system that values and cares for life, believing that all life is worth it.

Key-words: Health care. Cartography. Health work, prenatal care, pregnant woman.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEEBJA	Centro Estadual de Educação Básica de Jovens e Adultos
DC	Diário de Campo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROFAE	Profissionalização dos Auxiliares de Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMP	Rede Mãe Paranaense
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	O NASCIMENTO DA CARTÓGRAFA EM MIM	24
3	A TRAJETÓRIA OBSTÉTRICA DA GESTANTE-GUIA	37
3.1	O CAMINHO PERCORRIDO PARA CHEGAR À LUA FLOR	39
3.2	ENFIM... O ESPERADO ENCONTRO COM LUA FLOR.....	44
4	A PRODUÇÃO DE MÁSCARAS COMO DISPOSITIVOS DE ENFRENTAMENTO DAS PERDAS	50
5	DISPUTA DE PROJETO DE CUIDADO	53
6	O CUIDADO NOS <i>INTERSTÍCIOS</i> DOS PROTOCOLOS (SERINGAS, RECEITAS, AGENDAS...)	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES	72
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista (familiar/outros).....	73
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista (Profissional).....	75
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista (Usuária).....	77
	APÊNDICE D - Termo de sigilo e confidencialidade de manipulação de dados.....	79
	ANEXOS	81
	ANEXO A - Autorização de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.....	82
	ANEXO B - Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – UEL.....	83

1 INTRODUÇÃO

Ao iniciar esta viagem cartográfica mergulhei profundamente no passado, revisei pessoas, momentos e lugares que fizeram parte ou deram origem às minhas raízes. Uma viajante solitária nascida no início da década de 70 e sem muitas perspectivas de vida, uma bebezinha franzina, debilitada, de choro fraco, que mal conseguia mamar, de acordo com o relato de minha mãe. Tratava-se, então, de uma criança que, atualmente, denominaríamos como uma recém-nascida prematura dada às características morfológicas; condições vitais ao nascer e ao curto período daquela gestação, reforçando assim uma forte ligação com o termo prematuridade.

Embora minha mãe não tivesse verbalizado, da simplicidade de seus relatos emergiram pistas de uma gestação indesejada, ocorrida poucos meses após um evento abortivo devido ao fato de que antes dela ficar grávida de mim, sua “regra” (ou ciclo menstrual) ficou atrasada por meses.

De origem bem simples, mamãe lembrou ainda que, numa manhã ensolarada, bem característica do campo/roça, ela estava alimentando as galinhas e os porcos enquanto os 03 cães da família faziam festa pelo quintal afora. Quando de repente ela começou a sentir dores muito fortes no “pé da barriga” e já dentro da cozinha de seu casebre a dor só aumentava. Sozinha e com uma vontade enorme de obrar (evacuar) ela chorava e gritava muito, até que de suas entranhas surgiu um emaranhado de sangue de consistência firme (um grande coágulo), e logo em seguida aquela dor intensa foi diminuindo.

Ela conta ainda que, os cachorros acessaram aquele produto sanguíneo e brincando, os cães levaram a tal “bola de sangue” por toda extensão do quintal. Sem muita energia e ainda com sangramento vaginal ela permaneceu dentro de casa sem poder acompanhar os cães que em instantes deram fim àquele produto vaginal e nunca mais se falou no assunto. A inocência revelada por suas palavras sugere que mamãe não tinha ideia de que aquele acontecimento de décadas há traz poderia ter sido um aborto. Sim, um aborto!

Atualmente, e conforme Giulia Ebohon (2019) uma criança nascida nesta condição (pós-aborto ou pós-perda de um filho de qualquer idade) receberia a denominação de “bebê arco íris”. Tal termo tem sido observado com muita frequência nas redes sociais, principalmente, em sites que abordam temas ligados ao período gestacional. Mas, “bebê arco-íris” por quê?

Neste momento faço uma pausa na conversa buscando respostas à indagação acima. Decido então, consultar primeiramente, o dicionário da língua portuguesa que define **arco-íris** como:

[...] um substantivo masculino singular, e plural (ao mesmo tempo), mas que em meteorologia (ciência que estuda os fenômenos atmosféricos) trata-se de um fenômeno luminoso em forma de arco, que apresenta as sete cores do espectro solar na sua ordem natural, produzido pelos efeitos combinados de refração, dispersão e reflexão da luz do Sol e gotas de chuva (ARCO-ÍRIS..., 2019).

Chamado também de *arco-celeste*, *arco da chuva*, *arco-da-velha*, *arco de deus* ou ainda *arco da aliança*, o arco-íris tem sido considerado como um evento que traz esperança, pois surge logo após a chuva como sinal da chegada de uma calmaria após a tempestade (ARCO-ÍRIS..., 2019; BÍBLIA, 2003).

A Bíblia Sagrada traz o arco-íris como simbolismo da aliança de Deus com os homens, demonstrado a partir da passagem sobre a Arca de Noé onde Deus promete, após o dilúvio, não destruir os seres vivos da Terra. E conforme o livro de Gênesis, Deus disse assim:

E acontecerá que, quando eu trazer nuvens sobre a terra, aparecerá o arco nas nuvens (Gênesis 9:14). Então me lembrarei da minha aliança, que está entre mim e vós, e entre toda a alma vivente de toda a carne; e as águas não se tornarão mais em dilúvio para destruir toda a carne (BÍBLIA, 2003, p.10).

Estes versículos bíblicos revelam que Deus renova a esperança no coração da humanidade afirmando que o surgimento de um arco-íris nas nuvens, seria um sinal ou um modo d'Ele não esquecer a aliança feita com os homens, ou seja, de não mais enviar um dilúvio para destruir a vida na Terra.

Trazendo para o campo da ciência, é justamente a crença, que talvez explique a associação que as mães fazem com o termo “bebê arco-íris”, o momento em que um filho chega, logo após a perda de outro, independentemente, da idade gestacional ou do ciclo vital. Ou seja, uma experiência desfavorável (**a tempestade** - ligada ao evento gestacional negativo) *versus* a experiência favorável (**a calmaria** – assim, representada pela chegada de um novo ser).

Em minha concepção, acredito que possa existir uma renovação das forças mediante a expectativa de que uma nova gestação possa amenizar o sofrimento da perda. Porém, neste solo árido e ao mesmo tempo inundado de sofrimento, dificilmente se cogita a possibilidade do caráter substitutivo num evento

de perda, principalmente, em se tratando de filhos.

É como se o processo de parir ocorresse de modo inverso ao convencional aonde as dores provavelmente se farão presentes, mas o ganho (que seria um filho nos braços) nem sempre acontecerá no final da tão esperada fase expulsiva de um parto. E assim, falando deste lugar, arrisco-me a engravidar o termo “parto reverso” por mim experimentado, como sendo o resultado de uma vivência extremamente dolorosa – o momento em que uma mãe descobre que seu filho - independente da idade cronológica, virou anjo.

Mas, retornando à viagem... Embora minhas condições de vida e saúde fossem extremamente precárias à época, consegui sobreviver e crescer no seio de uma família numerosa: o casal, 06 irmãos e a avó Tininha todos morando num diminuta casa, um casebre simples, mas acolhedor. E como acontecia com quase todas as famílias numerosas daquele lugarejo, as condições sociais eram extremamente precárias a ponto de faltar alimentos em quantidade suficiente para manutenção das necessidades diárias. Uma opção para complementar a alimentação era o “garimpo” de alimentos como: frutas, verduras e legumes com poucas chances de venda nas bancas de supermercado as quais eram segregadas num mercadão da cidade, para, posteriormente, serem disponibilizadas aos moradores interessados em aproveitar tais alimentos.

Embora as dificuldades fossem inúmeras naquele ambiente que parecia ser muito hostil, o “lixão” era como se fosse o quintal da nossa casa onde conseguíamos nos alimentar com diferentes tipos de frutas e, também, um parque de diversões onde nos divertíamos com as brincadeiras infantis da época sendo uma delas o arremesso de alimentos estragados uns nos outros.

Na “guerra” de alimentos, a cebola podre era a principal munição, pois, a mesma exalava um cheiro forte bem característico e às vezes deixava marcas na pele a depender da intensidade de força com a qual era lançada, além disso, a “melequinha” - produto da deterioração da cebola - ficava tatuada nas roupas e/ou na pele dos pequenos e felizes brincantes. Era uma verdadeira farra da cebola podre. Cebola podre que, por sua vez, ganhava *status*, também, em outro importante cenário, a cozinha de nossa humilde e pequena casa.

No final da tarde eu e as demais crianças da casa aguardávamos ansiosamente o preparo dos alimentos e aquele cheiro peculiar que as cebolas podres exalavam indicavam que a refeição principal estava quase pronta, ou seja, “O DOCE

AROMA DA CEBOLA PODRE” anunciava que o jantar estava “na mesa ou à mesa”, na verdade o jantar estava mesmo era sobre o fogão de lenha, por falta de mesa, porém, o mais importante é que este era um momento muito esperado e de agregação familiar.

O cuidado ou o “tomar de conta” das crianças que ainda não podiam ser levadas ao campo de trabalho (roça/lavoura) era realizado pela avó materna desta família (D. Tininha). Dona Tininha era descendente de índios, mulher forte, batalhadora e uma exímia parteira que colecionava afilhados. A grande quantidade de afilhados devia-se ao costume tradicional daquele lugarejo: o de oferecer às parteiras, o batismo das crianças, cujos, partos tivessem sido por elas auxiliados.

Em meio às dificuldades e também, cuidada por D. Tininha pude crescer e estudar até o limite de minhas forças. Pois, a longa e exaustiva jornada de trabalho braçal me trazia desgaste físico e sugava minhas energias, resultando no abandono escolar precoce. Na adolescência tive dificuldades para acompanhar a turma do colegial noturno, pois o sono e o cansaço levaram a paralisação dos estudos ainda no sexto período do primeiro grau (6ª série - Ensino Fundamental, hoje).

Com o tempo surgiu o amor para uma vida inteira (Paulo), e junto, nossa primeira gravidez, não planejada, é claro! Mas, que posteriormente, se tornaria muito desejada. E a menina franzina experimentava então, uma avalanche de emoções que vão do desespero de não saber o que fazer e como fazer para receber um novo ser em sua vida até a doce e fugaz sensação de liberdade causada pelo advento de sua emancipação familiar.

Ainda sem muitas perspectivas de trabalho e em condições sociais desfavoráveis a família recém-formada buscou um lar num assentamento de terras (invasão), inicialmente, chamada de “sem terras” que depois recebeu *status* de bairro onde as casas eram feitas de lona, material reciclado, piso de chão batido, sem água encanada (potável) e sem energia elétrica, ou seja, sem qualquer tipo de infraestrutura. Foram anos sem benfeitorias adequadas e ausência de equipamentos sociais num lugar de extrema pobreza, mas que aos poucos foi ganhando melhorias. Porém, esta já é outra história.

E a menina-mulher, então, se tornou mãe! *De repente senti descer uma grande quantidade de líquido em minhas pernas e as dores antes fracas, agora, ganhavam cada vez mais intensidade. O medo tomava conta de mim. Mais tarde no hospital, sozinha, com as dores aumentando e eu sem nenhuma ideia do que estaria*

por vir. Fui atendida por várias pessoas desde a recepção até a sala de parto, mas eu tinha a sensação de que nenhuma delas conseguia me enxergar. No entanto, quando cheguei ao quarto uma mulher me marcou profundamente (ela vestia uniforme de zeladora do hospital – não sei o nome dela), mas, dizia o tempo todo que as coisas dariam certo. Pedi para que eu acreditasse em Deus e no meu corpo. Lembro-me dela “rezando/orando” por mim.

Esta lembrança me fez refletir sobre a produção do cuidado, pois, durante todo meu percurso pelas salas e corredores daquele hospital nos “encontros” com diferentes profissionais de saúde, somente o encontro com a Zeladora me trouxera tamanha significação. Ela, a Zeladora, no alto de sua simplicidade me acolheu quando buscou acalmar-me, quando orou por mim e, principalmente, quando me olhou nos olhos e me disse que tudo daria certo. Claro que a atitude da Zeladora não teria o potencial de amenizar a minha dor física, dor esta que só tenderia a aumentar conforme o parto progredia, porém, ela me trouxe conforto e a sensação de que alguém naquele lugar, de fato, se importava comigo.

Pode ser que, enquanto trabalhadora, a Zeladora pudesse, também, passar despercebida aos olhos dos demais membros da equipe, e porque não dizer, até invisível, assim como acontecera comigo. No entanto, a atitude empática e o olhar acolhedor dela (a Zeladora) despertaram em mim, a percepção de que o cuidado havia acontecido de fato, pelo menos por alguns instantes, naquela solitude do meu processo de parir. Reviver esta cena me fez lembrar também, que são nos encontros entre diferentes sujeitos que o cuidado acontece de fato. Ou seja, um cuidado que só existe no encontro e que é consumido no mesmo instante em que é produzido (MERHY, 2006).

Tornar-me mãe foi uma experiência incrível e ao mesmo tempo dolorosa. Com uma via de parto, até então, denominada natural, a criança nasceu bem, mas as mamas logo se encheram de leite e ingurgitaram sendo que a inexperiência associada à falta de informações trouxe inúmeros problemas que levaram ao desmame precoce. Além da frustração de não conseguir amamentar eu ganhei também o famoso “cortinho” que como diz a maioria das mulheres, dói muito no pós-parto. Conceitualmente falando o “cortinho” ou episiotomia é *uma intervenção cirúrgica onde a região perineal (entre a vagina e o ânus) recebe um corte tencionando o aumento do canal de parto* conforme Montenegro e Rezende Filho (2014, p. 317), sendo que suas taxas não devem ultrapassar 10% do total de partos conforme

orientação da (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Depois veio segunda gravidez: parto “normal”, com direito a “cortinho” no períneo, maus tratos verbais por parte da equipe do tipo: *Não grite! Na hora de fazer estava bom, não éh? Menino? - Que nada! Nasceu menino. Ser-se-á homem, ele é quem decidirá quando crescer.* Foi um verdadeiro *show* de horrores e novamente não consegui amamentar a criança, outra frustração no que diz respeito ao aleitamento materno!

No período em que ocorreram os meus partos eu não tinha a menor ideia de que os insultos a mim proferidos, que o desrespeito por mim vivenciado e que a utilização desnecessária de procedimentos invasivos e dolorosos por parte dos profissionais de saúde responsáveis por meu atendimento poderia décadas mais tarde, encontrar no pensamento de alguns estudiosos a definição que mais se adequaria àquelas atitudes, a violência obstétrica (SANFELICE *et al.*, 2014; WOLFF; WALDOW, 2008).

No entanto, a violência obstétrica, para além dos maus tratos psicológicos, inclui também, outras ações e procedimentos, dentre eles, o uso abusivo de medicações e intervenções que induzem ou aceleram o trabalho de parto e práticas que causam dor e/ou constrangimentos como, por exemplo: a tricotomia pubiana (raspagem dos pêlos pubianos), a lavagem intestinal, a episiotomia (o cortinho) sem critérios para indicação e até a proibição de acompanhante para a parturiente durante seu trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2014).

No senso comum o termo violência obstétrica sempre esteve arraigado na concepção de que tal ação pudesse ocorrer apenas no *inter* de instituições de média ou alta complexidade responsáveis, pelo atendimento obstétrico como: hospitais, maternidades e outros centros obstétricos. Todavia a violência obstétrica e o descuido em saúde vão à mesma direção, uma vez que ambos os conceitos “ignoram” o desenvolvimento do ato cuidador por parte dos profissionais de saúde frente ao usuário nos diferentes encontros, independente, de onde estes aconteçam.

Se por um lado o ambiente hospitalar pode favorecer ações de saúde que causam constrangimentos e até limitam as escolhas pessoais da gestante, por outro, a AB também pode causar o aprisionamento desta mesma usuária em protocolos estáticos criados para regular as ações e procedimentos dentro de uma rotina de trabalho. Comum entre estas complexidades está à imposição dos saberes

técnico-científicos intrínsecos dos profissionais de saúde que não considera os saberes do outro (no caso, a usuária-guia) gerando assim, um movimento de exclusão, que poderia ser denominado como descuidado ou violação dos direitos destas usuárias (violência).

Já na terceira e última gestação embora a dilatação do meu colo uterino tivesse ocorrido quase que totalmente, havia um posicionamento fetal que “impedia a progressão para parto normal” evoluindo, assim, para parto cirúrgico, não sendo possível, no entanto, afirmar que a indicação de parto cesárea teria sido realmente necessária. Esta minha incerteza sobre a real necessidade de uma cesariana me fez recordar de uma revisão de narrativa sobre violência obstétrica, bem atual, onde as autoras trouxeram que o fato de mentir para a paciente sobre a condição de saúde dela visando induzi-la a aceitar o parto cirúrgico eletivo ou ainda, de não informá-la sobre sua situação de saúde real, bem como dos procedimentos necessários, também se configura em violência obstétrica por parte dos profissionais envolvidos neste atendimento (ZANARDO *et al.*, 2017).

