



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

THALITA DA ROCHA MARANDOLA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO FAMILIAR DA ATENÇÃO
BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA**

Londrina/2018

Thalita da Rocha Marandola

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
CARTOGRAFIA**

Dissertação apresentado 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
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Josiane Vivian de Camargo Lima

Londrina
2018

THALITA DA ROCHA MARANDOLA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
CARTOGRAFIA**

Dissertação apresentado (a) 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. Brígida Gimenez de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr^a Ana Lúcia Abrahão da Silva
Universidade Federal Fluminense

Londrina, 28 de maio de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico o fruto desta experiência a todos as pessoas que se doam, partilham, que lutam, se frustram, que vivem no limite do “eu” e do “outro”. Dedico a todos que de alguma forma cuidam.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelos desafios, pelas vitórias e, derrotas. Agradeço a Deus que nunca me desamparou. Que sempre esteve ao meu lado e que com amor tem me guiado na caminhada. A Deus minha eterna gratidão.

A minha família berço dos primeiros atos de cuidado, meu porto, minha história, minha gênese. Obrigada mamãe Célia Maria, sempre acreditou em mim, investiu tempo, amor, tudo o que tinha e não tinha. Ela não deixou que desistisse nos primeiros tombos e sempre esteve lá! Ao meu papai Paulo Sérgio, que mesmo sem entender essa “coisa” de pós-graduação, também acreditou em mim e me deu todo o apoio necessário. Aos meus irmãos Paulo Sérgio Jr. e Felipe (*In memorian*), obrigada! Como irmã mais velha, o meu primeiro campo na prática do cuidar se deu com vocês. Minha gratidão à todos vocês.

Ao meu esposo Antônio Marcos e ao meu filho Lorenzo Filipe obrigada pela paciência, por entenderem minhas ausências, pelo apoio emocional e pelo suporte com a nossa rotina doméstica. Obrigada por todo ato de amor e carinho e por atribuírem a mim a melhor titulação que eu poderia ter, o de ser mãe. Muito obrigada!

As minhas orientadoras, externo um profundo sentimento de gratidão. Professora Regina Melchior, uma pessoa objetiva, clara, que me acompanhou em um mergulho inédito da cartografia. Obrigada pelo seu voto de confiança. À Professora Josiane Vivian pela disponibilidade, pelas conversas e pelas provocações que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa em mim, e o desenvolvimento de minha trajetória de vida. Muito obrigada Professoras Rê e Josi, pelo acolhimento e a empatia durante a caminhada da pesquisa, vocês são muito especiais para mim.

Minha gratidão as queridas professoras Ana Abraão e Brígida pela contribuição com o trabalho, pelo tempo investido e pelo carinho nas falas. Aprendi muito com vocês!

Ao grupo de pesquisa “Trabalho e o Cuidado em Saúde” deixo registrado meu agradecimento pelas trocas de experiências, pelos incentivos, pelo apoio durante a pesquisa, pela acolhida, pelo processamento do campo. E ainda pelos abraços, sorrisos e pelos os ombros amigos. A todos vocês, um grande abraço

e obrigada.

Aos colegas da turma de mestrado 2016-2018 agradeço por todo o apoio prestado durante os seminários, pelas sugestões, pelas trocas de experiências. Foi muito bom estar com vocês!

A Seção de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e ao seu admirável corpo Docente, por todo o empenho e dedicação na formação profissional de trabalhadores para o SUS.

Aos trabalhadores do Serviço de Atenção Domiciliar e a Unidade Básica de Saúde que aceitaram a proposta de viver a pesquisa em seus locais de atuação e participaram de forma ativa deste processo.

Aos trabalhadores do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), da Cáritas (Grupo de filantropia da igreja católica) e do Ministério Público que gentilmente aceitaram em participar da construção da cartografia.

A família-guia que abriu a porta de sua casa para mim, que me permitiu trilhar junto com eles os caminhos para o cuidado, que confiou a mim suas experiências, suas narrativas, suas histórias, enfim, suas vidas.

MÃOS DADAS

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou carta de suicida,
não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os
homens presentes, a vida presente.

ANDRADE (2012).

MARANDOLA, Thalita da Rocha. **A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA** 2018. 96 páginas. Dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

O cuidado é uma temática inerente a todo trabalhador em saúde, sua prática está presente nos hospitais, nas clínicas, ambulatórios, nas unidades básicas de saúde, nos domicílios, entre outros. E é no campo da atenção domiciliar, mais especificamente o cuidado domiciliar na atenção básica à saúde, que nos aproximamos para experimentar a produção do cuidado. O objetivo deste estudo foi compreender como ocorre a produção do cuidado em saúde na atenção domiciliar, na prática da Estratégia Saúde da Família, em uma Unidade Básica de Saúde de um município de grande porte, na região sul do Brasil. A pesquisa ocorreu no período de agosto/2016 a agosto/2017. Para tanto, utilizei a perspectiva cartográfica, que por meio do uso do dispositivo de pesquisa da família-guia possibilitou encontros e experimentações da produção do cuidado conforme estes foram sendo produzidos. O ponto de partida do campo de pesquisa foi o serviço da atenção domiciliar e posteriormente o território de uma unidade básica de saúde; neste último, a partir da escolha da família-guia extrapolamos os limites do território geográfico da unidade, produzindo e percorrendo a rede viva produzida pela própria família. A partir dos encontros com os outros pontos da rede e com os trabalhadores surgiram pistas que indicaram o processo de produção do cuidado da família selecionada. As pistas identificadas foram: O que trazemos e o que opera nos encontros? A disputa do cuidado; As redes; A reflexão sobre o processo de trabalho. A partir delas pude inferir que no processo do cuidado tanto trabalhadores quanto usuários levam para o encontro marcas que pulsam de acordo com a intensidade do encontro e que vão interferir no cuidado prestado e ainda, que o cuidar ou ser cuidado requer a identificação e reflexão dos nossos valores universais e regimes de verdades, que podem influenciar a forma como operamos o cuidado no encontro. Além disso, a disputa do cuidado entre trabalhadores e trabalhadores/usuários aparece como elemento que pode potencializar ou fragilizar este processo, o que frequentemente surge quando a rede de cuidados é acionada. Sobre a rede de cuidados foi observado que a rede formal é a mais reconhecida e a rede viva produzida pelo usuário ainda é pouco valorizada pelos trabalhadores apesar de suas potencialidades. Durante esta jornada, notou-se o quão importante foi a análise do processo de trabalho em saúde para a melhor construção do cuidado, dando espaço as afetações e espaço para as experimentações o que resulta no cuidado dos cuidadores/trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Cuidado em Saúde. Cartografia. Trabalho em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

MARANDOLA, Thalita da Rocha. **A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA** 2017. 96 páginas. Dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Care is an inherent theme for all health workers, their practice is present in hospitals, clinics, outpatient clinics, basic health units, homes, among others. And it is in the field of home care, more specifically home care in basic health care, that we approach to experience the production of care. The objective of this study was to understand how the production of health care in home care, in the practice of the Family Health Strategy, occurs in a Basic Health Unit of a large municipality in the southern region of Brazil. The research was carried out from August 2016 to August 2017. In order to do so, I used the cartographic perspective, which through the use of the search device of the guide family enabled encounters and experiments of the production of care as they were being produced. The starting point of the research field was the home care service and later the territory of a basic health unit; In the latter, from the choice of the guide family we extrapolate the limits of the geographic territory of the unit, producing and traversing the living network produced by the family itself. From the meetings with the other points of the network and with the workers, there were clues that indicated the process of producing the care of the selected family. The clues identified were: What do we bring and what operates in the meetings ?; The dispute of care; Networks; Reflection on the work process. From them I could infer that in the process of care both workers and users take to the meeting brands that pulse according to the intensity of the encounter and that will interfere in the care developed; and yet caring for or being cared for requires the identification and reflection of our universal values and regimes of truths that can influence the way we care for the encounter. In addition, the dispute between workers and workers / users appears as an element that can enhance or weaken this process, which often arises when the care network is activated. Regarding the care network, it was observed that the formal network is the most recognized and the live network produced by the user is still little valued by the workers despite their potentialities. During this day, it was noted how important was the analysis of the health work process for the best construction of care, giving the affections and space for the experiments, which results in the care of the caregivers / health workers.

Key words: Home care. Health Care. Cartography. Health Work. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Movimento da pesquisa	54
Figura 2 – Rede produzida pela família	59
Figura 3 – Quadro The Hug	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Códigos de identificação das narrativas

52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro Regional de Assistência Social
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
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SID	Sistema de Internação Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	15
2 PONTO DE PARTIDA	21
3 PERSPECTIVA TEÓRICA	24
4 PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	33
4.1 A Cartografia Em Mim.....	38
4.2 O Percurso	42
4.3 AS Ferramentas	47
5 EXPERIMENTAÇÕES E REFLEXÕES.....	53
5.1 A Primeira Imagem Da Família Seleccionada	53
5.2 Os Encontros.....	56
5.2.1 Pista 1: o que trazemos e o que opera nos encontros?.....	59
5.2.2 Pista 2: a disputa do cuidado	72
5.2.3 Pista 3: as redes.....	78
5.2.4 Pista 4: reflexões sobre o processo de trabalho	82
6 DESTAS EXPERIMENTAÇÕES, O QUE FICA?.....	88
REFERENCIAS	91

1 APRESENTAÇÃO

Sou filha amada, esposa, mãe, sou mulher. Sou amiga, irmã, enfermeira. Sou estudante, pesquisadora e quem sabe até poetisa. Pesquiso a vida e os encontros, me auto pesquiso. Sou aquela que se constrói a cada encontro, que se reinventa a cada experiência, aquela que aprende com os erros, e que insiste em cometê-los.

A partir destes encontros, e graças a eles, possuo marcas¹, que acionam vida, que desestabilizam. Que provocam dores e/ou que provocam risos. Sou um ser humano de fé e, por isso mesmo acredito num Deus único, ao qual pertence o controle de tudo e de todas as situações. Hoje reconheço e aceito esta multiplicidade em mim.

Sou mil em uma, e também sou uma em mil, pois a minha multiplicidade me torna singular. E assim vou caminhando num intenso processo de construção, de desconstrução, e (re)construção, pois na minha vida, a única constância, são as mudanças.

Mas nem sempre foi assim, durante muito tempo neguei a singularidade, por achar que ser diferente era estranho, e por isso não aceitável. E por meio da pesquisa, então, construo uma nova percepção do eu. Minha construção enquanto pesquisadora iniciou-se já no primeiro ano da graduação, quando tive a oportunidade de me inserir, como aluna de iniciação científica, num grupo de pesquisa que abordava o tema da Educação Permanente em Saúde (EPS). Ressalta-se aqui que a inserção de um aluno em grupos de pesquisa logo no primeiro ano da faculdade era considerada à época, uma inserção precoce, e talvez, pouco produtiva, devido a imaturidade do aluno recém-chegado à Universidade.

O meu mergulho no mundo científico se estendeu para os anos seguintes até o trabalho de conclusão de curso (TCC) quando pesquisei sobre a Atenção Domiciliar (AD) na linha de pesquisa intitulada “Tecendo o cuidado na Atenção Domiciliar”. Após este período, iniciei uma nova e intensa fase que foi a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), que oportunizou encontros com

¹ No livro Cartografias do Desejo, os autores definem marcas como resultado de um conjunto de agenciamentos produzidos pela família, grupos sociais ou grupos de toda natureza. Estes agenciamentos podem ser conscientes (visíveis) ou inconscientes (GUATARRI; ROLNIK, 2000; ROLNIK, 1993, p. 2).

usuários, trocas de experiências com os profissionais e com os demais colegas de formação.

Foi na RMSF que vivenciei meu maior ganho acadêmico até aqui, e uma perda irreparável e extremamente dolorosa, no campo pessoal. Momento este em que pude experimentar da empatia das pessoas que compunham meu contexto acadêmico e profissional.

Em seguida me afastei do grupo ao qual vinha desenvolvendo as pesquisas e segui novos rumos. Após uma fase de turbulência e outro importante momento familiar/pessoal, decidi retornar ao grupo de pesquisa e continuar escrevendo minha trajetória científica, mas agora a experiência viria sob a forma de mestrado, mestrado em saúde coletiva.

Escolhi o mestrado não apenas pela qualificação profissional, mas, pela oportunidade de me aproximar mais uma vez da pesquisa. No meu ponto de vista a pesquisa é a maneira de me debruçar sobre aquilo que de algum modo “me instiga”, e que me faz investir tempo para refletir sobre as vivências e experiências compartilhadas ao longo do percurso.

Meu retorno ao grupo de pesquisa aconteceu em um momento que a conformação atual estava fechando seus trabalhos e discutindo propostas para o início de uma nova pesquisa. E a proposta? A proposta era experimentar algo diferente do que o vivenciado até aqui: a Cartografia.

Embora se tratasse de uma forma de fazer pesquisa ainda desconhecido para mim, a cartografia ora apresentada, surgiu também como um novo desafio. Sendo assim, aceitei o convite para cartografar, sem sequer saber o que seria e como seria este processo ou até mesmo, como se daria este “novo” caminho metodológico. Neste sentido o meu aceite veio permeado de uma gigantesca ansiedade, típica de quem esperava obter respostas, inúmeras e diferentes respostas, mas, era necessário ter certa dose de coragem para girar da chave e destrancar a porta...

E, agora José?

(...) com a chave na mão quer abrir a porta, não existe porta;

(ANDRADE, 2012, p.23).

Chego para esta proposta com muitas marcas, com experiências que, *a priori*, nunca foram refletidas. Com verdades universais, com conceitos e pré-conceitos estabelecidos, anteriormente. Acreditem! Para mim, a experiência de realizar esta pesquisa trouxe ganhos pessoais que até então, eu não imaginava que um estudo poderia causar.

Com os deslocamentos provocados em todo processo de pesquisa, o convite constante era de autoanálise², reflexões sobre o meu modo de trabalhar, sobre meu modo de pesquisar, sobre como eu me relacionava com as demais pessoas durante os encontros que a vida me proporcionara.

Neste processo de autoanálise encontrei na escrita um auxílio no processamento das reflexões, pois, tal processo possibilitou-me a organização dos sentimentos, dos pensamentos e das indagações, em palavras.

Contudo, durante este processo de escrita me surpreendi com os rumos que a produção foi tomando pois, em vários momentos, as palavras, como se estivessem numa “pista de dança”, iam bailando eloquentemente e rodopiando em meu cognitivo. E neste trajeto entre a minha mente e o arquivo onde eu registrava os movimentos da minha própria cartografia, estas mesmas palavras foram se organizando em rimas, versos e prosas.

Confesso que fiquei um tanto quanto preocupada pois, não sabia como transformar aquele arsenal poético em produção científica, na verdade eu não acreditava que a comunidade científica tradicional aceitaria um trabalho que se apresentasse desse modo. E passei alguns meses tentando negar a existência de minha escrita poética, buscando me prender ao formato instituído de redação científica.

Foi quando me deparei pela primeira vez com Suely Rolnik em uma de suas obras: *Cartografia Sentimental - transformações contemporâneas do desejo*. A autora, escritora, psicanalista e crítica de arte/cultura, têm como campo favorito de

2 Como alguns dos conceitos primordiais da análise institucional temos a: autoanálise e autogestão. O primeiro refere-se à aquisição ou retomada do pensamento e da ação coletiva, permitindo-lhes ter ciência dos seus desejos, interesses, necessidades sem que esses sejam provenientes de qualquer exterioridade. Concomitante ao primeiro, a autogestão consiste na coordenação, na articulação dos coletivos para criar mecanismos que promovam a manutenção e melhoramento de sua vida com o meio (LAPASSADE, 1989).

pesquisa as políticas de subjetivação na perspectiva transdisciplinar (ROLNIK, 2016; ATHAYDE, 2009).

Num primeiro momento tive dificuldades para assimilar o conteúdo da obra, e posteriormente, entendi que se tratava de uma trajetória cartográfica. E logo nas páginas iniciais recebi uma ajuda valiosa de Rolnik, pois, como dito antes, as ideias poéticas borbulhavam em mim e eu não sabia como transformá-las em produção científica. Este “encontro” com a referida autora foi fundamental no direcionamento da pesquisa e do caminho a ser percorrido, que embora ainda desconhecido, era incessantemente buscado por mim. As inúmeras incertezas e estranhamentos que me tomavam até aqui foram aos poucos sendo dirimidas na medida em que esta pesquisadora encontrou em Rolnik o *start* esperado para o início desta nova trajetória no campo da pesquisa. Por um momento tive a sensação que Rolnik saiu do livro e tomou a forma de uma figura conhecida para mim, bem familiar. E de modo imperativo aquela figura fitava seus “olhos” nos meus. Testa franzida, uma mão na cintura e a outra em minha direção, estendida. Era como se a autora apontasse seu dedo riste para mim e dissesse:

Você própria é que terá de encontrar algo que desperte seu corpo vibrátil, algo que funcione como uma espécie de *fator* de *a(fe)tivação* em sua existência. Pode ser 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).

Diante dos “conselhos” de Rolnik, resolvo refletir sobre o porquê daqueles versos, daquelas prosas e rimas insistirem em permanecer de modo tão intenso em meus pensamentos, o porquê dos meus órgãos (corpo/alma/coração) terem decidido expressar meus sentimentos em versos e prosas.

Ao fazer este “mergulho” em mim, me pego presa em pensamentos que traziam lembranças dos momentos mais felizes da minha infância, tempo no qual, embalou a construção de poemas e das rimas que agora se faziam presentes com muita frequência em meu viver.

Isto porque, quando criança, meus dois irmãos e eu, passávamos pouco tempo com nossos pais, devido a necessidade de trabalho para o sustento familiar. Mas, quando estavam em casa, principalmente, mamãe, tínhamos momentos muito bons. Lembro-me dela sempre compondo músicas, assobiando ou batucando

melodias que acabara de inventar, e escrevendo versos que falavam da nossa infância e de suas experiências de vida.

Recordo-me, também, de um poema escrito por minha mãe, o qual recebeu o título: “*Doce aroma de cebola podre*”. Confesso não ter sido fácil encontrar sentido no cheiro da cebola podre, mas, ela sempre dizia que aquele odor era importante, tratava-se de um cheiro que mesmo ruim, lhe era agradável, por lhe trazer lembranças que a remetiam aos tempos de sua infância. Mas, este é um assunto que vai ficar para outro momento.

Fato é que ela (minha mãe) registrava tudo em seu caderninho de arame, o mesmo, em que compartilhava receitas de bolos e salgados, com folhas que faltavam pedaços de papel arrancados para fazer bilhetes, e folhas riscadas devido à “escrita” inelegível, de nós crianças.

Apesar de permanecerem ainda desconhecidos, tanto os versos, quanto as músicas por ela produzidos, ambos fazem muito sucesso em minha mente e meu coração. Por exemplo, o trecho a seguir que foi extraído de uma poesia por ela escrita e intitulada, Sonhos:

(...) a bola rola e com ela vão os sonhos de menino, que por tem sonhos grandes, esquece ser tão pequenino. 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 esquece o que é AMAR (MARANDOLA, 2017).

Diante desta viagem nostálgica sugerida por Rolnik optei por deixar livre a presença dos versos e das poesias nesta cartografia, que poderão aparecer como parte de uma descrição, ou de uma análise, podendo ainda, exprimir minhas afecções³ e até dar vazão aos encontros que experimentei. Uma vez que os

3 Afecção são as modificações que ocorrem no corpo e na mente após a interação entre corpos. É causado pelo afeto (affectus). O termo afeto exprime a transição de um estado a outro, tanto no corpo afetado, como no corpo afetante. Mas os afetos, apesar de serem ideias – já que as afecções (affectio) são modificações que ocorrem no corpo e na mente –, não devem ser entendidos como representações de objeto, pois exprimem as transições de potência entre um estado e outro. Os afetos são, portanto, potência em processo de variação; ser afetado é passar a uma perfeição maior (alegria) ou menor (tristeza) do que a do estado anterior. Essa transição, além de não envolver necessariamente a consciência da mesma, exprime a variação da potência de agir do corpo. (https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20706/20706_3.PDF).

poemas, como bem disse Mario Quintana (2013) *são como pássaros que pousam num livro aberto, e que alçam voo, quando este se fecha.*

Os poemas

Os poemas são pássaros que chegam não se sabe de onde e pousam no livro que lê. Quando fecha o livro, eles alçam vôo como de um alçapão. Eles não têm pouso nem porto, alimentam-se um instante em cada par de mão se parte. E olhas, então, essas tuas mãos vazias, no maravilhoso espanto de saberes que o alimento deles já estava em ti... (Quintana, 2013).

