UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PSICOLOGIA ESCOLAR E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

ALLANA RODRIGUES ALAION

**Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica:
território, NASF e produção do cuidado**

São Paulo
2017

ALLANA RODRIGUES ALAION

**Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica:
território, NASF e produção do cuidado**

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Marcondes Machado.

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E
PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Alaion, Allana Rodrigues

Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica: território, NASF e produção do cuidado / Allana Rodrigues Alaion; orientadora Adriana Marcondes Machado. -- São Paulo, 2017.

110f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

1. Psicologia. 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 3. Narrativa. 4. Trabalho em Saúde. 5. Território. I. Machado, Adriana Marcondes, orient. II. Título.

Nome: Allana Rodrigues Alaion

Título: **Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica:** território, NASF e produção do cuidado.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

*A todos(as) os(as) trabalhadores(as) de saúde
que seguem acreditando e lutando pelo SUS.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar com sabedoria pelos caminhos da vida e me fortalecer todos os dias para continuar lutando por aquilo em que acredito.

A Gustavo, companheiro amado que incentivou a escrita de cada uma destas páginas e compartilhou comigo todas as emoções de escrevê-las. Por cada dia que acordou mais cedo para me levar até o ponto de ônibus e cada noite que dormiu mais tarde me esperando chegar das aulas e reuniões na USP.

À minha família, que construiu as bases para que pudesse seguir adiante, principalmente à minha mãe, que tão cedo nos deixou, mas que nunca deixou de duvidar da minha capacidade e de me incentivar, amando-me profundamente em todos os dias de sua existência.

Aos meus sogros, Miriam e Antônio Luiz, que me acolheram como uma filha em sua família e fazem com que me sinta tão querida entre eles.

Às queridas amigas que a graduação me proporcionou e que seguem cuidando de mim de perto e de longe: Amanda, Bárbara, Nathália, Fernanda, Marina e Viviane.

Às amigas da especialização em Psicologia da Infância, que apoiaram e incentivaram minha inscrição no processo seletivo do mestrado, acreditando que isto seria possível: Vivian e Vanessa.

Aos companheiros de NASF, por todos os momentos que compartilhamos na construção de uma equipe tão fortalecida e de ações tão sensíveis junto aos usuários e aos demais trabalhadores das unidades de saúde e da rede: Helmuth, Jacqueline, Edneia, Veronice e Fátima.

A Adriana Marcondes Machado, minha orientadora, por todas as suas contribuições no desafiador processo de construção desta dissertação.

Aos companheiros do grupo de orientação, por lerem cada texto e contribuírem com reflexões sobre a escrita e a angústia da pós-graduação: Aline, André, Diego, Letícia, Lilian, Lívia, Marcela, Patrícia e Renata.

A Maurício L. Garcia e Ianni R. Scarcelli, pelas importantes contribuições durante a banca de qualificação, principalmente sobre as narrativas, fundamentais para o prosseguimento da escrita.

A todos os trabalhadores dos serviços de saúde do município do Guarujá com quem pude trabalhar e construir conhecimentos sobre uma atuação implicada na Atenção Básica.

A Iara Bega de Paiva, coordenadora de Saúde Mental do município do Guarujá, por acreditar e lutar por um SUS de qualidade, construindo junto conosco o NASF deste município, e apoiar cada uma de minhas ideias enquanto estive na equipe.

A Roseli Tavares, ex-gerente do Instituto Corpore, organização social que gere as USAFA do município de Guarujá, por mostrar-se sempre disponível e acreditar na viabilização desta pesquisa no cotidiano do trabalho do NASF.

A todos os usuários dos serviços que conheci, principalmente às crianças e suas famílias, por compartilharem comigo suas histórias de vida e possibilitarem a minha formação como psicóloga no NASF.

O que se visa não é falar da experiência, mas falar de dentro dela. Em outras palavras, deixar falar a experiência que nos atravessa.

(PASSOS; KASTRUP, 2014, p.221-222)

RESUMO

Alaion, A. R. (2017). **Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica:** território, NASF e produção do cuidado. Dissertação (Mestrado em Psicologia escolar e do desenvolvimento humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017, 110f.

Na construção da ação de um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), recém-implantado, em conjunto com uma USAFA (Unidade de Saúde da Família) no território do Sítio Conceiçãozinha, bairro da periferia do município de Guarujá, criou-se uma pesquisa cartográfica sobre os processos de constituição de um saber-fazer e a produção do cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. No acompanhamento das atividades já existentes, o incômodo frente ao modo como as questões de Saúde Mental Infantil eram acolhidas até o momento, que se mostrava insuficiente diante do que era percebido, produziu a necessidade de organização de outro jeito de acolher, e a rodinha de conversa constituiu-se como um espaço de acolhimento para as crianças e suas famílias, em encontros quinzenais de uma hora, intercalando-se atendimento ao grupo de responsáveis e ao grupo de crianças. Uma atividade que produziu alterações nos fluxos da rede, em que Atenção Básica, Saúde Mental, Assistência Social, Educação, as famílias e as crianças passaram a compreender este espaço e a utilizá-lo de distintas maneiras. A narrativa surge nesta dissertação como uma estratégia possível para organizar os *movimentos* de construção de um dispositivo de cuidado no território, neste caso, a rodinha de conversa, como uma ação comum dos profissionais do NASF, da USAFA e da rede, apontando os esforços, as parcerias estabelecidas, as alterações nos fluxos da rede, as disputas, as capturas, entre outros elementos. Ao escrever as narrativas, deu-se visibilidade também ao próprio processo de escrita, que é atravessado por forças que disputam a direção de como pretende ser anunciada a experiência neste trabalho em saúde. Um constante exercício de (re)escrita que permite a *experiência* falar.

Palavras-chave: Psicologia. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Narrativa. Trabalho em Saúde. Território.

ABSTRACT

Alaion, A. R. (2017). **Narratives of healthcare work in Primary Health Care: territory, NASF and production of care.** Dissertação (Mestrado em Psicologia escolar e do desenvolvimento humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017, 110f.

In the construction of the action of a NASF (Family Health Support Center), recently implanted, alongside a USAFA (Family Health Unit) in the territory of Sítio Conceiçãozinha, a neighborhood in the outskirts of Guarujá, a cartographic research on the processes of know-how constitution and the production of care in the day-to-day of the healthcare work was created. In the monitoring of the already existing activities, the discomfort face to the way these Child Mental Health questions were received up to the moment, which showed to be insufficient in the face of what was noticed, produced the need of organizing another way of receiving, and the conversation circle was constituted as a welcoming place for the children and their families, in one-hour biweekly meetings intertwining support to the group of those in charge of the children and to the group of children itself. An activity that has produced changes in the flows of the network, in which Primary Health Care, Mental Health, Social Assistance, Education, the families and the children have come to understand this space and to use it in different ways. The narrative appears in this thesis as a possible strategy to organize the movements of building a care instrument in the territory, which in this case is the conversation circle, as a common action of the NASF professionals, of the USAFA and of the network, indicating the efforts, the established partnerships, the changes in the flows of the network, the competitions, the catches, among other elements. In writing the narratives, visibility was also given to the process of writing itself, which is crossed by powers that dispute the direction of how the experience in this healthcare work is intended to be announced. A continuous exercise of (re)writing that allows for the *experience* to speak.

Keywords: Psychology. Family Health Support Centers. Narrative. Healthcare work. Territory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema da organização da região.....	27
Figura 2 – Sítio Conceiçãozinha e seus limites territoriais.....	28
Figura 3 – Tão próximos e tão distantes.....	29
Figura 4 – Termômetro de indignação.....	32
Figura 5 – Palafitas 1.....	33
Figura 6 – Palafitas 2.....	33
Figura 7 – Serviços na rede.....	57

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APAAG – Associação de Pais e Amigos dos Autistas do Guarujá

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRPI – Centro de Recuperação da Paralisia Infantil e Cerebral

CT – Conselho Tutelar

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GCM – Guarda Civil Metropolitana

IP – Instituto de Psicologia

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PM – Polícia Militar

PS – Pronto Socorro

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

ONG – Organização Não Governamental

OS – Organização Social

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USAFA – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. DAS LINHAS INICIAIS: o processo no objetivo	14
2. UMA MULHER QUE RESISTE: <i>“Meu Deus, olha para essa mulher!”</i>	19
3. UM BAIRRO CHAMADO SÍTIO CONCEIÇÃOZINHA: <i>“A mesma porta que eu entro é a mesma que eu saio”</i>	25
4. UM NASF EM FUNCIONAMENTO	42
4.1. Atenção Básica, ESF e NASF: macropolítica que norteia ações	42
4.2. O campo da micropolítica: trabalho em saúde.....	48
4.3. NASF A em cena	56
5. UMA RODINHA DE CONVERSA NA REDE: <i>“Vim aqui para ficar bonzinho, não é?”</i>	69
6. CONSIDERAÇÕES: as condições de produção neste trabalho.....	95
REFERÊNCIAS.....	106

1. DAS LINHAS INICIAIS: O PROCESSO NO OBJETIVO

Escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p.19)

Tanto a citação acima quanto a epígrafe deste trabalho nos convocam a pensar *com* as experiências do processo de pesquisa e o que elas despertam e produzem em nós. Como produzir uma escrita que deixe a experiência falar? Compreendemos por experiência, a partir da leitura de Bondía (2002), aquilo que *nos acontece e nos toca*, transformando-nos. Não é um acontecimento, mas *aquilo que acontece em nós*, sendo algo singular para cada um, incapaz de se repetir da mesma maneira em outra pessoa e, assim, o saber que emerge da experiência é algo que não pode ser dissociado do sujeito que a vive (BONDÍA. 2002).