Ou seja, a violência obstétrica pode ser desenvolvida tanto de modo contundente com ações e procedimentos que deixam cicatrizes visíveis como também, pode passar despercebida como no caso de ações praticadas de modo sutil a ponto de não despertar na gestante/parturiente a percepção sobre a violação de seus desejos fazendo com que a mesma acredite que opção da equipe de saúde será sempre a melhor para si, independente, do tipo de parto de sua escolha inicial.

Embora minha recuperação tivesse sido mais lenta pelo ato cirúrgico, recebi algumas orientações sobre amamentação que foram importantíssimas e enfim obtive sucesso conseguindo manter o aleitamento materno exclusivo até 06 meses e a manutenção do aleitamento misto por mais de 01 ano. E, logo após esta gestação meu esposo e eu decidimos por encerrar nossa prole, por meio de método contraceptivo definitivo.

Agora com três filhos, meu esposo e eu precisávamos retomar a batalha rumo à sobrevivência e isso incluía o meu retorno aos estudos, mesmo sendo as crianças ainda tão pequenas, sendo assim, minha opção foi procurar uma instituição de ensino que não me exigisse dedicação presencial e diária como no Centro Estadual de Educação Básica de Jovens e Adultos da Unidade Estadual de

Londrina (CEEBJA/UEL)¹. Eu devorava as apostilas temáticas (leitura feita em casa) e eliminava os conteúdos de acordo com as matérias básicas e ao final de cada apostila realizava provas presenciais na instituição de ensino. Assim, finalizei o Ensino Fundamental e em seguida, o Ensino Médio.

O bairro onde eu morava era famoso pela violência extrema o que fazia com que seus moradores fossem vistos sempre às margens da sociedade, abismo este, que aumentava a dificuldade de arrumar emprego e com 03 filhos pequenos as chances diminuíram ainda mais. As oportunidades para colaborar financeiramente com o sustento da casa sempre foram encaradas com muito otimismo por mim e embora muito jovem, eu já havia trabalhado em inúmeras atividades: boia-fria (roça); vendedora porta-a-porta; catadora de lixo; faxineira/diarista; empregada doméstica e até “escrevedora de cartas”.

Para resgatar esta última atividade faz-se necessário retomar à década de 80, quando a empresa responsável pelo transporte de correspondências era a principal e talvez, a única opção para as famílias que enviavam e recebiam notícias de sua parentela via cartas registradas. No entanto, nem todas as pessoas que se utilizavam deste meio de comunicação sabiam ler e/ou escrever. E a partir da solicitação de uma vizinha para que eu escrevesse uma carta para seu filho que morava em outro Estado, a procura por esta atividade foi aumentando, e logo, eu estava sendo requisitada por outras senhoras do bairro e, assim denominaram-me como a menina “escrevedora de cartas”. No entanto, “a paga” com docinhos, pães caseiros, verduras frescas colhidas direto da horta e outros mimos não tiveram significado maior do que a minha satisfação de vê-las felizes por enviar ou receber notícias de seus entes queridos por meio dos registros escritos, ou seja, por meio das cartas. Mesmo quando as notícias nem eram tão boas assim.

No início da década de 2000 eu continuava morando no mesmo bairro, bairro este, que recebeu infraestrutura e outras melhorias, além de importantes equipamentos sociais dentre eles, a Unidade Básica de Saúde (UBS) local. E eu estava inserida naquele serviço não somente como usuária, pois, com a instituição do Programa Saúde da Família (PSF) em 1990 e a ampliação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) – em 2001, houve também, a necessidade de contratação de

¹ Centro Estadual de Educação Básica de Jovens e Adultos da Unidade Estadual de Londrina (UEL) destinado a desenvolver o ensino fundamental e médio com qualidade trabalhadores e/ou desempregados que não tiveram a chance de formação em idade oportuna.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para compor as equipes formadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (LONDRINA, 2017).

E foi justamente o retorno aos estudos, ainda que tardiamente, que me deu condições plenas de participar do processo seletivo para ACS, seleção esta, que constava de prova escrita e requisitos mínimos como: ser morador do bairro e ter formação comprovada do Ensino Médio (fui aprovada).

Foi neste período que descobri - estar na área de saúde – minha vocação profissional. Ver o modo como se dava o processo de trabalho na equipe da qual estava fazendo parte me trazia satisfação pessoal e também, desejo de permanecer naquele ambiente de cuidado em saúde. Bastante dedicada eu costumava fazer sempre além daquilo que me era solicitado e eu adorava colaborar com a equipe.

Certa vez uma gestante que morava num morro de difícil acesso entrou em trabalho de parto e a equipe do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências) não conseguia chegar ao local pela dificuldade de acesso de veículos. Eu e a enfermeira da equipe passamos a “escalar” o morro tentando chegar ao pai da criança que do alto encontrava-se aos gritos pedindo por ajuda. Ao chegarmos à casa da gestante nos deparamos com a fase do parto chamada expulsiva e pudemos auxiliar a mãe e o bebê para que ambos ficassem bem. Embora minha atuação tivesse sido mínima, a situação foi a mais emocionante, por mim vivida até aquele momento, enquanto profissional de saúde (no caso, ACS). Além disso, eu adorava acompanhar os alunos de diferentes estágios de formação acadêmica e era justamente, durante a troca de experiências com os alunos e professores de uma determinada instituição de ensino, que eu recebi inúmeros incentivos verbais sobre a possibilidade de cursar uma faculdade. Algo intangível, ou seja, muito distante de minha realidade naquele período.

Também vivenciei o maior programa de capacitação profissional existente no Brasil até os dias atuais o programa de Profissionalização dos Auxiliares de Enfermagem (PROFAE)² que, com a ampliação das equipes de saúde do município, os gestores locais ampliaram também, a oferta de vagas para o curso de Auxiliar de Enfermagem de modo gratuito.

Embora tenha realizado minha inscrição para o programa ainda no

² O principal objetivo: investir na qualificação profissional de trabalhadores de enfermagem, visando a melhoria da assistência à saúde da população (BRASIL, 2002).

primeiro edital em 2001, só consegui entrar e concluir o curso efetivamente na última turma de 2004, por inúmeros motivos. Em seguida matriculei-me e cursei a parte técnica (de modo particular) finalizando minha formação em 2006, agora como Técnico de Enfermagem. No mesmo período prestei vestibular numa universidade pública do meu Estado e fui aprovada e a partir daí começava a nascer em mim, a futura enfermeira (2006 a 2009).

A disciplina que mais me encantou durante toda a graduação em enfermagem foi saúde da mulher, em especial a saúde obstétrica: do nascer seguro, do nascer saudável. Então foram 04 anos de dedicação aos estudos com inúmeras situações inusitadas, porém com a conclusão em tempo adequado, ou seja, em tempo normal. E com a aprovação em concurso público para enfermeira na rede pública de uma cidade de pequeno porte vivenciei outras tantas situações relacionadas à saúde da mulher e algumas em particular com o processo de parir em andamento.

Por vezes me senti impotente diante de algumas ocorrências relacionadas à gestação que insistiam em me perseguir: atuei no processo expulsivo de um aborto completo numa instituição de saúde; conduzi manobras de ressuscitação cardiopulmonar em recém-nascido prematuro de prognóstico ruim (parto por mim presenciado); participei de intervenção exitosa num processo de sofrimento fetal dentre outras experiências que se relacionavam com o bem-estar do binômio mãe/bebê em eventos perinatais.

Deste modo, resolvi buscar aprimoramento na área que me trazia tantas implicações e decidi por fazer a pós-graduação em enfermagem obstétrica numa reconhecida instituição privada do município. Esta experiência foi maravilhosa, pois, o curso possibilitou o entendimento de muitas das situações por mim vivenciadas na prática de saúde, bem como nas experiências pessoais relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério. Para o referido curso são requisitos básicos para obtenção de diploma de Enfermeira Obstetra, dentre outros itens, um número mínimo de (20) assistências ao parto natural sem distócias, ou seja, (20) partos. E claro, fui muito além deste número de partos (COFEN, 2016).

Mas, em nenhum destes eventos perinatais dos quais estive presente para auxiliar mãe-filho durante o processo de nascer me trouxera alegria maior e satisfação tamanha do que em meu último parto até aqui. Pois, o binômio mãe-bebê em questão tinha uma formação, cujos, traços me eram bem familiares. Um binômio que não só tinham ligações sanguíneas comigo, mas, que possuía o meu próprio DNA.

E foi assim, de modo pleno e com toda a serenidade que o momento pedia “elas” nasceram de parto natural. Nasceram, portanto, e ao mesmo tempo: uma mãe de menina, a filha de uma menina e uma mãe para as duas meninas, ou seja, o trinômio: avó-filha-neta – (Célia, Thalita e Lorena).

Importante dizer que a cartógrafa que há em mim trouxe uma bagagem permeada de emoções e que minhas narrativas trazem fatos verídicos, o que talvez possa explicar tamanha implicação com o tema, e que ao entrar na pós-stricto, a mestrandia que emergiu em mim, desejou estudar. Um bebê arco-íris que nasceu, cresceu, desenvolveu-se e, lentamente foi se libertando da condição física fragilizada enquanto criança (e, vingou). Posteriormente, surgiu a menina-mulher que experimentou uma gravidez precoce em sua adolescência e que descobriu no cuidado sua verdadeira vocação, mesmo em meio a tantos outros (des)cuidados.

Ou seja, as diferentes fases da minha vida apresentadas ao longo desta trajetória até aqui me remetem à Suely Rolnik em seu livro: *Cartografia Sentimental* quando a autora utiliza-se das máscaras para ilustrar os diferentes modos com que as “noivinhas” – que grudam e logo desgrudam – escolheram para andar a vida em certos lugares e momentos. No entanto, estas máscaras ao se tornarem obsoletas vão demandando novas máscaras que – em nada tem haver com artifícios de falsidade – e que surgem de acordo com evolução intrínseca de cada ser. Mudanças estas, impulsionadas pelas constantes transformações que vão acontecendo nos territórios existenciais destas mesmas “noivinhas”/pessoas (ROLNIK, 2016, p. 31).

A caminhada rumo à especialização *Stricto Sensu*, inicialmente, foi permeado por esforços e escolhas pessoais/profissionais, porém, durante o percurso fiz questão de manter viva, minha concepção de que, mais importante que a obtenção de um novo título acadêmico seria a possibilidade de esta autora prosseguir imersa em processos de pesquisa científica que trouxessem novos conhecimentos visando a melhoria da prática diária enquanto trabalhadora da saúde dentro do SUS, sendo esta uma das principais motivações.

A participação no processo seletivo para o mestrado em Saúde Coletiva ocorreu num período em que eu ainda cursava a pós-graduação de Enfermagem Obstétrica oferecido por uma instituição de ensino privado. Na ocasião, os estágios práticos realizados neste município aconteciam na rede de atendimento às gestantes estratificadas como baixo risco, no caso: a Atenção Básica (AB) e a

Maternidade municipal.

Já a escolha do tema de dissertação de mestrado deveu-se, principalmente, em função de minha estreita implicação com cuidado em saúde e a disciplina saúde da mulher, mais especificamente, com a saúde perinatal, sendo que o estágio prático de pré-natal realizado durante o curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica direcionou esta escolha.

Como já visto, toda esta trajetória foi sendo atravessada *por inúmeros deslocamentos existenciais e identitários, onde o fazer-me e refazer-me foi uma constante neste desmanchamento subjetivo* - lembrando Rolnik (1998) – e onde, tanto o cuidado quanto o (des)cuidado, sob a ótica de Merhy (2007), estiveram presentes intrinsecamente neste emaranhado de redes que compuseram minha cartografia, me sinto neste momento, completamente inundada de implicações sobre o cuidado e, principalmente, sobre o cuidado em saúde que envolve a atenção materno-infantil, que por sua vez, aparece como fio condutor nas diferentes cenas por mim vivenciadas.

Desse modo, o tema cuidado, ganha centralidade nesta dissertação, pois, durante toda minha vida pessoal, acadêmica e profissional experimentei as diferentes formas de cuidado e (des) cuidado, às vezes. E, conceitualmente falando, o verbo cuidar pode ser entendido como o *ato de prestar atenção; de tratar com esmero ou até mesmo de interessar-se por algo/alguém* (CUIDAR..., 2019).

No entanto, o cuidar ou cuidado na área da saúde, por sua vez, baseia-se na integralidade das ações gerada a partir de uma concepção de saúde mais ampliada. Ações estas, que visam o tratamento, o acolhimento e o atendimento do usuário enquanto ser único e digno de respeito (LUZ, 2004).

De acordo com Feuerwerker e Cecílio (2007) cuidar em saúde possui ainda, uma configuração formada pela complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo que se complementam e se disputam ao mesmo tempo. Para Feuerwerker (2013) embora o ato de cuidar seja algo inerente ao processo de trabalho dos profissionais da saúde, também, é atribuição dos membros da família, dos amigos e do próprio usuário, sendo todos responsáveis por produzir o cuidado.

Enquanto pesquisadora sempre estive imersa num mundo que exalava e exala a preocupação, o zelo e o respeito pela vida e com o outro, principalmente, o respeito ao modo com que cada indivíduo escolhe para viver e andar sua própria vida. Ou seja, a pesquisadora que há em mim entende que o cuidado está

intrínseco nos encontros de almas independente do lugar ou momento e se revela por meio dos gestos, das ações, dos olhares, do respeito, das manifestações de carinho e de solidariedade, ou seja, da acolhida em si.

O cuidado a partir das lentes desta pesquisadora, portanto, foi constituído por inúmeros gestos e/ou demonstrações de afetos que foram se produzindo ao longo do vivido nas relações com os diferentes sujeitos e, também, atravessado pela construção de redes afetivas neste caminhar. São inúmeros os exemplos de cuidado vivenciado ou experimentado por mim até aqui: nas refeições preparadas pela avó Tininha (com aroma de cebola podre); nas inúmeras ausências dela, no intuito produzir o cuidado ou auxílios voluntários aos partos naturais da vizinhança (a parteira - D. Tininha); na ausência dos pais que trabalhavam dia e noite (buscando prover o básico da alimentação – era o cuidado alimentar); na segregação de alimentos no “bota fora” da feira livre (aqui eu era cuidada, mas já cuidava também); no olhar da zeladora sobre a minha invisibilidade diante de uma equipe de saúde maior; no primeiro olhar que recebi dos meus filhos ao nascer e no cuidado deles para comigo desde então.

O cuidado tem estado presente, também, nos encontros dos/com diferentes pessoas, que ao mesmo tempo são tão iguais, e que demonstram esta “igualdade” nas reuniões do Grupo de Pesquisa (Observatório) espaço físico este sem qualquer barreira que limite esta leva de seres desejantes e de muita potência no modo de andar vida, e que também, pode ser chamada de família científica. Uma família que cuida e que se deixar cuidar.

Ou seja, o cuidado sempre esteve intrínseco nas relações com os presentes que a vida me trouxe: irmãos, pais; esposo, filhos, netos, amigos, docentes, colegas de trabalho e de estudo, pacientes/usuários e agregados sendo sinônimo de cuidado para mim o ato de estar presente na vida de alguém, de zelar pela vida do outro, de importar-me com o outro, de chorar junto e rir junto, também. Deste modo, minha percepção sobre o cuidado não destoa do cuidado enquanto uma ciência da saúde tratada nesta dissertação que busca justamente nas relações e nos encontros uma atitude ou ato cuidador, cujo consumo seja imediato, tão logo seja produzido, lembrando Merhy (2006).

2 O NASCIMENTO DA CARTÓGRAFA EM MIM

Interessou-me a aposta cartográfica neste estudo qualitativo pela possibilidade de dar visibilidade às narrativas do usuário, sendo esta abordagem duplamente fundamental para a pesquisa, pois, ao mesmo tempo em que a cartografia norteou o processo de construção do cuidado, também, despertou em mim a pesquisadora sem destino (uma cartógrafa sem itinerário pré-definido) como se espera nesta abordagem.

Deste modo e despida do compromisso de “acertar” o caminho, pois, neste modelo não há caminho “certo” ou “errado”, sigo nas experimentações que se constituem sempre a partir do vivido nos encontros com os sujeitos ligados com a pesquisa e na produção de novas pistas buscando possíveis novos encontros.

E, por ser a cartografia, um termo ainda novo para mim, busco em Suely Rolnik as principais características (a partir de sua própria definição), ainda que provisoriamente, do que seria este método, na realidade considerado um anti-método e que não se prende a representação estática (como o mapa, p. ex.). Então, a referida autora me apresenta o modo cartográfico de pesquisar como sendo um desenho que vai se construindo a partir dos movimentos de transformação das paisagens num fazer e (re)fazer de afetos e intensidades que culminam na produção de novos mundos. Suely destaca ainda que, ao cartógrafo pesquisador cabe, então, o desafio de dar língua a estes afetos e intensidades que forem surgindo ao longo do caminho (ROLNIK, 2016, p. 23).