Sendo assim, meu convite é: permita-se que os versos e poemas te conduzam nesta cartografia em mim, e permita-se também, encontrar-se com as experiências.

2 PONTO DE PARTIDA

O cuidado é uma prática inerente a todo ser vivo, que no encontro com o outro, busca produzir ações que contemplem as necessidades do indivíduo alvo do cuidado. No campo da saúde, o cuidado ganha outra característica. Para Merhy (2002) cuidado é a alma do trabalho em saúde.

No texto “Cuidado é um Acontecimento e não um Ato”, o autor apresenta o cuidado como alma do mundo da saúde por considerar que esta produção se dá no encontro. Encontro entre usuários e trabalhadores da saúde, que podem acontecer em cenários diferentes, com atores diversos, que por meio das micropolíticas irão estabelecer suas necessidades e seus encaminhamentos. A produção do cuidado está nos encontros e é nos encontros que se produz saúde MERHY (2004b).

Historicamente, as práticas do cuidado em saúde estavam relacionadas ao ambiente domiciliar, no contexto familiar, onde saberes eram compartilhados de geração em geração e envolvia a família no processo de cuidar. Com o desenvolvimento da medicina o cuidado passa a se relacionar com determinadas formações e a ser realizada em locais de tratamento, como os hospitais (BRASIL, 2012a).

O avanço das descobertas no campo da medicina possibilitou o desenvolvimento desta, do modo que a conhecemos atualmente. Tais descobertas acrescentaram ganhos, principalmente relacionado às tecnologias: dura e leve-duras⁴, característica que propiciou o fortalecimento do modelo hegemônico, médico-centrado, medicalizante, com foco no corpo biológico. Tanto que, a ênfase do cuidado passa a ser a patologia em curso e não a vida do sujeito que naquele

4 O artigo Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea, dos professores Emerson Elias Merhy e Laura Camargo Macruz Feuerwerker (2009), apresenta as tecnologias duras, leve-duras e leves como ferramentas que auxiliarão no processo de trabalho em saúde. O autor destaca que “tecnologia envolve não só os equipamentos/ferramentas/ instrumentos envolvidos *na produção, mas também um certo saber tecnológico e um modus operandi, que inclusive dão sentido ao que será ou não a “razão instrumental” do equipamento*” (pág. 3). As tecnologias duras estão vinculadas à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), as tecnologias leve-dura estão relacionadas aos saberes e a tecnologia leve diz respeito às relações trabalhador-usuário.

momento vivencia o processo saúde doença.

Merhy (2007) aponta que este processo de patologizar o corpo biológico, a concentração e a instrumentalização do saber médico são oriundos de construção histórica. Segundo o autor:

Essa construção não é óbvia, nem imediata. Ela vai sendo processada nas sociedades ocidentais, européias centralmente durante séculos e vai se desenhando como maneira mais comum de se olhar o adoecimento humano, como processo de patologização do corpo biológico, de maneira muito errática e sempre em um campo de disputa de saberes e fazeres. Dois pensadores, pelo menos, nos mostram isso de uma maneira muito efetiva: Michel Foucault com seu texto “O nascimento da Clínica” e Madel T Luz no seu material “Natural, racional e social” (MERHY, 2007, p.2).

A esta forma de intervenção no corpo humano confere ao ambiente hospitalar a característica de um lugar de cura do corpo biológico, que por sua vez, deixa de ser visto como um todo e passa a ser fragmentado.

Neste cenário, surge então, como principal consequência do modelo médico hegemônico liberal: a ineficiência, que pode ser constatada pelos altos custos gerados na incorporação desmedida de tecnologias sem o devido retorno da contrapartida inicial. Isso pode ser observado quando há o acesso aos equipamentos e redes, sobretudo nas dificuldades na construção do cuidado pelo usuário do serviço de saúde.

Na tentativa de contrapor a este modelo hegemônico, mas ainda sob suas influências, o Ministério da Saúde define como modelo de atenção para atenção básica, a Estratégia Saúde da Família, a qual propõe

favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, p.54).

Dos princípios e diretrizes apresentados pela Política Nacional da Atenção Básica, destaco o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização e a equidade, pois favorecem a um cuidado em saúde de volta ao contexto domiciliar, trazendo a família em suas diferentes formações para compor o processo do cuidado como atores e não apenas como agentes passivos (BRASIL, 2012a).

No entanto esta nova forma de produção do cuidado torna-se, para os trabalhadores em saúde, um desafio considerando que neste ambiente a vida está em evidência e conforme Campos (2005) aborda, o trabalhador em saúde

desenvolve um “*contato permanente com a dor e a morte e a dificuldade de simbolização que situações como a pobreza extrema nos provocam*” (CAMPOS, 2005, p.557).

Conhecendo este desafio como trabalhadora do SUS na Atenção Básica, muitas vezes vivi o real distante do idealizado e muitas questões me eram colocadas. Para este estudo a inquietação sobre a qual me debruço é “Como ocorre a construção do cuidado no serviço de atenção domiciliar da atenção básica? Contempla as necessidades do indivíduo? A pessoa sente-se cuidada?”.

Com um percurso cartográfico esta pesquisa tem como objetivo compreender a produção do cuidado na ESF e conhecer o movimento e os arranjos construídos pelos atores envolvidos no processo do cuidar em saúde.

3 PERSPECTIVA TEÓRICA

O tema selecionado para esta pesquisa é o cuidado em saúde, e pelo que a autora em mim já experimentou no modo de andar a vida, o cuidado não é entendido como uma prática estática, pelo contrário vive em constante construção, é um ato dinâmico.

Apreendi nas vivências maternas que o ato de cuidar pode até ser prático, porém, não é simples. Talvez isto se dê em função de que o cuidado implique numa complexa interação entre o sujeito que cuida e o sujeito a ser cuidado, pois, exige uma relação entre indivíduos com vontades distintas que às vezes pode convergir, mas que em boa parte tempo diverge entre si.

Presenciei por inúmeras vezes a prática do cuidado mesmo sem que o ato fosse nomeado como tal. Por exemplo, no dia em que minha mãe entrou na frente de um ônibus para garantir o meu direito ao transporte público, ou quando ela pulou dentro de uma vala para me socorrer após uma queda, ou ainda, quando ela passava horas ao meu lado nos momentos em que eu “ardia” em febre. Ou até mesmo no dia em que ela quase arrancou minha orelha após uma briga na escola. Enfim, foram inúmeros os atos que demonstraram o cuidado por ela produzido de modo constante, espontâneo, naturais e por vezes, inconscientes.

De acordo com estas memórias afetivas me arrisco a dizer que o cuidado pode ser entendido como um ato de zelo, de atenção, de responsabilidade, de preocupação, de coragem, do trabalhar com limites (próprios e do outro), da empatia pelo próximo. E por que não dizer de “silêncio”, também.

Mas além desta concepção de cuidado que penso a partir da construção familiar, também trago minha concepção de cuidado a partir do ambiente de trabalho que para mim é realizar o exercício, enquanto trabalhadora em saúde, da prática da alteridade em meu campo de atuação. É importante entender que o usuário tem diferenças, todavia o saber agir nas diferenças nos permite um *outrar-se* que segundo Manoel de Barros, nos leva a enxergar as múltiplas realidades.

No poema “As lições de R.Q”, o poeta supracitado, apresenta de forma prática o que seria o *Outrar-se*, propõe a seus leitores a possibilidade da torção do olhar, ou seja, transver aquilo que supostamente é dado como verdade (BARROS, 1996).

Baduy e colaboradores (2016), que emprestam o termo “transver” do poeta Manoel de Barros, aplicam de forma prática o transver no processo de construção do cuidado.

o exercício seria abandonarmos esta ideia ou verdade que se constrói no pensamento, uma representação segundo a qual a resistência e a fragilidade são negativas e expressam a impotência de certas vidas, tentarmos substituí-la por outra vista do ponto, transvendo a fragilidade como torção do olhar, expressão de uma equipe que deseja enfrentar suas dificuldades/frustrações diante daquilo que não compreende, não conhece. (...) (p.225-226).

A torção do olhar na produção do cuidado nos apresenta as possibilidades de vida que existe em uma vida, considerando o sujeito alvo do cuidado como múltiplo e não apenas como uma representação una.

Desta forma, o cuidado também pode ser considerado multiplicidade, pois ganha configurações diferentes conforme é o encontro. Para Deleuze apud Lima (2016) a multiplicidade:

[...] multiplicidades são sempre singularidades e tem como formula o “n menos 1”, (n-1) Ou seja, o 1 é sempre o que deve ser subtraído, e se tenho o 1 subtraído o que resta é o n, múltiplas possibilidades de ser (LIMA, 2016 apud DELEUZE e GUATTRI, 1995).

Considerando que os atores são múltiplos em si, o mesmo trabalhador é diferente em cada encontro, produzindo diferentes cuidados a depender com quem se relaciona ou com a situação vivenciada.

De acordo com Merhy (2006), por se tratar de uma produção do ser humano, o cuidar pode ser considerado um acontecimento, principalmente quando o ato de cuidar perpassa a vida do indivíduo em todos os cenários onde haja o encontro de dois ou mais seres vivos. Para Feuerwerker (2013, p.46), tais encontros podem acontecer “entre usuários; entre usuários e outras organizações que ampliem suas ferramentas para suportar diferentes dores e sofrimentos; e entre usuários e trabalhadores de saúde em diferentes instituições” o que permite uma intersecção entre os mesmos.

A estes encontros, Merhy (2006) denomina como encontros *autopoiéticos*. Aqui, o autor *toma emprestado da biologia a palavra autopoiético*, para exemplificar o movimento constante feito pela ameba, no intuito de se produzir vida, pois o contrário pode levá-la à extinção, enquanto ser vivo. Este autor afirma ainda, que os encontros autopoiéticos operam na relação entre cuidador e o ser cuidado.

A autopoiese, portanto, é isso, um movimento da vida produzindo vida, o que me permite ressignificar as cenas dos encontros na produção do cuidado em saúde (...), (MERHY, 2006, p.7).

Deste modo, o cuidado que é produzido a partir dos encontros, pode ser compreendido como uma prática não estática, ao contrário vive em constante construção, ou seja, pode ser considerado como um ato dinâmico.

Pois é no momento do encontro que usuário e trabalhador apresentam suas intenções e assim constroem um (...) *espaço de relação que se produz no encontro de "sujeitos", isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os "dois" em ato (...)*. A este encontro, Merhy (2004, p.8) denomina como intercessor.

Na produção do cuidado existe a intencionalidade em atender as necessidades apresentadas pelo usuário durante o encontro, visto que quando o usuário expõe sua vida ele deseja receber um auxílio diante da necessidade apresentada com mudança mínima no seu modo de andar a vida. Merhy (2004a, p.8) relata que:

o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção, que lhe permite recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Colocando, neste processo, o seu mais importante valor de uso: a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde e como potência de gerar mais vida (Merhy, 2004a, p.8).

Observa-se que neste momento há um encontro intercessor de subjetividades, onde é possível construir uma relação trabalhador-usuário a partir dos valores, das vivências e de outros encontros que deixaram as marcas tanto da produção de vida quanto da produção de morte.

E ainda, para Lima (2015) o cuidado em saúde é

operado em relação ao encontro que acontece entre o trabalhador (portador de conhecimentos, técnicas, tecnologias, valores, significações que dá para a vida, para o trabalho, para o direito à saúde e para o processo saúde-doença), que traz com ele a promessa de responder às demandas para ele impostas, e o usuário, que ao apresentar suas necessidades ao serviço acredita que este tenha capacidade de responder. Esse usuário também é portador de valores, significações, formas de ver e estar na vida (p.70).

Para pensar no cuidado é necessário considerá-lo como uma prática inerente a todos os seres vivos (FEUERWERKER, 2013, p. 35). A prática do cuidar pode ser como uma ação integral, baseada na concepção da saúde em seu sentido mais amplo, compreendido como o tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano,

que, muitas vezes, se apresenta fragilizado e isolado, conforme as condições de saúde que podem restringir seu modo de vida (LUZ, 2004). O cuidar em saúde pode ser entendido como ações de caráter solidário:

“(...) tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conforma a vida.” (FEUERWERKER, 2013, p. 44).

A autora acrescenta ainda que, embora o cuidar em saúde seja uma atividade inerente aos trabalhadores de saúde, também, diz respeito aos familiares, amigos, e ao próprio usuário, uma vez que somos todos responsáveis pela produção do cuidado (FEUERWERKER, 2013, p.44).

Outros autores entendem o cuidar no campo da saúde, como *uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa* (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Aos conversarmos sobre cuidado em saúde, é importante considerarmos que além dos sujeitos envolvidos com a produção do cuidado, suas expectativas e interesses, torna-se relevante se aproximar do cenário/contexto no qual o cuidado está sendo produzido.

Pois existe uma diferença entre o cuidado que é produzido quando o usuário procura o serviço de saúde e o cuidado resultante do encontro entre trabalhador e usuário no espaço de existência do próprio usuário, ou seja, no âmbito seu lar. Neste sentido, o exercício do *outrar-se* passa a ser imprescindível.

Historicamente, o cuidado sempre foi uma prática referente ao contexto familiar, e neste ambiente, *inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde* (BRASIL, 2012b, p. 12).

A prática ancestral de cuidados familiares e a forma como a sociedade aborda a terapêutica, é decisiva para a produção de cuidado que as famílias e os cuidadores mobilizam para o enfrentamento das situações de “atenção domiciliar” propostas pelo sistema de saúde. Ou seja, o repertório de tecnologias de cuidado ofertado pelas equipes de saúde ao proporem as iniciativas de atenção domiciliar defronta-se, na prática, com outro repertório de tecnologias e práticas de domínio das famílias (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Sendo assim, a “atenção domiciliar” enquanto objeto de atenção à saúde consegue atender parte das práticas de cuidado domiciliar, em particular, as que dizem respeito à convivência entre cuidadores/familiares e profissionais de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

O cuidado em ambiente domiciliar no Brasil teve seu início em 1921 quando chegou ao Rio de Janeiro um grupo de enfermeiras norte-americanas, com o objetivo de realizar um treinamento voltado a prática de cuidados relacionados a saúde para prestar a assistência nos domicílios. As visitadoras, como eram denominadas, era uma atividade laboral que pretendia realizar *orientação às famílias no que se referia aos aspectos higiênicos de enfermidades como a tuberculose e ensinar sobre saúde infantil* (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008, p.223).

Todavia, esta prática inicial de visita domiciliar tem como característica a fiscalização e o controle dos lares devido as epidemias que atingiam a população naquele período. Anos mais tarde, a partir da década de 40, a visita domiciliar começa a ganhar impulso com os enfermeiros e desta forma a assistência de enfermagem começa a ser realizado no domicílio (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

O primeiro registro de regulamentação da atuação profissional em saúde no domicílio dos usuários é datado em 30 de dezembro de 1949 com o decreto nº 27.664 que regulamentou o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social que tinha por objetivo prestar.

(...) a assistência médica domiciliar e de socorro urgente para os assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões será prestada por intermédio de "comunidades de serviços", sob a denominação de Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (Samdu), sediadas no Instituto ou Caixa que o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio designar, de acordo com a maior conveniência de realização do serviço (BRASIL, 1949).

Todavia, tratava-se de um serviço que de acordo com o sistema de saúde vigente naquela época, tinha característica restritiva aos usuários contribuintes das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Ou seja, naquele período, talvez apenas estas vidas valesse a pena⁵.

⁵ Em uma aula apresentada pelo professor Emerson Merhy, em Campo Grande, junho de 2014, aborda o tema “Vista do ponto de vista, cuidado e formação em saúde”. O professor explica que a Constituição Brasileira de 1988 fez uma aposta ética, que é considerar que a vida de qualquer pessoa vale a pena. E quando traz a o artigo 196 desta Constituição, sua interpretação é que a vida é um patrimônio social, e por isso é o dever do estado garanti-la individual e coletiva e é direito de todos tê-

Na Atenção Básica, o cuidado no domicílio como política de saúde pública, passa a ser organizado em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi inspirado pelas experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados da saúde. (BRASIL, 2001; p.5).

No contexto de implantação inicial do Sistema Único de Saúde (SUS), o PACS teve por objetivo promover a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações de prevenção e promoção em saúde. Os agentes comunitários realizavam visitas aos domicílios de um território definido, conheciam os moradores, suas necessidades, faziam orientações de saúde às famílias e auxiliava na reorganização dos serviços de saúde municipais ao passo que realizavam um diagnóstico comunitário dos locais de atuação.

No final de 1993 e começo de 1994 surge o Programa Saúde da Família (PSF) que foi considerado uma estratégia para contribuir na construção de um modelo novo de atenção integral à saúde das famílias, e tinha como objetivo:

prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; Elegir a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida (BRASIL, 1997, p.10).

Com esta proposta, o foco do PSF era trazer o usuário para o centro da assistência em saúde, sendo assim a Política Nacional da Atenção Básica, por meio da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, reconhece Estratégia Saúde da Família como uma das suas ações que visa “*desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*” (BRASIL, 2012b, p. 21).

la. Com base nesta aposta ética, a expressão “vidas que valem a pena” tem sido utilizada nas discussões e reflexões sobre o processo de trabalho e cuidado em saúde.

Como forma de apoio e potencialização das ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família, foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) cuja missão é:

contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2012a, p. 70).

A atuação do NASF vem como um suporte para a produção do cuidado na Atenção Básica, em especial para ESF. Não deve ser configurado como um grupo de especialistas a quem se faz encaminhamentos, mas sim uma ampliação da clínica. Pois pensar o cuidado a partir de apenas um trabalhador é estar aquém do seu potencial, são necessários diferentes olhares de diferentes atores para processar um cuidado em saúde.

O Ministério da Saúde define a **Atenção domiciliar (AD)** como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio (BRASIL, 2006). E de acordo com Lacerda (1999) a AD envolve ainda, a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem; a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Sendo assim, a AD abrange desde a promoção até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares.

Merhy e Feuerwerker (2008) ampliam esta compreensão sobre AD ao aproximá-la mais aos princípios do SUS, sendo esta, entendida como um modo desinstitucionalizante do cuidado em saúde, na medida em que surge como uma alternativa de organização da atenção à saúde que contribui ativamente para a produção da integralidade e da continuidade do cuidado, da ampliação da autonomia dos usuários na produção de sua própria saúde.

Em abril de 2016, a portaria Nº 825 definiu a Atenção Domiciliar como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

Nesta mesma portaria são apresentadas as modalidades de atenção domiciliar, são elas AD1, AD2 e AD3. A modalidade AD1 destina-se aos usuários com problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), que requerem visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.

Já na modalidade AD2, além da dificuldade/impossibilidade física de locomoção até uma UBS, os usuários possuem problemas de saúde que necessitam de maior frequência de cuidado, em média uma visita por semana, com acompanhamento contínuo e recursos de saúde com a utilização de procedimentos terapêuticos mais complexos.

Por fim, na modalidade AD3, os critérios para admissão incluem além daqueles descritos na modalidade AD2, também está prevista a necessidade de recursos de saúde com acompanhamento contínuo e uso de equipamentos como, por exemplo, suporte ventilatório não invasivo (CPAP e BIPAP), diálise peritoneal ou paracentese.