Circulando por tantos espaços (campo, universidade, congressos, entre outros) que produzem saber e despertam afetos, a leitura e a escrita são tensionadas o tempo inteiro com tantas experiências. É um grande desafio conseguir encontrar as palavras que juntas formem frases para expressar o que cada vivência provoca em nós e dialoguem com as leituras dos textos, auxiliando-nos a compreender os problemas emergentes e a criar novos questionamentos diante do que é vivido.

Há certas gagueiras na escrita que travam seu fluxo e leituras que confundem: é preciso tempo para revisitar as palavras, a fim de entendê-las e conectá-las na composição mais harmônica possível com determinado pensamento que se deseja expressar. Laura C. M. Feuerwerker (2014), em seu trabalho de pós-doutorado intitulado “Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação”, que compõe com discussões ao longo deste trabalho em muitos momentos, ao falar sobre a ressonância de alguns autores em seus pensamentos, diz seguir uma recomendação de Deleuze: “não mais adotar o pensamento de um filósofo e/ou cientista como doutrina, mas tomá-lo como uma máquina conceitual construída para resolver problemas – que eles enfrentaram e que também fazem sentido para a mim” (p.18).

Tendo em vista essa recomendação, expressar-se no meio acadêmico exige esforços para uma escrita que consiga costurar experiência e teoria imprimindo nosso próprio jeito de dizer o que já foi dito por pensadores e filósofos, sem tomar suas ideias como verdades absolutas, mas aliando-nos a elas na construção de

nosso próprio percurso de pensamento; um exercício constante que, principalmente, durante a escrita de um trabalho acadêmico nos convoca ao aprimoramento. Nesse percurso de leituras e escritas disputando um saber e um jeito de dizer, a luta pelas palavras foi uma inquietação que nos acompanhou, ou seja, não apenas a palavra pela palavra, mas algo mais, convidando-nos a pensar que elas carregam esforços de silenciamento e imposição de certas palavras, uma luta pelo significado e pelo controle das palavras (BONDÍA, 2002). Ao longo deste trabalho, procuramos ressaltar esse processo de (re)escrita: as mudanças, as trocas de palavras, apostas em outros jeitos de contar uma situação. Tentamos localizar como essa escrita se (re)construiu à medida que os encontros – com pessoas e leituras – foram ocorrendo ao longo da pesquisa.

Em relação a este processo de escrita da pesquisa, Passos e Kastrup (2014), ao falarem sobre a escrita inventiva, apontam que esta não deve apenas apresentar os resultados favoráveis daquilo que a pesquisa se propôs a investigar, mas sim o seu movimento de constituição, ou seja, também trazer o que foi difícil, os conflitos, as tensões que foram surgindo e as questões que permaneceram em aberto, possibilitando a continuidade de investigações futuras, tanto pelo pesquisador quanto por aqueles que se sintam instigados pelas questões levantadas. Este foi um dos desafios da escrita deste trabalho: escolher quais palavras usar e refletir sobre os sentidos que carregam; ter atenção para não reproduzir o senso comum; problematizar conceitos; contar sobre os *processos* de construção das experiências em campo; produzir aberturas de discussões e não fechamentos, esgotamentos de ideias. Essas foram questões que se apresentaram ao longo de toda a pesquisa como constituintes do próprio ato de escrever: desde o campo à elaboração do texto.

Narrar uma experiência sem tender ao sentimentalismo nem ao distanciamento absoluto do que é produzido convoca a atenção do pesquisador para o que pretende problematizar e despertar durante o processo de escrita. Uma atenção necessária, tanto no momento em que se está em campo quanto durante a escrita desta experiência: como seu corpo afeta e é afetado nestes encontros durante todo o percurso – de pesquisar e escrever?

Ao iniciar a pesquisa, o pesquisador é uma forma, mas ao longo do processo, por meio dos encontros e das afetações que surgem deles, vai deformando-se,

oportunizando novas intenções e expectativas (KASTRUP, 2008). Esses encontros e suas produções compõem a pesquisa e sua escrita. O pesquisador e a pesquisa se formam no próprio ato de pesquisar (POZZANA, 2014; BARROS; SILVA, 2014), assim como o trabalho vivo em saúde ocorre apenas em ato – no momento do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário do serviço (MERHY, 1997; MERHY et al, 1997; MERHY, 2002).

Esta dissertação é produto de um processo de pesquisar no campo do trabalho em saúde, em que os papéis de pesquisadora e trabalhadora da saúde estavam fundidos em um mesmo corpo e momento. A entrada no programa de pós-graduação no Instituto de Psicologia da USP ocorreu ao mesmo tempo em que iniciava o trabalho como psicóloga em uma equipe de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) em implantação no município do Guarujá. Uma jornada de 40 horas semanais nesse serviço produziu um campo de pesquisa e a construção dessa experiência tornou-se o objeto.

Neste cenário assim apresentado, a cartografia (ROLNIK, 2006; KASTRUP, 2008; GUATTARI; ROLNIK, 2013; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014) fez-se como possibilidade metodológica para um olhar, atuar e pesquisar atentos aos processos de constituição das ações no cotidiano do NASF: os encontros, as afetações, os desvios, as forças, os esforços. As propostas de ação eram traçadas ao longo do percurso no acompanhamento dos processos (KASTRUP, 2008; POZZANA; KASTRUP, 2014). E para contar e analisar essas processualidades, as narrativas constituíram-se como estratégia ao longo da escrita desta dissertação. Uma forma de escrever a que fui apresentada durante a graduação na UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) *Campus Baixada Santista* e que carrego no corpo.

No início do trabalho-pesquisa, era suficiente o objetivo ser a construção de uma experiência, no entanto, durante a caminhada, isso foi sendo transformado. Portanto, o objetivo deste trabalho é, na construção de uma ação no NASF, neste caso, na construção das rodinhas de conversa como dispositivo de cuidado às questões de Saúde Mental Infantil no município do Guarujá, dar visibilidade aos elementos que vão se compondo na produção de cuidado e analisar as forças em jogo neste processo com o exercício da narrativa.

A partir dos encontros entre trabalhadores e usuários da Unidade de Saúde da Família (USAFA) do bairro Sítio Conceiçãozinha, um dos quatro bairros acompanhados pela equipe de NASF da qual fazia parte, as rodinhas de conversa foram se constituindo como um dispositivo de cuidado e atenção à infância no território¹ – um produto e produtor de fluxos da rede. Era uma ação construída a muitas mãos e disparada pelo incômodo com o modo em vigor de acolher às crianças e suas famílias até aquele momento, que se mostrava insuficiente para o que íamos observando no contato com a população e com a rede.

O presente trabalho foi atravessado a todo o momento pela preocupação em estar junto com as crianças, as famílias e os trabalhadores da unidade de saúde do Sítio Conceiçãozinha, desenvolvendo ações que problematizassem a realidade do bairro – com saneamento básico precário, tráfico de drogas, prostituição e miséria – como produtora de vidas, sem subjugar-lo ou tentar embelezá-lo, percebendo as tensões e potências desse território, portador de marcas de um lugar que não deveria existir, mas que, existindo, produz processos de subjetivação.

A construção da rodinha de conversa como dispositivo de cuidado e das narrativas como estratégia de análise do jogo de forças que a compõe ocorreu durante o próprio caminhar do trabalho em saúde e do ato de pesquisar, mas foi a graduação na UNIFESP, que aposta em uma formação baseada na experiência (CAPOZZOLO et al, 2013; KASTRUP, 2013), principalmente em um de seus eixos, o Trabalho em Saúde, que deu condições para estas apostas em um jeito de cuidar, pesquisar e escrever.