E a cartógrafa em mim? Bem! Já fazia algum tempo que um silêncio profundo imperava minha existência social e cognitiva. Confesso que foi um período sombrio cheio de angústias e sofrimentos, principalmente, por eu sempre ter gostado de ler e escrever. Não que fosse eu, uma criatura que dominasse a leitura e/ou a escrita, mas, um ser humano bastante curioso e sem aquela responsabilidade de ter o completo domínio destas atividades tão prazerosas que me deixavam leve e ativa.

Ao retomar as atividades junto ao grupo de pesquisa me percebi como uma “torneira enferrujada” termo utilizado por Suely Rolnik em palestra proferida para um concurso público para professor em 1993 quando a autora *disse que quando deixamos de escrever por muito tempo, a escrita sai como água enferrujada numa torneira em desuso*. Neste sentido, Suely traz Henry Miller (1987) dizendo que é preciso abrir esta torneira e deixar fluir a água corrente até que a mesma recupere

sua característica cristalina. Eu diria, que não só na escrita, mas isso serve para a vida (MILLER, 1987 apud ROLNIK, 1993).

E foi exatamente nestes encontros em formato de roda de conversas sobre novos modos de pesquisar, que ouvi pela primeira vez o termo cartografia. Até então, eu tinha para mim que para eu pesquisar algum assunto eu teria que ter um método para fazer isso (uma “receita” a seguir). Independente se a pesquisa fosse qualitativa ou quantitativa bastava eu seguir tal receita, que a análise/verdade do estudo viria com tempo.

Na ocasião, discutimos que a cartografia era um método não-método. Mas, como assim? Estranho! Não? Minha primeira impressão foi a de que meus colegas do grupo, também tiveram dificuldades de compreensão, talvez não na mesma proporção que eu. Comecei então, a ler os textos indicados pelo grupo de pesquisa, ainda que meio “enferrujada”, pois alguns textos se mostravam ainda bem difíceis para minha compreensão, mas em quase todos eu procurava pistas sobre como era a tal metodologia cartográfica. E, claro, as pistas não vieram de maneira óbvia. Boa parte dos textos e trechos lidos exigiu esforços físicos e se deu de modo intuitivo - porque ainda eu não havia lido o texto em que Suely Rolnik utilizava a metáfora da *ferrugem na torneira*, para quem estava “fora de combate” há muito tempo como eu.

A partir destes encontros - os “superencontros” - o meu olhar mudou em relação à cartografia, pois me trouxe o entendimento de que a pesquisa cartográfica era direcionada ao sujeito pesquisador, sobre o eu pesquisadora ou a pesquisadora em mim. Ou seja, quais as afetações que eu experimento nos encontros com os diferentes sujeitos (usuário/gestor/trabalhador)? Como o meu eu, se comporta diante da história de vida do outro? De que modo as minhas marcas pessoais serão influenciadas ou confrontadas com as marcas do outro? Do outro, que pode ser sujeito de pesquisa e ao mesmo tempo um pesquisador, também.

Tenho aprendido, ainda, que nessa experiência o cuidado é extremamente importante. Porém, o cuidado neste momento ganha o sentido de precaução, de precaver. Pois, a identificação de nossos preconceitos e julgamentos leva ao conhecimento do quanto de interferência são produzidas sobre nossas ações, sendo esta atitude literalmente cuidadora/precavida. Além disso, preciso evitar a interpretação da realidade sob o meu ponto de vista, sob as lentes de um único olhar (do meu olhar) ao invés disso, posso enquanto pesquisadora cartógrafa dar voz aos

sentimentos experimentados nos encontros com outro a partir das marcas que o outro traz e que, por vezes, já se encontram presentes em mim.

Talvez eu ainda não tenha condições de dizer o que é de fato uma cartografia, mas é possível apontar, traços daquilo que NÃO seria ou que não faz parte de um estudo cartográfico, como por exemplo: uma cartografia não é um caminho externo, não é um espaço de julgamento, tão pouco é a interpretação da realidade feita a partir do meu olhar de pesquisadora. Sua qualidade não está relacionada à quantidade dos encontros, e sim, na intensidade dos mesmos, e nem de longe, se trata de uma verdade absoluta.

Então, o que eu posso dizer até aqui, é que sempre que eu me colocar diante de uma situação/realidade enquanto sujeito de pesquisa, a análise será sobre mim, ou seja, como o meu eu (pesquisador e pesquisado) tem sido afetado pelos relatos/histórias de vida; pelos caminhos e descaminhos que o usuário tem percorrido em busca de seu cuidado; pelas redes que ele tem formado nesta trajetória. Enfim, o quanto a história do outro mexeu comigo e/ou tirou-me do meu eixo central, ou seja, o quanto me deslocou e a multiplicidade vai se manifestando e produzindo outras narrativas. Sendo que, o pesquisador em mim será sempre o alvo principal de minha própria análise.

Para esta cartografia utilizei a ferramenta usuário-guia como principal dispositivo para me conduzir na escolha dos caminhos a serem percorridos durante a pesquisa, sendo o termo usuário-guia descrito por autores que buscaram inspiração na metodologia utilizada por Ermínia Silvia³ num estudo sobre “circo-teatro” em 2007 (GOMES; MERHY, 2014).

Usuário-guia pode ser entendido, também, como uma ferramenta de pesquisa que permite a avaliação dos processos de trabalho de uma equipe de saúde, com o potencial de identificar pessoas e territórios diversos no intuito de (re) construir memórias que de alguma forma estão envolvidas com o cuidado do usuário. Sendo assim, usuário e seus movimentos passam a ser o principal disparador de análise, ao invés da equipe de saúde (USUÁRIO..., 2014).

Na prática o que acontece de fato é um passeio com sujeito da

³ Ermínia Silvia - historiadora do campo social e da cultura que em 2007 vivenciou em seu estudo sobre o “circo-teatro” a trajetória dos artistas circenses - verdadeiros nômades - chamados de artistas-guias que iam se produzindo a partir da própria trajetória, construindo memórias de vida e possibilitando o mapeamento de lugares, instituições, práticas e saberes (GOMES; MERHY, 2014).

pesquisa - o usuário-guia - numa relação de alteridade, e de tal forma vamos construindo um caminho, disparado por ele mesmo. Ao longo desta caminhada vamos juntos construindo diferentes desenhos e paisagens sociais a partir das experiências narradas pelo usuário que nos conduz a vários lugares, ideias, afetações. Muitos destes lugares são serviços/estabelecimentos instituídos para prestar o cuidado em saúde no âmbito do SUS.

Antes de adentrar o campo de pesquisa fez-se necessário atender alguns aspectos éticos e legais relacionados a pesquisa com seres humanos (CNS Nº 466/2012)⁴. E, na escolha do campo algumas sensações insistiam em reverberar em mim como, por exemplo: as características do bairro onde está localizada a UBS pesquisada e o perfil sócio demográfico daquela população que me pareciam bem familiares, ou seja, estas seriam mais uma das implicações ora latejantes em mim.

Tomada por esta inquietação busco ajuda junto ao grupo de pesquisa, e durante o processamento vieram à tona as memórias daquela vivência num bairro populoso com famílias numerosas, pessoas carentes de recursos e de equipamentos sociais, moradias construídas a partir de materiais reaproveitados. Ou seja, uma comunidade simples na luta constante pela sobrevivência. Talvez, este cenário desenhado a partir das memórias afetivas de um passado nem tão longínquo assim, poderia explicar tamanha mobilização de energias nesta aspirante a cartógrafa e que determinou a tomada de decisão sobre a escolha daquela UBS e sua área de abrangência, enquanto campo desta pesquisa.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido na área urbana de um município de grande porte da região Sul do país numa UBS localizada na região leste da cidade a qual faz parte da rede de cuidados Materno-Infantil que presta atendimento ao binômio mãe-bebê no período perinatal. Além disso, a referida UBS oferece atendimentos tanto às demandas programáticas quanto às demandas espontâneas com serviços de odontologia, enfermagem, clínica médica, obstetrícia e pediatria (LONDRINA, 2017).

A formalização do início do trabalho de campo foi mediada pela

⁴ 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) (anexos A e B, respectivamente). Os objetivos do estudo foram apresentados aos sujeitos da pesquisa seguida da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos concordantes: familiares e outros (Apêndice A) e profissionais de saúde (Apêndice B) e usuária (Apêndice C). Foram utilizados codinomes no intuito de preservar identidade dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012).

coordenadora da UBS que me recebeu, me apresentou à equipe e me mostrou toda a estrutura da UBS, assim como, a organização do processo de trabalho: agendas, fluxos, demandas espontâneas e programáticas. Na ocasião, a mesma me convidou a participar da reunião mensal de equipe que aconteceria, ainda, naquela semana. Eu, prontamente, aceitei o convite, por acreditar que poderia ser este, um modo de aproximação com a equipe de trabalho.

A reunião dos trabalhadores ocorreu no salão paroquial do bairro⁵ e foi permeada por informes relacionados ao processo de trabalho, pela interação entre os membros da equipe, inclusive, com a participação dos mesmos em atividades lúdicas. Os profissionais de saúde compartilharam coletivamente um café vespertino por adesão em momentos descontraídos e de troca de experiências que resultou num espaço de confraternização.

Talvez aqueles profissionais de saúde não tivessem conhecimento, mas, a equipe desenvolveu naquele lugar ações que falavam a favor da estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a presença da roda de conversas para discutir o processo de trabalho, dos trabalhadores e gestores e até mesmo, da academia representada por mim, porém com ausência do usuário. Conforme Marandola *et al.* (2009) a EPS pode e deve,

[...] ser colocada pelos serviços como estruturante inclusive das eventuais necessidades de atualizações técnicas. Muitas vezes por trás de uma pseudo-necessidade de atualização estão outros problemas do processo de trabalho daquela equipe, que vão desde estrutura física até a forma de organização do trabalho e os desafios do trabalho em equipe (MARANDOLA *et al.*, 2009, p. 58-59).

Confesso que me senti um pouco deslocada, inicialmente, mas com o passar do tempo percebi que aquele ambiente de interação e aprendizado não me era estranho mesmo, ao contrário, bem familiar. Ao mesmo tempo se tratava de um espaço novo com diferentes categorias profissionais e atores sociais. Porém, não demorei em entender a nostálgica sensação, pois na verdade eu já estive naquele lugar, falando daquele lugar e, ainda que, o espaço físico não fosse o mesmo, ele era produtor de vida e de bons encontros mantendo uma forte semelhança ao vivido por

⁵ Nas reuniões mensais para discussão do processo de trabalho, a UBS fica fechada durante o período da tarde. Geralmente, há um profissional da Secretaria de Saúde como convidado para falar de temas específicos com o apoio dos profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

esta pesquisadora, quando esta, ainda iniciava sua caminhada profissional em busca da produção do cuidado em saúde de si e de outrem.

A partir daí pude interagir com algumas categorias profissionais dentre eles: as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e as enfermeiras das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seguimos rumo construção de estratégias para definição do caso. E nos dias que se seguiram tive total apoio destas profissionais de saúde que trouxeram prontuários de algumas gestantes as quais as equipes estavam envolvidas diretamente ao acompanhamento e a assistência ao pré-natal (PN).

Para a escolha da usuária que nos conduziria pelos caminhos do cuidado na rede de atenção materno-infantil, as ACS' trouxeram, inicialmente, prontuários de gestantes que estavam em acompanhamento no pré-natal de alto risco, ou seja, que faziam acompanhamento da Atenção Básica (referência ao PN de baixo risco e alguns de risco intermediário) e que também eram acompanhadas no Hospital das Clínicas (referência ao PN de alto risco), em comum as gestantes (dos prontuários) havia mobilizado as equipes de saúde de alguma forma.

Naquele momento, dentre os fatores que determinaram a escolha da gestante-guia estavam: a maioria das gestantes e a idade gestacional igual ou menor a 13 semanas (primeiro trimestre) pela possibilidade de acompanhamento da gestante por um período maior em sua trajetória perinatal, dentro do prazo da pesquisa. Após breve leitura dos 21 prontuários iniciais, restaram apenas 04 sendo que destes, 03 não foram selecionados por diferentes motivos: por antecipação do parto (prematuridade); pelo risco que a tentativa de acessar a gestante poderia expor a equipe (tráfego de drogas na área de abrangência) e ainda, pela mudança de endereço de uma delas (para outro município).

Deste modo, chegamos a Mel, 39 anos de idade, segunda gestação, sendo a última há 09 anos. Considerada uma gravidez com risco habitual a mesma realizava acompanhamento pré-natal misto (Atenção Básica e particular), e que por conta de uma experiência negativa relacionada ao parto normal anterior ela decidiu por parto cirúrgico desde o início desta gestação. Logo no primeiro encontro a gestante demonstrava desinteresse em prosseguir na pesquisa, embora ela tivesse sido extremamente receptiva. Ainda assim, fizemos algumas tentativas de reencontros, sem sucesso. E para respeitarmos seu desejo decidimos por finalizar nosso diálogo cartográfico. Confesso que o sentimento de frustração me tomou neste

momento e foi necessário buscar o processamento daquela inquietação que tomara conta de mim.

Meu desconforto residia, principalmente, na sensação de que algo estava delimitando minhas ações junto a gestante o que poderia interferir de modo invasivo, no jeito como ela escolheu para andar a sua própria vida. Então, busco apoio junto à minha orientadora, momento fundamental para que eu pudesse colocar-me em análise, o que possibilitou a compreensão de que eu (enquanto pesquisadora de mim) precisava respeitar o tempo daquela gestante, pois, talvez esse fosse o meu desejo se no lugar dela estivesse. Então... Um volver deste meu corpinho vibrátil fez-se necessário para entender o que o momento pedia: primeiro um afastamento, para depois, uma reinserção no campo de pesquisa.

A expressão “corpo vibrátil” trazida aqui por Suely Rolnik (2016, p. 12) refere-se à *capacidade que nossos órgãos dos sentidos possuem, em seu conjunto, e mais precisamente, a capacidade subcortical*. Pois, conforme a neurociência nossos órgãos dos sentidos possuem dupla capacidade: sendo uma cortical e outra subcortical. Se por um lado a capacidade cortical está alinhada com a percepção, apreensão de mundo e representações (associadas ao tempo, história e linguagem do sujeito) criando assim, condições para nos movimentarmos em mapas de representações vigentes, por outro, a capacidade subcortical por conta de sua repressão nos permite a apreensão da alteridade em sua condição no campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações, sem qualquer relação com aquilo que já conhecemos. E ainda, o exercício da capacidade subcortical

[...] esta desvinculado da história do sujeito e da linguagem. Com ela, o outro é uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se, assim, parte de nós mesmos. Dissolvem-se aqui, as figuras de sujeito e objeto, e com elas aquilo que separa o corpo do mundo (ROLNIK, 2016, p. 12).

Neste movimento de aguçar os meus sentidos e ainda, colocar em análise o vivido até aqui com Mel, juntamente, com a necessidade de mudança do caminho recorro novamente às ACS' e a enfermeira de uma das equipes, já que uma delas encontrava-se afastada por longa data e a outra estava participando de um curso fora da unidade de saúde.

Desta vez optamos por não restringirmos a idade gestacional, no entanto, a maioria da gestante foi mantida nesta nova escolha. Então chegamos

a 03 casos novos os quais iniciamos contato telefônico, imediatamente, na tentativa de marcarmos um encontro para apresentar a pesquisa e buscar respostas sobre a possibilidade de participação/aceitação das mesmas. A escolha, então, levou em conta minhas implicações com o caso e propositadamente, durante a leitura dos prontuários me deixei levar pela história que me causasse deslocamento e que naquele momento pudesse ser também, uma história que mais sentido fizesse à minha trajetória de vida pessoal.

Sendo assim, encontramos Lua Flor, pseudônimo escolhido por mim antes mesmo de conhecê-la pessoalmente. Faço uma pausa neste momento para informar que todos os nomes citados na pesquisa são fictícios buscando preservar a identidade dos sujeitos de pesquisa. E, prosseguindo, de acordo com os registros em prontuário, Lua Flor tinha no momento da seleção, 23 anos de idade, cursou o Ensino Médio completo, era casada com Emanuel, trabalhava como caixa operadora numa rede de supermercados e encontrava-se em sua terceira gestação, porém, sem filhos vivos, ainda.