Nas modalidades AD2 e AD3, a responsabilidade pelo cuidado é do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sendo este composto por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). E a prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Percebe-se que embora haja muito a se fazer para a melhoria do cuidado em saúde na atenção domiciliar, muito já foi feito na busca deste cuidado que é inerente ao ambiente familiar.

Tanto a atenção domiciliar “Melhor em Casa” ligado à rede de Urgência e Emergência, quanto a atenção domiciliar da Estratégia Saúde da Família ligado a Atenção básica apresentam propostas que visam aproximar o cuidado do ambiente domiciliar. Ambiente este, onde a vida está em evidência, onde o controle dos corpos é menor, onde a intencionalidade do usuário ganha força.

As políticas de saúde “Melhor em casa” e a Estratégia Saúde da Família (ESF) orientam a atuação dos profissionais e a organização destes serviços, de forma que estes, assistam ao usuário e seu cuidador/família de modo integral e equânime.

Porém, como discutimos, é no encontro com o usuário que a operacionalização destas políticas se dá e os desafios se apresentam. E é neste espaço do cuidado da AD1 que foi realizado o estudo a respeito da produção do cuidado em saúde.

4 PERSPECTIVA METODOLÓGICA

A atenção domiciliar é um espaço de rica construção do cuidado, pois nela predomina a vida e suas relações, trata-se de um local de intensa disputa do plano de cuidado, onde, o modo de andar a vida é o que prevalece. E para acompanhar a vida, os métodos que tradicionalmente utilizamos, se mostram insuficientes dada as suas tramas e complexidades. Ou seja, não se vislumbrou para o ser realizado ao acompanhar a vida, a possibilidade de estabelecer, a priori: passos, regras ou receitas deste caminhar.

Concordo com Deleuze e Guattari (2000) ao considerarem que as concepções estruturadas e arborescentes de causa e efeito para apreender o processo de viver são insuficientes, então, para auxiliar neste trabalho. Sendo assim, busquei nestes autores o conceito de vida rizomática, sendo tal expressão derivada da palavra rizoma. De acordo com estes estudiosos: ao produzir o caminho durante a caminhada vamos dando corpo às conexões existentes na forma de viver a vida. Somos, então, apresentados ao rizoma.

Na área da botânica o rizoma é definido como um tipo caulinar de plantas vasculares, quase cilíndricas e que faz parte da morfologia do eixo vegetativo, trata-se de um tipo de caule subterrâneo de crescimento horizontal paralelo à superfície do solo, que é coberto por folhas escamosas e possuem raízes, sendo exemplos, os caules da espada-de-são-jorge, do lírio-da-paz e o da bananeira que são totalmente subterrâneos (NOGUEIRA, 2017).

Então, Deleuze e Guattari (2000) buscaram trazer para suas produções filosóficas a vertente rizomática, emprestando da botânica o conceito de rizoma, que de acordo com os autores possui, literalmente, uma diversidade de formas, bem como uma dualidade entre o que pode ser bom ou não bom.

formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos. Há o melhor e o pior no rizoma: a batata e a grama, a erva daninha. Animal e planta, a grama e o capim-pé-de-galinha (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p.14).

Neste sentido, pode-se compreender o rizoma enquanto um produtor de vida, de vida rizomática, como uma trama de fios e/ou caminhos que se entrelaçam de modo horizontal e em qualquer direção, mas que possuem raízes que se estabelecem num determinado espaço geográfico.

Tal compreensão pode ser corroborada por Deleuze e Guattari quando estes autores afirmam que *um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. Enquanto a árvore é filiação, o rizoma é aliança, unicamente aliança* (DELEUZE E GUATTARI, 2000, p.37).

Dentre as principais características do rizoma está o fato deste, sempre conectar um ponto a outro ponto qualquer, sem necessariamente, remeter a traços de mesma natureza; ele contrapõe os regimes de signos e não-signos. O rizoma não se conduz nem pelo Uno nem pelo múltiplo. Pois, ele nem é Uno que esse torna dois ou mais, e nem é múltiplo que tenha sido derivado do Uno. Rizoma não é feito de unidades, e sim de dimensões que podem ser movediças, não há começo e nem fim, existe sim, um meio pelo qual ele cresce e transborda. Ele constitui multiplicidades lineares a N dimensões, sem sujeito, nem objeto. Essa multiplicidade não varia suas dimensões sem mudar de natureza nela mesma, e se metamorfosear (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p.31-32).

Na construção desta pesquisa pude perceber que estas características rizomáticas da vida estiveram presentes durante boa parte do estudo, pois ao caminhar de mãos dadas com família-guia⁶ percebi que o rizoma por “ela” produzido/formado (ela, a família), em nenhum momento foi estático/parado no tempo, ou seja, o rizoma familiar apresentou algumas ações em movimento contínuo, entre elas: a busca do cuidado (idas e vindas), os processos de construções de rede (busca por ajuda) e os encontros produtivos (ou não).

Nesta trajetória em busca do cuidado, a família em questão foi desenhando seu próprio mapa de modo linear e constante, flexível e ao mesmo tempo fixado em uma base: suas origens, suas “raízes”. Sendo que estas características rizomáticas trazidas pela família, já haviam sido consideradas por Deleuze e Guattari há mais de uma década (quase duas) quando estes autores identificaram a associação entre rizoma e mapa no momento de sua construção, quando esta mesma construção ocorre de maneira dinâmica e modificável:

O rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p.31).

⁶ O conceito de família-guia é uma variação do usuário-guia apresentado por Emerson Merhy, que será abordado mais à frente do texto.

Os referidos autores afirmam, então, que uma das características mais expressivas do rizoma é a possibilidade de entradas múltiplas que viabilizam a construção de um mapa com experiências reais e que ao mesmo tempo (o mapa) não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói. Reforçando, deste modo, a ideia de rizoma como ato de construção de tramas propiciado pelo estabelecimento de redes, de ramificações e de interligações de um ponto a outro, nas múltiplas inter-relações dos múltiplos que o encontro entre os sujeitos possibilita e ou permite.

Para Suely Rolnik (2016) o mapa é considerado um dos princípios do Rizoma, é o desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação de paisagens.

Sendo assim, acredito que a perspectiva cartográfica é a opção “metodológica” que mais se aproxima e possibilita a apreensão das tramas que estão em constantes construções e reformulações nos processos de existência e suas multiplicidades.

Trata-se de um método não-método ou ainda um anti-método por não seguir regras e padrões convencionais o tradicionalmente estabelecidos em busca de uma verdade. Ou seja, cartografar é o ato de construir mapas não estáticos: mapa *“aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente”* (DELEUZE; GUATTARI, 2000).

A propósito, Suely Rolnik (2016) faz uma viagem pelo mundo da psicanálise e da subjetividade, tal viagem faz com que os leitores acompanhem a trajetória de um cartógrafo. Cartógrafo este, que apesar de não explicitado, nos leva acreditar que seja a própria autora.

Na referida obra, a linguagem utilizada por Suely Rolnik: de maneira cinematográfica e subjetiva (do olhar subjetivo - por trás de uma câmera), segue o cartógrafo em seu percurso na busca do mapeamento da trajetória das “noivas” e dos movimentos do desejo. E a cada novo encontro a mocinha muda de nome conforme a evolução dos agenciamentos vivenciados: inicialmente “aspirante-a-noiva”; depois “aspirante-a-noiva-que-vinga”, seguida de “aspirante-a-noiva-que-gora”, mais tarde “aspirante-a-noiva-que-gora-e-gruda” e finalmente

“aspirante-a-noivinha-que-gora-e-descola” sendo esta última marcada pelo desejo de liberdade.

Rolnik (2016) explica que quando visualizarmos uma cena do nosso cotidiano, *“o olho da câmera (que é extensão do olho nu) enxerga apenas aquela cena. Mas, que por trás desse olhar (desta câmera) existe o corpo vibrátil que é tocado pelo invisível que imediatamente, aciona o primeiro movimento do desejo”*.

Espinosa (1979) apud Rolnik (2016) afirma que *no encontro, os corpos, em seu poder de afetar e serem afetados, se atraem ou se repelem. Ou seja,*

neste movimento de atração e repulsão alguns efeitos são gerados sendo os corpos tomados por uma variedade de afetos e é nessa intensidade que o corpo vibrátil já busca intensamente o segundo movimento do desejo, o que o faz tão imperceptível quanto o primeiro (ROLNIK, 2016, p. 31).

Te convido neste momento para uma pausa no intuito de entendermos alguns termos até aqui citados, como por exemplo, corpo vibrátil e desejo. A expressão “corpo vibrátil” foi assim chamada pela primeira vez por Rolnik (2016, p.12) *como a capacidade que possui nossos órgãos dos sentidos, em seu conjunto, mais precisamente, a capacidade subcortical*. Pois, de acordo com a neurociência cada um de nossos órgãos dos sentidos é portador de uma dupla capacidade: cortical e subcortical:

a primeira corresponde à percepção, a qual nos permite apreender o mundo em suas formas para, em seguida, projetar sobre elas as representações de que dispomos, de modo a lhes atribuir sentido. Essa capacidade, que nos é mais familiar, é, pois, associada ao tempo, à história do sujeito e à linguagem. Com ela, erguem-se as figuras de sujeito e objeto, as quais estabelecem entre si uma relação de exterioridade, o que cria as condições para que nos situemos nos mapas das representações vigentes e neles possamos nos mover. Já a segunda, que por conta de sua repressão nos é mais desconhecida, nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações. O exercício desta capacidade está 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 sentido, a potência de criação é mobilizada e impulsionada pela tensão formada pelo paradoxo entre a vibratibilidade de um corpo e sua capacidade de percepção forçando-nos a pensar e/ou agir de maneira a transformar a paisagem subjetiva e objetiva. Sendo que o desejo, neste contexto, consiste no movimento de afetos, e simulações destes afetos em certas máscaras, que são movimentos gerados no encontro entre os corpos. Ou seja, as intensidades do desejo buscam formar

máscaras e sua exteriorização vai depender se estas, irão tomar corpo em matérias de expressão, ou seja, se o afeto tomará forma, pois o afeto só será real quando se efetuarem (ROLNIK, 2016, p. 13-31).

Diante do exposto até aqui, é possível um entendimento de que a cartografia nos permite dar visibilidade aos pontos de encontro presentes num rizoma, por exemplo, e que a partir de então, podemos colocar sob análise as relações e os processos existentes nestes encontros.

Porém, antes de cartografar os caminhos e as paisagens psicossociais ⁷ formadas durante os encontros, o cartógrafo produz uma cartografia de si. E como experiência própria, em diversos momentos fui agenciada a realizar autoanálise que a partir dos devires dos encontros me deslocava da minha posição de aparente acomodação para a busca de novas experiências. Para Abrahão et al., (2014, p. 157) o desfazer-se de suas próprias crenças e saberes preexistentes enquanto pesquisador é fundamental, e

Para tanto é necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos (ABRAHÃO et al. 2014, p.157).

Neste processo eu pude me construir e encontrar sentidos diferentes na minha existência, compor e ser agente ativo no processo de construção de novos caminhos. Sendo esta experiência muito próxima da realidade de um cartógrafo em seu processo construção. Construção esta, que se faz modo constante, e não permanente, pelo menos até que novos encontros se estabeleçam.

⁷ São constituídas a partir do encontro entre corpos, da construção de mundos, dos agenciamentos. Trata-se da formação de novos territórios existenciais (ROLNIK, 2016).

4.1 A CARTOGRAFIA EM MIM

Ao iniciar meu processo de aproximação com a cartografia a qual considero um não método, pois rompe com os princípios estruturados e o passo a passo dos métodos usualmente utilizados foi necessário que houvesse em mim uma desconstrução daquilo que eu acreditava ser uma verdade universal para a pesquisa qualitativa. Neste momento fui convidada a me por e opor na pesquisa, o que até então eu entendia não ser permitido. Entendia que a pesquisa qualitativa tinha uma abertura para a escrita em primeira pessoa, mas escrever uma redação de pesquisa em primeira pessoa e ainda me colocar como parte do resultado do processo de pesquisa. Isto me soava estranho!

Neste processo de aproximação com esta perspectiva metodológica, fiz o exercício de refletir sobre a minha implicação com o assunto. O cuidado em saúde sempre esteve muito presente em minha vida, inicialmente sendo alvo dos cuidados e descuidados de um serviço de saúde do bairro onde morava, em seguida buscando, por meio das fortes influências da minha mãe, conhecer os bastidores do processo de trabalho em saúde daquele lugar, e depois atuando por de trás daquele balcão, já como profissional. Pude trabalhar com quem compôs meu processo saúde-doença, com quem participou da construção do meu cuidado durante a infância e a adolescência.

Hoje atuo e componho o cenário do trabalho em saúde na atenção básica e luto por uma construção do cuidado que possa oferecer ao usuário o mínimo de dignidade.

Simultaneamente a esta reflexão, inicia-se também, o processo de desconstrução do eu pesquisador, quantas possibilidades de ser e fazer pesquisa! Aqui foi necessário realizar o exercício de identificar meus *a priori*, aquelas ideias que reconheço como verdades na minha vida, mas que não necessariamente são verdades na vida do outro. É um exercício que realizo com periodicidade. Notei que, ao identificar meus pré-conceitos, o que não significa excluí-los, consigo me aproximar da realidade do outro, posso diminuir a cegueira que não permite ver a pessoa que está por trás de determinado recorte da vida.

E o adentrar na intimidade do outro trouxe à luz o indivíduo como multiplicidade. E a cada, encontro um universo de possibilidades se mostrava, foi então que me descubro ser múltipla. Não sou uma, sou várias! Esta experiência foi

significativa, pois eu já havia lido sobre o tema multiplicidade, sobre o contexto onde o indivíduo está inserido, sobre os múltiplos papéis assumidos pelas pessoas. Mas nunca tinha me deparado com a multiplicidade em mim!

Ao iniciar o processo de escolha do caso, sigo os caminhos que a própria pesquisa está trilhando, me considero uma pesquisadora implicada, que foi escolhida pela cartografia para explorar as redes emaranhadas da vida. A única coisa que tenho é uma pergunta de pesquisa e um corpo que está aprendendo a identificar as vibrações, minha missão é experimentar os encontros.

Faço uma pausa para refletir o quanto é importante a formulação de uma pergunta de pesquisa. A pergunta, sempre importante no processo de pesquisa, aqui se torna imprescindível por dar a orientação na construção da pesquisa. Ela é o ponto inicial. Mas, não há facilidade em sua elaboração. É importante que haja uma imersão na literatura sobre o assunto a ser pesquisado. Outra característica que acredito ser importante na construção deste caminho é o desapego em relação os pressupostos, se eu estabelecer pressupostos, logo, contamina o processo de pesquisa por considerar que as minhas análises ocorrem a partir da influência das verdades universais operantes em mim. Desta forma, sou tentada a comprovar se o pressuposto apresentado é verídico ou não. Assim, a cartografia deixaria de exercer sua função essencial que é a de mapear a vida.

Na prática, o exercício de se desvestir de um certo tipo de pesquisador epistêmico, de um processo no qual pesquisador e objeto de pesquisa são seres diferentes e distantes, é incômodo. É como se com um martelo iniciasse um processo de produzir “furinhos” em um muro identificado como “saber reconhecido”.

Iniciava-se a construção de uma pesquisadora implicada, que reflete sua prática e submete-se:

a análise que se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, pertença, referências, motivações, investimentos libidinais, bem como das relações de saber-poder sempre produzidas nos encontros entre o pesquisador e seus objetos (ABRAHÃO et. al, 2014, p. 156).

Nas palavras de Emerson Merhy o pesquisador implicado é:

o sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno. Ou mais, ao saber sobre isso mexe no seu próprio agir, imediatamente e de maneira implicada; chegando ao ato de intencionar o conhecimento através de um “acontecer nos acontecimentos”, como algo que, como um processo, emergisse no silêncio do instituído, provocando “ruídos” no seu modo de dar sentido ao

“fenômeno” e a si mesmo, de interrogar-se como o próprio protagonista do processo sob foco analítico, o que lhe faz colocar a si mesmo como objeto, nas suas próprias dimensões de sujeito da ação, sujeitado ou não, e tornando-se mais sujeito da ação com mais ganhos de autonomia neste processo auto-analítico (MERHY, 2004c, p. 12).

A construção e apropriação do método de fazer pesquisa aconteceram inicialmente por meio de leituras sobre a prática dos nossos referenciais metodológicos, e as discussões no grupo de pesquisa auxiliaram na edificação deste processo. Contudo, o momento de maior crise em relação ao método “diferente” que estávamos construindo eram as situações de questionamentos sobre a pesquisa em ambientes fora do nosso grupo. Mas, que método é esse? Como assim, você não sabe quem ou quantos serão os entrevistados? O que é usuário-guia? Eu tinha imensa dificuldade em responder, e de fato dizia que ainda estava em processo de apropriação.

A etapa inicial da pesquisa foi bem desconfortável, eu estava em processo de reformulação enquanto pesquisadora, eu ainda era deslocada de várias formas em relação ao processo ainda não definido do que seria a minha pesquisa. A única coisa que estava certa, até então, era minha pergunta de pesquisa.

Ao trilhar os caminhos apresentados pela pesquisa chega o momento em que me encontro em um caminho com 4 saídas, que é a escolha entre as 4 UBS’ sugeridas pelo serviço. Após a visita para as mesmas, seleciono uma de forma aparentemente imparcial.

Mas, ao me colocar em análise percebo que, o que me atraiu para esta escolha foi o fato de estar perto da equipe de saúde que fez parte da minha formação e de momentos importantes da minha vida (luto e gravidez). A equipe da UBS escolhida estava implicada com o caso, a região sul é um local familiar para mim, pois, foi onde cresci e criei as minhas redes. Logo, foi uma escolha um tanto quanto parcial.

Após esta escolha e o início dos encontros com o caso selecionado percebo o quanto me vou cartografando no caminho, o quanto as experiências dos outros disparam a análise das minhas experiências.

Poema 1: Cartografia para mim, cartografia em mim...

A cartografia me trouxe o olhar para o desconstruído, para o não dito, para as outras versões. Apontou-me o não caminho, aquele que eu não descobriria caso não abrisse mão... A mão, os olhos, a mente e até o coração. A cartografia me provoca um deslocar, um perder-me para então, me localizar. Localizar as experiências, as trocas, as marcas que estão aparentes, e aquelas que ainda não foram possíveis identificar. A cartografia é um convite a me perder. Pois, do que adianta um mapa para quem já conhece o caminho? E o que tenho visto, com o auxílio da cartografia, é que não existe um só caminho, não existe uma só verdade.

4.2 O PERCURSO

Este trabalho faz parte da pesquisa realizada pelo Observatório Microvetorial de Políticas Públicas e Educação em Saúde UEL/Londrina, intitulada como Observatório de Práticas de Cuidado em Redes Atenção Domiciliar e Atenção Básica. Foram alguns encontros para definirmos o tema a ser trabalhado pelo grupo de pesquisa, até que chegamos ao tema: a análise da Política Melhor em Casa, relacionada a Atenção Domiciliar, representada pela Portaria MS Nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, modificando a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011 de mesmo teor (BRASIL, 2013).

Ao se inserir na rede de observatórios, nosso grupo de pesquisa, : “Trabalho e o Cuidado em Saúde da Universidade Estadual de Londrina”, aceita o desafio de trabalharmos com uma metodologia similar ao projeto de pesquisa nacional, que é considerado uma experiência nova de pesquisa, um método não método se comparado com as práticas tradicionais de pesquisa qualitativa em saúde.

Nos encontros do grupo contávamos com a presença de docentes do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, docentes ligados diretamente à linha de pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, graduandos, pós-graduandos (em residência, mestrado e doutorado), trabalhadores das secretarias municipais de saúde de Londrina e Cambé e da 17ª Regional de Saúde do Paraná.

A proposta era nos vincularmos a uma rede de pesquisa nacional, denominado “CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE”, da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, submetida à Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 41/2013, cujo principal objetivo é criar uma rede nacional de observatórios de políticas públicas em saúde.