Durante o trabalho (no dia-a-dia do NASF e na escrita da pesquisa), a questão da formação permeou o tempo inteiro a discussão sobre o trabalho em saúde, disparando questões a serem pensadas, tanto em relação às graduações quanto à necessidade de um constante processo formativo dos trabalhadores, diante do que cada realidade vai exigindo de reconstrução dos saberes que carregamos. A construção de um saber-fazer a partir da experiência, ou seja, um saber que emerge do fazer, no próprio momento da experiência, sem uma distância (PASSOS; BARROS, 2014a; PASSOS, 2013), é o que moveu este trabalho, exigindo o esforço

¹ A concepção de território adotada nessa dissertação vai além da ideia de território apenas como espaço físico, aliando-se à de territórios existenciais de Guattari (1990 *apud* BRASIL, 2015a), que “representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas” (p.34); suas (re)configurações se dão a partir do que é possível, das relações estabelecidas entre pessoas e grupos e dos agenciamentos.

de aprender a estar genuinamente presente no encontro, sem ter que recorrer a um saber anterior (KASTRUP, 2008, p.472).

O exercício de escrita deste trabalho por meio das narrativas revela tanto o processo de construção da rodinha de conversa – como dispositivo de cuidado e as forças que o atravessam –, quanto a constituição de um jeito de pesquisar e de escrever que disputa com o modo hegemônico da academia de conceber o que é pesquisa e como pesquisar. Uma disputa que ocorre dentro desta própria pesquisa: os esforços de abandonar certos modos de dizibilidade e apostar em uma narratividade militante da produção do cuidado, algo difícil de ser feito e que compreendo como um dos desafios de conceber o conhecimento militante como um saber válido dentro do espaço acadêmico (MERHY, 2004).

Assim, tendo em vista o apresentado até o momento, seguiremos a leitura com a primeira narrativa deste trabalho, que nos apresenta o encontro com uma personagem tão viva daquele território, que sua história nos provoca a seguir pensando sobre o que temos produzido e nomeado como cuidado no trabalho em saúde: narrativa que fez do encontro experiência. Uma narrativa de luta, de resistência e insistência pela vida.

2. UMA MULHER QUE RESISTE: *“Meu Deus, olha para essa mulher!”*

Há muito vinha querendo conversar com Dona Ana² – sentia que nos encontros do grupo sempre faltava algo a ser dito – e naquela semana fiz a proposta de conversarmos sozinhas, fora do grupo, para que ela pudesse falar de si e de suas questões; no último encontro fizera um desabafo sobre não estar aguentando mais não saber como lidar com Maria Helena, partilhando seu grande temor de morrer e ninguém querer ficar com a neta de seis anos de idade.

No dia seguinte ao grupo, data combinada para nossa conversa, numa quarta-feira pela manhã, Dona Ana chegou esbaforida “estava quase perdendo a hora, doutora!”. Eu e a enfermeira nos encontramos com ela na salinha do grupo, mas dessa vez só nós três, e partilhei com ela o porquê daquela conversa – minha preocupação de que o grupo não estava sendo suficiente, que parecia que algo ainda faltava ser dito, e naquele espaço, naquela uma hora de grupo em que todos se revezavam para falar, não dava tempo; gostaríamos de ouvir o que ela tivesse vontade de falar sobre si. Ela nos agradeceu por a termos chamado para uma conversa, estava precisando... E deu início a nos contar toda sua história de vida, por duas horas, e mostrando onde, como e por que ela e Maria Helena, sua neta, tinham essa ligação tão forte de amor que chegava a machucar as duas.

Tinha 38 anos (algo que nos espantou: Dona Ana carregava no rosto e no corpo marcas de quem parecia estar no mundo há muito mais tempo) de uma vida muito sofrida: vínculos frágeis, dores, decepções, culpa e medo. Experiências que pareciam requerer muitos anos para viver todas elas. Era a filha do meio de um casal do Norte; sua mãe nunca gostou dela, dizia que fora achada no lixo. Ser órfã de amor materno parecia ser uma das marcas que mais lhe imprimia dor, mas quando contou sobre o período em que sua mãe ficou doente e chamava por ela lá no Norte, parecia ter ali encontrado seu lugarzinho de afeto no coração da mãe. Mesmo com vínculos tão frágeis, voltou ao Norte para vê-la e cuidar dela, carregando Maria Helena consigo, pois ninguém aqui queria ficar com a menina.

² Todos os nomes das personagens apresentadas nessa narrativa foram alterados conforme orientação da banca, mesmo que houvesse o desejo de Dona Ana para que seu nome e deus familiares fossem mantidos, por desejar que sua história se tornasse conhecida: “É tudo verdade o que tá aí!”. Escolha pautada por uma questão ética e de cuidado para com os demais personagens desse trabalho: nomear Dona Ana poderia permitir que os outros tivessem suas identidades reveladas.

Aos 13 anos casou-se e teve três filhos (duas meninas e um menino) com o companheiro com quem viveu por 10 anos, morando no Guarujá; um relacionamento permeado por agressões físicas, que chegou ao fim com ele a trocando por outra. Desnorтеada, resolveu voltar com as crianças para o Norte, partiu com a ajuda de caronas, levando meses para chegar ao seu destino – viagem que lhe custou sua saúde: desidratada e confusa, com certa perda de memória, foi internada; permaneceu no Norte por alguns anos, retornou para São Paulo, novamente foi para o Norte e, dessa vez, deixou os filhos por lá antes de pegar o caminho para São Paulo mais uma vez. Um constante vai-e-vem em busca de seu lugar no mundo que, em seu narrar, gerava confusão no acompanhamento de sua trajetória.

Durante um ano, morou na rua e fez uso intenso de álcool. Envolveu-se com falsificação de documentos e foi presa. Tão abalada nessa época, raspou a cabeça e não saía mais de casa por medo (nessa época já estava morando na comunidade da Cachoeira³, onde viveu por muitos anos), emagreceu, teve que fazer uso de medicação – uma revolta com a vida. Foi um tempo muito difícil – nos falou que contava seus erros para os outros para que estes não os repetissem. Sua ex-cunhada a ajudou bastante nessa época: voltou a trabalhar, pediu perdão a Deus, mas ainda bebia.

Conheceu um rapaz, que pediu sua mão em namoro para sua ex-cunhada, alugou uma casa para eles morarem juntos, trouxe seus filhos para voltarem a morar com ela, trabalhavam juntos – “ele era muito bom pra mim”. Mas sua filha começou a lhe contar histórias sobre seu companheiro, o que lhe doía demais acreditar, e um dia voltou mais cedo para casa e viu com seus próprios olhos o companheiro abusando da filha. À medida que ela contava a cena, também meu coração se contorcia: por ela e por sua filha; aliava-me a seu sentimento de não querer acreditar no que era contado – mais um sofrimento na vida dessa mulher! Os “caras da biqueira”⁴ ameaçaram-no de morte e o Conselho Tutelar foi acionado. Separaram-se e ela sofreu muito com tudo isso: “ele era um bom homem, cuidava de mim!”. Dona Ana frisava esse lado bom do companheiro, deixando transparecer como deve ter sido difícil saber que quem tanto cuidou dela a havia decepcionado; talvez, se não fosse por esse episódio, quem sabe o que o destino teria reservado para os dois –

³ Uma das muitas comunidades do Guarujá.

⁴ Termo utilizado para designar os locais de venda de drogas.

ele poderia tê-la feito feliz? Uma dúvida que ficou no ar e parecia permear os pensamentos de Dona Ana. Iniciou-se um novo período de dificuldades; os “caras da biqueira” arranjaram um barraco para ela e os filhos, onde chovia dentro.

Um dia, tão cansada e desacreditada, chorando no ônibus, vinha conversando com Deus: “Manda alguém para me ajudar! Meu pai tá aí e nem olha para mim...”. Ela vai contando com tanta energia e fé, que eu me percebo orando, quase implorando junto com ela: “Meu Deus, olha para essa mulher!”. Foi quando conheceu seu atual companheiro, Ferdinando: rapaz de 20 anos, 10 anos mais jovem que ela – era virgem! Casaram depois de 15 dias de namoro. Foram morar lá no Sítio. Disse que melhorou por ele. Era como um filho para ela – seu primeiro perfume foi ela quem deu, chorando muito quando ganhou; também tinha uma história de vida complicada – usuário de cocaína e mãe com transtorno psiquiátrico (Dona Ana ajudava a cuidar da sogra e dos outros familiares do marido). Era muito grudento e ciumento.

Nesse período, sua filha mais velha engravidou e teve Maria Helena. Três meses após o nascimento, a mãe da menina ficou gravemente doente, deixando Dona Ana aflita com sua situação e com a neta recém-nascida. Ferdinando, comovido com a situação da companheira, fez uma promessa a Deus: se ela fosse curada, largaria as drogas. Em três dias, a moça se curou; Ferdinando cumpriu sua promessa e ele e Dona Ana entraram para a Igreja, estando o moço *limpo* até hoje. A fé novamente apareceu no momento de desespero como única possibilidade: só uma intervenção divina para acolher o sofrimento de Dona Ana.