E no intuito de apreender detalhes do vivido nos encontros que se sucederam tanto com Lua Flor quanto com a equipe de saúde foi necessário lançar mão de alguns recursos para o desenvolvimento deste estudo cartográfico, como, por exemplo, o diário de campo, cujas, anotações neles registrados foram fundamentais para o processamento da pesquisa. O diário serviu para compor os registros de minhas memórias por meio das inúmeras anotações realizadas num pequeno caderno em espiral. Pois, na medida em que se busca transformar os registros/vivências em palavras abrem-se possibilidades para a autoanálise dos encontros e neste momento me deparo com minhas próprias implicações enquanto ser social e profissional.

O resultado destas minhas experimentações que teve como apoio o diário de campo convencional, fiel companheiro de todos os campos e sempre presente em minha valise, revelou também que o mesmo já se encontrava obsoleto e, assim, como se estivesse trocando a máscara, deixou de ser apenas um despertador de desejos que me fazia sucessivos convites às experimentações, e recebe agora, um imponente *status*: diário cartográfico.

O diário cartográfico, por sua vez, é uma invenção de estudiosos da pesquisa cartográfica na área da saúde e sua principal característica está no *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). Trocando em miúdos, os autores defendem que *o diário cartográfico tornou-se num espaço-tempo de produção com o intuito claramente definido: o de dar vozes e palavras aos devires nos e dos diferentes encontros* (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020).

Neste processo intenso as gravações em áudio, também, foram importantes na medida em que captaram as narrativas dos sujeitos da pesquisa (da gestante-guia, do esposo, da sogra e trabalhadores da UBS ligados diretamente ao acompanhamento pré-natal de Lua Flor) e permitiram o resgate das minhas memórias sensoriais recolhidas durante os encontros.

Segundo o dicionário da língua portuguesa online Michaelis a narrativa pode ser definida como *ato de relatar, de expor um fato e/ou acontecimento; de narrar situações do cotidiano* (NARRATIVA..., 2019). Já Abrahão *et al.* (2016) entendem a narrativa como ferramenta. Uma ferramenta de livre registro que insere o pesquisador dentro da cena, pesquisador este, que ao extravasar o ato experienciado, no *inter* de suas singularidades repele qualquer traço de neutralidade, sendo que nesta definição os autores corroboram a importância das narrativas da gestante-guia, uma vez que estas apresentaram uma sucessão de acontecimentos semelhantes a uma produção literária, num filme com história real.

No andamento da pesquisa os diferentes atos e fatos ocorridos na vida de Lua Flor formaram uma “película” cartográfica inundada de esperança buscando um final feliz. As conversas (entre Lua Flor e eu) foram ganhando intensidade conforme os encontros ganhavam fluidez sendo perceptível uma sensação de liberdade em nós ao nos colocarmos neste encontro, e para a gestante-guia esta liberdade possibilitou que a mesma pudesse trouxesse suas narrativas no seu tempo e no seu espaço. Sendo que boa parte dessas conversas foi gravada numa espécie de livre diálogo, possibilitando, posteriormente, uma apreensão de detalhes na produção das histórias e do reconhecimento de algumas marcas, no entanto, os áudios não se configuraram como dispositivos centrais destes encontros.

Em se tratando de marcas, os autores do livro *Cartografias do Desejo* a trazem como o produto de um conjunto de agenciamentos vivenciados em diferentes espaços e momentos: grupo familiar, social ou de natureza diversa, cujos agenciamentos podem ser conscientes ou não (GUATARRI; ROLNIK, 1996).

As marcas podem ser entendidas, também, como “cicatrices”

produzidas a partir das experiências do vivido anteriormente, e quando há o encontro entre sujeitos cujas marcas são parecidas, estas tendem a pulsar ou repulsar-se ganhando e/ou produzindo vida novamente por meio de reflexões. Neste sentido Deleuze (2001, p. 76) afirma que o único conteúdo que se pode trazer a ideia de subjetividade seria a mediação e a transcendência, pois na busca pelo desenvolvimento de si ou de devir do outro, o sujeito se ultrapassa, se reflete.

Foram inúmeras as incertezas e estranhamentos que tomavam conta de mim, porém, sendo estas, dirimidas na medida em que esta pesquisadora buscava o *insight* necessário para seguir nesta nova trajetória no campo da pesquisa. E ao divagar por minhas memórias, de repente, lembrei-me de Suely Rolnik (em seu livro: Cartografia Sentimental - Transformações contemporâneas do desejo) onde a autora elenca alguns caminhos que poderiam servir tanto como despertadores do meu corpo vibrátil quanto de fatores de a(fe)tivação de minha existência cabendo somente a mim encontrar a melhor maneira de fazer isso e que poderia ser por meio de “um passeio solitário, um poema, uma música, um filme, um cheiro ou um gosto [...] Pode ser a escrita, a dança, um alucinógeno, um encontro amoroso – ou, ao contrário, um desencontro [...]” (ROLNIK, 2016, p. 39).

Ainda assim, demorei a perceber qual era o meu fator de a(fe)tivação. Pensei em inúmeras formas que pudesse fazer conectividade entre o meu vivido até aqui. Sempre gostei de poesias, mas, a poesia parecia não ter liga ou não fazia sentido naquele momento. A música e a dança - outras paixões - também não me pareciam as melhores opções até então. O cheiro e os aromas elementos fundamentais e (alguns impregnados) na minha trajetória de vida (O Aroma de Cebola Podre que chegava a ser Doce), durante minha infância, também não me dizia nada. Ou seja, parecia que o excesso de opções me deixava mais confusa ainda, nesta escolha.

Mas, enfim... O *insight!* Penso eu! Não foi por acaso que numa simples conversa entre mãe e filha descubro, após décadas de vida, que aquele meu processo de nascer possuía forte ligação com uma expressão atualmente utilizada – a de bebê arco-íris – no caso de um filho que nasce após um evento abortivo, como já detalhado anteriormente.

De repente vejo possibilidades de conectividade no arco-íris que além de ser muito conhecido pela beleza de suas cores (são sete no total), traz consigo

diferentes simbolismos e/ou significados em cada uma delas⁶ e ao olharmos naturalmente para um arco-íris podemos perceber que embora ele mantenha sempre a mesma ordem de cores, não se pode perceber os limites entre uma cor e outra. É como se houvesse certo “borramento” nesta transição entre as várias cores que compõem o arco-íris, se aproximando assim, de uma técnica de pintura chamada degradê (onde os tons das cores variam de modo gradual, tornando menos intensos).

Deste modo, as tonalidades presentes no arco-íris foram produzindo uma multidão de cores que surgiam ora “borradas” ora nitidamente definidas ao mesmo tempo em que se entrelaçavam revelando em mim uma colorida cartógrafa. E assim, sigo múltipla e única tingindo minhas multiplicidades tal e qual as cores do arco-íris.

E por falar em multidão, o dicionário *online* da língua portuguesa Michaelis (2020) a define como: *agrupamento de pessoas, animais e coisas (que podem ser cores) num mesmo lugar e/ou com interesses em comum*. Mas, ainda não era suficiente para esta inquieta aspirante. Fez-se necessário então, direccionar o olhar para aquilo que poderia conectar estes agrupamentos no *inter* destas multidões e, chegamos à palavra comum. (MULTIDÃO..., 2020).

Recorro então, a Baduy (2010; p.19-20) que nos apresenta Negri (2005) para trazer o sentido de comum – sendo esta, uma expressão relacionada às ações de movimento e comunicação das singularidades visando o reconhecimento do outro, deste outro, que pode estar conectado e ao mesmo tempo ser interdependente uma vez que, “[...] produzir comum é a construção de espaços comuns reais e atuar nesses espaços de vontade a decisão, o desejo e a capacidade de transformação das singularidades” (NEGRI, 2005 apud BADUY, 2010, p. 19-20).

Este contexto me trouxe entendimento de que multidão pode ser construída a partir da concentração de grupos de pessoas diferentes e com interesses em comum assim, denominados: lutas, guerras, saberes, pensamentos e ideologias.

E esta minha compreensão foi ao encontro daquilo que eu estava vivenciando na prática como grupo de estudos da qual participo – O Observatório de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina quando no ano de 2019 tive o privilégio de estar inserida no processo de organização e monitoria de um evento

⁶ Significados das cores do arco íris: o vermelho (representa a paixão, o amor e a coragem), laranja (a comunicação e cordialidade), amarelo (a alegria, luz, jovialidade); verde (esperança e fé) o azul (calmaria e a harmonia), anil (a sinceridade e respeito) e o violeta (espiritualidade).

que reuniria uma multidão de pessoas implicadas com o tema cuidado em saúde, que tem como um forte analisador a expressão “toda a vida vale a pena” cujo objetivo foi o de compartilhar suas produções a partir do vivido de cada um.

Este grupo de pessoas foi agenciado e/ou afetado então, pela obra de Edgar Campos - uma tela que faz referências aos vários “eus” que compõem as multidões que habita cada uma de nós, intitulado *Multidão de Eus*. A referida obra se tornou o tema central do encontro que revelou de modo explícito, como nós - enquanto seres viventes - somos únicos e ao mesmo tempo somos uma multiplicidade, assim como as cores do arco-íris (CAMPOS, 2019).

Assim, há que se dizer que uma multidão foi produzida no âmago desta cartógrafa que abriga em si uma mistura de singularidade e multiplicidade resultante das marcas, dos agenciamentos, dos deslocamentos, dos desejos e potência construída ao longo desta trajetória de vida, constituindo em mim uma multidão. Minha multidão de Eus.

Confesso que meu encantamento com a temática arco-íris e suas simbologias fizeram pulsar em mim um desejo de utilizar as cores como fator de a(fe)tivação nesta trajetória cartográfica (e, seguir os conselhos de Rolnik) entendendo o novo e colorido caminho como o “melhor” a ser seguido, até o momento uma vez que o *inconsciente deseja e nada faz senão desejar* (DELEUZE, 1988, p. 107).

E assim, carregada de entusiasmo chego à Banca de Qualificação cheia de ideias num verdadeiro *brainstorm*. Parecia que meus pensamentos se desprendiam do meu cérebro em forma de balões num ritmo *ploct, ploct, ploct* resultante das pequenas e inúmeras explosões de ideias. E nesta atmosfera colorida criada a partir do meu imaginário surgia, então, o meu próprio arco-íris que me envolveu num abraço, trazendo a sensação de ser aquela a minha zona de conforto.

E a parte mais difícil disso tudo foi explicar às minhas orientadoras – já durante a minha apresentação à Banca – que eu havia feito tal traquinagem sem o conhecimento e/ou consentimento das mesmas. Seria esta uma atitude de menina sapeca ou apenas uma aventura perigosa de uma “noivinha rebelde”?

Enfim qualificada! Vencida esta importante etapa – a qualificação - me vieram os momentos de processar tudo, de modo solitário. Inicialmente, busco dar conta das demandas que surgiram na Banca. E eu me perguntava: Como juntar o fator de a(fe)tivação proposto por Rolnik – no caso das cores do arco-íris – com a

desafiadora proposta feita pela Banca de deixar aflorar a contadora de história que há em mim? Um duplo desafio. Pensei eu!

E após dias tentando achar o caminho/modo de associar os dois pontos ou de dar conta daquela demanda lembrei-me de uma conversa com Regina Melchior (minha orientadora) onde ela me disse: - *na vida, a gente não precisa dar conta de tudo*. Esta lembrança reverberou em mim por alguns dias, levando ao entendimento de que não haveria necessidade de dar conta de tudo, das duas coisas ao mesmo tempo (as cores e os contos, p. ex.), mas que eu poderia escolher um único caminho.

Neste momento, as palavras de Regina me trouxeram tranquilidade para que eu pudesse ousar. Deste modo, me sentido leve e sem a pretensão de acertar o caminho ainda a percorrer, esta aspirante de cartógrafa optou por seguir narrando de maneira natural a história da gestante-guia colorindo sua trajetória com as principais cores do arco-íris. Esta minha decisão, também, foi ao encontro do desafio proposto pela Banca de Qualificação – a de utilizar uma habilidade (ou quem sabe até, uma das minhas máscaras num canto esquecida) - que há muito se encontrava desgrudada ou adormecida ao longo dos últimos anos: a máscara de contadora de histórias. Toda esta angústia na busca por encontrar um caminho a ser seguido me fez lembrar Machado (1997) e sua célebre frase: *“Caminante, no hay camino, Se hace camino al andar.”*

Assim, segui contando e colorindo a história de vida de Lua Flor e me in-mundando neste mar de implicações e afetos compostos, principalmente, nas narrativas desta gestante-guia enquanto fio condutor que é trajetória dela rumo à maternidade segura.

3 A TRAJETÓRIA OBSTÉTRICA DA GESTANTE-GUIA

*No arco-íris
o vermelho representa
o amor e a coragem!*

Fez-se necessário este momento trazer um breve histórico da trajetória obstétrica da apaixonada e corajosa Lua Flor: Gesta (III), Parto Normal (I), Cesárea (I) apresentava idade gestacional (IG) de 13 semanas + 03 dias (em 30/08/2019) com data provável de parto (DPP) à ocorrer em 12/03/2020, Lua Flor fez questão de apontar que o dia de nascimento de seus dois anjinhos foi, coincidentemente, em 07 de março (2017 e 2018, respectivamente). E embora não haja uma explicação lógica para tal fato, isso traz algum conforto para seu coração. Pois, a gestante fala com muito carinho sobre estas datas e em seu semblante pude perceber certo conforto ao compartilhar esta coincidência comigo.

Sua primeira gravidez aos 19 anos ocorreu em 2016. A gestante conta que sempre teve “dores de cabeça” de fraca à moderada intensidade desde sua adolescência e achava que pudesse estar relacionado à sua baixa acuidade visual ou pelo uso excessivo do celular. Fato é que no período gestacional isso não mudou, ao contrário, as dores de cabeça de Lua Flor ganharam intensidade a partir da segunda metade de sua gestação.

Ela se autodenominava como uma pessoa ingênua nesta primeira gravidez (*marinheira de primeira viagem* – diz ela) referindo-se a sua inexperiência, pois achava que tudo que acontecia com seu corpo gestacional pudessem ser comum ao período gravídico. Até mesmo, um aumento absurdo da intensidade de sua dor de cabeça (cefaleia) associada a distúrbios visuais (visão com pontos cintilantes) o que inocentemente Lua Flor denominava de *estrelinhas* - que lhe acometera mais precisamente na 30ª semana de gestação.

Neste episódio, o desconforto foi tamanho que Lua Flor procurou a UBS onde foi avaliada e encaminhada por crise hipertensiva ao serviço de referência hospitalar. Na ocasião, a gestante foi diagnosticada com pré-eclâmpsia e após melhora do quadro clínico foi liberada para casa com medicação anti-hipertensiva (metildopa) e orientações sobre situações de risco. Lua Flor contou, ainda, que passou

períodos sem as crises de cefaleia. No entanto, ao completar 37 semanas de gestação ela percebeu que o neném não estava se movimentando adequadamente, procurou a UBS que confirmou a suspeita e encaminhou a mesma para o hospital terciário onde foi constatado óbito fetal. Em seguida o concepto foi expulso durante parto normal espontâneo, ali mesmo no hospital. Tratava-se de um feto do sexo feminino sem alterações em suas estruturas físicas, ou seja, um feto com formação anatômica adequada.

A segunda gestação ocorreu em 2017 tendo suas consultas do primeiro e segundo trimestres realizadas todas na UBS como risco habitual. A partir da vigésima oitava semana a gestante foi encaminhada para o PN de alto risco. Porém, com 30 semanas de gestação Lua apresentou novamente um quadro de cefaleia de forte intensidade, crise hipertensiva, alterações visuais e confusão mental levada para o hospital de referência via SAMU (acionado pelo esposo, da própria residência), a mesma foi internada e, com 34 semanas passou por intervenção cirúrgica – uma cesárea de urgência. Desta vez a gestante-guia foi diagnosticada com trombose placentária, devido trombofilia materna⁷ e o bebê nasceu com problemas cardíacos e outras más-formações, sobrevivendo apenas 04 meses.

Caracterizadas pela deficiência no complexo de proteínas reguladoras da cascata de coagulação as trombofilias favorecem a formação de coágulos sanguíneos (trombos venosos), porém, o tratamento da Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolipídio (SAF) é basicamente profilático com uso de heparina por via subcutânea e aspirina via oral, ambas em doses baixas. Além de acompanhamento fetal realizado por ultrassonografia (USG) e Doppler umbilical. Após a gravidez, mulheres com SAF devem ser acompanhadas por um especialista.

Sendo assim, nossa gestante-guia que naquele momento se tornara puerpera fora referenciada para acompanhamento na especialidade de hematologia após o término de sua segunda gestação permanecendo na fila de Regulação (setor responsável por regular as vagas de consulta com especialistas) até o início de sua terceira gestação.