Nosso projeto de pesquisa foi aprovado no comitê de ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina Nº 1.643.145 datado de 20 de julho de 2016, em consonância com as orientações do CNS Nº

466/2012, e com o aceite da pesquisa pela Prefeitura do Município de Londrina, iniciamos as atividades.

Dentro desta proposta meu objetivo estava relacionado à compreensão do processo de construção do cuidado na Atenção Domiciliar (AD), na Atenção Básica (AB). As perguntas que nortearam minha pesquisa foram: **“Como ocorre a construção do cuidado no serviço de atenção domiciliar da atenção básica? Contempla as necessidades das pessoas? Ela sente-se cuidada?”** Para isso foi necessário conhecer movimento e os arranjos construídos pelos atores envolvidos no processo do cuidar em saúde de uma família assistida pela ESF, e conhecer a percepção dos envolvidos no cuidado (profissionais, usuário, cuidador) da Atenção Básica sobre a produção do cuidado na Atenção Domiciliar.

Após a seleção do tema de pesquisa e de termos aceitado o desafio de produzir pesquisa qualitativa a partir da perspectiva cartográfica, iniciamos nossa jornada para nossa aproximação com esta forma de pesquisar.

Inicialmente o que se tinha em mente era apenas o termo usuário-guia, que durante muito tempo no meu processo de fazer pesquisa eu acreditava ser um método. Realizamos algumas leituras sobre o papel do pesquisador; experiências de pesquisas de outros grupos; discutimos sobre os riscos presentes em nossa *a priori* e realizamos o exercício de rever nossos conceitos e os nossos preconceitos na prática da pesquisa.

Um fator importante nesta etapa era a presença de pesquisadores que já haviam experimentado esta prática e compartilhavam conosco suas impressões e marcas do processo. Esta fase pré-campo foi essencial na construção do ser pesquisador.

As atividades de campo iniciaram no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), onde realizamos duas oficinas com os trabalhadores envolvidos no serviço. Esta fase inicial da pesquisa, apesar de não estar diretamente ligada ao meu recorte, foi essencial na produção do cartógrafo em mim. Na primeira oficina apresentamos a proposta da pesquisa e convidamos os todos os trabalhadores a produzirem a pesquisa em parceria conosco. Em um segundo momento, contaram suas experiências sobre a produção do cuidado no encontro com o usuário e familiares.

Após 4 meses de produção conjunta com os trabalhadores, realizamos a segunda oficina. Neste encontro foi possível levantar propostas e indicações de

casos a partir das afecções dos próprios trabalhadores, mas também foi uma oportunidade de compartilharmos novas experiências. Apresentamos às equipes do SAD nossas afecções em relação ao que estávamos vivenciando e também conhecemos as afecções produzidas pelos trabalhadores durante nossos encontros. Está dinâmica se deu por meio de cartas escritas e trocadas entre os trabalhadores e os “pesquisadores” e o objetivo era que todos pudessem colocar em palavras o que cada um gostaria de dizer para o outro.

Este foi então, início de uma construção do meu ser enquanto cartógrafa e minha preparação para as próximas etapas da pesquisa, pois foi necessário um contato inicial com o método e a experiência do mesmo, para que quando eu me aproximasse do meu recorte de pesquisa, eu o fizesse focada nas experimentações.

Minhas vivências nos encontros com os trabalhadores do SAD foram sendo finalizadas para que eu pudesse iniciar novos encontros na atenção básica, local que viria contemplar o objetivo do meu trabalho. Porém, antes da minha saída realizei uma conversa com a coordenadora e as responsáveis pelas equipes do SAD.

Intencionalmente, a minha última conversa foi com as enfermeiras, pois, todas as fichas de solicitação de internamento são centralizadas nestas profissionais e são elas as responsáveis por averiguar as informações, esclarecer dúvidas, antes de repassar à equipe para avaliação de admissão. Da mesma forma, nas altas por melhora clínica, por internação ou óbitos, as enfermeiras também, estão sempre presentes.

Esta conversa teve como objetivo principal buscar sugestões e/ou indicações de casos que passaram pelo SAD, ou seja, casos que já foram acompanhados por este serviço nas modalidades AD2 ou AD3 e que por melhora do quadro estavam, naquele momento, sob os cuidados das equipes de saúde das UBS no município (na modalidade AD1). As indicações realizadas pelas enfermeiras nortearam a escolha do caso na medida em que direcionou o caminho a ser percorrido, pois a partir daí foi possível fazer um contato prévio com as enfermeiras coordenadoras, e posteriormente, visitar e conhecer as equipes da ESF das UBS localizadas nas regiões: Norte, Sul, Oeste e Central.

Enquanto pesquisadora, eu já tinha a consciência de que era necessário estar aberta a outras possibilidades, ou seja, embora houvesse algumas indicações

de casos pela equipe SAD, nada estava pronto, e a construção do processo da pesquisa precisava ser iniciada.

Um dos primeiros desafios após a minha saída do SAD foi exatamente o de estabelecer contato com as equipes de saúde das UBS indicadas, visando à construção de vínculos que pudessem tornar possível a minha imersão no novo campo de pesquisa, no caso, a ESF.

A cada uma destas coordenadoras foi explicado o objetivo da pesquisa e qual o caminho eu havia percorrido até aquele momento. A proposta era conhecer o caso indicado e receber sugestões de casos que para a UBS também eram relevantes, considerando o objetivo da pesquisa. Todas as UBS trouxeram novas sugestões de casos, mostrando-se dispostos a participar deste processo de pesquisa.

No total, foram 12 indicações de casos. Sendo 4 casos indicados pelo SAD, o que guiou até os serviços de saúde da atenção básica e 8 casos sugeridos pelas UBS.

A cada encontro com os profissionais da saúde era uma oportunidade para eu fortalecer o método em mim, pois era necessário explicar sobre aquilo que eu pretendia fazer e que estava fora dos “padrões” de pesquisa conhecidos. A cada encontro uma reflexão.

Neste período da pesquisa a leitura sobre o conceito de usuário-guia estava dando base para meus discursos e o aporte do referencial teórico presente na Merhy e colaboradores, 2016 – Livro 1 e Livro 2 produtos da pesquisa nacional “Estudo e Pesquisa para Aprimoramento da Rede e Promoção do Acesso aos Serviços de Saúde”, foram os meus apoios.

A seleção do caso se deu por meio de conversa com as orientadoras e foi considerado a minha empatia para determinado caso, ou seja, aquele que de alguma forma que atraiu minha atenção. Após a seleção, retornei às 03 (três) UBS não selecionadas, informei e conversei sobre a escolha do caso. Agradei a disposição e colaboração durante o processo de pesquisa e ressalté o quão importante foi a participação destes serviços neste momento de escolha do caso.

Entrei em contato com coordenadora da UBS selecionada para agendarmos uma visita. No dia agendado fomos recebidas pela médica da equipe A (responsável pelo caso selecionado), durante a conversa pudemos explicar sobre a pesquisa, o objetivo e a forma como estaríamos realizando. A partir de então, fomos

apresentadas a equipe de ACS presente naquele momento e fomos conversando com algumas pessoas nos corredores.

Trata-se de uma UBS localizada em um município da região Sul do país, que tem sob sua responsabilidade uma população residente em 11 bairros da região, o que corresponde a um total de 16 mil habitantes, com aproximadamente 90% da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de serviços como consultas de Enfermagem, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Odontologia direcionada para o público Infanto-juvenil e gestante. Tem o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) por meio dos profissionais Nutricionista e Fisioterapeuta. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por 03 (três) equipes e conta com 05 (cinco) técnicas de enfermagem, 03 (três) enfermeiras, 03 (três) médicas e 12 (doze) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O território pertencente à UBS selecionada possui áreas de risco com moradias em área de invasões, população carente, presença marcante do tráfico de drogas, baixa escolaridade da população e área com sítios e chácaras. A UBS sofre arrombamento e furtos com frequência, e são constantes as cenas de conflitos vivenciados pelos trabalhadores com a população usuária do serviço.

A pesquisa em campo foi realizada entre os meses de agosto/2016 a agosto/2017. Neste período, foram incluídos na pesquisa: profissionais da área da saúde: enfermeiras, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, fisioterapeuta, psicóloga. Profissionais do serviço especializado: psicóloga, assistente social, promotor público. E os integrantes do núcleo familiar selecionado: 2 mulheres e 3 homens, sendo 2 menores de idade.

Lembrando que os ditos sujeitos da pesquisa não foram previamente selecionados ou estipulado critérios de inclusão ou exclusão para a participação. Os participantes foram sendo convidados a produzir a pesquisa conforme os encontros e as narrativas quanto a rede produzida pelo usuário na busca de seu cuidado nos levavam até eles. Desta forma, conhecemos os participantes apenas no decorrer da pesquisa.

4.3 AS FERRAMENTAS

Para nos orientar no processo de construção do cuidado e ser um disparador na construção do pesquisador em mim, foi utilizada a perspectiva Cartográfica. Como já disse, entendemos que não há um caminho pré-formatado ou uma receita a ser seguida, o método se constitui segundo o que é experimentado em ato. A partir de cada encontro com os atores envolvidos na pesquisa, a mesma se constrói e o produto deste encontro é a pista para um novo encontro.

*“Caminante, son tus huellas
El camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
Se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.”
(Machado, 1997)*

Para orientar este percurso que foi produzido na perspectiva cartográfica, utilizamos o usuário guia. O usuário guia é um dispositivo que auxilia na escolha dos caminhos a serem percorridos na pesquisa.

O termo usuário guia foi descrito por Merhy et al. (2011) num estudo sobre Saúde Mental, no qual estes autores se espelharam na metodologia de uma historiadora do campo social e da cultura - Ermínia (SILVA, 2007). Esta autora utilizou e vivenciou a trajetória nômade dos artistas circenses em seu estudo sobre “circo-teatro”. Chamados de artistas-guias, estes iam se produzindo a partir da própria trajetória, construindo memórias de vida e possibilitando o mapeamento de lugares, instituições, práticas e saberes (MERHY et al. 2011, p.14). No material da EPS em Movimento (2014) mostra que, o usuário-guia tem sido utilizado como um *relato da produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde. Sendo necessário compreender o usuário-guia como a narrativa de um*

encontro (SILVA et al. 2016, p.252). Colaborando com a ideia do material referido, Coutinho (2016) descreve o usuário guia como *uma espécie de “fio condutor” para avaliação e reflexão sobre o cuidado produzido* (COUTINHO et al. 2016, p. 296).

O Ministério da Saúde, no material produzido para o curso de Especialização EPS em Movimento (EPS EM MOVIMENTO, 2014), o usuário guia é apresentado como uma ferramenta de pesquisa e:

permite avaliar processos de trabalho de uma equipe de saúde, além de identificar pessoas, outros territórios (lugares, instituições, práticas e saberes) e (re)construir memórias que de alguma forma estão envolvidas com o cuidado do usuário. Só que aqui, ao invés de a equipe e seus movimentos serem o disparador da análise, o usuário é que é (EPS EM MOVIMENTO, 2014, p.6).

Este dispositivo⁸ tem como intencionalidade colocar em evidência/trazer para a cena de estudo cuidados produzidos que habitualmente acontecem dentro e fora das redes formais de saúde, disparados pelos modos de produzir as conexões existenciais dos usuários em seus modos de produzir e caminhar na vida.

Em nosso caso, escolhemos selecionar uma família-guia, pois por considerarmos que nosso campo de atuação é um serviço intitulado como saúde da família, acompanhar a produção de saúde de uma organização familiar iria ao encontro da ESF, da proposta deste serviço e por entender que o processo saúde-doença está diretamente relacionado com as conexões familiares. Por meio de narrativas, a família compartilhou sua história e deu luz a rede que era tecida na busca pelo cuidado.

Utilização das narrativas surgem como uma possibilidade de compreender o que se passa, mas não visto pela sociedade, no microcosmo que é o cotidiano da família-guia, como se organizam. Os valores e os movimentos que tendem a tomar lugar silenciosamente. Permite escutar diretamente da fonte e se inserir no cotidiano dos sujeitos, compreender seu modo de vida, suas relações, as formas de que dispõe para resolver seus problemas (SEIXAS, et al. 2016). Ao falar sobre o vivido o sujeito revisita e reelabora o fato acontecido. As narrativas dão materialidade ao vivenciado.

⁸ O dispositivo é o resultado da rede tecida entre as linhas de força produzidas por vários elementos, tais como as leis, as práticas discursivas e não discursivas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais. São as práticas atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo e se produzindo sujeitos (DELEUZE, 1990 apud LIMA, 2015, p.107).

Narrativa, de acordo com o dicionário da língua portuguesa online MICHAELIS, (2017) é entendida como ato de *relatar*, de *expor um fato e/ou acontecimento*; de *narrar* situações do cotidiano.

Já no campo da pesquisa Ricoeur (1997, p.11) *apud* Onoko Campos (2008; p.2) situa a origem da narrativa na *Poética* e nas *Aporias* do ser e não-ser do tempo, sendo seus precursores, respectivamente, os filósofos Aristóteles e Santo Agostinho. Embora muito interessantes, tanto os temas, quanto seus pensadores acima, ambos serão citados nesta discussão apenas para trazer o olhar ricoeuriano sobre Narrativa. De acordo com Ricoeur a narrativa pode ser caracterizada como categoria de mediação, ou seja, *uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso*. Ainda, segundo o autor a narrativa *ligaria a explicação à compreensão: “superar a distância entre compreender e explicar”*.

Barros (2012), ao analisar a principal obra de Paul Ricoeur - Tempo e Narrativa (1983-5) - desenvolveu algumas considerações sobre as relações entre a filosofia de Ricoeur e a História, com atenção especial para a construção da narrativa historiográfica. A referida obra traz uma *reflexão filosófica sobre a relação entre “tempo vivido” e “narração” – ou, dito de outra maneira, entre “experiência” e “consciência”*. Aqui o autor mostra que o filósofo Ricoeur considera que toda história é uma narrativa e que a mesma apresenta outras implicações como, por exemplo: *assegurar o retorno do vivido, da sensibilidade e da ação humana* (Barros, 2012, p.3). Ainda de acordo com Ricoeur *apud* Barros, (2012) *a narrativa traz em seu cerne as escolhas dos personagens que a habitam e desenham seu próprio enredo, revelando, assim, uma história cujas decisões são tomadas na própria história, e não antes dela*.

As narrativas foram gravadas e a pessoa poderia dizer o que quisesse de acordo com sua vontade e disposição para o momento, no encontro. A conversa em si não recebeu, nesta pesquisa, o *status* de entrevista, pois não houve um roteiro com perguntas e respostas. Tão pouco, foram estabelecidos rituais de temporalidade na conversa, principalmente por se tratar de um diálogo aberto para a construção das histórias e reconhecimento das marcas. As gravações foram importantes para explorar todas as lembranças da conversa, que por vezes foram intensas e longas. Foram transcritas, e para a identificação dos locutores sem revelar suas identidades foram utilizados códigos que representam suas origens.

Quadro 1: Código de identificação das narrativas.

Código	Origens
FAM (1,2,3,4)	Representa o núcleo familiar, composto pela mãe, a filha, o filho mais velho, o filho mais novo, que residem na mesma casa.
ESF (1,2,3,4)	Representa a equipe Saúde da Família, composto por enfermeira, agente comunitário de saúde, Médica da família, e o gestor local.
ESP (1,2,3,4)	Representa o serviço especializado acionado pela família. São de pontos diferentes da rede, é composto por: psicólogos (2), assistente social (1) e promotora pública (1).

Embora tenha havido a transcrição dos áudios, esta, não figurou como procedimento prioritário no processo de análise. Ao contrário, buscou-se dar ênfase na audição dos mesmos, pois, ao ouvi-los novamente outras percepções e memórias foram ativadas, tais como: a memória visual, a tátil e a olfativa. Um exemplo claro disso foi quando ouvi novamente o canto da Calopsita que fora gravado durante o diálogo. O som de seu cantar era tão estridente que chegava a incomodar, mas, isso me trouxe lembranças até do modo como os membros da família se acomodaram durante o encontro.

Neste cenário mental em que o canto da Calopsita me remeteu foi possível perceber algumas situações, por exemplo, que o modo com que os membros da família se sentaram durante o encontro poderia sugerir muitas coisas: poderia sugerir um afastamento do filho mais velho (este esteve longe dos demais membros da família boa parte do tempo); ou até mesmo, uma maior proximidade da mãe com seu filho mais novo revelado pelos afagos e carinho desprendidos durante a conversa ou quem sabe até, numa relação de poder sobre a filha revelado num olhar repreensivo.

Memórias que talvez não tivessem sido produzidas caso eu estivesse lendo a transcrição literal em texto. Neste caso eu não transcrevo apenas as falas verbais, mas dou voz aquelas falas aos corpos, daqueles corpos que vibram.

Transcrevo meus sentimentos, o que toda aquela situação agenciou⁹ em mim. A partir de então, passei a olhar a transcrição sob outro prisma.

As experimentações associadas as narrativas compuseram, o cerne do campo da pesquisa e assim auxiliou na construção da cartografia. Na experimentação me permiti envolver, assumir outras vistas de um ponto¹⁰. Não buscava explicações, buscava sim, mergulhar nas possibilidades do existir. E como suporte para registrar minhas experimentações e colocar em análise minhas implicações utilizei o meu Diário de Campo.

A produção do diário de campo permitiu o registro das experimentações, e a partir do momento que é realizado a transformação do vivido em palavras, há o convite para análise ou para autoanálise dos encontros. É neste momento que minhas implicações e sobre implicações são colocadas em cheque, em especial o ser enfermeiro e a construção idealizada do ser mãe. O diário de campo me agenciou para a experimentação, como a brasa é para a fogueira e vice-versa.

Estas são ferramentas que foram utilizadas no percurso da pesquisa, que associada aos encontros e aos autores intercessores produziu o movimento de pesquisa. Os autores intercessores são aqueles que impulsionam a análise do movimento da pesquisa de forma a interseccionar com todos os outros elementos. De acordo com Abrahão (2014),

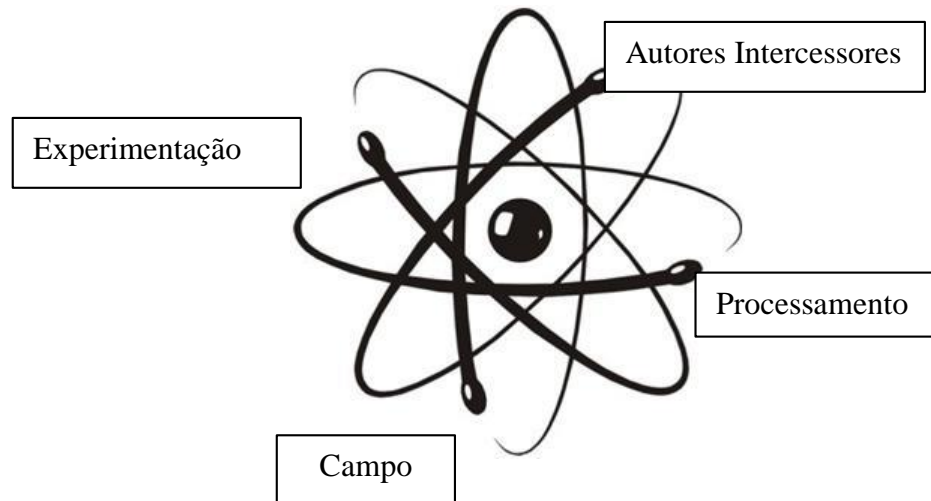
Os intercessores se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência (p. 166).

⁹ Agenciamento é quando há a expressão de um desejo. O agenciamento produz desejo, o desejo produz agenciamentos, se estabelece em agenciamentos, põe sempre em jogo vários fatores, então um agenciamento é sempre coletivo (DELEUZE, G.; GUATTARI, 1995).