Sua filha e o pai de Maria Helena faziam uso de drogas na frente da menina e a criança acabou se queimando com ferro de passar quando morava com eles; o pai sempre cuidou bem da filha, mas mudou seu comportamento e passou a beber muito – Dona Ana queria que ele desse amor para a neta; tinha muito medo de algo acontecer com ela e a neta ficar sozinha. Desde que o pai da menina e a mãe de Maria Helena se separaram, o pai argumentava que não poderia ficar com a filha por não ter um lugar seu para ficar, mas também se negava a passar a guarda para a avó. Dona Ana vinha criando a neta desde sempre. Naquele período, sua filha estava morando em Morrinhos⁵ com os outros dois filhos, estava gestante e

⁵ Bairro do município do Guarujá.

continuava fazendo uso de drogas; tinha pouco contato com Maria Helena, ficando com a menina quando a avó precisava trabalhar e não tinha com quem deixar – a menina chorava muito quando a avó a deixava lá. Ferdinando não queria que a criança ficasse com eles; tinha medo que ela fosse como a mãe dela e a tia.

Quando a neta estava na creche, mordida as crianças, mas, ao estudar em outra escola, fora do bairro, não tinha problemas, principalmente com a primeira professora da menina – tinha um bom vínculo. Ao mudar de professor, este começou a reparar na criança e chamar a avó para conversar: estranhava a menina ser tão “agarrada” assim (abraçava muito forte todo mundo) e que ela comentava emocionada sobre o tio que havia sido preso – queria vê-lo. Esses comentários fizeram com que Dona Ana fosse pedir ajuda para a escola – tinha medo de que algo acontecesse quando ela crescesse.

Esse foi outro episódio difícil na vida de Dona Ana, e que também afetou Maria Helena (ninguém lhe contava o que estava acontecendo): a prisão do filho havia alguns anos, ficando retido por um ano. Houve uma confusão na orla da praia do Guarujá, em que seu filho e os amigos foram acusados de participar de um arrastão a um grupo do interior que estava na praia. “Foi a minha maior dor!”, e a cada nova dor que ela nos contava, me perguntava “como um ser humano pode aguentar tanto?”. Relatou que foi atrás das vítimas em Piracicaba, para conversar com eles, olhar em seus olhos e saber se o filho estava envolvido com o crime – havia uma energia intensa nesse relato: ela precisava, do fundo de sua alma, encará-los e se apropriar da verdade sobre o filho; outra decepção era demais para seu coração. Havia, porém, vídeos de estabelecimentos na região que provavam a inocência do grupo: eles estavam em outro local, tomando sorvete; mesmo assim, durou um ano essa agonia – “sofri sozinha sem amigos!”. Mais uma vez, só a fé para ampará-la.

Nesse meio tempo também ficou doente, descobrindo que estava com hepatite – medo de morrer e Maria Helena ficar sem ninguém; hipertensão. Falou da ajuda que recebeu nesse momento, da gerente da unidade, enfermeira que a acompanhava na época. Estava desempregada. Escrevia cartas para Deus. Achava-se estranha, agitada e estressada – “eu tô bem? Será que eu vivi?”. Essas questões também pareciam ser endereçadas a nós, como se fosse necessário que confirmássemos se era possível alguém passar por tudo isso e ainda se manter viva

e sã; eu era impelida a afirmar com a cabeça que sim, mas compartilhava da mesma dúvida. Ao longo de sua vida e dos enfrentamentos de períodos difíceis, a morte acabava permeando seus pensamentos: fosse como uma possibilidade, quando tudo estava muito pesado, ou como um medo muito grande de partir e deixar Maria Helena sozinha.

Contou-nos também da mágoa por nenhum de seus filhos ter estudado – era uma possibilidade de um futuro melhor, que ela tentou dar para os filhos, algo que nunca teve e tinha medo de que Maria Helena não tivesse – as constantes reclamações da escola sobre seu comportamento e aprendizagem vinham reforçar esse seu temor. Na escola e em casa a menina era descrita como muito agitada, comia os lápis na escola, destruía os materiais escolares, brigava com as crianças... Mas na rodinha de conversa a menina era calma e concentrada, um tanto tímida; tinha brilho no olhar, respondia quando perguntada, ouvia atentamente quando sentávamos com o grupo pra conversar, lembrava-se dos combinados, sugeria brincadeiras – naquele grupo ela era diferente do que contavam dela em outros espaços. A orientadora da escola chegou a sugerir que a avó procurasse diretamente o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil), porque ali não estávamos “resolvendo” – mas a avó se negou a ir, porque confiava na equipe e ia seguir com nossas orientações. Nossa relação com a escola do bairro estava se construindo a passos lentos e cuidadosos; havia que se construir laços fortes para acolher as demandas que a instituição apresentava e que, como nós, sozinha a escola não dava conta de problematizar.

Dona Ana se descrevia como muito mãezona e quando algo acontecia com os filhos, interferindo em seu relacionamento com o companheiro, dizia: “Ferdinando, não me pede para escolher, porque eu não largo meus filhos...”. Nesse momento da conversa, foi se lembrando do horário, de ter que fazer o almoço para a neta e levá-la para escola, e nossa conversa foi tomando os rumos finais. “Tem uma amiga que diz que a gente podia escrever um livro sobre minha vida...”, respondi que um livro não poderíamos prometer, mas podíamos sim escrever, junto com ela, sobre sua história e que ela poderia pedir quantas vezes quisesse para conversar sozinha.

Já na porta: “nossa, saí daqui cem quilos mais leve!”, e eu e a enfermeira saímos cem quilos mais carregadas de histórias que exigiam elaboração,

acolhimento e encaminhamento de ações do NASF, juntamente com a equipe da USAFA (Unidade de Saúde da Família): não havia como pensar sobre Maria Helena (e todas as queixas da escola) sem considerar a história de Dona Ana, que era também sua história, e não se comover com o desabafo do último encontro, quando nos contou que se, até o final do ano, Maria Helena não mudasse, ela a mandaria viver com a mãe, mesmo que a menina chorasse e que lhe partisse o coração – não aguentava mais ir até a escola todos os dias buscá-la e ouvir tantas coisas pesadas; era um querer estar junto tão grande e um não saber como viabilizar isso, que fazia as duas sofrerem e deixava a equipe angustiada em querer encontrar soluções para o vínculo não ser quebrado. Toda vez que a escola apontava o que a menina fazia de errado, parecia apontar todos os fracassos de Dona Ana em criá-la bem e alimentava seu medo de que ela seguisse o caminho da mãe, afastando-se do sonho de que a neta estudasse e tivesse o futuro que ela não pôde ter...

3. UM BAIRRO CHAMADO SÍTIO CONCEIÇÃOZINHA: “A mesma porta que eu entro é a mesma que eu saio”

No território, para começar é importante produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações. Há um investimento a ser feito no reconhecimento dos modos de viver, dos contextos, arranjos, saberes, crenças e valores com que os diferentes grupos populacionais e indivíduos produzem suas conexões e sua vida e, por extensão, sua saúde (FEUERWERKER, 2014, p.110).

A cena contada na narrativa anterior retrata a história de vida de Dona Ana e sua neta Maria Helena, moradoras do bairro Sítio Conceiçãozinha, no município de Guarujá, território em que esta e outras vidas são possíveis e que será apresentado neste capítulo.

Descrever o bairro foi um exercício delicado, visto que a escolha de quais palavras usar era atravessada por intencionalidades: o que se desejava provocar no leitor quando o Sítio era descrito de tal ou qual jeito? Aliás, ou principalmente, o que cada forma de caracterização do bairro revela sobre o modo como o território e sua população eram percebidos à medida que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no apoio a essa Unidade de Saúde da Família (USAFA), atuava? Isso produziu inquietações durante a escrita e revisão do texto, porque, a cada encontro com essas palavras e frases, ocorreram outros tantos encontros com a população e os serviços do município. Dessa maneira, essa escrita reinventou-se a cada nova experiência em campo e procurou-se ressaltar essa reinvenção ao longo do texto: ao mesmo tempo em que uma atuação, como psicóloga integrante dessa equipe de NASF, foi sendo produzida, também se reinventou uma narrativa sobre as relações com o bairro.

* * *

Chovia muito e a van da prefeitura sacudia a cada buraco pelo qual passava, dando a sensação de apreensão ao entrar naquele bairro: uma estrada longa cujos desvios lembrava um labirinto – preocupação em não saber como *sair dali*. Esse foi o primeiro contato com o Sítio, indo com a equipe do NASF e a coordenadora de Saúde Mental para conhecer a USAFA do território. Naquela época, a unidade estava localizada em um imóvel pequeno e bastante precário, com paredes cobertas de mofo e com uma cobertura que servia de morada para os ratos.

Ao sermos apresentados à equipe, falas sobre a dificuldade da unidade e do bairro já despontaram, sendo evidente a expectativa com a chegada do NASF: mais profissionais para se somar àquela tão reduzida equipe.