⁷ Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolipídio (SAF) – 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, CIR e parto pré-termo (CUNNINGHAM *et al.*, 2016; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

3.1 O CAMINHO PERCORRIDO PARA CHEGAR À LUA FLOR

Antes de prosseguir relembro que tive, anteriormente, uma breve aproximação com UBS escolhida como campo de pesquisa desde o curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica. E nesta minha reinserção com o advento do presente estudo conheci novos profissionais e reencontrei outros neste mesmo espaço físico, no entanto, a formação das equipes de PSF, por exemplo, encontravam-se incompletas, o que exigia um esforço maior dos profissionais de saúde em suas atividades visando, principalmente, atender a uma população que teria aumentado em comparação ao ano anterior, de acordo com relato de uma das ACS.

Lembro ainda que durante a análise dos prontuários na UBS, a ACS responsável pela gestante-guia (de licença médica por 03 meses) informou que as demais colegas de trabalho sabiam bastante sobre Lua Flor enquanto gestante, bem mais do que ela própria, por conta do seu longo período de afastamento. E mesmo sem ter se apropriado totalmente de suas tarefas laborais até aquele momento, colaborou na escolha da gestante. Penso que a espontaneidade na fala da ACS justificando seu pouco conhecimento sobre o caso da gestante-guia demonstrou também, certa preocupação em apresentar aquela equipe como uma equipe potente e comprometida com os usuários da área de abrangência, independente desta estar ou não descoberta.

Mas, outra ACS nos relatou a sua impressão sobre a gestante Lua Flor de acordo com esta profissional a *gestante não gostava do “pessoal do posto de saúde” por acreditar que a equipe pudesse ter – em certo modo - culpa por suas perdas gestacionais anteriores e que, talvez, eu teria dificuldades para acessá-la*, ela verbalizou ainda que *Lua Flor era muito nervosa e, por vezes, discutia com membros da equipe da UBS* e que, atualmente, o contato com Lua Flor se dava na maioria das vezes por celular (telefonemas e mensagens).

Percebo neste momento uma equipe receosa pela escolha, e que imediatamente, faz outras ofertas de usuária-guia e me apresentam as dificuldades de acesso á gestante como, por exemplo, sua extensa carga horária de trabalho (horário comercial - das 08h00 às 17h30) e a impossibilidade de Lua atender ao telefone durante seu turno de trabalho (normas da empresa).

Ao indagá-las sobre a possibilidade de realizar acompanhamento da gestante no local de trabalho, as mesmas foram categóricas ao afirmar que não

poderiam adentrar lojas e mercados (comércios em geral) daquela região devida orientação da gestão central. Por alguns momentos me senti um tanto quanto impotente, pois as propostas de abordagem inicial com a gestante pareciam desacreditadas pela equipe era como se elas tivessem a certeza de que minha aproximação com Lua Flor seria impossível frente às inúmeras dificuldades.

Isso tudo me causou um enorme desconforto era com se a ACS adormecida em mim de repente acordasse, passasse a me devorar e, de modo muito intenso manifestou sua estranheza frente às situações até então, pouco convencionais para esta cartógrafa ainda em construção. Em meu corpo vibrátil aflorava, principalmente, certa preocupação de que a predominante comunicação por mensagens via celular, que presenciei em campo, não pudesse ser tão efetiva como um encontro pessoal, embora este tipo de contato, também pudesse apresentar algumas vantagens. No entanto fazia-se necessária de minha parte a compreensão de que aquele era o novo modelo de organização do trabalho do ACS',

[...] a gente tem o "Whatsapp" de quase todos os pacientes da área. Daí a gente avisa quando tem guia; chama para a pesagem do "Bolsa Família"; convida para as reuniões de gestantes. Como temos várias áreas descobertas, o celular facilita nosso trabalho (ACS -1).

Porém, o exercício de entender as mudanças tecnológicas no agir ACS não diminuiu o meu desconforto, ao contrário, aumentava na medida em que esta autora buscava em seu passado profissional (enquanto ACS) compreender a razão de tamanho estranhamento ao presenciar os inúmeros contatos telefônicos realizados pelas ACS da UBS durante minha estadia na sala de reuniões com a equipe. Eu me perguntava: Como o ACS, que é o responsável por fazer a visita domiciliar (VD), que é o elo entre a comunidade e a equipe de saúde conseguia se comunicar com seu usuário por telefone e, por vezes, sem realizar visitas domiciliares? E o vínculo? Existia vínculo naquela comunicação? E como era isso para o usuário: bom ou ruim?

Diante de tamanha inquietação decido levá-la para o grupo de pesquisa (no qual estou inserida há algum tempo) visando um processamento destas indagações e sentimentos. Ao me colocar diante do grupo fui acolhida imediatamente ao mesmo tempo em que fui sendo agenciada à pensar a partir do vivido até aqui, ou seja, da ACS que havia em mim.

Deste modo busquei as origens e o contexto em que foi sendo

produzida a cartógrafa ACS em mim, há quase duas décadas, mais precisamente, a partir do ano 2001. A começar pelas políticas públicas do país que buscava fortalecer o setor de saúde, principalmente, da Atenção Primária de Saúde (APS) com ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) visando à prevenção e recuperação de agravos, incluindo, maior investimento e contratação de equipes completas.

Percebi, também, que no início do PSF esta tecnologia (celular e aplicativos de mensagens) tão presente em nosso meio social, profissional e no modo de andar a vida atualmente, não existia ou era pouco acessível ainda, naquela época. Então, nostalgicamente as lembranças foram sendo remetidas a um período de tempo (há quase 20 anos) em que a forma mais efetiva para o ACS acessar os usuários e produzir os encontros, naquele momento, era mesmo, a partir das visitas domiciliares. Não que o encontro (físico) favorável à produção do cuidado em saúde pudesse ser melhor do que o instituído atualmente, porém, este era o modo possível para aquele período e aquela geração de pessoas/usuários. Sendo que, dentre as principais atribuições do ACS, a realização de “visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, para acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar não sofreu modificações” (BRASIL, 2013, p. 46).

Dada às características atuais, em que estamos todos conectados em tempo real, e que as nossas necessidades foram sofrendo alterações ao longo do tempo, igualmente, o trabalho em diferentes segmentos foi se transformando e buscando novas formas de organização, não sendo diferente com o setor saúde. Assim, pensei que o cuidado em saúde enquanto acontecimento e as valises tecnológicas propostas por Merhy (2000) me ajudariam nesta reflexão.

As valises tecnológicas têm sido apresentadas por Merhy (2000) enquanto ferramentas que os trabalhadores de saúde utilizam para atuar. Sendo a valise de mão considerada “tecnologias duras” formada por materiais de uso diário como (canetas, papéis, estetoscópio, entre outros equipamentos); “tecnologias leves” relacionadas com habilidades cognitivas, como os saberes científicos e o modo como o trabalhador as aplica e “tecnologias leves” a valise diretamente implicada com a produção das relações entre sujeitos, que só tem existência em ato (com leveza relacional).

Em se tratando da produção de cuidado em saúde por meio dos encontros entre usuários e profissionais de saúde chego ao entendimento de que, se

por um lado, os encontros físicos continuam possibilitando a produção do cuidado em saúde em ato (tecnologias leves), os encontros tecnológico-virtuais, também, podem favorecer a produção do cuidado em saúde em ato, porém, em ato digital. No entanto, o cuidado em ato digital por mim presenciado, até este momento da pesquisa, tem se estabelecido de maneira predominante pela utilização de aparelhos celulares, característica estas que compõem a valise das “tecnologias-duras”.

Esta tem sido uma estratégia que as equipes de ACS tem utilizado com muita frequência, pela possibilidade de comunicação rápida entre profissionais de saúde e usuários via ligações telefônicas e/ou de um aplicativo de troca de mensagens. Ou seja, estes profissionais de saúde conseguem manter uma conexão tanto com os usuários de sua área de abrangência quanto com os usuários que pertencem às áreas descobertas, sem ACS’.

Se por um lado não temos a pretensão de direcionar a escolha por uma ou outra valise tecnológica haja vista que todas são importantes ao processo produtivo dos trabalhadores de saúde, por outro, o desejado é um equilíbrio de seus usos e que a as tecnologias leves, que dizem respeito às relações entre os sujeitos, estivessem sempre presente (MERHY, 2000).

Para o usuário, e neste caso, para Lua Flor e Emanuel nosso casal guia do estudo, este recurso tecnológico (cuidado digital e, portanto, “tecnologias duras”) é bem vindo. De acordo com as narrativas do casal a tecnologia empreendida nesta comunicação (via telefonemas e mensagens de celulares) facilita e até agiliza alguns pedidos de informações, agendamentos de consultas e exames em geral.

No entanto, em sua narrativa, ainda em nosso primeiro encontro, Lua Flor se mostrou um tanto quanto apreensiva com relação à ausência de visitas domiciliares (no caso a possibilidade do cuidado como acontecimento e, portanto, “tecnologias-leves”) o que talvez poderia explicar sua aceitação imediata ao convite para a pesquisa onde lhe fora ofertada, também, uma visita em seu domicílio. Reforço ainda que, foi durante uma visita domiciliar que a gestante teve a oportunidade de apresentar suas dúvidas com relação ao modo correto de aplicação de heparina (subcutânea) que a mesma utilizaria durante toda a gestação com intuito de prevenir trombozes e outras complicações gestacionais (discutida mais adiante).

Em minha afetação entendo que as equipes da ESF, e mais especificamente, os ACS’ que permanecem com a importante função de aproximar a Unidade Básica de Saúde e a comunidade reflitam sobre o seu processo de trabalho

colocando em análise até que ponto a tecnologia pode ser utilizada sem que haja prejuízos para o cuidado em saúde que é consumido em ato, aquele que ocorre, predominantemente, nos encontros entre usuários e profissionais de saúde, o cuidado em saúde em ato (MERHY, 2007).

Com relação à dificuldade de acompanhamento da gestante-guia devido trabalho em horário comercial cabe aqui uma reflexão. Qual seria o motivo real para o trabalhador não poder adentrar em um estabelecimento comercial em seu horário de trabalho, mesmo que fosse para levar uma importante informação de saúde para uma gestante de alto risco? Como é o caso de Lua Flor, por exemplo. Uma vez que o contrato de ACS também é em horário comercial - o que aumentaria as chances da trabalhadora acessar a usuária no trabalho ou em horários alternativos, caso isso fosse conveniente e possível para gestante.

Num primeiro momento pensei que a gestante não quisesse receber visitas no trabalho (ou no horário de) no intuito de preservar sua privacidade (seus problemas de saúde) frente aos demais colegas de trabalho. Mas, ao longo do estudo esta minha impressão inicial não se confirmou.

E a explicação de acordo com as próprias ACS poderia estar na vigília que a população local faz em relação a estes trabalhadores, principalmente, daqueles que “abusam” deste tipo de visita. Embora uma das ACS não tenha deixado claro sobre o real problema, sua fala trouxe pistas de que a orientação e/ou regra tenha partido da coordenação local no intuito de preservar a imagem de suas equipes.

A gente até pode entrar nos estabelecimentos comerciais, mas isso, só pode ser feito com autorização prévia da nossa coordenadora ou da supervisora de equipe. Tudo para evitar os falatórios e denúncias que a população faz (ACS 3).

Isso me fez lembrar o período em que eu era ACS. Sendo comum àquela época que os ACS entrassem em diferentes tipos de estabelecimento comercial (que por vezes, também era a residência do proprietário). Claro que a maioria dos ACS' tinha boa intenção, ou seja, levavam informações relacionadas as suas atribuições profissionais. Mas devo admitir que alguns dos colegas ACS' abusavam desta liberdade e até praticavam o comércio em horário de trabalho, outros estabeleciam “vínculos” fortemente arraigados em laços de amizade, e por vezes, utilizavam as residências/comércios como uma espécie de porto seguro para “matar” o tempo e fazer refeições, por vezes, oferecidas pelo próprio usuário/morador, de

acordo com denúncias que chegavam para a coordenação da UBS naquele período.

E as narrativas da ACS sugerem que neste quesito não houve grandes mudanças após duas décadas. O que talvez explique a precaução das coordenadoras, haja vista que, a própria tecnologia digital que favorece algumas das atribuições dos ACS atuais, também, possibilita a exposição desta categoria de trabalhadores na medida em que denúncias podem chegar acompanhadas de registros audiovisuais feitos em aparelhos celulares o que causaria grandes prejuízos ao profissional e ao serviço de saúde. Sendo este, talvez, o modo como a coordenadora encontrou para, também, cuidar de sua equipe. Concordo que é necessária prudência, mas entendo também, que a regra não pode impedir que a singularidade do usuário seja vista e que as exceções precisam e devem existir.

Mas, voltando às tentativas iniciais de contato com a gestante-guia aquela minha fome devastadora parecia não ter fim, e para a surpresa da equipe e minha também, numa das inúmeras tentativas de telefonema, consegui conversar com Lua Flor que manifestou interesse em receber minha visita e, assim, subitamente combinamos o dia e o local para nosso primeiro encontro (na casa dela), contrariando assim, as previsões feitas previamente pela equipe de ser quase improvável tal aproximação.

Porém, um novo desafio se apresentava, pois o horário que a futura gestante-guia poderia me receber seria fora do horário de trabalho da ACS já no entardecer, ou seja, eu teria que ir sem a presença do serviço numa região do bairro de difícil acesso e perigosa (bairro com características violentas pela prática de ilícito) como já me alertava uma das ACS.

Este modo pouco tradicional de inserção no campo de pesquisa, num primeiro momento, me causou bastante apreensão, pois, tratava-se de um encontro de desconhecidas marcado por telefone. Encontro entre pessoas, que sequer conheciam a face uma da outra. E ao mesmo tempo, a impressão que tive inicialmente, foi que aquele aceite imediato para a pesquisa parecia ser uma espécie de pedido de ajuda dada a sua história obstétrica desfavorável, da gestante até aqui.

3.2 ENFIM... O ESPERADO ENCONTRO COM LUA FLOR

E foi assim que uma inquieta mestranda aspirante à cartógrafa desejante por novos e bons encontros, teve a grata surpresa de conhecer durante sua

trajetória de produção científica, uma jovem sonhadora - também aspirante - porém, a aspiração da referida jovem naquele momento de sua vida era a maternidade, ou seja, pulsava nela um potente desejo de ser mãe (mesmo estando ela em sua terceira gestação).

Então, conheço pessoalmente Lua Flor uma esperançosa menina casada com Emanuel havia 06 anos. Ambos vieram de uma cidadezinha do interior do estado do Paraná em busca de trabalho e crescimento pessoal/profissional. No momento do encontro inicial o casal possuía vínculos empregatícios, ela havia concluído o Ensino Médio e trabalhava como caixa operadora em uma rede de supermercado (em horário comercial). Ele, também, concluiu o Ensino Médio e trabalhava como açougueiro noutra rede de supermercados. Evangélicos, o casal participava de uma comunidade religiosa. Relataram poucas opções de lazer e moravam num bairro pobre na periferia da cidade (mais precisamente, num fundo de vale). A discreta rede de apoio familiar de Lua Flor se resumia basicamente ao esposo e a sogra (relação inicialmente conflituosa). Sendo que, os demais membros da família de Lua Flor (pais e irmãos) ficaram na cidade em que ela morava anteriormente.

Um dos sonhos que o casal alimentava com a mudança de cidade era ter a casa própria e depois, filhos. Porém, a vida não lhes seria assim tão fluída, pois, a dificuldade financeira e a demora por arrumar emprego no novo município fez com que o casal tivesse que improvisar a moradia no quintal da casa da mãe dele (no caso, a sogra de Lua). Mas, antes mesmo do término da construção da casa Lua Flor engravidou pela primeira vez o que trouxe bastante alegria ao casal.

Percebi pela narrativa de Lua Flor que sua primeira gestação já apresentava potenciais riscos de complicações obstétricas – com uma duração de 37 semanas de gestação – tais riscos passaram despercebidos e levaram a um desfecho extremamente indesejado – o óbito fetal. E num relato bastante inocente ela disse:

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 durante minha primeira gestação. Achava que era de tanto usar o celular. Achava normal (Lua Flor).

Lua Flor conta que mesmo em meio a muita tristeza - logo após o óbito fetal que ocorrera na 37ª de gestação - eles conseguiram concluir a humilde e pequena casa (o lar doce lar do jovem casal). O casebre construído a partir de diferentes materiais reaproveitados possui logo na entrada uma varanda com piso de

chão batido. O piso da cozinha apresentava várias cores e formas irregulares (típico de reaproveitamento) além de móveis bem simples que aparentavam uso de longa data. Na sala, o básico para o descanso do dia a dia (sofá antigo de 02 e 03 lugares), uma mesinha em madeira envelhecida e sobre ela encontrava-se: um televisor e um notebook. Sendo as cortinas (confeccionadas com tecido estampado e desgastadas pela ação do tempo) dispostas nas portas, sendo estas a delimitação de acesso entre um cômodo e outro.

As paredes da sala apresentavam diferentes texturas e estampas que formavam verdadeiros mosaicos com desenhos e gravuras abstratas originadas a partir da ação da chuva (infiltração/gotejamento) e dos vários recortes de materiais (sobras de demolição) que a compunham, uma verdadeira obra de arte. O quarto, não diferia muito dos outros pontos apresentados na simplicidade daquela pequena casa.