¹⁰ No texto intitulado “As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas”, Merhy apresenta a expressão “Vistas do ponto” após um processo de reflexão disparada por uma fala do Frei Beto. Merhy explica que a vista do ponto está relacionada com a percepção das possibilidades de contextos diferentes (culturais ou não) relacionados a determinado assunto. Diferentemente do ponto de vista, que está relacionado as percepções de determinado situação dentro de um contexto que é comum a todos os atores envolvidos. (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf).

Para ilustrar o movimento da pesquisa, faço alusão ao movimento dos átomos, que são constantes e produzem energia.

Figura 1: Movimento da pesquisa



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

5 EXPERIMENTAÇÕES E REFLEXÕES

5.1 A PRIMEIRA IMAGEM DA FAMÍLIA SELECIONADA

Poema 2: Era uma casa...

Era uma casa...
que não tinha graça,
De uma família
Que vivia sob ameaça
A ameaça da agressão por um triz
de uma história aparentemente infeliz.
O filho que bate, um louco muito sabido.
A mãe que apanha, e repreende seu gemido
Sua história tem marcas, que também marcam estes filhos
A filha silencia... E por engolir as palavras
Adoece suas entranhas e desassocia a alma
O filho mais novo com a aparência serena,
Disputa seu cuidado com aqueles que têm a “cabeça pequena”.
E o caçula, por onde anda?
Acharam que por morar com o pai aliviaria seu sofrimento,
Mas, perderam aquele guri, que anda revoltado, nos próprios sentimentos.

A família-guia selecionada era composta por 05 (cinco) pessoas, mãe e quatro filhos. O filho mais velho (23 anos) é diagnosticado com transtorno psiquiátrico, apresenta convulsões com frequência, tem baixa tolerância a frustrações e é descrito pela equipe como muito agressivo. A segunda filha (20 anos) sofre agressões do irmão mais velho, concluiu o Ensino Médio, não sai de

casa e é descrita por familiares e equipe de saúde como deprimida. O terceiro filho (12 anos) tem hidrocefalia, estuda em escola regular e é extrovertido; o quarto filho tem 8 anos, não tem uma boa relação com os irmãos, mora com o pai, pois, tem medo do irmão mais velho. A mãe (39 anos) sofre agressões constantes do filho mais velho, está sempre ansiosa e nervosa, tem alucinações com frequência, faz uso de antidepressivos e outros medicamentos psiquiátricos, é muito ativa. A família recebe 02 (dois) Benefícios de Prestação Continuada (BPC) do serviço de Assistência Social. O Problema vivenciado pela família são os sucessivos surtos apresentados pelo filho mais velho, com agressão e risco à integridade física da família. O rapaz é acompanhado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), conquanto há uma grande dificuldade na continuação da terapêutica neste lugar devido a problemas financeiros, falta de transporte, entre outros.

A próxima etapa foi conhecer o prontuário da família. O prontuário que é uma fonte da história escrita do usuário atendido pelo serviço de saúde. O registro da história do paciente permite que haja a continuidade do cuidado prestado. Entretanto na busca dos prontuários da família houve dificuldade para localizá-los na UBS, em especial os prontuários da mãe e do filho mais velho que continham mais registros de atendimento, segundo a médica de referência. Houve um desconforto entre os integrantes da equipe quando solicitei os prontuários, pois, os mesmos não foram localizados, sendo necessária a abertura de novos prontuários, os quais não possuíam a história registrada do acompanhamento destes usuários apenas históricos biológicos do processo saúde doença.

Pela dificuldade de acesso aos registros no prontuário, as primeiras informações sobre a família foram sendo construídas por meio de pequenos fragmentos de narrativas dos diversos profissionais da ESF que tiveram contato com este caso. No entanto, Merhy e Feuerweker afirmam que:

O registro escrito está capturado pela lógica das tecnologias duras e leve-duras e não se mostra adequado para captar toda a dinâmica de trocas intersubjetivas, toda a gama de tecnologias leves utilizadas para trabalhar em equipe, construir planos de ação e efetivar o cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2008, p.10).

Nesta mesma linha os autores do texto *Medicalização e Substitutividade* afirmam que:

Essas informações/ emoções/vivências estão registradas na memória, na afetividade dos trabalhadores e dos usuários/familiares/cuidadores. Mais que isso, são parte do processo de produção desses sujeitos cuidadores, já que a cada experiência vivenciada se transformam todos os envolvidos e sua caixa de ferramentas para o trabalho em saúde” (MERHY; FEUERWERKER, 2008, p.10).

A minha primeira aproximação da família foi durante uma busca espontânea da mãe para uma consulta médica na UBS, fui apresentada a ela como pesquisadora e que estaria fazendo um trabalho relacionado à atenção domiciliar. Alguns dias depois, foi realizado na área de abrangência da UBS o controle das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, para isso os ACS entregavam convocações para a “pesagem” dos beneficiários (trata-se de um procedimento que visa mensurar: peso e altura, além da atualização da carteira vacinal de crianças, adolescentes e gestantes vinculados a este programa como obrigações mínimas da família) e eu pude acompanhá-los no processo.

Intencionalmente, acompanhei uma ACS quando foi realizar algumas entregas de convocações na rua onde a família residia, assim ao perceber que estavam na casa aproveitei a oportunidade para me aproximar. Por meio de uma conversa rápida no portão, me apresentei enquanto pesquisadora novamente, e fiz o convite para que a mãe pudesse participar da pesquisa. Ela aceitou prontamente. E, agendamos então, nosso próximo encontro!

5.2 Os ENCONTROS

Os primeiros encontros com a família foram permeados por situações delicadas, pois, a mãe desta família aparentava estar um pouco desconfiada, considerando o contexto, pois seu ex-esposo havia pedido a guarda judicial do filho mais novo. Neste período as conversas eram realizadas apenas no portão. Mas, após algumas conversas ela passou a me receber pelo menos na varanda de sua casa, onde conversávamos sobre sua história de vida. O momento mais delicado foi meu encontro com o filho mais velho, pois eu não sabia como lidar com aquela situação. Sinceramente tinha medo de ser agredida. Mas, surpreendentemente por tudo o que eu tinha ouvido até ali, foi um encontro muito tranquilo. A partir de então, fui construindo vínculo com a mãe e os filhos que moravam com ela. Em um determinado momento da nossa conversa a mãe se expressa: - *Eu não sei por quê... Mas, eu confio em você!*

Por meio dos nossos diálogos e narrativas foi possível identificar algumas referências de como a família vivenciou e vivencia o processo de cuidado, o que ela considera ser cuidado e como ela de fato cuida. Além disso, pude, ao longo das conversas, ir pontuando a rede de possíveis cuidado ou (des)cuidado acessada por esta família, a partir da construção realizada pela mãe.

Vale salientar que as conexões geradas por esta família são amplas e múltiplas, locais como a escola e o serviço da polícia militar apareceram durante as narrativas, porém, para o objetivo desta pesquisa, tentei apenas acompanhar um fragmento do rizoma, que foi direcionado pela própria família quando apresentaram intensidades maiores em determinados encontros do que em outros. Por outro lado, alguns pontos da rede mesmo apresentado uma forte intensidade, não foram possíveis de serem mais explorados, como no caso dos traficantes (descrito na página 77), por conta da segurança, ou da avó, por pedido da mãe acompanhada.

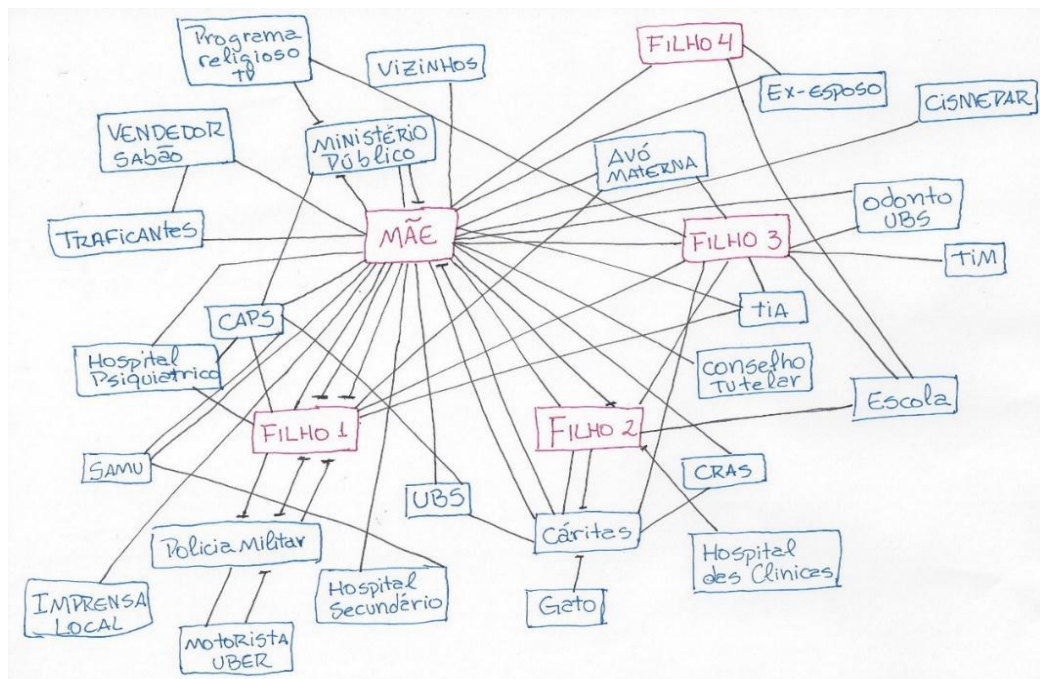
A mãe (a cuidadora) foi a condutora principal na construção da rede de cuidados para a família, pois era ela que, segundo o aparecimento das necessidades apresentadas na dinâmica familiar, buscava outros atores que pudessem de alguma forma, contribuir na produção do cuidado familiar.

ainda assim, mesmo com a ação predominante da mãe na construção do cuidado da família, os filhos também são os disparadores que dão o movimento para

a formação da rede de cuidados e pela produção do cuidado, neste último, o cuidado produzido não é reconhecido.

Ao percorrer a rede produzida pela família, experimentei encontros que foram marcantes, como por exemplo, as experimentações com trabalhadores em saúde de diferentes locais da rede instituída.

Figura 2: Rede produzida pela família. (colocar a imagem trabalhada no ppt



O percurso rizomático é atemporal e não há uma sequência lógica ou ordinal, sendo que a busca por cada ator a compor a paisagem psicossocial se dá conforme as produções geradas nos encontros anteriores. Não é possível admitir que todos os passos são previsíveis. Cada ator é autônomo em suas decisões e quando há o encontro entre atores diferentes o produto aparece conforme as relações de poder e as tensões geradas no ato da construção (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

Por este motivo não podemos dizer que a produção do cuidado se dá de maneira X ou Y, pois sua produção será diferente conforme os atores, o contexto, o território onde o mesmo acontece.

O que foi possível recolher das experiências vividas nesta cartografia nomearemos como PISTAS, pois indicam a existência ou a possibilidade de algo, podendo sugerir características inerentes a produção do cuidado, mas sem a

pretensão de desvelar algo como uma verdade absoluta, mas simplesmente de colocar em evidência, dar visibilidade às relações e como se dá a produção do cuidado.

As pistas podem *nos ajudar nos deslocamentos* (JORGE et al. 2016, p.208), são vistos também como marcadores que sugerem um acontecimento (RODRIGUES, et al. 2016, ou ainda como um produto de uma experiência.

E a partir de agora caminharemos por elas.

5.2.1 PISTA 1: O QUE TRAZEMOS E O QUE OPERA NOS ENCONTROS?

A produção do cuidado em saúde é possível a partir dos encontros entre os trabalhadores em saúde e o usuário. O encontro é um momento, é um local, é a experiência de estar e ser com o outro, é a oportunidade de compartilhar intenções e afetações, que podem resultar no cuidado ou no descuidado.

No encontro entre profissionais de saúde e usuários – o momento em que efetivamente se produz o trabalho em saúde há muitas possibilidades de produção e de antiprodução de relações. Depende da disposição das partes de se encontrarem, depende do lugar em que cada qual enxerga o outro (sujeito, objeto, incapaz ou capaz de oferecer ajuda, incapaz ou capaz de identificar necessidades, portador ou não de saberes etc.) (...) (FEUERWERKER, 2007, p. 2)

Ao entrar neste campo de vivências e produções intensas como o da atenção básica foi possível experimentar encontros diversos, com atores diferentes, em locais diferentes, mas que possuíam um elemento em comum. O usuário/trabalhador de saúde não é uma “caixa vazia” (FEUERWERKER et al. 2016), logo trazem para o encontro características, fruto de uma construção histórica e do vivido até o momento.

Um primeiro elemento observado nesta caixa trazida pelos trabalhadores em saúde é a captura pelo biológico presente na produção do cuidado do indivíduo, de forma que se a dosagem do medicamento já foi ajustada, não há mais o que fazer.

“o medicamento já foi ajustado para a dose máxima, e agora?” ESF2

“o que posso mais fazer? Eu só posso ouvi-la, só...” ESF 1

“ela sabe que pode contar conosco, mesmo que o problema do momento não seja de ordem biológica” ESF 4

A captura pelo biológico promove a medicalização do corpo, favorecendo práticas na produção do cuidado voltados apenas para a concepção de doença e não doença do corpo biológico, como aponta Merhy:

(...) a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-la. Mais ainda, a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no

outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia (MERHY, 2006, p.2).

Como nas falas supracitadas, nota-se que há uma valorização dos procedimentos, técnicas e medicamentos como forma de prestação de cuidado, enquanto que a escuta qualificada, as trocas de experiências, o vínculo produzido entre família e trabalhadores em saúde são consideradas ações ainda de pouco valor, apesar de reconhecida como dimensão cuidadora.

Este olhar armado do trabalhador em saúde não permite a ele identificar como seu trabalho interfere na vida do outro, e assim permanecerá realizando a mesma ação e sem a reflexão do processo do cuidado daquela família.

Esta captura do biológico também produz um segundo elemento presente na “caixa” dos atores envolvidos na produção do cuidado, que é a dificuldade em lidar com casos complexos. Nesta situação a complexidade do caso é definida pela intensidade do problema no âmbito biológico-emocional-social.

Coordenação, enfermeira, ACS, médica, técnico de enfermagem, sempre mudava o semblante quando o assunto era a família-guia. Um misto de sentimento de pena e limitação do próprio trabalho. O que fica suspenso no ar é a sensação de sofrimento (DC).

A equipe de saúde da atenção básica relatava com frequência o quão difícil era lidar com a situação apresentada pela família:

“Ele [filho mais velho] bate nela [mãe] quase todos os dias (...), e o que vamos fazer se ele é um paciente psiquiátrico” ESF1

“não damos conta disto!” ESF 3

“é muito sofrimento naquela casa” ESF 4

Foi possível observar e sentir como este caso desloca a equipe e provoca uma sensação de impotência profissional, porque, segundo relatos, parece não ter solução. Falas como *“esperamos que você nos mostre o que fazer, porque sinceramente é um sofrimento muito grande”*, apontavam o quanto a equipe mínima da ESF estava desgastada com aquela situação.

Na atenção básica, em especial a ESF, cujo o campo de disputas na produção do cuidado é constante, situações de carência de fatores mínimos para a sobrevivência humana associado o enfrentamento do sofrimento vivido pela comunidade local compõe um contexto de desgaste entre os trabalhadores (LIMA, 2015; ONOCKO, 2008).

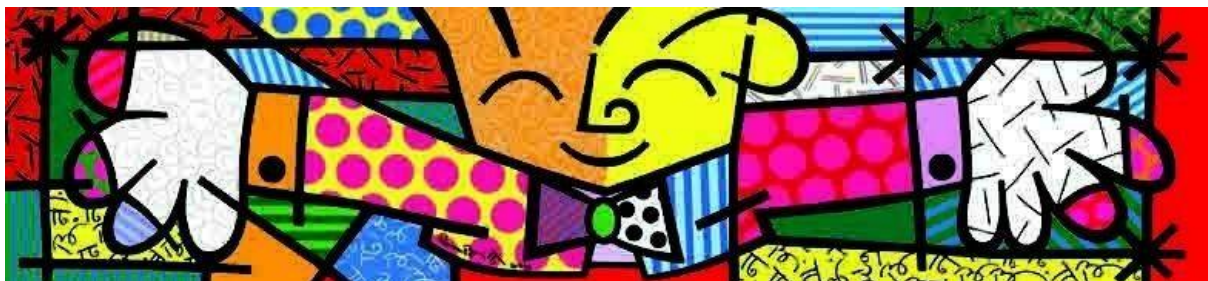
O resultado deste processo são trabalhadores fatigados, que vão para o encontro com o usuário sem realizar apostas, pois acreditam não mais ter solução naquele caso.

Esta situação vivenciada na AB, me fez reviver uma cena experimentada durante a etapa inicial da pesquisa, quando ainda estava no SAD. Tive a oportunidade de acompanhar uma visita que causava comoção à equipe de referência, e que por motivos pessoais também me comovia. Tratava-se do caso de uma criança que sobreviveu a um afogamento e por esta razão estava com severas sequelas. Ao final da visita questiono a equipe qual era a afecção sobre aquele caso, como segue no trecho do diário de campo:

Quando saímos da visita, perguntei às profissionais de saúde sobre o que elas achavam do caso. E a resposta foi, enquanto profissional trata-se de um caso muito complicado, mas como ser humano, ela acreditava que ele poderia retomar algumas funções. E que acreditavam na fé daquela mãe/cuidadora. O que eu gostaria de dizer à equipe do SAD é exatamente isso, o quão importante são as emoções no cuidado com o outro, o rir juntos, o acreditar, o chorar, o envolver-se está incluso no processo de trabalho da atenção domiciliar. Nem sempre a racionalidade trará o conforto. Em determinados momentos nos identificaremos com os casos, com os atores, com os momentos experimentados... Esta identificação não é errada. Afinal de contas, não podemos separar trabalhador, dos pais/mães, dos esposos/esposas, dos filhos/filhas [que somos]. Enfim somos múltiplos, trabalhando com a multiplicidade do outro. Que tal reconhecemos a nossa multiplicidade?" (DC).

E naquele momento eu também estava em processo de reconhecimento de multiplicidade, o convite não era apenas aos trabalhadores, mas, também para mim. Porém, eu só consegui reconhecer minha multiplicidade após se passarem dias daquela visita e de nossas conversas quando me deparei com o quadro do artista plástico Romero Britto em que afetação me permitiu esta percepção.

Figura 3: Quadro The Hug



Fonte: Romero Britto (2013). Disponível em: https://www.ebiografia.com/romero_britto/

As diferentes cores, formas e texturas que Romero ilustra em sua obra nos remete a multiplicidade intrínseca do ser humano, que é formado por momentos, experiências, (dis)sabores, encobertos por uma pele que é biológica e aparentemente uniforme, mas, que não consegue esconder um corpo que vibra e que são vários corpos a partir dos encontros...

Este foi então, o início da sensibilização do meu corpo vibrátil. Sim, é necessário sensibilizar o olhar, o ouvir e o sentir na pele. Pois, estes sentidos do corpo humano é que permitem os sentidos das experiências. E como diz o compositor **Marcelo Quintanilha**, o convite é experimentar:

Preciso ler mais livros. Assistir a novos filmes. E as peças em cartaz. Sair um pouco mais. Preciso ouvir mais discos. Ver shows de outros artistas. Voltar a ir ao circo. Torcer pro trapezista. Visitar as galerias, Frequentar mais os museus, Cair na boemia, Chegar perto de Deus. Orquestras, balés e corais, Mostras e exposições, festivais. Ouvir, olhar, sentir, bater palmas E alimentar de luz minha alma" (QUINTANILHA, 2012).

O reconhecimento da multiplicidade em nós permite uma reflexão da implicação que temos mediante ao caso. Aqui, registramos o terceiro elemento que os atores da produção do cuidado trouxeram em suas caixas, as marcas. Experiências anteriores do jeito como "caminhamos a vida" vem como uma marca,

que ao encontrar marcas que se assemelham-se às nossas, pulsam ou repulsam, mas que novamente ganham vida.