Os contatos iniciais com a unidade foram tensos: tentávamos compreender nossa atuação como uma equipe de NASF e ao mesmo tempo apreender o que a unidade demandava – o desejo de que os profissionais comesçassem a “mostrar serviço” imediatamente. O NASF parecia a oportunidade de ampliar as ações daquela equipe e solucionar muitas de suas questões, e isso preocupava-nos, sendo algo constantemente trazido nas pautas das nossas reuniões de NASF.

Em pouco tempo, já experienciávamos o que era produzir saúde naquele bairro: pelas condições insalubres do espaço físico, a unidade seria realocada para outro lugar, que naquele momento ainda não se sabia onde, então, temporariamente, fomos deslocados para a unidade do outro bairro, vizinho ao Sítio, que ficava do lado oposto da avenida e onde o NASF também atuava – o bairro Jardim Conceiçãozinha. Ficamos ali por dois meses até que a mudança para o novo espaço se concretizasse.

Durante o período em que a equipe esteve alocada na USAFA do outro bairro, por causa da reforma do novo espaço físico da unidade, percebemos algo característico da população: a dificuldade em sair do bairro e acessar os serviços. Por mais que houvesse um ônibus gratuito (popularmente conhecido como “bate-volta”⁶) circulando dentro do Sítio e facilitando a saída dos moradores, levando-os até a entrada do outro bairro, pouca foi a procura pela unidade durante esse tempo. Essa foi a primeira vez que surgiu a questão de mobilidade da população desse território, mas não a única.

Sair do Sítio e circular pelo município não era algo que se resumia apenas em torno do meio de transporte. Esse era um dos pontos da problemática. Quais as implicações de habitar outros espaços para além do território físico e afetivo deste bairro? No cotidiano do trabalho com a unidade, em contato com a população, possíveis linhas de compreensão sobre a dificuldade de transitar por diferentes espaços foram aparecendo e diziam respeito à configuração do Sítio

⁶ O ônibus circula pelo bairro levando os moradores para dentro e fora do local, com saídas regulares a cada quinze minutos e seu nome faz alusão ao constante movimento de entrar e sair do veículo no Sítio. A circulação e gratuidade do transporte são frutos de mobilização dos moradores.

Conceiçãozinha: sua constituição como bairro, a população, as condições de saneamento básico da região, as apropriações culturais, entre outros fatores que delineiam o que é ser morador desse território.

O bairro está situado dentro da zona portuária do município. O porto fica localizado na Região de Vicente de Carvalho, que, além do porto, também possui uma forte região de comércio e é um distrito de Guarujá cujos habitantes já apresentaram discursos em prol de sua emancipação. Os moradores do município trazem clara referência dessa distinção entre Vicente de Carvalho e Guarujá – que seria toda a região sem aquele distrito. A área que eles referem como Guarujá trata-se do local onde estão localizados o centro, os morros e as praias da cidade, a parte turística. E o município está localizado dentro da Baixada Santista, sendo Santos uma de suas cidades vizinhas, uma referência para todos os outros municípios em termos de desenvolvimento. Podemos visualizar essa organização territorial na ilustração abaixo:

Figura 1: Esquema da organização da região

Fonte: Autoria própria.

O Sítio Conceiçãozinha, localizado na região portuária, encontra-se entre terminais exportadores de grãos. O final do bairro desemboca no mar (espaço denominado “maré” pela população), contornado pelo mangue (vegetação ainda

restante na entrada do bairro) e tem como única entrada e saída a Rua Pedro Bento da Costa (o “estradão”), que continua até o bairro que está na direção oposta, o bairro Jardim Conceiçãozinha.

Figura 2: Sítio Conceiçãozinha e seus limites territoriais

Fonte: Google Maps.

Apesar da proximidade física e de um nome tão semelhante, como podemos observar na imagem abaixo, estes bairros comportam realidades distintas: enquanto no Sítio encontramos uma população em vulnerabilidade social, com moradias precárias, saneamento básico insuficiente, entre outros, no Jardim a população apresenta melhores condições socioeconômicas, com maior acesso a bens de consumo, fazendo maior uso de planos de saúde do que dos serviços do SUS. Alguns moradores do Sítio, ao melhorarem sua condição financeira, migram para o Jardim, alugando uma casa no local. Assim, trata-se de bairros vizinhos, mas separados por uma estrada e por muitas diferenças, carregando apenas a semelhança no nome.

Figura 3: Tão próximos e tão distantes

Fonte: Google Maps.

Devido à localização do Sítio Conceiçãozinha, os moradores comumente se referem ao bairro e a si próprios como *os de dentro* e a tudo que é alheio ao bairro como *de fora*. Essa referência dentro-fora é produtora/produto de um jeito de ser e estar no mundo diferenciado do restante do município e, muitas vezes, dificulta a mobilidade dos moradores, como se estar fora dali fosse muito difícil (material e afetivamente) de ser bancado.

As falas de alguns usuários do serviço traziam dimensionamentos sobre o que seria circular fora dos limites do bairro, quando compartilhavam suas sensações nessas saídas: sentiam-se vulneráveis fora do Sítio, passíveis de serem assaltados, ao contrário da sensação de proteção ao circular dentro do território, demarcando que, quando atravessavam a passarela que dá acesso ao bairro, sentiam-se seguros. Os olhares discriminatórios dos *de fora* quando os moradores indicavam de onde vinham⁷; as diferenças no modo como as pessoas se vestiam e se comportavam despertavam a sensação de que habitavam mundos diferentes;

⁷ Uma usuária da USAFA contou que quando estava no ponto de ônibus esperando o “bate-volta”, sentia sobre ela um olhar que gritava “olha lá a favelada!” daqueles que passavam por ela.

desabafavam que dificilmente familiares, amigos e conhecidos vinham visitá-los por certo receio de circular pelo bairro⁸.

Caracterizar a situação socioeconômica dos moradores desse bairro de uma determinada maneira parece ser sempre insuficiente para o cenário observado nas visitas domiciliares e nas histórias de vida contadas por essas famílias nos atendimentos. Uma população que vive em condições de alta vulnerabilidade social: famílias numerosas vivendo com menos de um salário mínimo ou assistidas por algum programa de transferência de renda do governo, principalmente do Bolsa Família; território dominado pelo tráfico de drogas; prostituição; alto índice de adolescentes grávidas; muitas pessoas sem qualquer tipo de documento; evasão escolar; trabalho infantil⁹; analfabetismo; uso abusivo de álcool e outras drogas por grande parcela da população; casos de abuso sexual infantil¹⁰ e iniciação sexual precoce das meninas do bairro; históricos de violência doméstica; entre outras situações que dão pistas da fragilidade da população que ali vive.

As moradias eram variadas: casas de alvenaria, barracos de madeira e palafitas, com poucos cômodos, que em sua maioria abrigavam famílias numerosas, com distintas composições, para além da configuração da família nuclear. Muitas vezes, um mesmo terreno abrigava várias famílias, que possuíam laços sanguíneos entre si ou não. O acesso à energia elétrica e à água se dava, em sua maioria, por ligações clandestinas – os famosos “gatos”, e apenas a rua principal era pavimentada¹¹.

A formação desse bairro foi ocorrendo a partir de movimentos de invasão da população, o que demarca a irregularidade na apropriação desses terrenos para construção de moradias. A ideia de desapropriação rondava o bairro havia tempos,

⁸ Um dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ilustrou esta situação da seguinte forma: quando uma moça bonita de fora do bairro circulava pelo Sítio, isso causava “tumulto” (sic) – por chamar a atenção dos homens do território, as moradoras se sentiam ameaçadas e criavam confusões com a visitante.

⁹ A coordenadora do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) relatou, em uma reunião de discussão de casos, que era o bairro com maior concentração de casos acompanhados de denúncia de trabalho infantil.

¹⁰ Impressionava a quantidade de mulheres atendidas nas rodas de conversa que relatavam abertamente nos grupos ter sofrido abuso sexual na infância; muitas delas falavam de uma forma naturalizada, como se fosse algo comum daquele cotidiano e que fazia parte de ser uma mulher do e no Sítio.

¹¹ Uma vez, em uma conversa informal, um ACS trouxe como justificativa para a não pavimentação do restante das ruas, o fato de que o tráfico não tinha interesse de que isso ocorresse, a fim de dificultar a circulação dos carros da Polícia Militar pelo bairro e as possíveis fugas. Essa informação não surgiu em outro momento, no entanto, o desejo não é avaliar a *credibilidade* da fala, mas assinalar como esta e outras informações são apropriadas pelos moradores do bairro na construção de sentidos para seu cotidiano.

visto que o lugar desperta atenção política e financeira por estar localizado na zona portuária. O conflito de interesses entre moradores e investidores do setor portuário paralisa a realização de melhorias na região; afinal, por que investir em uma região que se tenciona desapropriar? Em 2012 essa discussão surgiu com mais força e desassossebou a população, como demonstrado no vídeo produzido na época¹², sobre a possibilidade de desapropriação. Nesse período foi realizado um cadastramento dos moradores do bairro para um projeto futuro de realocação das famílias, projeto este que parecia estar em vias de se concretizar, de acordo com a fala de uma representante da secretaria de habitação durante uma reunião intersetorial; oficialmente essa informação não havia sido veiculada para a população e serviços do bairro.