E para compor a decoração daquele aconchegante “lar doce lar” uma das paredes da sala ganhou uma enorme fotografia de aproximadamente 60X80 centímetros retratando o sonho da maternidade, pois a foto apresentava Lua Flor exibindo sua enorme barriga, registrando assim, a alegria com que ela e seu esposo esperavam pelo segundo filho do casal.

Confesso que aquele casebre me trouxera *flashes* nostálgicos, num verdadeiro reviver. De repente, era como se eu voltasse a ser criança e a sensação de que eu já havia estado ali naquele lugar era muito intensa. Todos os detalhes me pareciam familiares desde o piso de chão batido, a simplicidade do todo na casa e a festa sonora ocasionada pelas manifestações de cães, porcos e galinhas soavam como música aos meus ouvidos e, de repente, as lembranças me remeteram ao “entardecer” (inúmeros) de minha vida infante-juvenil, constantemente, aromatizado pelo doce aroma das cebolas podres que religiosamente, anunciavam o momento do jantar.

E, passado o impacto inicial composto pela insegurança e a nostalgia que o lugarejo me provocara no encontro, busco conhecer mais profundamente Lua Flor. Apresento-me oficialmente e me deparo com uma jovem mãe, que num primeiro momento, também buscava em apenas um olhar, entender o que de fato me levara até ali. Pois, inexplicavelmente, eu estava diante de alguém que até alguns momentos eu não sabia que existia e que, no entanto, parecia que já nos conhecíamos bem antes deste nosso encontro.

Ali, logo senti que o sonho da maternidade se tornou para o casal um

objetivo a ser alcançado. Sendo assim, Lua engravidou pela segunda vez com um intervalo gestacional de pouco mais de um ano. Desta vez a gestante que em sua primeira gestação havia iniciado seu pré-natal tardiamente agora iniciou o acompanhamento na UBS do bairro logo nas primeiras semanas de gestação.

No entanto, o fato de Lua ter iniciado o pré-natal precocemente não teria sido suficiente para que outro evento desfavorável ocorresse, pois, a sua segunda gestação precisou ser interrompida via cesariana na 34ª semana devido sérias complicações que incluíam os diagnósticos de trombofilia materna e pré-eclâmpsia causando uma insuficiência placentária com repercussões danosas ao feto, ou seja, outro evento obstétrico desfavorável.

Deste modo, nascia Gabriel um garoto frágil e ao mesmo tempo forte por ter sobrevivido às inúmeras paradas cardíacas e ainda permanecer vivendo por 04 meses, envolto por dispositivos e tubos no intuito de garantir-lhe a nutrição e o tratamento medicamentoso. Ainda que o estado de Gabriel fosse extremamente grave o casal nunca perdeu a esperança de segurá-lo no colo e levá-lo para casa com saúde. Confesso que senti uma vontade enorme de chorar ao ouvir este relato de Emanuel, pai do bebê:

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

A narrativa serena de Emanuel nos revela o homem forte como figura principal no apoio à Lua Flor. Pois, a rede de cuidados familiares para o casal era muito estreita e também, fragilizada. Ou seja, na prática o casal só tinha um ao outro, neste processo de lutas e perdas tão dolorosas. Desde os acompanhamentos nos pré-natais e exames; solicitações de transporte de emergência; aquisição de medicações especiais; dos revezamentos para cuidado do Gabriel e sua intensa vigília hospitalar até mesmo o abandono do emprego estão entre as ações e decisões que Emanuel precisou tomar ou desenvolver para que, ainda que de modo solitário, formar a rede de apoio e cuidado de Lua Flor.

Por sua vez, Lua Flor mantinha sua potente vontade engravidar novamente, o que a fez, a despeito dos riscos envolvidos, seguir juntamente com seu esposo, buscando alcançar tal objetivo. A equipe da ESF relatou que realizaram sucessivas orientações, mas se sentiam impotentes frente ao enorme desejo de Lua

Flor em gestar novamente, o que acabara ocorrendo. Esta intensidade de desejo de Lua Flor me levou novamente às palavras de Deleuze quando *afirma que o inconsciente deseja e nada faz senão desejar*. O autor traz ainda o desejo como algo que se contrapõe em alguns momentos na medida em que

[...] encontra o princípio de sua diferença com relação à necessidade no objeto virtual, ele aparece não como uma potência de negação, nem como elemento de uma oposição, mas sobretudo como uma força de procura, uma força questionante e problematizante que se desenvolve num outro campo que não o da necessidade e da satisfação (DELEUZE, 1988, p. 107).

Neste sentido, penso que para além das ações e orientações em saúde que equipe buscou produzir para Lua Flor, o desejo dela de engravidar foi maior. Porém, juntamente com alegria do resultado positivo vieram, também, outras preocupações para o casal, principalmente para Lua Flor que não conseguia deixar de pensar nas gestações anteriores e mesmo buscando não associar a gestação atual com as demais, seus pensamentos, por vezes, insistiam em traí-la fazendo com que o peso daquele passado obstétrico desfavorável lhe viesse à memória.

Este misto de emoções causava-lhe profundo sofrimento e não demorou muito Lua Flor experimentou uma triste possibilidade – a de que sua gestação não pudesse mais avançar -, pois, sua primeira Ultrassonografia (USG) obstétrica na atual gravidez apresentou o diagnóstico de Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) com 07 semanas de gestação. Iniciava-se aí um período crítico que demandou repouso absoluto e aporte medicamentoso (no caso, a reposição hormonal) para a manutenção da gestação.

Foram semanas difíceis de acordo com nossa gestante-guia, contudo, a USG morfológica realizado na idade gestacional (IG) de 12 semanas e 4 dias revelou que o feto estava se desenvolvendo normalmente e o diagnóstico de DPP já não mais se fazia presente, demonstrando assim, que a terapêutica instituída trouxera resultados favoráveis. Situação essa que deixou o casal muito feliz e ainda mais esperançoso para seguir firme neste itinerário gravídico.

Atualmente Lua Flor encontra-se em sua terceira gravidez. A jovem, de 23 anos de idade e com idade gestacional de 13 semanas naquele primeiro contato inicia sua narrativa de modo entusiasmado e carregado de alegria por estar grávida novamente. De acordo com a gestante a criança foi muito planejada e extremamente desejada e ela narra com muita alegria a “odisseia” do casal no intento de engravidar.

Foram inúmeros testes de farmácia à espera de um resultado positivo. Ou seja, bastava um pequeno atraso menstrual e lá estava Emanuel e a Lua Flor testando para gravidez. E que no dia em que o exame positivou eles ficaram muito felizes e, imediatamente, começaram a idealizar como seria esta nova gestação.

4 A PRODUÇÃO DE MÁSCARAS COMO DISPOSITIVOS DE ENFRENTAMENTO DAS PERDAS

*Espiritualidade na cor
violeta do arco-íris!*

A cor violeta revelava o tom das nossas conversas que iam ganhando intensidade na medida em que nossas almas aproximadas, também dialogavam entre si. Ou seja, tratava-se de um encontro de corpos e também de almas, uma vez que, o assunto principal daquela conversa se fazia comum para ambas. Uma troca de afetos numa atmosfera de fé e esperança. E neste emaranhado de emoções percebi que Lua Flor aos poucos foi sentindo segurança para falar de si e isso possibilitou uma produção de cuidado em ato na qual eu também fui favorecida, ou seja, cuidei e fui cuidada.

Diante de tamanha cumplicidade nosso diálogo avança para outra esfera caracterizada por inúmeras justificativas. Era como se os sentimentos de alegria de Lua Flor (pela nova gestação) não pudessem se sobressair em detrimento aos seus sentimentos de perdas anteriores.

- Nossos “anjinhos”!

Era como Lua Flor falava de seus filhos Eloá e Gabriel (*In Memoriam*). Enquanto Lua Flor me contava sua história de vida ficava evidente o modo carinhoso com que ela se referia aos seus filhos, não sendo diferente com Emanuel - o pai das crianças.

A gestante fez questão de me mostrar que em seu antebraço esquerdo ela havia tatuado a imagem de dois “anjinhos” na pele em homenagem aos seus filhos não vivos. Percebi neste momento que Lua Flor sentia-se confortável com aquela sua demonstração de carinho e que isso, talvez pudesse lhe trazer algum tipo de alegria, ainda que fugaz.

Em minha afetação, e falando deste lugar, me pareceu ser este o modo que Lua Flor tem utilizado para transformar e/ou minimizar sua dor e saudade em energias positivas para continuar a vida. Ou talvez, esta tenha sido a maneira que ela encontrou de manter viva a esperança de que um dia possa dar colo ao seu futuro bebê e trazê-lo para casa. Para o pai (Emanuel) a esperança tem sido o principal fio

condutor na concretização de sua paternidade, embora já se sinta pai, o mesmo verbalizou o imenso desejo de poder cuidar, de zelar e de ver crescer um filho do casal, o que até aqui, não foi possível dada às circunstâncias já expostas. E, em um de seus relatos Lua Flor revela que imagem tatuada em sua pele lhe traz bastante conforto como mostra o trecho a seguir:

Tatuei mesmo! Pois, acredito que deste modo eu consiga eternizar a presença dos meus filhos “anjos”, não só no coração, mas na pele, também (Lua Flor).

No entanto, entre uma fala e outra a gestante-guia demonstrava certa preocupação com seus sentimentos de alegria com a gestação atual. É como se ela sentisse a necessidade de justificar o tempo todo, as suas emoções.

Ao retomar as marcas deste encontro com Lua Flor a partir do meu olhar cartográfico fui agenciada a realizar um mergulho no âmago do meu ser. Num processo extremamente doloroso atravessado por muitas emoções que molharam meu rosto por lágrimas durante toda esta introspecção solitária, uma solidude momentânea, porém, necessária.

Então, retorno a infância difícil, revejo as inúmeras dificuldades que permearam a construção de minha trajetória até aqui, as consequências das minhas escolhas (em sua maioria, positivas) e os incontáveis percalços no modo de andar a vida.

Porém, nada foi tão intenso do que retomar ao momento em que me tornei mãe de “anjo”, sendo que essa intensidade toda me trouxe, também, lembranças das inúmeras vezes em *que meu corpo precisou produzir movimentos em direção aos afetos, bem como, a concretização destes afetos em máscaras (sem qualquer conotação de artifício para falsidade)*, mas sim como uma maneira de encarar e andar a vida naqueles momentos (ROLNIK, 2016, p. 36).

No entanto, outras máscaras foram se constituindo ao longo de minha vivência, e assim como as “noivinhas” de Rolnik (2016) algumas delas já se tornaram obsoletas e outras insistem em permanecer com algumas modificações lapidadas nos encontros com outros afetos como é o caso, por exemplo, da máscara da mulher forte, da esposa forte, da profissional forte e, enfim, do ser humano forte.

No entanto, nenhuma destas máscaras se compara a máscara de mãe forte que *grudou e não desgrudou* em mim até os dias atuais, principalmente,

pelo intenso desejo deste coração “despedaçado” em/de se manter ativo ao buscar colar outros corações (os corações dos filhos e do esposo – pai desses filhos), por ora também, despedaçados fazendo com que este cuidado com eles renove também, as minhas forças diariamente.

Esta minha imersão no passado a partir das marcas produzidas no encontro com Lua Flor trouxe a possibilidade de pelo menos tentar compreender a intensidade do deslocamento que ela me provocara por meio de sua narrativa, pois ao mesmo tempo em que utilizamos uma máscara de mãe forte, também nos sentimos culpadas nos efêmeros momentos de alegria que sentimos.

Minha percepção neste exercício de me colocar no lugar do outro é que talvez aquela Lua Flor alegre e entusiasmada com sua gestação atual, também, sente a necessidade de colocar em evidência a existência dos seus filhos “anjos”, sob pena, de ela mesma sentir-se culpada pela ausência destes. Sendo que, esta alteridade que parece ligar nossas almas (minha e de Lua Flor) encontra também, ressonância nas palavras de Barreto (2005, p. 7) - médico psiquiatra, precursor da Terapia Comunitária no Brasil - quando ele afirma que só podemos (re) conhecer algo, se já o conhecemos, de modo que, “*Só reconheço no outro, aquilo que conheço em mim*”.

Ou seja, particularmente, consigo entender este sentimento de “culpa” a partir daquilo que conheço em mim, como culpa. Pois, toda vez que tenho saudades do meu “anjo” e não me manifesto sobre o assunto (falando ou postando algo sobre) este é um modo encontrado por mim, de não ferir outras pessoas (que, igualmente, já sofrem comigo pelo mesmo motivo, mas, que também precisam de mim), ou seja, temo que meus outros filhos se sintam menos amados por estarem vivos. Sendo assim, mesmo que eu tenha motivos para estar feliz, às vezes, me pego boicotando sentimentos de alegria por não entender-me como merecedora de tal felicidade.

É como se a máscara da mãe sofredora entrasse em ação sem qualquer intencionalidade, porém com muita potência para paralisar algumas de minhas ações e/ou demonstrações de afeto e carinho e, porque não dizer, de alegria também.

5 DISPUTA DE PROJETO DE CUIDADO

Sinceridade e respeito

- Anil-!

A enfermeira Clara faz parte da equipe que acompanha desde o início a gestação atual de Lua Flor e tem amplo conhecimento acerca dos fluxos e protocolos que compõem a rede de atenção materno-infantil, Rede Mãe Paranaense (RMP)⁸, aliás, ela também faz parte desta rede. E durante uma conversa na UBS ela revelou que a equipe se preocupava muito com a possibilidade de uma nova gestação para Lua Flor dado seu histórico obstétrico desfavorável. E, por inúmeras vezes, Clara verbalizou que sempre que Lua Flor realizava um teste para investigação de gravidez (TIG) a equipe ficava apavorada. O que vai ao encontro da fala de uma das ACS' da equipe que referiu em dado momento da conversa que a gestante-guia "não gostava" da equipe por entender que esta mesma equipe fosse "culpada" pelos desfechos negativos de suas gestações anteriores.

Realizamos inúmeras orientações à Lua Flor sobre a importância de postergar uma nova gestação dada as suas condições de saúde (trombofilia - diagnosticada na segunda gestação) e, que o acompanhamento com hematologista era prioridade naquele momento (ENF Clara).

E mesmo diante ao esforço da equipe, principalmente, no que diz respeito às orientações sobre os riscos de uma gravidez naquele momento, o desejo de Lua Flor em engravidar foi maior causando desconforto e impotência na equipe. E assim, num dos vários exames que a gestante-guia fez buscando detectar a gravidez, o resultado veio positivo, o que deixou Lua Flor feliz e a equipe bastante temerosa.

No entanto, para além dos protocolos instituídos pelos serviços de saúde e o seguimento destes, por parte das equipes de saúde, há uma grande lacuna, principalmente, quando desconsideramos a vontade do usuário no projeto por nós instituído. Ou seja, as normas e regras estabelecidas em protocolos engessados

⁸ Rede Mãe Paranaense (RMP) programa que propõe a organização da atenção materno-infantil na atenção primária, nas ações do pré-natal e puerpério, do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, especialmente no seu primeiro ano de vida. Para isso a RMP propõe um conjunto de ações estabelecidas como: a estratificação do risco das gestantes e das crianças menores de um ano, a implantação dos ambulatórios para as gestantes e crianças de risco e a vinculação da gestante ao hospital (BRASIL, 2011b; PARANÁ, 2018).

geralmente não atendem a vontade e/ou não cabem no projeto de vida do usuário, e por vezes, esquecemos que *este usuário é o gestor de sua própria vida e de suas escolhas, independente, de ter ou não o nosso consentimento* (FEUERWERKER, 2011).

E ao me colocar no lugar da enfermeira Clara, enquanto profissional de saúde, fui percebendo que a autorreflexão trouxe outras perguntas cujas respostas estavam intrínsecas no meu eu profissional (enquanto detentora dos saberes), principalmente, sobre a vida do outro. Pois, nossas expectativas quase sempre se chocam com os anseios do usuário que, por vezes, busca um apoio para minimizar problemas de saúde que interferem no seu modo de andar a vida, enquanto o trabalhador de saúde exige do usuário uma organização de vida à luz de seu saber técnico-científico (FEUERWERKER, 2011).

Ou seja, para Lua Flor a informação de que ela deveria aguardar algum tempo sem engravidar ou ainda, que precisava aguardar ao menos a primeira consulta com o especialista (no caso, o hematologista) não lhe fora significativo o suficiente para que ela evitasse uma nova gestação naquele momento. Orientações estas, que não lhe faziam o menor sentido diante do seu desejo maior, o de engravidar novamente, alcançando êxito após sucessivas tentativas. Corroborando Deleuze e Guattari (1997, p. 67) o desejo é um agenciamento, que “abraça a vida como uma potência produtora” que faz com que se produza movimento, e conseqüentemente, energia que gera intensidades e sentidos para a vida. Também, considerado como “uma força propulsora, produtiva e criativa que proporciona encontros, encontros de fluxos e corpos, que funcionam como unidades de produção”. Ou seja, é “uma força capaz de criar a si mesmo e a sua existência” (BADUY, 2010, p. 107).