Deleuze pelos olhos de Baduy, relata que

o sujeito reflete e se reflete; daquilo que o afeta em geral ele extrai um poder independente do exercício atual, ele ultrapassa sua parcialidade própria, tornando possível a invenção e esta é a dupla potência da subjetividade: crer e inventar, presumir poderes secretos, supor poderes abstratos, distintos (DELEUZE (2001) apud BADUY (2010, p.37).

Nossas experiências nos conduzem na implicação que temos em cada encontro que realizamos, e que são diferentes, pois a cada encontro, um novo local, um novo ator, um novo momento, uma nova história. Mas que, de alguma forma, sua somatória vai ao encontro das experiências vividas no passado, mesmo cada uma sendo singular.

Reconhecer as marcas presentes em nossa multiplicidade, auxilia no processo de autoanálise do trabalho no sentido de pensar em: Por que que estou cuidando mesmo? O que me instiga a cuidar assim? Quais afecções o outro me provoca?

Penso que esta reflexão se torna um dispositivo para aliviar a carga emocional inerente ao processo de trabalho em saúde e nos desloca ao movimento de *outrar-se*.

Em um dos encontros que tive com uma integrante da família, em conjunto com uma profissional da saúde, observei como as marcas pulsam e trazem a tona as implicações, como descrito no trecho do diário de campo:

Durante a conversa a mãe muito nervosa, com os lábios tremendo, e muito inquieta relata que está desesperada, pois está prestes a perder a guarda do filho mais novo para o ex-marido. A mesma repete por várias vezes que se isto acontecer ela irá tirar a própria vida, pois não está dando conta desse sofrimento. Foi um momento de muita tensão no interior do consultório. Após a consulta, a profissional que acompanha a família, demonstra a quão sensível e agenciada está por esta mãe, marcada por um profundo instante de lágrimas (DC).

Em outro momento, as lágrimas voltam a rolar. Mas como um ator do processo do cuidado, que geograficamente está mais distante desta família, mas que na rede do cuidado encontra-se perto e tensionando o caso junto com os demais atores.

Este outro integrante compõe o serviço especializado em saúde mental que acompanha um dos filhos. Ao falar do caso, a mesma se mostra implicada, e o resumo desta implicação escorre pelos olhos.

Poema 3: Lágrimas



Lágrima é a expressão de um momento
 A vontade de recuperar o alento
 E gritar aos sete ventos
 Como queria que acabasse o sofrimento!
 Lágrimas são as expressões dos encontros da vida,
 Que não cabe nas medidas
 Impostas ou sem saídas.
 Lágrima é a expressão do “já não posso mais”,
 Sozinha não sou capaz
 De mudar o que ficou para trás.
 Lágrimas são expressões...

Os encontros vivenciados trouxeram inquietação, acionando meus ser enfermeira que queria resolver o problema da família, dar a solução, tirá-los de tamanho sofrimento. Associados a este sentimento me deparava com as expectativas de membros da equipe de saúde que diziam torcer para que eu encontrasse a solução para este problema já que todos estavam fatigados, devido a tantas tentativas frustradas.

Foi um encontro que devido ao seu intenso sofrimento me causou uma espécie de paralisação, por alguns dias fiquei com aquela narrativa percorrendo meus pensamentos, tentando encontrar causas, encontrar um caminho. As perguntas borbulhavam em mim. E se fizemos uma discussão do caso? Já foi feita! E se fossem acompanhados por outros serviços? Já são! E se mudassem os medicamentos? Já foram mudados! E se conversassem com o poder público? Já conversaram! E se...? E...?

Poema 4: Labirinto

“Ao entrar na história caio num labirinto”!

Não vejo caminhos, vejo paredes...

Parece não ter saída. Parece não ir a lugar algum.

Minha capa de profissional de saúde (e ainda de pesquisadora)
perde seus poderes, vivenciar a realidade do outro lado da moeda é a minha
criptonita.

Vejo-me impotente, minha máscara de sabida caí... Sentimento? Frustração! Como assim? Vou ver isso, vivenciar isso, e não posso resolver? Agora, me junto àqueles que estão neste mesmo labirinto e não sabem para onde ir. O que fazer? Vamos todos juntos atrás das pistas! Pois, o que nos une neste labirinto é o desejo de encontrar a saída.

A pesquisadora e enfermeira em mim, achou que por algum momento por ser profissional da saúde, tinha algum superpoder, algo que pudesse resolver aquele conflito, como se fosse meu dever. Mas pelo contrário, senti medo, frustração, senti impotência, o que possibilitou que, a partir daquele momento, eu estivesse nas mesmas condições de atuação que os trabalhadores e a família acompanhada. Fui desarmada. Fui capturada. E a única coisa que não me era permitido é que eu ficasse paralisada, precisava de alguma forma, dar movimento a toda aquela inquietação.

As narrativas, mesmo que sofridas, me mobilizaram a desenvolver a empatia com o locutor, a dar ouvidos para as histórias a ser o abraço que simplesmente conforta.

Comecei a entender que meu objetivo não é encontrar respostas ou dar as soluções. Eu queria e precisava conhecer os caminhos percorridos e quem sabe, junto com a família e trabalhadores traçar novos, afinal de contas agora eu estava compondo a paisagem psicossocial daquela família e daquela equipe de saúde.

Agora, eu compunha o movimento das marcas que pulsam e mobilizam para alguma forma de cuidado.

As marcas que trazemos para a produção do cuidado são frutos de experiências individuais, mas também sofrem influência de concepções de verdade de um coletivo, ou seja, estão em um constante processo de subjetivação. Este processo pode gerar empatia “eu entendo ela, como entendo...” (ESF 2) ou ainda repulsão “se eu pudesse, eu trocava de mãe...” (ESP 4), e a forma como elas operam refletem na construção do cuidado, quando nos encontramos com o outro componente desta produção, o usuário.

Pode-se dizer da subjetividade como *aquilo que concorre para a produção de um “si”, um modo de existir, um estilo de existência* (SOARES, MIRANDA; 2009, p.1). Guattari e Rolnik (1996) discutem como o processo de subjetivação, por eles nomeada com subjetivação capitalística, influencia em nossas práticas:

Tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística - tudo o que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam - não é apenas uma questão de ideia, é apenas uma transmissão de significações por meio de enunciados significantes. Tampouco se reduz a modelos de identidade, ou a identificações com polos maternos, paternos, etc. Trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social, e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo (p.27).

É como se vetores atravessassem indivíduo (de forma sutil), produzindo deslocamentos e influenciando diretamente em suas ações, mas sem que essas ações sejam percebidas como frutos de um processo de subjetivação capitalística, pois uma característica deste processo é influência discreta, mas intensa.

Os atores da produção do cuidado trazem em si processos de subjetivação que direcionam suas práticas a partir do que aprenderam enquanto experiência individual e coletiva.

As nossas experiências de cuidado influenciam na forma como produzimos o cuidado ao outro e adjunto a ela temos valores que são reproduzidos de geração em geração e que podem ocasionar cegueira em um processo do cuidado.

Estes valores, tidos como regimes de verdade é o quarto elemento que apareceu na “caixa” dos atores da produção do cuidado desta cartografia.

Existe uma prática disseminada em nossa sociedade de se realizar julgamentos morais segundo conjunto de rótulos estabelecidos em cada cultura, por exemplo, uma jovem adolescente, obesa e que utiliza vestimentas mais curta, classifica-se como preguiçosa e até mesmo vulgar. E a partir destes rótulos que geram os classificadores, temos uma formatação para a atuação no cuidado do indivíduo.

Em um das cenas experimentadas no serviço de saúde, havia um grupo de profissionais de saúde que estavam discutindo alguns casos da UBS, mostravam-se indignados, pois uma jovem, mãe, solteira, que tinha uma vida social ativa (rótulos) não tinha levado a filha para coleta de exames na UBS pela segunda vez (rótulos), sendo classificada como uma péssima mãe (classificador), o que gerou a conduta de não cuidado pelos profissionais por considerarem que a “não boa mãe” deveria cuidar melhor de sua filha.

Nesta cena, temos a construção de um conceito do que é o ideal de ser mãe, e a pessoa que não possua rótulos que não convirjam para o classificador tradicionalmente reconhecido são repudiados. Desta forma, temos postulado que esta pessoa não é uma boa mãe pois não cuida de sua filha, de acordo com aquilo que acreditamos como o ideal para o cuidado, segundo valores universais.

A mesma situação foi observada nas narrativas apresentadas por profissionais que acompanham a esta família. Falas como: “*ela não é uma boa mãe*” (ESP1), “*se pudéssemos trocaríamos de mãe*” (ESP4), “*sabemos que ela não colaborava com os tratamentos*” (ESP 2 e 3), são marcadores que constroem um regime de verdade sobre o papel de uma mãe no contexto familiar.

Michel Foucault, em sua obra intitulada *Microfísica do Poder* (1979) aborda regime de verdade como uma produção da sociedade capitalista, e entende a verdade como “*um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados (p.11)*” e não como elementos que representem o que é o real ou correto.

Segundo o autor, a produção dos regimes será conduzida de diferentes formas conforme a sociedade operante:

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de

discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (p.10).

Na produção do cuidado em saúde Bertoluci et al. (2016, p. 192) alerta que não reconhecer que há regimes de verdades operando nas relações entre usuários e trabalhadores podem resultar em uma disputa negativa. Pois segundo a autora: “*essa disputa de verdades tensionam violentamente as relações, dificulta as composições e autoriza os julgamentos maniqueístas e simplificadores*”.

Sobre os relatos anteriores, fica o convite da reflexão: quais regimes de verdades que operam em torno do ser mãe? Ou naquilo que entendemos ser mulher?

Apesar do meu objeto de discussão não ser sobre o papel da mulher na atualidade, a usuária acompanhada, como mãe e mulher, é vista dentro de um regime de verdade. O Valor inerente no valor de ser mulher, atribui aos nossos atos a forma como cuidamos ou que esperamos ser cuidados. Cuidar é um atributo exclusivamente feminino? Por que a enfermagem é predominantemente composta por mulheres? Por que os perfis de cuidadores domiciliares são de maioria feminina? O que se espera do ser mulher?

Situações assim, compõe o nosso cotidiano enquanto trabalhadores da saúde. Pois, a partir de alguns aspectos da vida do usuário, são construídos um enquadramento do usuário, como se fosse uma fotografia, e como apontam Baduy e colaboradores. (2015):

ações disparadas a partir de uma fotografia construída nos encontros entre o trabalhador de saúde em um determinado momento da vida daquela usuária. Esta fotografia, como uma imagem em duas dimensões, foi capaz de revelar apenas alguns aspectos da sua vida e da sua saúde, mas também produziu uma certa “verdade” sobre ela – seu diagnóstico – como se este incluísse sua vida-multidão, como se ambos coubessem na mesma fotografia e pudessem se resumir a uma imagem imutável (p.222).

E as fotografias impressas à família-guia revelavam valores como: histerias de uma mãe sozinha e pessoas com transtornos psiquiátricos não são capazes de viver na sociedade.

Discussões como estas nos permite revisitar nossas práticas e analisar o quanto de regimes de verdades estão operando enquanto compomos o processo de cuidado do outro. Regimes de verdades que vem sob forma de condutas morais ou

até mesmo éticas, mas que pouco enxerga a vida que há do outro lado, e que dependendo de sua rotulação ou classificação, pouco vale a pena.

Bertoluci, et al. (p. 2016) corroboram ao afirmar que:

Este lugar de portador da verdade abre certas visibilidades e não outras, muitas vezes causando cegueiras e diminuindo as possibilidades de acessar outros territórios existenciais daqueles com quem nos encontramos no dia a dia do cuidado em saúde (p.191).

Esta situação pode, inclusive, ser agravada quando nós, enquanto profissionais de saúde, reproduzimos verdades universais sobre temas que sequer foram por nós vivenciadas, e formulamos nossa *a priori* sobre a experiência do outro.

Em outra cena, repete-se a ideia sobre regimes de verdade, mas desta vez não sobre o papel da mulher, mas sobre o ser profissional.

A experiência do encontro com uma representante do judiciário foi bem diferente para mim, ansiava por conhecer suas impressões e sua participação no caso. Ela entra na história por meio de uma solicitação de discussão de caso requerido pelos profissionais da saúde, que desejavam por meio da promotoria que fosse estabelecido e determinado as responsabilidades de cada ator envolvido no cuidado de um dos integrantes, uma forma de instituir legalmente a função de cada um.

Deveria ser um encontro truncado, haja vista, os relatos prévios sobre a postura firme e por vezes dura da promotoria nas tomadas de decisões acerca do caso. Mas, no meio do caminho as coisas foram tomando formas que me surpreenderam, afinal de contas, tratava-se de uma pessoa, de um ser humano, de um ser sujeito a erros e interpretações que podem destoar de uma realidade, porém, uma pessoa instituída para com suas decisões, via de regra verticais, direcionar ou redirecionar a vida das pessoas que precisam da interferência de uma promotoria para minimizar danos nos diferentes tipos de conflitos familiares. E ao final desta experimentação vem a identificação:

Poema 5: Audiência

Por trás de sua eloquência, há um coração em turbilhão
 Sentimentos que vem e vão, que interseccionam com aquele outro
 Sentimento intitulado razão.
 O acesso não é tão simples,
 Insisto e finjo não entender o significado de um não.
 Por que não posso falar contigo?
 Deixa eu ouvir os sentimentos presos em teu coração.
 Bem que conheço esta casca,
 Também a uso com certa frequência,
 Pois, eu reconheço o quanto estou fraca,
 E tudo que menos quero, é dar audiência
 àquilo que me maltrata.

Identifiquei nela, aquilo que normalmente tento fazer. Uso do jaleco ou da toga, os prontuários ou os processos para me caracterizar de profissional e agir como se fosse a outra de mim, puramente como profissional. Mas, não agimos “puramente” como profissionais.

Espera-se que um profissional, seja ele qual for, seja reconhecido como uma personagem e se comporte como tal durante 24 horas por dia. Desta forma encontrar uma nutricionista que consome *fast food*, ou um educador físico acima do peso, ou ainda uma promotora boazinha seria inadmissível, pois o valor deste regime de verdade está na profissão e não no profissional que a opera.

Neste processo de construção dos regimes de verdade relacionados às profissões, as instituições de formação universitária assumem parcela da responsabilidade sobre o profissional o qual está habilitando para sociedade. Pois a doutrina vivida, lida, redigida, e experimentada durante anos de estudos provavelmente será a que regerá a prática profissional.

Na área da saúde, as disciplinas criam regras e o controle, em parceria, dá a concretude necessária para a constituição de padrões de normalidade. E, se em determinado momento a disciplinarização da vida, a patologização do sofrimento eram as formas de dominação do corpo, além delas, na contemporaneidade opera também uma patologização da vida. O que está em disputa é o modo como as pessoas se organizam no viver. A disciplina ditou leis, concentrou, distribuiu no espaço, ordenou no tempo, normalizou a vida, docilizou os corpos... (SILVA, 2015, p.101)

Este processo de engessamento vivenciado pelos profissionais que lidam com o cuidado com seres humanos pode causar sofrimento, pois em uma situação onde é necessário olhar com olho vibrátil, o que é olho retina ou o que é científico não permite tal visualização.

Então, os discursos que trazem: “*não há o que ser feito*” (ESF4) ou “*já foi encaminhado, já foi matriciado, já foi medicado... mas até agora nada!*” (ESF1), “*sinceramente, não sei o que fazer*” (ESP1) surgem como uma expressão de limitação do científico, e posteriormente, de desgaste profissional.

Pois, de acordo com o que pudemos observar é que por vezes, as verdades universais apresentadas na produção do cuidado desta família, produziram limitações na sensibilização, no olhar e na atuação dos trabalhadores envolvidos, conseqüentemente no cuidado produzido.

5.2.2 PISTA 2: A DISPUTA DO CUIDADO

Por tratarmos o cuidado como um processo, é inocente ou prepotente de nossa parte imaginarmos que ele (o cuidado) pertence apenas a um ator. A vida é multifacetada, e sozinhos, não contemplamos nossas necessidades.

O campo da saúde é um espaço que contempla o encontro de diversos atores, que trazem em si formas diversas de viver a vida, de produzirem suas ações, de apresentar seus interesses.

Por isso é importante reconhecer todos os atores envolvidos no processo de cuidado, reconhecer quem dispara a necessidade, quem movimenta a rede, quem compõem a rede, quem gerencia, quem faz o cuidado em “*lócus*”. Cada ator tem função importante neste processo, e devidamente reconhecido ele será uma potencialidade para o cuidado. Quando falamos nos atores leia-se: a própria família, os trabalhadores em saúde, e os demais integrantes das redes vivas ¹¹e instituídas.

Para Lima (2015, p. 51), partindo do termo disputa do cuidado já descrita por Merhy e Feuerwerker (2008), *Essa diversidade transforma a unidade em uma arena de disputas de projetos/ideias individuais e coletivos que disputam a produção do cuidado.*

Para Cecílio; Mendes (2004) os territórios de disputas são um desafio:

sempre tensos, como espaços de negociações, novas pactuações, sempre considerando a impossibilidade de criação de um discurso hegemônico e homogêneo com poder de anular as diferenças irreduzíveis portadas pelos atores reais (p.53).

Carvalho (2009, p.66) reforça que a disputa do cuidado auxilia no processo de melhorias nas atividades realizadas pelos trabalhadores e (...) *ainda possibilita entender, valorizar, respeitar o outro.*

Na produção do cuidado da família-guia observou-se a disputa do cuidado em dois âmbitos: um relacionado ao tensionamento entre trabalhadores em saúde e usuários e o outro, um tensionamento entre os próprios trabalhadores.

¹¹ Redes vivas são as conexões formadas a partir da interação entre serviços e/ou ações podendo estar relacionadas a área da saúde ou não. É um processo vivo, que monta e desmonta, que podem emergir de qualquer ponto sem seguir uma norma lógica de redes instituídas (MERHY; et al., 2016; p. 35 - 36).

O tensionamento entre trabalhadores e usuários são apontadas nas narrativas produzidas pela família sobre o cuidado, que revela o sentimento de distanciamento dos que querem ajudar: *“nunca me senti cuidada, eles acham que sabe o que acontece comigo, mas não conhecem nem um terço”* (FAM1), *“é fácil dizer que ele [filho] é um santo, não são eles que apanham todos os dias”* (FAM1), *“não adianta vir com conversinha mole pro meu lado, não sabem o que eu vivo, são tudo falsiane!”* (FAM2). *“quem ele [médico] acha que é pra dizer que tenho a cabeça pequena? [complicação da válvula de hidrocefalia]. Nem me conhece! Cabeça pequena é a dele!* (FAM4)

Quando o usuário busca o serviço de saúde tem a intenção de encontrar o apoio necessário para o enfrentamento do problema o qual está vivenciando. No encontro com o trabalhador de saúde o usuário se vê em um processo de objetificação, ou seja, torna-se o objeto da ação do outro. Ser o objeto de ação dos trabalhadores de saúde não representa, necessariamente, em ser cuidado.

No texto “Cuidar em Saúde” da Laura Feuerweker (2013) aborda que na produção do cuidado em saúde é necessário reconhecer o usuário enquanto sujeito:

A produção de cuidado e de novidades nas práticas de saúde ocorre motivada por um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção dos projetos terapêuticos (muitas vezes essa autonomia é “arrancada” pelas famílias), (p.42).

E enquanto sujeito, este usuário tem intenções, histórias, experiências, ele deseja ser ouvido e reconhecido como ator do seu processo de cuidado, não como mero objeto. O que se torna possível quando existe a criação de vínculo entre usuário e trabalhadores. De acordo com Slomp Júnior; Feuerweker; Land, (2015) apud Seixas et al. (2016) o vínculo *“só se constrói se o outro também quiser, se ambos se considerarem “interlocutores válidos”, ou seja, se assumirem uma postura ética de enxergar o outro da relação como alguém com quem há de se estabelecer pactuações”* (p.395).