Em um cenário com essas configurações de disputas de interesses avessas à realidade da população, as demandas da comunidade não eram ouvidas nem legitimadas, cabendo aos moradores buscarem sozinhos as próprias estratégias para lidar com a realidade. Percebíamos que os serviços alocados dentro do bairro (USAFA, escola e creche) acabavam também operando nessa lógica, fazendo o possível com os recursos disponíveis.

Os moradores conviviam com saneamento básico precário e com muito lixo nas ruas, sendo comum encontrarmos animais rurais (porcos, cavalos, galinhas) e domésticos transitando pelas ruas e ingerindo lixo. Não era estranho vermos os moradores, principalmente as crianças, andando descalças pelo lixo e esgoto, e não raro as encontrávamos transitando totalmente nuas pelas ruas, desacompanhadas. As condições de saneamento básico produziam cenas cotidianas estereotipadas, como por exemplo, a nudez e o lixo coexistindo; cenas naturalmente vistas na maioria das vezes em que se entrava no bairro. Eram imagens que incomodavam os olhos e as ideias, trazendo questões: “como discutir/produzir saúde neste cenário e com essas condições? O que estávamos nomeando saúde?”.

Todas as vezes em que chegava e ia embora, uma imagem sempre capturava a minha atenção: o lixão na entrada do bairro. Como o Sítio tinha apenas uma entrada e saída, necessariamente passava-se por aquele local, um amontoado de lixo, onde animais procuravam alimentos e por onde moradores circulavam, como

¹² Vídeo intitulado “Sítio Conceiçãozinha Guarujá SP”, publicado em 4 de outubro de 2012 e disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=Unlx9HRNNoc>

se aquilo, de tão habitual, já não mais chocasse. Essa cena sempre me fazia mal, ao mesmo tempo em que servia de alerta, pois no momento em que parasse de me causar indignação, seria o sinal de que já estaria totalmente capturada, de que não conseguiria mais enxergar todos os problemas pelos quais deveríamos seguir lutando em busca de melhorias.

Figura 4: Termômetro de indignação

Fonte: Arquivo pessoal

Havia uma situação familiar particular, ilustrando as condições precárias em que viviam muitas famílias no bairro: um barraco com três cômodos abrigando em torno de 30 pessoas, contando-se o casal parental, seus filhos e companheiros e os filhos destes. Alguns membros pertenciam ao tráfico, as crianças andavam nuas, sujas e sozinhas pelas ruas e a maioria dos membros era analfabeta; apenas um membro da família trabalhava em um emprego formal e dificilmente iam até a unidade de saúde, sendo a equipe que se deslocava até eles; eram acompanhados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), mas as propostas desse serviço mostravam-se insuficientes para vincular-se com essa família.

Caminhando pelo Sítio em nossas visitas domiciliares, a sensação de estar em um labirinto tomava conta de nós. Ao sair da rua principal e embrenharmo-nos

por ruelas e becos, ficávamos sem o senso de direção e o medo de perder-me – naqueles becos e naquelas vidas – era constante. Quanto mais entrávamos no coração do bairro, mais difícil me parecia conseguir sair dali sozinha e, ao caminhar pelas pequenas pontes improvisadas que levavam às palafitas, havia a preocupação de cair em meio a todo aquele esgoto, pois o odor fétido embrulhava o estômago. Era inevitável que uma pergunta ácida surgisse: “como é possível alguém viver aqui?”. Talvez fosse mais sobreviver do que viver. Percorrer esses caminhos inquietava as noções que carregava sobre vida e saúde. Aquilo era vida. Como trabalhar com ela?

Figura 5: Palafitas 1

Figura 6: Palafitas 2

Fonte: Arquivo pessoal

Nesse caminhar pelas ruas, nossos sentidos eram afetados pelo que presenciávamos: odores, cenas, calor. E essas afetações eram produto de uma ação que só era possível percorrendo aquelas ruas. Dentro das salas de atendimentos, as afetações do bairro eram outras, pois davam-se pelos relatos dos usuários sobre suas vidas e pelo que víamos em seus corpos como efeitos daquele território. Andar era conhecer e sentir o bairro de outro modo. Essas andanças, os encontros que a rua proporcionava, as visitas domiciliares eram também produção de cuidado, à medida que ações de saúde ocorriam a partir daquele lugar, fora das

paredes na unidade, em movimento, lembrando o que Lancetti (2014) traz sobre a clínica peripatética.

Percorrendo aquelas ruas, outro ponto que chamava a atenção era a visibilidade do tráfico de drogas. Ao circular pelo local, percebia-se serem nítidos o controle e a atuação do tráfico: a cada esquina encontrávamos uma “biqueira”¹³, geralmente composta por adolescentes, que se comunicavam por radinhos e celulares sobre o que acontecia no território; havia olhos que vigiavam e controlavam por toda parte. O consumo era realizado ali mesmo, às claras. Os moradores, e principalmente as crianças, transitavam entre eles naturalmente – era algo que fazia parte do cenário. O traficante, na verdade, era o tio, o pai, o avô, o irmão, o filho de alguém, uma pessoa, portanto, investida de afeto. O tráfico, além disso, muitas vezes dava segurança e era organizador das relações que ali se davam, pois não era permitido roubar dentro do bairro¹⁴. E quando surgia qualquer confusão, os moradores recorriam aos meninos da biqueira; caso uma situação estivesse saindo do controle e pudesse chamar a atenção da polícia, podia ocasionar na expulsão do morador do bairro.

A presença e atuação do tráfico atravessavam o trabalho dos profissionais da saúde e de outros equipamentos atuantes direta e indiretamente no território. Cada passo dado também era vigiado e precisava ser calculado. Situações que envolviam violência e a necessidade de denúncia geralmente deixavam os profissionais apreensivos: “quem estaria sendo denunciado? que impacto algumas condutas poderiam ter?”. Havia uma frase, constantemente dita pela gerente da unidade de saúde, ilustrativa do receio de atuar dentro desse espaço: “a mesma porta que eu entro é a mesma que eu saio” (sic), referindo-se ao fato de o bairro possuir apenas uma entrada e uma saída.

Com essa configuração, o rótulo de perigoso ia se constituindo em torno do bairro, dificultando a aproximação e ações de serviços *do lado de fora*. O que remete à seguinte cena: um morador correu até a unidade para pedir ajuda para a mãe, que

¹³ Termo utilizado para designar os locais de venda de drogas, como já mencionado na narrativa que abre este trabalho.

¹⁴ Certa vez, soube por um dos ACS a consequência de desrespeitar essa lei: uma moradora, usuária de crack e que se prostituía, cuja vinculação com a unidade era muito delicada e com quem conversei algumas vezes, já havia entrado na casa de vizinhos e furtado; o resultado: a turma do tráfico martelou seus dedos das mãos como lição.

estava em surto, extremamente agressiva, relatando que eles já haviam feito o procedimento recomendado nessa situação, que era acionar o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e a GCM (Guarda Civil Municipal) ou PM (Polícia Militar) para atuação conjunta, no entanto, os serviços se recusavam a ir. Ao chegar até a casa, encontramos os outros dois filhos contendo a senhora, que estava amarrada no chão¹⁵ por mais de duas horas, enquanto a família buscava ajuda. A enfermeira, o médico e eu tentamos acionar a rede de todas as formas, até mesmo passando a situação para os coordenadores dos serviços; ficamos mais duas horas até que eles decidissem fazer o resgate. A GCM se negou a entrar no bairro alegando ser muito perigoso e a PM só se prontificou a ir quando um morador foi até a entrada do bairro buscá-los, após avisar os meninos da biqueira sobre o que estava ocorrendo. O SAMU só chegou quando a PM, que tinha vindo e ido embora, retornou com eles; o SAMU se recusava a entrar sem a PM. E, durante todo esse tempo, a senhora sofria amarrada no chão. A equipe até considerou colocá-la no carro pessoal do médico e levá-la, mas, com seu grau de agitação, seria muito arriscado. Enquanto isso, os vizinhos iam se apropriando do que estava acontecendo e a indignação se fazia presente: o Sítio estava abandonado.

Por causa da apropriação do tráfico nesse território, muitos fugitivos do sistema prisional encontravam abrigo no bairro (na casa de familiares e amigos). Eles, muitas vezes, não estavam de posse dos documentos pessoais e, assim, quando precisavam de assistência médica e de outros serviços que extrapolavam o que era oferecido pela unidade, acabavam sem auxílio para suas questões. Houve situações em que os agentes comunitários questionaram a assistente social sobre essa problemática: o que fazer quando o exame de uma pessoa, nessa condição de evadida do sistema prisional, portanto, sem os seus documentos, dá resultado positivo para tuberculose, tendo em vista a exigência de determinados documentos pelo programa de tratamento do município contra tuberculose? Sem documento, sem tratamento. Sem tratamento, aumentava o risco de transmissão da doença entre a população. Os documentos eram obrigatórios, mas a pessoa, fugitiva, temia tirar nova documentação e ser encontrada. Eis a tensão! Como atuar e produzir cuidado tendo em vista essa configuração?