Neste sentido a força do desejo de Lua Flor, independente, do plano de cuidado que a equipe havia estabelecido para ela no intuito de prevenir agravos a sua saúde e ao futuro conceito, *não coube no projeto da gestante que conduziu sua própria vida e realizou seu plano individual*, atendendo ela mesma, as suas necessidades de saúde para aquele o momento (FEUERWERKER, 2011).

Essa disputa de projetos me fez refletir sobre como enquanto profissional seguimos às vezes protocolos e rotinas, sem questionar qual o sentido que isso tem na vida dos usuários. Outro momento do campo que me afetou neste sentido foi relacionado ao processo de trabalho do ACS, discussão esta, iniciada em parágrafos anteriores.

Por mais que eu tivesse conhecimento de algumas das mudanças no Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), mudanças estas, que poderiam ou podem impactar diretamente na organização do processo de trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica (AB), principalmente, no número ou na ausência de ACS nas equipes da área de abrangência, eu ainda não havia experimentado na prática, o rearranjo que as equipes vem produzindo ao longo da história no intuito de atender a comunidade de acordo com suas possibilidades, incluindo aí, os modos e os meios de comunicação.

Se por um lado as “tecnologias duras” - aqui representadas pelo intenso uso de celulares - podem facilitar a comunicação e facilitar a vida do usuário, por outro, como já ponderei acima, pode nos afastar do seu cotidiano e fazer a equipe perder oportunidade de cuidar.

6 O CUIDADO NOS *INTERSTÍCIOS* DOS PROTOCOLOS (SERINGAS, RECEITAS, AGENDAS...)

A esperança verde!

A esperança viva!

A esperança vive!

Dentre os diferentes assuntos que conversamos ainda, durante a visita domiciliar inicial, percebi que Lua Flor nutria uma grande esperança em concretizar seu sonho de ser mãe (uma esperança cheia de vida). No entanto, algo me chamou a atenção e deixou-me bastante apreensiva. Como na segunda gestação Lua Flor havia sido diagnosticada com trombofilia a mesma encontrava-se em uso contínuo de antiagregante plaquetário (por via oral) e Heparina por via subcutânea de 12h em 12h, cujo objetivo era o de prevenir a coagulação sanguínea e, conseqüentemente, outros episódios trombóticos, ainda nesta gestação.

Devo confessar que junto com a pesquisadora-cartógrafa, uma multidão de Eus vive em mim. E, durante essa visita domiciliar é óbvio que a ACS em mim se externaria, e assim, o fez. Então, para além da pesquisa, interessou-me saber também, como vivia Lua Flor e a partir daí passei a indagá-la sobre seus costumes, seus hábitos alimentares, suas relações afetivas, medicações em uso entre outras coisas.

De repente, Lua Flor levantou-se do sofá adentrou seu quarto e retornou rapidamente trazendo em uma das mãos um frasco de medicamento (seria um repositivo de cálcio), e na outra, uma seringa simples de insulina. E foi logo me dizendo:

Comecei a usar esta medicação logo após o nascimento do meu segundo 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 tinha dúvidas com relação à ação da medicação e também, sobre a maneira correta de fazer a automedicação da heparina. Ela mostrou-me a seringa que estava utilizando e no interior da mesma havia uma quantidade considerável de

heparina que se aproximava da dose total de aplicação (que era 0,25 ml), mesmo já tendo sido realizada a aplicação daquela tarde.

Ponderei por alguns instantes e a alertei sobre a possibilidade de o tratamento não estar sendo realizado de modo satisfatório, pois se houvesse algo de errado com a seringa a equipe de saúde deveria ser informada para analisar a questão. Haja vista que sua segunda gestação teve como desfecho um parto prematuro com complicações intra-útero resultando em óbito infantil aos 04 meses de vida - devido trombose placentária.

Sendo assim, orientei-a que procurasse a enfermeira da UBS para conversar sobre o assunto e considerar uma possível troca, principalmente, por ela ser uma gestante de risco e, portanto, fazer parte do grupo de usuários prioritários. Pois, minha percepção naquele momento era de que, ainda que aquela seringa não apresentasse problema algum, um dano já havia se instalado, ou seja, a descrença da gestante naquele tratamento. O que pode se 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) fica toda 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 a orientação de procurar a UBS, seu atendimento inicial foi realizado por um profissional de saúde que naquele momento, novamente, não a considerou como prioridade para o fornecimento das seringas adequadas ao tratamento, haja vista que a mesma não preenchia os critérios de inclusão no protocolo de diabetes meliitus. Porém, diante da negativa e, previamente, orientada a gestante insistiu e procurou a enfermeira que interveio imediatamente e forneceu as seringas, demonstrando assim, seu olhar sensível focado na necessidade da gestante.

Pude evidenciar esta sensibilidade da enfermeira a partir do relato de Lua Flor em nosso encontro seguinte, quando a mesma narrou sua satisfação ao ser atendida em sua busca pelo cuidado (que naquele momento demandava a dispensação de um dispositivo que lhe fosse adequado à sua terapêutica medicamentosa), momento este, em que houve a produção do cuidado na percepção da gestante de acordo com sua narrativa:

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).

No entanto, semanas após, a gestante entrou em contato comigo referindo bastante preocupação com o término das seringas dispensadas pela equipe da UBS, pois, no seu retorno para a consulta de pré-natal ela aproveitou para pegar tanto a medicação quanto as seringas, no entanto, mais uma vez lhe fora dispensada a seringa “comum”, sob a alegação de que o dispositivo “adequado” estaria em falta na UBS.

Desta vez, fiz uma intervenção direta com o serviço por perceber que Lua Flor estava muito ansiosa - entrei em contato telefônico com a enfermeira Clara - que no dia seguinte providenciou as seringas para a gestante. Mais tarde em áudio gravado e enviado pelo aplicativo de mensagens a gestante que já se encontrava menos preocupada, mas, ainda bem indignada fez o seguinte relato:

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

Mas, no final desta conversa por áudio a gestante foi se acalmando e rapidamente apresentou uma entonação de voz mais tranquila com a resolução do caso e, utilizava-se então, de palavras de gratidão.

Este relato de Lua Flor demonstrando sua indignação tem mais a haver com o (des)cuidado empregados pelas tecnologias leve-duras como, por exemplo: fluxos, cronogramas e protocolos demasiadamente utilizados com dureza, do que com o ato da não dispensação das seringas, propriamente dita.

Porém, seu comportamento resignado, posteriormente, poderia indicar também, que naquele momento de sua vida, 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 aquele dispositivo fundamental para sua saúde obstétrica.

Mas, esse comportamento de resignação demonstrado por Lua Flor se repetiu, também, fora da Atenção Primária de acordo com seus relatos. Neste caso, no serviço de referência ao pré-natal de alto risco do ambulatório do HC que realiza

consultas mensais, as quais são intercaladas com as consultas da UBS.

Em todas as nossas conversas até aqui, Lua Flor sempre demonstrou muita confiança na equipe que presta atendimento na instituição responsável pelo pré-natal de alto risco. Sendo assim, solicitei à Lua que me contasse um pouco mais sobre o desenvolvimento das consultas de pré-natal no ambulatório de alto risco. E, surpreendentemente, ela inicia sua narrativa dizendo que ela nunca tinha visto o médico especialista lá, e que as pessoas que a atendem na maioria das vezes são os alunos dele, do professor Frederico, além da enfermeira. Ela contou ainda, que em algumas das consultas ela recebia ou recebe somente a receita de medicamentos e uma orientação para agendar o retorno.

[...] nos raros contatos com médico ele não é muito simpático, e quase nem olha para gente (Lua Flor).

Porém, de acordo com a gestante, em sua segunda gestação, o doutor responsável por seu parto (uma cesárea na 34^a semana de gestação) havia dito a Lua Flor que a mesma havia chegado para ele, tardiamente. E de acordo com a fala de Frederico este “*chegar tardiamente*” estaria relacionado ao tempo que a gestante levou para acessar o ambulatório de pré-natal de alto risco. Ou seja, a gestante também percebe a demora em acessar o serviço de referencia conforme sua narrativa:

Na primeira vez que perdi meu neném o médico do HU falou que se eu engravidasse novamente eu teria que ser enviada para o HC, imediatamente, por conta da pré-eclâmpsia. No entanto, na segunda gravidez eu fui para o HC somente com 29 ou 30 semanas quando deu um “probleminha” no cordão umbilical (doppler). Aí, fui internada, acompanhada por USG e com 34 semanas interromperam a gestação.

Por mais que Lua Flor pudesse, por vezes, sentir-se invisível diante de uma equipe especializada para o atendimento de urgência e emergências obstétricas, sua narrativa explicitava uma enorme confiança naquela equipe, principalmente, na pessoa de Frederico - homem de pouca conversa (um tanto quanto fechado), porém, muito experiente em sua área de atuação (patologias obstétricas) que a seu modo criou vínculo com a gestante em apenas dois encontros, os quais se deram em momentos cruciais da vida de Lua Flor (ou seja, no final de suas gestações anteriores), mesmo não tendo qualquer possibilidade de intervenção que pudessem mudar os desfechos obstétricos desfavoráveis que Lua Flor vivenciou. Em resumo

Frederico não a desestimulou no seu intento de ser mãe e ainda a orientou sobre uma vigilância absoluta em sua próxima gestação. O relato abaixo externa toda esta confiança

[...] ele já conhece meu prontuário, sabe que tenho SAF, e ainda, me disse que o final desta gravidez será diferente das outras. Me deu esperança de sair do hospital como meu bebê no colo e levá-lo para casa.

Diante do exposto percebo que independente da gestante Lua Flor sentir-se ou não cuidada e de, por vezes, sentir-se invisível mesmo inserida numa rede materno-infantil neste momento sua maior aspiração é poder contar com profissionais/instituições que poderão ajudá-la a realizar o seu sonho da maternidade e isto inclui diferentes setores e complexidades como, por exemplo: a Atenção básica, a Atenção especializada e, até mesmo, uma Instituição de Ensino.

Com relação à Atenção básica destaco dois pontos que entendo extremamente importantes nestes encontros entre os profissionais da UBS com Lua Flor. O primeiro, diz respeito à importância da visita domiciliar que, por vezes, não tem sido muito valorizada mesmo entre os integrantes da equipe.

No entanto, a VD possibilita encontros que podem fazer diferença significativa na vida do usuário, seja por levar uma orientação terapêutica ou até mesmo corrigir falhas de tratamento que poderá levar a melhoria e/ou manutenção da qualidade de vida do usuário ou até mesmo prevenção de agravos.

Sendo assim, a VD propicia, dentre outras produções dos encontros com o outro, também, a criação de vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde que o acompanham, e uma vez estabelecido o vínculo, este pode ser um 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).

Vínculo à luz da Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 que foi lançada pelo Ministério da Saúde⁹ *consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além*

⁹ A referida Portaria aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011b).

A VD permite ainda, a produção de cuidado nos encontros com o outro, a partir de uma escuta personalizada e de uma intimidade maior entre as partes oportunizando a criação de vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do mesmo. Neste sentido, o vínculo no cuidado em saúde também pode ser entendido como

[...] um projeto ético-estético-político, nunca acabado, que coloque a centralidade das práticas de cuidado nas demandas e necessidades em saúde das vidas em sua diferença, que potencialize as escolhas de cada usuário, aquelas com significados para ele, sempre evitando-se enveredar pelo juízo moral, ou pela criminalização dos desejos e escolhas do outro, fugindo da captura do lugar de saber o que é melhor para o outro, reconhecendo nossos não-saberes e a necessidade de uma ação ativa na busca de compartilhar a produção do cuidado entre os trabalhadores e com o usuário, de forma viva, simétrica e singular (SEIXAS *et al.*, 2019, p. 11).

E no caso de Lua Flor, especificamente, imagino que ela valorizaria sim essa aproximação com a equipe, uma vez que a mesma foi muito aberta para com esta pesquisadora e prontamente aceitou minha visita e a pesquisa, inclusive, o espaço aberto por ela possibilitou a criação de vínculo entre nós, e mesmo longe fisicamente eu conseguia acompanhá-la em suas andanças pelos caminhos nesta busca pelo cuidado.

No meu entendimento, tanto a produção do cuidado quanto o estabelecimento de vínculos são possibilitados a partir dos diferentes encontros e em diferentes espaços, sendo a visita domiciliar uma potente estratégia para estas produções. 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 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. Portanto, para construir vínculo o trabalhador necessita de um processo que o apoie neste sentido.

Por outro lado, se tivesse havido maior vínculo entre a gestante e os trabalhadores de saúde responsáveis pelo acompanhamento da mesma e, principalmente, se houvesse uma aposta maior naquilo que se é produzido nos encontros, talvez, estes sujeitos: trabalhadores-usuários pudessem ter conversado de outra forma, inclusive, sobre a limitação financeira que estava intrínseca na não dispensação das seringas tidas como “adequadas”, por conta da limitação

orçamentária do serviço público e poderia perceber que o que se conseguiu até aqui, apesar de ser um direito seu como usuária, também foi fruto de muito esforço da equipe que a cuida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de serviços, programas e políticas públicas instituídas pelo sistema de saúde vigente no país não foi objeto do presente estudo, ao invés disso, interessou-nos refletir sobre o cuidado a partir das lentes de uma gestante de alto risco e em acompanhamento pré-natal na rede de atenção materno-infantil. Ou seja, buscamos compreender como acontece a produção do cuidado dos usuários nos espaços e equipamentos de saúde, por vezes, entendidos como “chão de fábrica do SUS”.

O cuidado ou o ato de cuidar em saúde, por sua vez, é formado por um leque de ações, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes que se complementam ao mesmo tempo em que se disputam e embora inerente ao processo de trabalho dos profissionais da saúde o cuidado é de responsabilidade, também, de familiares, de amigos, e do próprio usuário.

A Atenção Básica (AB) que tem se configurado como terreno fértil para as diferentes experimentações que conduzem à produção do cuidado continua sendo principal porta de entrada do usuário no SUS, embora não seja a única. A UBS possui dentre outras responsabilidades o acompanhamento do usuário em todo ciclo vital a partir do desenvolvimento de inúmeras ações e procedimentos ligados à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e a recuperação da saúde dentre outros.

Especificamente, na atenção materno-infantil, inúmeras foram as ações desenvolvidas pelo MS visando à garantia de direitos e melhorias na qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, sendo uma destas ações a Rede Cegonha (e, no caso do Paraná: Rede Mae Paranaense) que estabelece um conjunto de ações para estratificação do risco das gestantes e de crianças menores de um ano, com implantação de ambulatórios e a vinculação da gestante de alto risco ao hospital de referencia. A garantia de acesso à atenção materno-infantil é principal missão da RMP com a promoção do cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e para as crianças menores de um ano de idade (BRASIL, 2011a).

Subentende-se então, que a produção do cuidado em saúde poderia estar implícita ou seria esperada 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, as narrativas da gestante-guia trouxeram pistas que sugerem a presença do (des) cuidado nas ações e procedimentos desenvolvidos por profissionais responsáveis por prestar o cuidado em saúde. Ainda que as instituições tenham se organizado numa rede de fluxos e acompanhamento buscando a proteção materno-infantil, essa estrutura não tem sido suficiente para produzir o cuidado, que por vezes, necessita apenas da utilização das tecnologias-leves, predominantemente, em detrimento das tecnologias leve-duras e duras.

Por outro lado, sabe-se que o cuidado é produzido nos diferentes encontros entre usuários e profissionais de saúde e que o mesmo é consumido no momento da produção, ou seja, em ato. No entanto, 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.

Principalmente, pela autonomia do usuário que escolhe para si aquilo que cabe no seu modo de andar a vida, ou seja, nem sempre está disposto a aderir aos projetos instituídos pelos profissionais de saúde. Estes mesmos profissionais de saúde que, por vezes, se colocam como detentores de saberes acabam frustrados ou sentindo-se impotentes diante da recusa e/ou da autonomia do usuário diante das ofertas das equipes de saúde para a produção do cuidado.

Parece contraditório, mas de acordo com suas narrativas a gestante-guia revelou sua enorme expectativa de um parto seguro, por confiar na equipe, e principalmente, na equipe do alto risco. Ao mesmo tempo, a mesma não se sente cuidada em nenhuma das complexidades, seja, no baixo ou no alto risco apesar de toda a estrutura montada para o cuidado em saúde.