Cuidar sem a produção de vínculos é realizar procedimentos técnicos que objetivam a cura do corpo biológico e minimiza o peso do processo saúde-doença. Cuidar com a produção de vínculos resulta em alteridade, em respeito com a vida do outro e assim possibilitar que ele encontre caminhos para ampliar seu grau-de-autonomia e levar a vida da melhor maneira que possa e deseje.

Junto com os atores vêm seus planos de cuidado e neste espaço de micropolítica há disputas de projetos e o desafio está em articular estes planos de forma a manter o foco na produção de cuidado da família.

O não reconhecimento das ações e do saber válido de outros atores, inclusive, do sujeito da ação em saúde (o próprio usuário) pode paralisar o movimento do processo do cuidado. Da mesma forma os problemas sociais de grande complexidade e que dependem da ação de outros órgãos da rede de apoio paralisaram a atuação dos atores envolvidos no processo de cuidar no domicílio/UBS, causando sofrimento à equipe.

Para os trabalhadores em saúde, considerar o usuário como um ser autônomo e a atuante na produção do cuidado torna-se um desafio, pois pode ser confundido como uma resistência a produção do cuidado daquele serviço (CARVALHO, 2009).

Nesta linha, os trabalhadores das mais diferentes áreas apontavam um sentimento de desânimo pois revelavam em suas narrativas que “*o que podemos fazer, fazemos...mas as vezes parece que não é o bastante*” (ESP2), “*ela [mãe] também não se ajuda, assim fica mais difícil*” (ESP3), [sobre a filha] *nós tentamos aproximação, mas ela se fecha...*” (ESP1).

Este contexto de desgaste profissional, de sofrimento causava certa “cegueira” aos profissionais envolvidos com a família, ao ponto de os mesmos conduzirem os problemas como se fosse algo pessoal. Neste movimento, apenas mãe e o filho mais velho eram o epicentro do cuidado, enquanto que os demais integrantes continuavam no fluxo das redes analógicas, ou até mesmo não conseguiam entrar nestes fluxos, sendo alvo do descuido que provinha de todos os lados. Vistos apenas como alguém da família e um interlocutor não válido.

Neste contexto, percebe-se que todos os atores estão interessados no cuidar, contudo, não convergem. E como fica a produção do cuidado? cada um de um lado fazendo ou tentando fazer sua parte? E quem cuida? Esta pergunta deu origem ao sexto poema.

Poema 6: E quem cuida?

E quem cuida?
Eu cuido, eles não cuidam...
Não cuidam, porque não conhecem o que acontece aqui,
Porque não pertencem a este processo,
Porque só quem está por perto entende.

Eles não cuidam, apenas acham que sabem cuidar
Apenas eu sinto as dores, as culpas
E o responsabilizar.

Às vezes falam algo que dá certo,
De alguma forma eles apoiam
Porém, o caminho mais perto
É aquele que não me isolam.

Tá! Eu topo seu cuidar,
Se assim você me aceitar,
Tenho saberes e experiências
Que levaram anos para cultivar.

Eu cuido, eles cuidam.
Com vínculo todos podemos praticar
Sei que não é fácil, não há regras
Mas é um processo, é a arte do cuidar.

A disputa do cuidado entre família e profissionais, como vimos, provém de um acreditar que tem o domínio sobre o outro, de um conter a sabedoria e o outro a ignorância. Não obstante, a associação dos múltiplos saberes e seu reconhecimento contribui em um processo do cuidar com alteridade.

Outra forma de disputa do cuidado está entre os trabalhadores. Todos os atores envolvidos na rede de cuidado produzido por esta família tinham algumas coisas para acrescentar sobre o cuidado que era produzido naquele campo de

relações. Composto estes planos de consistência temos dois profissionais de saúde (representantes de pontos diferentes da rede) que, conforme o integrante da família que possui relações, tendia a tensionar o cuidado para este usuário.

Em um encontro com um destes profissionais, o discurso do cuidado estava centrado na mãe desta família. Existia a preocupação com o processo de adoecimento que a matriarca vivenciava e o como isto afetaria todos os integrantes da família. Para o profissional que tinha vínculo com a mãe, os problemas presentes nesta família tinham nome e sobrenome e ainda morava sobre o mesmo teto.

Na outra ponta da rede instituída para o cuidado temos um profissional que tinha vínculo mais próximo com o filho, sendo o centro de toda prática do cuidado daquela instituição. Para esta profissional a causa de todo problema causado ao filho, seria da mãe que não colaborava com os tratamentos propostos e ainda, de alguma forma disparava o quadro de surtos do rapaz.

Ambos profissionais estavam focados cada um em seu vínculo mais próximo, apresentando os argumentos e defesas sobre aquele ponto de vista conhecido por eles.

Observa-se um desprendimento de forças em buscar culpados para todo o problema. Aqui a culpa não aparece como um sentimento, mas como um julgamento moral sobre determinada ação, que deixou ou não de ser feito.

As redes constituídas e as redes vivas que foram formadas por esta família apresentava um tensionamento, era quase um “*Fla x Flu*”, com jogadores para cada lado, rivalidade, provocações e disputas. Mas diferentemente de uma partida de futebol, não havia vencedor nem mesmo empate, os dois lados continuavam perdendo.

O que havia em comum entre os atores envolvidos no processo do cuidado desta família era a preocupação de se encontrar culpados para o problema vivenciado por eles. Há quem dizia que o problema de tudo era o filho, diversas agressões, as ofensas, e que o tirando da “jogada”, a maioria das situações/problemas da família seriam resolvidos. Para isso insistia-se na internação compulsória, aumento das doses dos medicamentos, até em procedimentos cirúrgicos como lobotomia, por exemplo. Mas, será que se tirássemos o filho da cena estaria tudo resolvido?

Por outro lado, há quem diga que o problema da família é a mãe manipuladora que mente, que surta, e que se ela fosse medicada corretamente,

fizesse os tratamentos propostos, os conflitos iriam se resolver em maior parte. E a pergunta se repete. Será que se tirássemos a mãe da cena estaria tudo resolvido?

A busca contínua de encontrar um culpado estava desconstruindo a rede que fora formada para apoiar a família no processo do cuidado, as linhas que compunham a rede estavam ruidosas, fragilizadas e em alguns casos rompida.

E o cuidado, que deveria ser o objetivo dos atores envolvidos neste caso, fica em plano secundário, pois estão presos na armadilha da culpabilização.

Culpabilizar alguém ou uma instituição é uma prática que poderá induzir a não responsabilização dos demais atores no processo do cuidado, representando uma forma de lavar as mãos sobre determinada situação, por exemplo: *“Tá vendo, a família sofre deste jeito porque o moleque é muito agressivo, enquanto não institucionalizar o rapaz não podemos fazer nada”*(ESF4) ou *“só chegou nesta situação, porque a mãe não colabora com o tratamento, enquanto ela não tomar uma posição, não podemos fazer nada, e se eu pudesse colocaria outra mãe nesta família”* (ESP4).

Outro nó causado pelo processo de culpabilização é a produção de rótulos dentro das equipes. Apesar de determinada experiência não ter acontecido com todos os integrantes da equipe, ela é transmitida aos trabalhadores como uma verdade absoluta. Ou seja, um mau encontro quando vira assunto de corredor produz rótulos e quebra de vínculos com os demais serviços. Como, por exemplo: determinado serviço é sempre problemático, ou aquele outro setor se recusa a atender, e assim por diante.

Merhy (2014) aponta que precisamos fazer o exercício de enxergar outra vista do ponto, e não somente outro ponto de vista. Neste caso, temos dois pontos de vista, onde aqueles que têm maior proximidade e vínculo com seu ponto defendem conforme acreditam ser, verdade absoluta, o que para cada ator envolvido é baseado em suas experiências e encontros.

5.2.3 PISTA 3: AS REDES

É possível observar que um dos produtos do processo do cuidar é a formação de redes, elas surgem a partir de uma necessidade a ser contemplada e que não foi possível resolver de forma independente. Assim, o usuário portador da necessidade irá buscar em instituições, pessoas, serviços, o apoio necessário para sanar suas intenções. Como apresenta Feuerweker (2011),

Necessidades de saúde que são amplas – vão desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente, além da garantia de acesso a todos os serviços e tecnologias necessários para enfrentar o problema em questão. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a rede de cuidados (p.38).

Retomando a produção dos caminhos na construção do cuidado desta família, observa-se que, apesar da mãe ser aquela que percorre com mais frequência e intensidade a tal rede, sua produção só é possível pelo deslocar e fomentar também dos filhos que, de forma singular, também tecem a rede de cuidados.

Como orienta Schiffler e colaboradores (2016, p. 76), olhar para a rede de cuidados utilizando critérios como *distâncias geográficas dos serviços, transporte e o acesso a estes, equipamentos e suas tecnologias “duras” e “leve duras”* é propagar um olhar armado. No entanto a autora sugere que reconheçamos as outras redes produzidas pelo usuário a partir da tecnologia leve, ou seja a relacional.

Então, a partir de um relato, nota-se a presença de diversas redes na produção do cuidado desta família:

“diante os muitos casos de agressão física sofridos pela mãe e presenciado pela vizinhança, os traficantes da região decidiram que fariam “justiça” com as próprias mãos. Ameaçaram executar o filho mais velho para que o problema fosse resolvido. Diante de tal ameaça a mãe entra em desespero pois teme pela vida filho, e começa a acionar todos os pontos de apoio possíveis: conversa com assessores de alguns vereadores e a imprensa para conseguir uma porta, o objetivo era consertar um quartinho no fundo da casa que ela usava para prendê-lo nos episódios de crise, assim ninguém poderia ver o que estava acontecendo.

Buscou apoio do posto de saúde, pediu ajuda da Cáritas (instituição filantrópica da Igreja Católica), foi ao Ministério Público relatar as ameaças, conversou com a diretora do CAPS, e após uma conversa com o vendedor ambulante de Sabão, que conhecia a todos os moradores do bairro, obteve apoio e o mesmo se comprometeu a levar a mãe até o chefe do tráfico para ela explicar a situação. Com esta conversa, a mãe ganhou tempo até que o serviço social conseguisse internar seu filho por motivos de segurança” (DC).

Como na cena relatada acima, sobre a ameaça de morte ao filho mais velho, a matriarca sabe que não pode depender da vontade e do tempo da rede instituída e busca seus próprios meios para contornar a situação

A UBS e o CAPS compõem parte da rede instituída pela política da RAS, o que segundo Lima (2015) “*frequentemente têm formatação fixa, sólida, previsível, como se fossem possíveis de serem controladas. Progridem por etapas de um ponto a outro* (p.121)”, e como foi possível observar não foi o suficiente para dar o apoio necessário a esta família. Neste caso, a rede instituída foi apenas um fragmento da rede viva que foi construído por ela. Sobre as redes, Merhy (2014) afirma que:

“as Redes Vivas são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos” (p.157).

Além da rede de atenção à saúde, a família transitava pelas redes da assistência social, pelas redes dos serviços jurídicos e ainda pelas redes do apoio religioso, o que segundo foi dito por Merhy (2014) essas redes vão se atravessando e compondo a rede viva produzida pela família.

Houve uma cena em comum que foi relatada tanto pela família, quanto pelos integrantes das redes acionados por ela, que foi a reunião com a promotora que tinha como objetivo, por meio das articulações com os componentes das redes, construir um fluxo de cuidados ao filho mais velho. Havia representantes da UBS,

CAPS, Cáritas, Hospital Psiquiátrico, empresa de transporte coletivo público e a própria família.

A proposta era: contratualizar com a empresa de transporte coletivo público do município para realizar o traslado do filho mais velho de sua casa até o CAPS, onde passaria o dia em atividades terapêuticas, e que a mãe fosse acompanhada pela psicologia e psiquiatria para possíveis tratamentos.

Neste anseio de resolver a vida e os problemas de saúde do usuário, muitas vezes fazemos várias tentativas de movimento, buscando por exemplo a relação com outros serviços da saúde e com outras áreas. No entanto, as discussões que são realizadas muitas vezes não avançam para além de pautas burocráticas de um “deve ser” para os usuários, que são baseados em modelos de intervenção tecnicamente consagrados – porém não menos prescritivos – sobre a vida do outro (BADUY, et al. 2016, p.224).

Existiu esforços de todos os lados para contribuir (dentro dos seus limites pré-definidos de atuação) com o cuidado da família, porém em uma lógica fragmentada e pouco articulada. Apesar disso, o encontro foi marcado por acusações, culpabilização do sofrimento, ausência de co-responsabilização, e dificuldade de escuta do outro.

Este encontro retratou a dificuldade ou a barreira existente na comunicação entre os serviços, pois desconhecem a atuação um dos outros e ainda exercem o jogo de empurra quanto a responsabilização diante de um caso complexo como o apresentado neste trabalho. Tais ações estão sob a justificativa da burocratização das ações nos serviços, em especial da saúde.

Entretanto, o que observamos é que as políticas instituem uma lógica burocratizada, de procedimentos e protocolos, que definem certa previsibilidade para o caminhar e o agir de usuários e trabalhadores, que fabricariam uma rede institucionalizada, inteira e sólida, a partir de caminhos com esquemas pré-estabelecidos, a partir de diretrizes e requisitos para estar dentro e atendido pela rede (ROSA et al. 2016, p.92).

No entanto, quando o usuário não encontra a resposta coerente para o que ele acredita ser cuidado, como ser autônomo e movido por seus desejos, ele procura em outros encontros o insumo necessário para produzir seu cuidado. O usuário faz apostas dentre suas possibilidades, e como uma aposta investe tempo e força para que ocorra conforme seus interesses. E assim cria inúmeras possibilidades.

A rede não é estática é influenciada por tensões nos seus diferentes pontos ela capta as vibrações de sua produção mesmo quando estas tensões ocorrem em pontos distantes da rede. A rede do pescador apreende o peixe, a rede

do aracnídeo capta os insetos que por ventura passem por ela, e a rede produzida pelo coletivo - aqui me refiro ao familiar - produz as relações e captam o cuidado. não aquilo produzido pelo corpo biológico, mas, o produto do corpo vibrátil.

As linhas são constituídas durante a busca pelos pontos, é a relação estabelecida entre o eu e o outro. A linha é sensível aos porvires da vida, são tecidas quando há chuva, quando há sol, quando há calma ou quando há ventania. Passíveis de serem rompidas, as linhas podem se apresentar mais estruturadas ou fragilizadas, o rompimento de uma linha pode significar um abalo à rede com maior ou menor intensidade.

5.2.4 PISTA 4: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

Caminhar por entre a rede de cuidados produzida pela família durante o período de pesquisa possibilitou realizar reflexões da minha prática enquanto enfermeira pesquisadora e convidar a todos que de alguma forma participou dos encontros produzidos por esta rede, a refletir também sobre seus processos de trabalho.

Meus encontros me mostraram que o pesquisador não faz pesquisa (não é um produto bruto), mas consome a pesquisa, pois realiza a autoanálise, coloca sua prática em discussão. Ao convidar os trabalhadores para serem pesquisadores estamos dando voz às suas práticas, às suas reflexões, buscando tirá-los do campo do objeto a ser avaliado para o campo que avalia, ou melhor, que se auto avalia.

Mas, ao falar em “pesquisa” a ideia inicial era que seria realizada uma avaliação do objeto a ser pesquisado, ou seja, era como se houvesse a pretensão de apontar se determinada prática era certa ou errada, boa ou ruim, fatores positivos ou negativos, o que facilita ou dificulta, enfim um vicioso ciclo de dualismo, onde há um avaliador e um avaliado.

Devido a esta construção de regime de verdade sobre o que é uma pesquisa, outra etapa do percurso foi iniciar a desconstrução da ideia de pesquisa avaliativa que os trabalhadores do campo, intrinsecamente traziam, considerando suas experiências acadêmicas. E para isto, durante as visitas pude compartilhar das práticas do cuidado com os trabalhadores no campo. Auxiliei os membros das equipes durante alguns procedimentos técnicos; trocamos experiências e opiniões sobre alguns casos; participei das reuniões de equipe; compartilhamos alimentos em momentos estratégicos (momento do cafezinho). Foi um processo de nivelamento, não existia mais a relação pesquisador-pesquisado e sim pesquisadores em saúde ou trabalhadores em saúde.

Uma experimentação que me agenciou foi o “momento do café”, quando ainda estava no campo de pesquisa SAD, como pode ser observado no relato a seguir:

“O que me chama a atenção é como a alimentação tem o poder de dar leveza a situações que são maçantes ou estressantes”. Aquilo que poderia ser chato é realizado como

confraternização, ao ponto que fotos de feridas e coxinhas são compartilhados com a mesma naturalidade. O lanchinho é um conforto, é o acolhimento, é o momento: “eu mereço” do dia. Ao mesmo tempo em que o alimento ali, em um momento de tensão é um “álibi” perfeito para me fazer ficar quieta, omitir minha opinião ou passar a vez quando não sei como me expressar, afinal de contas não podemos conversar de boca cheia. Serve também para refletir, mastigar e olhar para o nada me fazem pensar sobre o que acabou de ser dito ou me ajuda fugir com objetivo de não me machucar. Poderia também ser a glicose que falta para dar a ligação em uma ideia brilhante, ou a cafeína que manterá acordado aquele, cuja, carga diária tem judiado. São tantas funções que poderiam justificar a associação do lanchinho, coffee break, café da manhã ou tarde, até mesmo o almoço com uma reunião... “Ou se começarmos a discutir um caso pode-se dar início ao lanchinho, pois começamos a reunião” (DC).

Está situação do “momento do café” também foi observada na UBS. O quanto que o alimento suaviza as situações estressantes do dia-a-dia. Os momentos que mais socializei com a equipe foi dividindo uma caixa de bombom e em outra situação, compartilhando esfirras na cozinha.

Os momentos de refeições compartilhados foram ferramentas que auxiliaram no processo de empatia nos encontros entre os trabalhadores em saúde e pesquisadora.

Outra ferramenta que auxiliou neste processo foi o “Carro” enquanto ferramenta de transporte. A experiência inicial com o carro aconteceu no SAD, primeiramente não podíamos acompanhar os trabalhadores no mesmo carro, pois, não havia liberação do gestor municipal, contudo após a apresentação dos documentos necessários solicitados pela gestão, o embarque, no carro, nos foi permitido:

Após a espera do “sinal vermelho” da burocracia, enfim podemos prosseguir, pois, agora entramos em um campo riquíssimo de reflexões e trocas. Aqui ou ali, o carro não é

apenas sinônimo de transporte de um local físico a outro, mas é uma oportunidade de darmos movimento para nossas expectativas ou planos. É no carro em movimento que traçamos nossa rota, e durante o traslado que refletimos e tomamos decisões. É neste caminho que às vezes passamos por paisagens ou a compomos. É durante o caminho que cenas ou pessoas disparam sentimentos ou ideias, é ali naquele banco estofado, que mesmo não sendo um divã, compartilho minha história com aqueles que seguem para o mesmo caminho que o meu. Momentos estes que encurtam distâncias, e quando menos esperamos: chegamos! (DC).

O carro era um lugar de encontro, de reunião, de apoio material, onde o movimento ocorre para chegar a lugares físicos ou para conseguir acesso aos serviços. O lugar físico está relacionado a casa dos usuários, e o movimento para acesso está relacionado com as decisões que são tomadas a partir da discussão do caso dentro do carro, com base na qual, a conduta possibilitará o acesso a determinado serviço ou não.

Em uma experiência de pesquisa, o professor e pesquisador Emerson Merhy apresenta um relato de como o carro foi uma ferramenta para produções:

Houve situações em que a conversa no carro, indo e vindo de um domicílio, era a fonte mais rica que tínhamos na mão. Sem dúvida, a equipe também, porém não necessariamente, percebia isso, a ponto de instituir e reconhecer esse momento como trabalho construtor da equipe e da sua forma de cuidar. O carro, em alguns casos, é reconhecido como lugar de encontro e produção, que permite a reflexão “a quente” e a análise das situações que se acabou de vivenciar ou que possibilita “a combinação do jogo” imediatamente antes de “o time entrar em campo” (MERHY; FEUERWERKER, 2008, p. 9).