¹⁵ A família amarrou a senhora porque ela havia tentado esfaquear o filho e não conseguiam contê-la de outra forma. Quando tencionavam soltá-la, ela ameaçava os familiares e agia violentamente.

Outra situação comum eram os adolescentes com envolvimento no tráfico serem direcionados ao Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) sob a insígnia de usuários e/ou dependentes de drogas; geralmente, eles acabavam chegando até o equipamento por meio de encaminhamentos do Conselho Tutelar (CT) ou por ordem judicial, a pedido de familiares que procuravam ajuda para lidar com os adolescentes ou, muitas vezes, da escola, que percebia que algo estava acontecendo. No contexto em que estavam inseridos, como propor ações terapêuticas relacionadas ao uso de drogas dentro do serviço, ao mesmo tempo em que o tráfico continuava se fazendo presente como (única) possibilidade de inserção social e econômica desse jovem? Até onde o CAPS efetivamente podia atuar? Como propor outras possibilidades de atuação em rede? Quais outros serviços poderiam compor esse cuidado?

Durante a produção desse texto, na leitura e constante revisão, surgiram inquietações sobre o tom que o escrito carregava: parecia que a grande problemática do bairro se justificaria pela presença e atuação do tráfico, como o trecho anterior traz. Dessa maneira, poderíamos concluir de modo simplista (como se a questão pudesse ser olhada assim) que *resolvendo* esse ponto tudo estaria em harmonia no bairro. O tráfico era apenas uma das faces da realidade do território.

Eram esses nós que tensionavam as ações da unidade e a efetivação da rede no acompanhamento à população do bairro, ficando a sensação de que não havia escapatória. O discurso daqueles que trabalhavam com a população carregava esse tom: criminalização ou vitimização. No contato com os profissionais, constantemente se ouvia que essa população estava fadada a certo tipo de fracasso existencial, e não valia a pena investir nela. Era uma terra abandonada pelo poder público e pela própria população, que parecia, aos olhos dos profissionais, irrecuperável e sem futuro – muitas vezes esses relatos remetiam a uma ideia de seres primitivos, quase animalizados, bichos selvagens. Essa era a sensação despertada pelas recorrentes falas trazidas pelos profissionais dos diferentes serviços, em reuniões em que o bairro aparecia como pauta: tudo era muito difícil no Sítio, e, portanto, não havia solução.

Esse outro rótulo, de difícil, vinha somar-se ao de perigoso: *o Sítio Conceiçãozinha era um bairro difícil*, como se a dificuldade fosse inerente ao solo, à água, ao ar que a população respirava; como se houvesse um *gene* que os

moradores carregassem em seu DNA e o difícil estivesse neles. Essa fala também aparecia entre os próprios moradores: *aqui é tudo muito difícil*. Mas onde se localizava esse “difícil”? Havia diferentes formas de ouvir a dificuldade que se encontrava no Sítio e uma possibilidade era aquela que, de certa forma, atribuía aos próprios moradores a responsabilidade sobre essa dificuldade; outra era poder problematizar o que dificultava viver e atuar nesse bairro. Trabalhando-se no Sítio, cada vez mais se adotava esta versão, abandonando-se, aos poucos, a primeira opção, pois ela nos capturava tão facilmente que nos alienava de nossa implicação na produção dessas dificuldades.

Ao exercitar o olhar sobre a dificuldade por esse prisma, compartilhava essa inquietação, “o que torna difícil a atuação no bairro?”, nos espaços de discussões sobre o Sítio, fossem eles dentro da própria unidade, ou em reuniões da rede ampliada. Era tensionando essa pergunta que poderíamos ampliar o olhar sobre o que ocorria naquele território. Assim, como uma lupa, aproximando cada vez mais, poderíamos identificar onde as dificuldades se encontravam.

Era difícil: não ter saneamento básico; viver nas palafitas, sobre o esgoto a céu aberto; não ter o caminhão do lixo fazendo coleta diariamente em todos os pontos do bairro; respirar o mau odor de decomposição dos grãos exalado dos terminais; não ter opções de lazer dentro do bairro nem acessibilidade para o (pouco) que havia do lado de fora; viver em um barraco com várias pessoas; ter apenas uma escova de dente para toda a família; não ter equipes de saúde suficientes para cobrir o total de moradores; viver com rendas baixíssimas para sustentar muitos; difícil era não ter acesso a seus direitos e viver apesar disso. Mas viver uma vida difícil cria coraças em tornos desses corpos; é preciso ser forte para enfrentar tantas dificuldades. Como disse uma moradora do bairro certa vez para o ACS: “tenho que usar muita droga para conseguir me prostituir e ter dinheiro para comer”. Essa moradora tivera quatro gestações, com pouco mais de 20 anos, e todos os filhos foram abrigados porque ela *não tinha condições* de criá-los.

As falas sobre “o difícil” no Sítio Conceiçãozinha, de tão repetidas, iam se cristalizando em torno do bairro e dos corpos que ali habitavam, tornando-se também parte de seus próprios discursos. Eles aprisionavam, limitavam possibilidades de vir a ser e enveredavam os caminhos por três direções: o crime, a vítima e a exceção (aquele que *apesar* de viver no bairro se tornou uma pessoa “de

bem”¹⁶). Esse era o clima em que, a cada dia, uma nova criança nascia no bairro e essas as expectativas em relação ao seu futuro.

Naquele território, de acordo com os discursos que operavam sobre a população, às crianças era dispensada a sentença de não poderem ser nada além do que seus pais eram, não ser algo além do que o Sítio oferecia, e nem tinham futuro. Em um primeiro contato com a única escola do bairro, para discutir sobre a situação de uma determinada família, a coordenadora chegou à conclusão de que aqueles alunos só podiam ter como justificativa para serem do jeito que eram o fato de serem *filhos da droga* (sic), porque em nenhuma outra escola em que trabalhou tivera contato com crianças e famílias *como ali*. Falas como a da orientadora eram constantemente repetidas por profissionais que entraram em contato com a população do bairro e circulava um clima de pessimismo geral sobre o destino daquelas famílias, principalmente das crianças.

O olhar dirigido à infância, que se desenvolvia dentro do bairro, deixava transparecer a construção histórica e social da criança pobre brasileira e de seu lugar ocupado como sujeito marginalizado que precisa ser contido/controlado, pois está sempre oferecendo risco para a segurança e manutenção da ordem social (RIZZINI; PILOTTI, 2011). Nesses casos, o Estado é chamado a intervir nessas famílias que não criarão seus filhos conforme o ideal de família e criança socialmente aceito (cidadãos de bem, úteis e produtivos), vide constante intervenção do CT e do CREAS na dinâmica dessas famílias. Prevalece a concepção de que as famílias pobres são, em sua maioria, incapazes de fazer o cuidado de suas crianças e, dessa maneira, precisam da intervenção do Estado para reordená-las, de acordo com o modelo de família e cidadão que se espera desses sujeitos, para compor a sociedade. Essas intervenções são justificadas pela noção de proteção à infância. De acordo com Nascimento (2015),

a proteção é tomada como algo a ser buscado, desejado, garantido. É percebida como um modo de funcionamento social que impõe uma crença: aquela que diz que a melhor vida é a que se distancia dos riscos, que é segura, mesmo que se tenha que abrir mão de suas potências, de suas possibilidades (p.281).

¹⁶ Inserido na lógica produtiva do capitalismo: um indivíduo que contribui, com seu trabalho, para a manutenção da sociedade.

A autora problematiza que a lógica da proteção marca uma relação de poder entre quem protege (saber hegemônico) e quem é protegido (risco: criminalização ou vitimização), sendo este último aquele que se encontra em situação de vulnerabilidade (miséria, desemprego, etc.), tornando-se necessária a adoção de medidas preventivas, visto que, para o Estado, não se pode correr riscos.

Desse modo, ao olharmos a situação da maioria das famílias do Sítio Conceiçãozinha e suas crianças à luz do que Nascimento (2015) aponta, encontramos elementos para apreender e problematizar a atuação dos diversos serviços do município (incluindo a própria USAFA) com essa população: famílias nessa situação são consideradas incapazes, precisando ser controladas e reguladas, estando no lugar daqueles que não sabem como agir, sendo necessária uma intervenção externa para reorganizá-las (serviços da assistência social, do judiciário e da saúde fazem constantemente esse cerceamento), sustentada pelo discurso de que as famílias e indivíduos precisam ser protegidos.