Tal constatação surge das narrativas da gestante sobre sua percepção de invisibilidade diante das equipes responsáveis por seu acompanhamento pré-natal, ainda assim, a mesma procurou nutrir a esperança de que a equipe (do alto risco) poderia dar-lhe resposta positiva diante de qualquer complicação que seu parto pudesse oferecer. De acordo com minha afetação e a partir das narrativas da gestante, a mesma abriu mão de ser o “centro do cuidado” durante toda sua gravidez para direcionar os olhares dos profissionais de saúde para a saúde e cuidado de seu conceito que culminasse num nascimento seguro e saudável.

Nem mesmo a falta de seringas “adequadas” para realizar o tratamento preventivo de trombozes (fornecida pela UBS) ou a invisibilidade relatada pela gestante frente à equipe que a acompanhava no pré-natal de risco (ambulatório

de alta complexidade) foi suficiente para que a mesma reconhecesse como (des) cuidado ou violência os diferentes encontros com profissionais envolvidos no seu atendimento em saúde.

Ao contrário, a gestante demonstrava certa resignação com os fatos. Pois, seu foco principal estava alicerçado na esperança “verde” de um parto seguro, sem complicações ao binômio mãe-filho – no que, a equipe do alto risco, por exemplo, estaria preparada e poderia lhe oferecer. Ou seja, o sonho de concretizar a maternidade fez com que a gestante-guia se tornasse uma mulher obstinada que, por vezes, precisou resignar-se diante as situações de (des) cuidado no intuito de não abandonar o intento de realizar seu desejo maior, ser mãe. Em nosso entendimento ela 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/trabalhadores 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. O encontro permite ainda, o compartilhamento do cuidado de forma conjunta com os demais equipamentos de saúde do território.

No bojo da atenção materno-infantil o descuido em saúde e a violência obstétrica andam na mesma direção, porém é comum atribuir a esta, apenas em situações que ocorrem em ambiente hospitalar. No entanto, tanto um como o outro pode ocorrer em qualquer ambiente onde haja o encontro entre profissionais de saúde e as gestantes usuárias do serviço, neste caso.

Neste sentido, este trabalho propicia uma reflexão para nós profissionais de saúde: até que ponto as ações desenvolvidas ou previstas nos protocolos cuidam ou apenas estão organizando os serviços utilizando as evidências científicas como parâmetros, mas desconsiderando a vida e desejos do usuário e assim tendo grande potencial de trazer descuido e sofrimento.

Independente da complexidade em que as ações de saúde são desenvolvidas torna-se primordial que os direitos das usuárias em período gravídico-puerperal sejam respeitados. É possível, mesmo utilizando-se dos protocolos, respeitar a necessidade e a singularidade de cada indivíduo, como vimos no acompanhamento da gestante-guia. A construção de projetos terapêuticos onde o usuário tenha voz e vez pode ser uma aposta, pois ao negar-lhe o óbvio direito à

participação, o deixamos desamparado, sozinho nas suas escolhas.

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 a integralidade, buscando a equidade de suas ações e, acrescento, acreditando que toda a vida vale a pena.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; FREIRE, A. M.; LAGO, E. L. M.; COSTA, M. O.; LIMA, E. A.; LAGE, C. Q.; RODRIGUES, D. Os encontros em produção. *In*: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. S.; SLOMP JÚNIOR, H. **Políticas e cuidados em saúde**: livro 1 - avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 168-172.
- ARCO-ÍRIS. *In*: MICHAELIS: dicionário brasileiro da língua portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=NvNa>. Acesso em: 18 set. 2019.
- BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado**: encontros e singularidades em permanente movimento. 2010. 189 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia devocional da mulher**: nova versão internacional. Tradução de devocionais Yolanda Krievin. São Paulo: Editora Vida, 2003. p. 1615.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Bioética. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- 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: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. v. 6 saúde coletiva. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G.; ANDRADE, R. L. P.;

SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010.

CAMPOS, E. **Multidão de eus**. Londrina, 27 mar. 2019. Instagram: ed_campo.s. Disponível em: https://instagram.com/ed_campo.s?igshid=nds1tkzckhnn. Acesso em: 9 fev. 2020.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. *In*: PINHEIRO, A. F.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande Helvo Slomp Junior Emerson Elias Merhy Clarissa Terenzi Seixas Rossana Staevie Baduy Kathleen Tereza da Cruz Maira Sayuri Sakay Bortoletto Monica Moreira Rocha do Sul: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC, 2006.

COFEN. **Resolução nº 516/2016 alterada pela resolução 524/2016**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

CUIDAR. *In*: MICHAELIS: dicionário brasileiro da língua portuguesa. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/cuidar/>. Acesso em: 18 set. 2019.

CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; HAUTH, J. C.; ROUSE, D. J.; SPONG, C. Y. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução de: Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, G. **Empirismo e subjetividade**: ensaio sobre a natureza humana. São Paulo: Ed. 34, 2001.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Ed. 34, 1997. v. 5.

EBOHON, G. **Você vai se emocionar depois de descobrir o que é um "bebê arco-íris"**. Disponível em: <https://www.vix.com/pt/maes-e-bebes/567293/voce-vai-se-emocionar-depois-de-descobrir-o-que-e-um-bebe-arco-iris>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, ago. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. *In*: MARINS, J. J. (org.). **Educação, saúde e gestão**. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. *In*: FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B.; CARVALHO, M. S. **VER-SUS Brasil**: cadernos de textos. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43-57.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). **Pesquisadores in-mundo**: um estudo da

produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005. Acesso em: 25 nov. 2019.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão da saúde 2017**. Londrina: Conselho Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_estao/Relatorio_Anual_de_Gestao_2017.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca do cuidado na sociedade civil de hoje. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: BRASCO; Rio de Janeiro: Hucitec: UERJ, 2004.

MACHADO, A. **Caminante, no hay camino**: selección de sus más recordados poemas. São Paulo: Ed. Planeta, 1997.

MARANDOLA, C. M. R. "Berço de amor". O portal do compositor. Disponível em: <https://musicasregistradas.com/songwriters>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MARANDOLA, T. R.; MARANDOLA, C. M. R.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Espaço para Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, 2009. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo8.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde: desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. 2007. Disponível em: <http://docplayer.com.br/6500332-Emerson-elias-merhy-2007.html>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In*: FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: CONTRIBUIÇÕES TÉCNICAS E POLÍTICAS PARA AVANÇAR O SUS, 1., 2006, Brasília. **Anais** [...]. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2006. p. 69-78. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/saude-publica.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2020.

MERHY, E. E. 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: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a02v21n2.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições

para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface:** comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MULTIDÃO. *In*: MICHAELIS: dicionário brasileiro da língua portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=MULTID%C3%83O>. Acesso em: 19 fev. 2020.

NARRATIVA. *In*: MICHAELIS: dicionário brasileiro da língua portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=narrativa>. Acesso em: 19 ago. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha guia da rede mãe paranaense**. 7. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 9 fev. 2020.

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

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/ estético/ política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade PUC-SP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993.

ROLNIK, S. **Subjetividade antropofágica**. São Paulo, 1998. Disponível em: <https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>. Acesso em: 18 nov. 2019.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. S. F.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26494>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E. 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. e 170627, 2019. doi: 10.1590/interface.170627. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100205. Acesso em: 25 fev. 2020.

SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E.; SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; ROCHA, M. M. **Contribuições para uma política de escritura e saúde**: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. 2020 (No prelo).

USUÁRIO guia. **EPS em Movimento**. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia/view>. Acesso em: 19 abr. 2020.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto

e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014. Acesso em: 25 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal and newborn health/safe motherhood unit**. Care in normal birth: a practical guide. Geneve: WHO, 1996.

ZANARDO, G. L. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. e 155043, 2017. doi: 10.1590/1807-0310/2017v29155043. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822017000100218&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 nov. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista
(familiar/outros)

**“NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE.”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE”**, a ser realizada nos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Materno-infantil do município de Londrina – PR. O objetivo da pesquisa é **“Cartografar a trajetória da mulher no período perinatal dentro da Rede de Atenção Materno-Infantil buscando dar visibilidade às suas narrativas sobre a produção do cuidado em saúde”**. Sua participação é muito importante e ela se daria através do relato de sua experiência com a assistência pré-natal prestada durante a gestação, parto e puerpério à usuária-guia entrevistada e com a qual você teve contato durante a gestação da mesma. Para isso poderemos utilizar algumas perguntas para nortear a conversa que poderá ser gravada em áudio. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Com relação aos áudios gravados, os mesmos serão ouvidos e transcritos, e posteriormente, inutilizados, evitando assim, que outras pessoas acessem o conteúdo do material, garantindo o sigilo da pesquisa. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Com relação aos riscos, salientamos que por se tratar de uma pesquisa que visa analisar uma política pública envolvendo apenas entrevistas, entendemos que, ainda assim existe a possibilidade do participante sentir-se desconfortável e/ou constrangido durante a descrição de seu trabalho na produção do cuidado. Neste sentido, o estudo apresenta riscos mínimos ao entrevistado. Porém, o participante poderá interromper a entrevista a qualquer momento e sem qualquer prejuízo para si. O mesmo será acolhido e receberá apoio emocional e, se necessário, será encaminhado para acompanhamento profissional. Busca-se entender como as políticas públicas do Ministério da Saúde que visam proteção Materno-infantil têm impactado sobre a produção do cuidado em saúde à mãe e par seu bebe durante a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Com relação aos possíveis benefícios do estudo espera-se dar visibilidade às narrativas das usuárias, corrigir lacunas na assistência e levar à reflexão,

os envolvidos na produção do cuidado em saúde ao binômio mãe-filho.

Em caso dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos você poderá nos contatar: Célia Maria da Rocha Marandola, Rua dos Agrônomos nº 317 – Jd União da Vitória, Londrina-PR, Fone: (43) 3341-2551 e (43) 98484-7485; e-mail: celiamarandola@hotmail.com, ou ainda, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Pesquisador Responsável (RG: 5.684.209-8). Londrina, 28 de janeiro de 2019.

Eu, _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Londrina, 14 de março de 2019.

Ass. _____
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista
(Profissional)

**“NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE.”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE”**, a ser realizada nos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Materno-infantil do município de Londrina – PR. O objetivo da pesquisa é **“Cartografar a trajetória da mulher no período perinatal dentro da Rede de Atenção Materno-Infantil buscando dar visibilidade às suas narrativas sobre a produção do cuidado em saúde”**. Sua participação é muito importante e ela se daria através do relato de sua experiência com a assistência pré-natal durante a gestação, parto e puerpério. Para isso poderemos utilizar algumas perguntas para nortear a conversa que poderá ser gravada em áudio. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Com relação aos áudios gravados, os mesmos serão ouvidos e transcritos, e posteriormente, inutilizados, evitando assim, que outras pessoas acessem o conteúdo do material, garantindo o sigilo da pesquisa. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Com relação aos riscos, salientamos que por se tratar de uma pesquisa que visa analisar uma política pública envolvendo apenas entrevistas, entendemos que, ainda assim existe a possibilidade do participante sentir-se desconfortável e/ou constrangido durante a descrição de seu trabalho na produção do cuidado. Neste sentido, o estudo apresenta riscos mínimos ao entrevistado. Porém, o participante poderá interromper a entrevista a qualquer momento e sem qualquer prejuízo para si. O mesmo será acolhido e receberá apoio emocional e, se necessário, será encaminhado para acompanhamento profissional. Busca-se entender como as políticas públicas do Ministério da Saúde que visam a proteção Materno-infantil têm impactado sobre a produção do cuidado em saúde à mãe e par seu bebe durante a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Com relação aos possíveis benefícios do estudo espera-se dar visibilidade às narrativas das usuárias, corrigir lacunas na assistência e levar à reflexão, os envolvidos na produção do cuidado em saúde ao binômio mãe-filho.

Em caso dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos você poderá nos contatar: Célia Maria da Rocha Marandola, Rua dos Agrônomos nº 317 – Jd União da Vitória, Londrina-PR, Fone: (43) 3341-2551 e (43) 98484-7485; e-mail: celiamarandola@hotmail.com, ou ainda, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Pesquisador Responsável (RG: 5.684.209-8). Londrina, 28 de janeiro de 2019.

Eu, _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Londrina, 14 de março de 2019.

Ass. _____
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista (Usuária)

“NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.”

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa **“NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE”**, a ser realizada nos serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Materno-infantil do município de Londrina – PR. O objetivo da pesquisa é **“Cartografar a trajetória da mulher no período perinatal dentro da Rede de Atenção Materno-Infantil buscando dar visibilidade às suas narrativas sobre a produção do cuidado em saúde”**. Sua participação é muito importante e ela se daria através do relato de sua experiência com a assistência pré-natal durante a gestação, parto e puerpério. Para isso poderemos utilizar perguntas, acessar prontuários e/ou carteirinha da gestante, além de gravações em áudio das nossas conversas e etc. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Com relação aos áudios gravados, os mesmos serão ouvidos e transcritos, e posteriormente, inutilizados evitando, assim, que outras pessoas acessem o conteúdo do material, garantindo o sigilo da pesquisa. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação (o estudo não receberá apoio financeiro externo). Espera-se entender se, o plano de ações do Ministério da Saúde para proteção Materno-infantil tem causado impactos sobre a produção do cuidado em saúde da mãe e de seu bebê durante a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Com relação aos riscos, salientamos que por se tratar de uma pesquisa que visa analisar uma política pública envolvendo apenas entrevistas, entendemos que o estudo apresenta baixo risco, porém, com possibilidades de a participante sentir-se desconfortável e/ou constrangida em decorrência do relato de sua trajetória na busca da produção do cuidado em saúde. Neste caso a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e sem qualquer prejuízo para a usuária que receberá apoio emocional e, se necessário, será encaminhada para acompanhamento profissional. Com relação aos possíveis benefícios do estudo espera-se dar visibilidade às narrativas das usuárias, corrigir lacunas na assistência e levar à reflexão todos os envolvidos na produção do cuidado em saúde ao binômio mãe-filho.

Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos você poderá nos contatar: Célia Maria da Rocha Marandola, Rua dos Agrônomos nº 317 – Jd União da Vitória, Londrina-PR, Fone: (43) 3341-2551 e (43) 98484-7485; e-mail: celiamarandola@hotmail.com, ou ainda, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Pesquisador Responsável (RG: 5.684.209-8). Londrina, 14 de março de 2019.

Eu, _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Londrina, 14 de março de 2019.

Ass. _____
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE D - Termo de sigilo e confidencialidade de manipulação de dados

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO Eu Celia Maria da Rocha Marandola, brasileira, casada, enfermeira, inscrita no CPF/ MF sob o nº 90834577968, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE”, a que tiver acesso nas dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Maternidade Municipal e outros serviços que compõe a Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina. Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me: 1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros; 2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso; 3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível; 4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas. Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas: Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação dos itens que compõem a Informação Confidencial acima mencionados. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais

que poderão advir. Local, ___/___/____. Ass. _____

Nome do Pesquisador(a) Responsável

ANEXOS

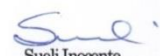
ANEXO A - Autorização de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ**A U T O R I Z A Ç Ã O P R O V I S Ó R I A D E P E S Q U I S A****Pendência- parecer do CEP****C.P. 03/2019/GPQS/DGTES/AMS/PML.**

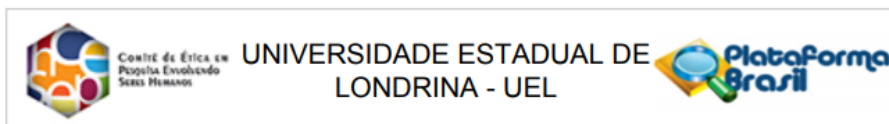
Informamos para fins de realização da pesquisa: "NARRATIVAS DA MULHER EM PERÍODO PERINATAL SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE", na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina, pela aluna Celia Maria da Rocha Marandola, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL, a nível de mestrado, orientada pela Profª Drª Regina Melchior docente do Departamento de Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Londrina. Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da CNS Nº. 466/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia será autorizada somente após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado pelo CONEP, e planejamento prévio com a unidade de serviço envolvida.

Londrina, 22 de janeiro de 2019.


Eliane Sandra Vieira
Gerente de Planejamento
e Qualificação de Servidores
DGTES/AMS/PML


Sueli Inocente
Promotor de Saúde Pública -
Enfermeira
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML

ANEXO B - Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – UEL



Continuação do Parecer: 3.223.883

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuaria.pdf	19:52:10	ROCHA MARANDOLA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionais11.pdf	20/03/2019 19:51:59	CELIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfamiliaroutros11.pdf	20/03/2019 19:51:47	CELIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Cartadaorientadora.pdf	20/03/2019 19:51:26	CELIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA	Aceito
Outros	ams2.jpeg	20/03/2019 19:50:52	CELIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/01/2019 00:10:50	CELIA MARIA DA ROCHA MARANDOLA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 26 de Março de 2019

Assinado por:
Clisia M. Carreira
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR Município: LONDRINA CEP: 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br