Na UBS a experiência com o carro foi semelhante ao ocorrido no SAD, mas, um diferencial na ESF é que o movimento que a equipe realiza em grande parte é utilizando o próprio corpo, é caminhando, é a pé.

Com alguns integrantes da equipe, traçamos rotas a pé, tivemos encontros com usuários nas ruas, conhecemos famílias, trocamos experiências debaixo das árvores, cuidamos de outros no portão, estávamos sob o mesmo sol.

Tanto o carro quanto os corpos trazem consigo o signo da construção do movimento, pois neles há liberdade de construção da rota, o caminho a ser percorrido é decidido no ato por aquele que o guia. Mesmo que haja caminhos planejados, mesmo que haja um padrão, o carro ainda assim pode escolher o seu trajeto e o corpo pode construir formas diferentes de chegar a um lugar ou mudar seu itinerário, inclusive por aqueles caminhos onde o carro não pode chegar. Diferentemente de um ônibus, que precisa passar pelos pontos definidos ou de um trem que percorre trilhos estáticos ou de um avião que a rota foi traçada previamente.

Lembro-me de uma amiga, que ao me oferecer uma carona, que tentei recusar inicialmente por não querer incomodá-la, me disse com intuito de me tranquilizar: *“Thalita, meu carro faz curva, sabia?!”* Naquele momento a fala dela me agenciou para a construção dos nossos caminhos, que se produzem conforme experimentamos.

Durante nosso período de acompanhamento com a equipe de trabalhadores do SAD e da ESF, alguns questionamentos começaram a surgir. Os profissionais perguntavam sobre o que estávamos achando das atividades propostas ali, qual era nossa opinião sobre a dinâmica das equipes, ou seja, a fala dos trabalhadores evidenciava a necessidade de um feedback a respeito do que nós “pesquisadores” havíamos experimentado até aquele momento.

As conversas sobre as produções eram feitas nos encontros dos corredores, quando compartilhava com os profissionais envolvidos no processo do cuidado da família guia os caminhos já percorridos e as contribuições para a produção do cuidado.

No caso dos profissionais dos outros pontos da rede de atenção, que fora indicado pela narrativa familiar, o processo de reflexão ficava por parte das provocações e perguntas disparadoras de análise como: como você se sentiu quando vivenciou tal cena? Teria outras formas de fazer o que foi feito? E pude também contribuir com as minhas afecções sobre aquele caso. A produção das narrativas destes profissionais foi uma etapa importante no processo de autoanálise, pois observei que para falarem sobre o assunto era necessário a construção de um texto mental, que por vezes saía de forma bruta e que ao ser ouvida por seu locutor ia sendo lapidada (e se descobrindo enquanto análise). No fim das produções surgia, como pistas, novas possibilidades de produzir o cuidado no encontro.

Uma cena que descreve esta análise, eram os sucessivos maus encontros entre a profissional do serviço especializado e a mãe desta família, que acarretava em descuidado. A mãe sempre relatava a dificuldade que tinha com a profissional, que segundo ela defendia o indefensável filho agressor: *“lá, ele pode até ser um santo. Mas aqui, não é! Se na visão dela, ele é tão bonzinho, por que não leva para casa?!?”* (FAM1).

Em contrapartida, a trabalhadora dizia que um dos maiores problemas do filho era o contexto familiar no qual ele vivia. E que após alguns enfrentamentos com a mãe e a filha que iam visitá-lo no serviço especializado, não conseguia sentir nenhuma empatia por elas, sendo vistas como fator negativo na produção do cuidado do rapaz.

Em determinado momento da discussão de caso com a profissional do serviço especializado, falamos sobre este assunto e a própria trabalhadora refletiu sobre seu processo de trabalho e sua participação na construção do cuidado desta família. A consequência desta autoanálise foi prática: um mês após nosso encontro, enquanto conversava com a mãe, ela me dizia de forma muito tranquila sobre sua conversa com a profissional do serviço especializado e que acreditava que o melhor caminho a ser seguido no tratamento do seu filho era o que foi proposto por esta profissional.

Mas o que mudou neste encontro? Liguei para a trabalhadora do outro ponto da rede e falei sobre o que tinha acontecido, e muito tranquilamente ela me disse: *“em nosso último encontro eu a ouvi, conversamos sobre ela, deixei que desabafasse”* (ESP 1). E o acolhimento resgatou um bom encontro, produziu deslocamento e mudou a prática.

Com a equipe da ESF, o caminho foi um pouco diferente. O que eu costumava ouvir era o quanto eles estavam fadigados com o este caso, e apesar de não ser o caso mais complexo da área de abrangência desta equipe, era a situação que mais os sensibilizava de alguma forma. Então, considerando o contexto da equipe, propus a eles um encontro onde discutiríamos nossa família guia.

Aproveitamos um dia que já era utilizado para as reuniões da equipe, o local utilizado foi uma sala de reuniões da UBS, e estavam presentes a enfermeira, a técnica de enfermagem, a ACS e a médica da equipe. Porém, ao invés de falarmos sobre o processo de cuidado da família selecionada, falamos sobre nossas experiências com o cuidado em nosso ambiente familiar. Foi um momento de tenda

do conto,¹² onde as lágrimas, os soluços, os abraços, foram meios utilizados para expressar como estávamos, e que é assim que cuidávamos.

Foi possível observar nestas duas cenas que a utilização de ferramentas que tenham como base as tecnologias leves têm potência para produzir a autoanálise e o deslocamento do cuidado. ora centrado no trabalhador para o deslocamento centrado no usuário e sua família.

Ao final, enquanto saboreávamos um bolo de churros, conversávamos sobre nosso processo de trabalho e como nossas ações interfeririam na construção do cuidado do outro. Pude ainda, compartilhar discussões importantes realizadas durante o processo de caminhada na pesquisa, e juntos percebemos que nesta família não há algozes ou vítimas, mas que há pessoas que lutam diariamente na tentativa de buscar o melhor para si, de pessoas que querem assim como nós se sentirem cuidados.

¹² Tenda do Conto, é uma prática integrativa de cuidado em saúde. Trata-se de um processo colaborativo de metodologias participativas, realizada em grupos, que permite ao usuário ser protagonista de sua própria história, a partir do momento que narra suas experimentações e dá voz as suas afecções. (Félix-Silva, 2014).

6 DESTAS EXPERIMENTAÇÕES, O QUE FICA?

Enquanto trabalhadora do SUS, inserida na Atenção Básica, por vezes vivenciei o real, bem distante do idealizado, onde muitas questões me eram colocadas, principalmente, por ser eu, uma profissional de saúde - enfermeira - implicada com a produção do cuidado, e ao mesmo tempo, conhecedora dos inúmeros desafios que a prática diária nos impõe acerca do cuidar em si.

Assim, o cuidar em saúde foi minha inquietação-guia, sobre a qual, me debrucei durante todo o estudo desta dissertação de mestrado. Nesta jornada eu buscava experimentar a construção do cuidado na atenção básica sob o ponto de vista do usuário, digo, uma família usuária deste nível de atenção em saúde e seu caminho pela rede. Então eis a questão: esta família se sentia contemplada em suas necessidades ou demandas de saúde, ou ainda, se sentiam cuidados?

Durante toda trajetória da família-guia na busca do seu cuidado em saúde a cartógrafa que operou em mim sentiu a necessidade de se despir dos *a priori* impregnados por regimes de verdade previamente estabelecidos, tendo sido fundamental naquele momento uma profunda imersão no campo de pesquisa, imersão intensa de corpo e alma que trouxe muita angústia e gerou sofrimentos, mas, que também, possibilitou compreender o outro ou até *outrar-se*.

Por entender que o processo do cuidado é dinâmico, foi necessário utilizar uma perspectiva metodológica que possibilitasse uma flexibilidade de sua aplicação, de forma a acompanhar e construir junto com o campo de pesquisa seu percurso e sua análise. Ao encontro desta necessidade, a cartografia se apresentou como alternativa para ser um dispositivo que possibilitou realizar a autoanálise, a reflexão do processo de trabalho, permitiu dar vazão as narrativas, e ainda propiciou encontros e experimentações que agregaram no processo do cuidado.

Experimentar esta perspectiva de pesquisa trouxe ganhos relacionais, habilidades com trabalho em equipe, desconstrução de mitos relacionados a pesquisa e a ciência e um novo olhar sobre fazer/ser/consumir a pesquisa em todas suas etapas.

Ao dar as mãos para a família-guia, compus e caminhei pelas suas tramas na busca da produção do cuidado familiar, aqui não representei o sabido, mas estive nas mesmas condições de busca.

Rimos juntos, choramos juntos, nos indignamos, mas não deixamos de caminhar. E pelo caminho tivemos encontros que nos deram pistas de como operava o processo de cuidar nesta família.

Uma das pistas nos remeteu a análise dos elementos que trazemos para o encontro com o outro. Entre os elementos apresentados, os regimes de verdades e as marcas foram os mais intensos.

No caso das marcas, observou-se que elas são nosso referencial prático do que entendemos e experimentamos sobre o que é cuidado em nossa história de vida. Desta forma, podem produzir ruídos durante a construção do cuidado com o outro. Identificar e realizar a autoanálise da marca possibilita reduzir a carga emocional que as vezes produzimos em alguns encontros com o usuário.

Os regimes de verdades, por um *modus operandis* muito sutil, são de difícil identificação, ainda assim, operavam por traz dos discursos e das práticas do cuidado, que por sua vez provocavam mal encontros. Um dos regimes de verdade observado foi o do papel de mãe/mulher na sociedade e que se tratando de uma cultura patriarcal, constrói-se um ideal de mãe. Quando a mulher não se encaixa ao padrão estabelecido, sofre o julgamento moral, sendo alvo de descuido.

O processo do cuidado está relacionado a movimento e a participação de vários atores, leia-se família, trabalhadores em saúde, trabalhadores de outros setores, ou quem a família julgar ser necessário. Neste contexto, surge nossa terceira pista: a disputa do cuidado. Observamos que a disputa do cuidado ocorre em dois campos diferentes: entre usuário e trabalhador da saúde, quando não há reconhecimento de saberes mútuos ou há falta de empatia. A disputa pode ocorrer também entre os próprios trabalhadores por não terem um espaço para diálogo, contra referência e ainda desconhecimento da atuação do trabalhador que compõe outro setor.

Outra pista que aparece em nossa caminhada pela produção do cuidado é a formação das Redes. As redes surgem a partir dos encontros que produzem relações ou vínculos, que por sua vez são apoios no processo do cuidado das pessoas que a produzem. Nesta cartografia observamos a produção de redes vivas e percorremos a rede formalmente instituída.

A última pista que trazemos das nossas experiências é a prática da reflexão sobre o processo de trabalho. Observou-se que os encontros formais das equipes de saúde para discutir casos ou processos de trabalho eram poucos

utilizados, no entanto, locais como corredores, a cozinha e o carro são espaços não oficiais de encontros e discussão da equipe. Trabalhadores que não têm um espaço de reflexão do processo de trabalho, não produzem análise, logo vivem o plano de ação dos outros atores e pouco contribuem. O diálogo entre os integrantes das equipes e entre as equipes de saúde favorecem a produção do cuidado da família e a continuidade da mesma, pois assim as ações se complementam.

E os integrantes desta organização social chamada família, ao fim desta caminhada sentiram-se cuidados? Se ainda considerarmos o cuidado como um produto final a resposta será não! Mas, como as pistas indicaram o cuidado é um processo, é o inter, é o movimento, o encontro, e não apenas os resultados de ações.

Ainda sobre os nossos protagonistas, não foi o objetivo desta pesquisa solucionar o problema vivenciado pela família-guia, mas a intenção foi produzir juntos (trabalhadores, família e pesquisadora) novas experiências que pudessem de alguma forma contribuir com a produção do cuidado familiar e auxiliar na reflexão do processo de trabalho dos trabalhadores envolvidos com este caso, agregando experiências para outros casos que possam surgir.

Ao final de todo o processo, antes de sair do campo de pesquisa, o retorno com os pesquisadores/trabalhadores para analisarmos tudo que vivenciamos e discutimos até aquele momento não foi um ponto final, mas um passo a frente rumo a construção do cuidado.

Pois como as pistas nos mostraram, nossa reflexão e autorreflexão é um exercício (que deveria ser) diário, sem uma rede de apoio no processo de cuidar o desafio se torna maior, e ainda, se esta rede não produzir comunicação ativa, sua existência torna-se inválida.

REFERENCIAS

ABRAHÃO, A.L., et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. 1ed. Porto Alegre: **Editora Rede UNIDA**, 2014, v. 1, p. 155 -170.

ANDRADE, C.D. (1902-1987). **Mãos dadas**. In: Antologia poética /Carlos Drummond de Andrade; organizada pelo autor. - 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 313p. Disponível em: <http://lelivros.bid/book/baixar-livro-antologia-poetica-carlos-drummond-de-andrade-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/> . Acesso em: 01 out. 2017.

ATHAYDE, M.C. O. Resenha: O cartógrafo e as noivinhas. *História Unisinos* 13(3): 314-317 setembro/dezembro 2009 © 2009 by Unisinos – doi: 10.4013/htu.2009.133.10. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/5103-16296-1-SM.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

BADUY, R.S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento** / Rossana Staevie Baduy. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

BADUY, R.S; et al. **“Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim**. In: MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; SEIXAS, C.T.; ALMEIDA, D.E.S.; SLOMP JÚNIOR, H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. **Políticas e Cuidados em Saúde: livro 1**. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

BARROS, J.D.A. **Tempo e Narrativa Em Paul Ricoeur: Considerações Sobre o Círculo Hermenêutico**. Fênix – Revista de História e Estudos Culturais Janeiro/ Fevereiro/ Março/ Abril de 2012 Vol. 9 Ano IX nº 1 ISSN: 1807-6971 Disponível em: www.revistafenix.pro.br. Acesso em: 22 set. 2017.

BARROS, M. **Livro sobre Nada**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

BRASIL. Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949. **Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, dez. 1949.

_____.Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução: RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006 que dispõe sobre o **Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, 2006**.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Bioética. **Resolução 196/96**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1996. 4(supl2).

_____.Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, 2016.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.: il

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 2 v.: il.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p.: il.

CAMPOS, R.O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 24 jun. 2018.

CARVALHO. L.C. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. 2009. 111 p. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001

CECÍLIO, L. C. O; MENDES, T. C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 39-55. 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; ABRASCO, 2003.

COUTINHO, G.L.O et al. A Reestruturação do cuidado e a produção de ferramentas na saúde mental. In: MERHY, E.E; BADUY, R.S; SEIXAS, C.T; ALMEIDA, D.E.S.; SLOMP JÚNIOR, H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 1. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

CUNHA, C.F.C. "Gilles Deleuze e o Pensamento Nômade: A Máquina De Guerra Primitiva", p. 58-65. In: Anais da VIII Semana de Orientação Filosófica e Acadêmica [= Blucher Philosophy Proceedings, n.1, v.1]. São Paulo: Blucher, 2014. ISSN 2358-6567, DOI 10.5151/phipro-sofia-008.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1ª edição 1995 e 2ª Reimpressão em 2000. v.1, p.10-37.

EPS EM MOVIMENTO. Refletindo sobre ferramentas analisadoras. 2014. Disponível em:
file:///C:/Users/usuario/Downloads/Refletindo%20sobre%20ferramentas%20analisadoras.pdf. Acesso em: 27 jun. 2018.

FÉLIX-SILVA, A. V. et al. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica / – Natal: Edunp, 2014.78p. ISBN: 978-85-8257-014-2.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. Formação e Clínica. In: III FORUM DE LINGUAGEM NO FORUM DE CIÊNCIA E CULTURA da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Anais... Rio de Janeiro, RJ, 21 - 25 de maio, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In Marins J.J et al (org) EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. "Cuidar em saúde". In: FERLA, A. A.; et al. (Org.). VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43-57. Coleção VER-SUS/ Brasil.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica - Cartografia do Desejo. 4ª Edição Petrópolis: Editora Vozes. 1996. 327p.

JORGE, A.O. et al. A pesquisa RAC MG e interferências no território de BH. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.198-209.

LACERDA, M. R. Internação domiciliar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. 1999, Florianópolis. Anais. Florianópolis: ABEn, 1999.

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LIMA, J.V.C. A produção do cuidado na atenção básica: controlar a vida/ produzir a existência. [tese de doutorado]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

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; Rio de Janeiro: Hucitec; UERJ; IMS; ABRASCO, 2004.

MACHADO, A. Caminante, No Hay Camino: Selección de SUS más recordadas poemas, 1997. Ed. Planeta. 120 p. ISBN: 9789507427831.

MARANDOLA, C.M.R. "Berço de Amor". In: O portal do compositor - Músicasregistradas.com 2017. Disponível em: <https://musicasregistradas.com/songwriters>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MERHY, E.E. A cartografia do trabalho vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida: o ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Campinas: [s.n.], 2004a. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO. T.B. et al. Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004c, v. 1, p. 21-45. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf.

MERHY, E.E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. Resumo dos capítulos 2 e 4 do livro Saúde: a cartografia do trabalho vivo, publicado pela editora Hucitec, SP, nova edição de 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

MERHY, E.E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde, 2007. Disponível em: http://www.medicina.ufjf.br/micropolitica/textos/gestao_da_producao_do_cuidado.pdf Acesso em: 25 de out. 2017.

MERHY, E.E. et al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia, Rio de Janeiro, n. 33-34, p. 89-103, jan./ago., 2011.

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

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade. Universidade Federal do Rio de Janeiro *Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - 2008*. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em: 05 out. 2017.

MICHAELIS. Dicionário Michaelis: moderno dicionário a língua portuguesa. On-line. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/cuidar/index.php>. Acesso em: 18 set. 2017.

NOGUEIRA, T. Rizoma. Infoescola: navegando e aprendendo. Reino Plantae (plantas). Disponível em: <http://www.infoescola.com/plantas/rizoma/>. Acesso em: 05 out. 2017.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 08 out. 2017.

QUINTANA, M. (1980). *Esconderijos do tempo* [recurso eletrônico] / Mario Quintana. - Rio de Janeiro: Objetiva, 2013. Recurso digital. Formato: ePub. ISBN 978- 85-7962-194-9. p. 72. Disponível em: <http://lelivros.bid/book/baixar-livro-esconderijos-do-tempo-mario-quintana-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/>. Acesso em: 22 ago. 2017.

QUINTANILHA, Marcelo. Ouvir, Olhar, Sentir. In: *Cumulus Sambas*. Disponível em: <https://www.marceloquintanilha.com.br/biografia>. 2012. Acesso em: 21 jun.. 2018.

RODRIGUES, R.M et al. Região Interestadual de saúde do Vale do Médio São Francisco: potencial instituinte para a produção de redes vivas. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E. (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 2*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 236-250.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo* / Suely Rolnik – 2ª edição, Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016. 248 p.

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

ROMERO BRITTO. Quadro: The Hug (O abraço). In: Britto.com.br. [Internet]. Disponível em: <http://britto.com/artworks/digital-prints/>. Acesso em: 27 set. 2017.

ROSA, N.S.F. Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 92 - 101.

SANTOS, E.M.; KIRSCHBAUM, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008; 10(1): 220-227. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>. Acesso em: 24 jun. 2018.

SCHIFFLER, A. C. R. et al. Engravidando a rede de atenção materno infantil: multiplicidades e redes vivas na produção do cuidado. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 76 - 91.

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

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

SILVA, E.F.A. Tecendo uma rede de cuidados. Onde estão os nós? (Onde os olhares se encontram?). In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 252 – 257.

SOARES, L.B.; MIRANDA, L. L. Produzir subjetividades: o que significa? Estudos e Pesquisa em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 9, n 2, p.408-424. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em: 24 jun. 2018.