A proteção da criança e do adolescente opera através do conceito de tutela, que subjuga, produz submissão, permite que seja dito de fora o que é melhor para as pessoas dentro de suas próprias famílias. Quem protege pode definir condutas, crenças, desejos, de maneira a vigiar, examinar, compreender, controlar e disciplinar. Ao mesmo tempo é uma prática que se dispõe à salvação, já que, ao ser aplicada, teria como proposta amparar os necessitados, retirá-los de situações de risco e conduzi-los ao bom caminho (NASCIMENTO, 2015, p.283).

Diante disso, o tempo inteiro víamos e também produzíamos intervenções que, ancoradas na lógica da proteção, atravessavam as vidas dessas famílias, ditando *de fora* o que acreditávamos ser o melhor e mais saudável para todos; às famílias cabia acatar o que era decidido em nome delas e não *com* elas.

Em geral, reproduzíamos com as famílias o que fazíamos tanto entre os profissionais da própria USAFA quanto entre os demais serviços: decidíamos sozinhos, sem compartilhamento, ações que envolviam outros atores. Era comum recebermos encaminhamentos de outros serviços e notificações judiciais do que deveríamos fazer com determinada família. Ilustrando, de modo caricato (mas não tão distante da realidade), teríamos psicoterapia individual para todos os membros da família, três vezes por semana, por toda vida. Na maioria das vezes a equipe não era chamada para conversar sobre essas situações, as famílias apenas apareciam na unidade com um encaminhamento ou a gerente era contatada para ser informada sobre a decisão do que deveria ser feito.

Em um determinado caso fomos contatados pelo CAPSi a respeito de uma menina de 12 anos: eles haviam recebido uma ordem judicial pedindo informações sobre a pré-adolescente, solicitando atendimento por questões relacionadas à dependência de drogas. A menina nunca havia passado naquele equipamento, mas, quando havia questões sobre infância e adolescência, o CAPSi era sempre contatado em primeiro lugar, independentemente de constatarem se a criança ou adolescente em questão possuía algum vínculo com o serviço. Assim, o CAPS nos pediu ajuda para pensar o caso e saber se a menina estava de fato no território.

Apropriando-nos da situação e pedindo uma reunião com o serviço e o CT (Conselho Tutelar), chegamos à seguinte cena: o conselho acompanhava a família há alguns anos, não apenas pelo caso dela; naquele momento a mãe suspeitava que a filha estivesse sendo aliciada para prostituição e fazendo uso de drogas, mas ela relatava que já, desde os nove anos, não tinha mais controle sobre a filha, que estava residindo com uma moradora do bairro desde aquela idade. Por isso, não podia dizer muito sobre a situação da menina naquele momento, apenas que ela não teria ido para escola nesse ano letivo – tanto que, como mãe, havia pedido ajuda para o CT, por medo de ser responsabilizada pelo que viesse a acontecer com a menina. Assim, o CT encaminhou diretamente para a promotoria a situação, que, por sua vez, notificou o CAPS Infantil.

Em nenhum momento o CT acionou o CAPS ou outro serviço da rede para discutir o caso e pensar maneiras de atuar com a família, nem tampouco a mãe foi de fato ouvida: sua preocupação era que algo acontecesse com a menina e que ela fosse penalizada, sendo o seu maior medo, naquele momento, perder a guarda das “crianças” (referindo-se aos dois caçulas, não incluindo a referida filha). Para o CT, o problema era a droga: o abuso na infância, presenciar o suicídio do pai, o vínculo fragilizado entre mãe e filha, os irmãos mais velhos que seguiram caminhos semelhantes, a evasão escolar, a exposição à prostituição – tudo isso parecia ser secundário, comparando-se à questão da droga. Assim, soava como se a menina, estando em atendimento no CAPSi, pudesse solucionar todas as questões apresentadas pela família.

A droga e o tráfico pareciam sempre atravessar o olhar que direcionávamos ao bairro, como *causa* de todas as mazelas da população, obscurecendo tudo que havia por trás e por entre. Éramos facilmente capturados por essa questão e talvez

por isso os primeiros esboços desse texto tenham trazido esse tom, causando inquietações em sua leitura. Foi preciso olhar (relê-lo) com calma para localizar os nós que as linhas dessa rede traziam, caso contrário, nos enveredaríamos pela justificativa de que essa população era fruto da droga, como trouxe a fala da coordenadora da escola.

O Sítio era um bairro que desassossejava. Encontramo-nos nele, carregado com tantos modos de produzir vida, e fomos convocados, a partir desse desenho de território, a construir ações que estivessem aliadas a essa forma de existir resistindo. Uma consulta, uma visita, uma sala de espera, um grupo. O que singularizava o bairro também imprimia suas marcas nos nossos modos de fazer com a população, isto é, ações de insistência e resistência ao que teimava em tentar capturar.

O próximo capítulo trará linhas sobre este NASF em funcionamento e como o Sítio encontrava-se na organização de trabalho dessa equipe; e apresentará, inicialmente, dados da política da Atenção Básica e conceitos sobre a produção do cuidado no trabalho em saúde que nos ajudaram a pensar sobre a construção das ações da equipe de NASF neste território.

4. UM NASF EM FUNCIONAMENTO

As narrativas de Dona Ana e do Sítio Conceiçãozinha convocam-nos a pensar como estão organizados os cenários dentro e fora dos serviços de saúde, para que essa história de vida (e tantas outras) possa ser acolhida, direcionando como se darão as propostas de cuidado que abarquem a singularidade de um determinado território e os processos de subjetivação produzidos a partir dele.

Um cenário atravessado por diretrizes e princípios, que orientam uma determinada ação, e composto por diferentes atores, que atuam de acordo com suas bagagens e diferentes graus de abertura para o encontro com o outro. É no encontro singular entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde que ações de cuidado podem ser construídas.

Neste capítulo serão apresentados elementos que nos permitem discutir a elaboração de uma estratégia possível de cuidado, a partir da consideração de aspectos relacionados a uma macropolítica, neste caso a política da Atenção Básica na atuação conjunta de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que direciona ações em um campo micropolítico, sendo esse o cenário das relações e dos encontros. As diretrizes da política e os conceitos apresentados pelos autores escolhidos para dialogar neste trabalho nos ajudam a pensar a organização de um NASF e a construção de dispositivos de cuidado em um dado território, neste caso, no bairro Sítio Conceiçãozinha, no município de Guarujá.

4.1. ATENÇÃO BÁSICA, ESF e NASF: macropolítica que norteia ações

A Atenção Básica¹⁷ (AB) é compreendida como a principal porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde e a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo esta última definida como arranjos organizativos de serviços e ações de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). À Atenção Básica cabe articular ações que visem:

¹⁷ Neste trabalho será adotada a expressão Atenção Básica, em contraposição às nomenclaturas Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde, muitas vezes utilizadas como sinônimos no contexto brasileiro. Reconhece-se que há discussões teóricas a respeito do uso de tal ou qual expressão, no entanto, a escolha do uso de “Atenção Básica” está aqui relacionada ao termo mais frequentemente utilizado no espaço em que estava inserida, sendo-me mais comum o seu uso, portanto, não sendo pautada em determinado posicionamento teórico a respeito. Para maior aproximação ao debate, ler *Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais* (MELLO, FONTANELLA & DEMARZO, 2009).

a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a, p.19).

Essas ações devem ser sempre pautadas nos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) de universalidade, equidade e integralidade, ou seja, as ações desenvolvidas devem ser para todos os sujeitos, levando em consideração as particularidades de cada caso, ofertando cuidado de acordo com as necessidades de cada um, olhando o sujeito como um todo, para que as ações dentro da rede de saúde não sejam fragmentadas. Tendo isso em vista, são fundamentos e diretrizes da AB (BRASIL, 2012a):

- Responsabilizar-se por determinado território, planejando e desenvolvendo ações que levem em consideração as suas características e de sua população;
- Possibilitar aos usuários o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade, acolhendo-lhes as demandas e direcionando-os dentro da RAS;
- Pautar o trabalho pelos processos de vinculação entre usuários e trabalhadores, a fim de realizá-lo de forma longitudinal, visando à continuidade do cuidado;
- Coordenar a integralidade das ações, organizando-as de acordo com um processo centrado no usuário;
- Estimular a participação dos usuários, objetivando ampliar a autonomia na produção do cuidado à sua saúde.

Visando reestruturar a AB para cada vez mais aproximar-se desses fundamentos e diretrizes, cria-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) – uma estratégia que objetiva expandir, qualificar e consolidar a atenção básica no país (BRASIL, 2012a). Entretanto, não há a implantação da ESF em todas as unidades de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), cada equipe de ESF deverá ser composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser ampliada com a equipe de saúde bucal (dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal). Cada equipe deve ser responsável por até quatro mil pessoas dentro de determinado território, sendo necessários no máximo 12 ACS por equipe –

preconiza-se que cada ACS acompanhe até 750 pessoas. Recomenda-se que seja levado em consideração o grau de vulnerabilidade do território, ao se organizar a quantidade de pessoas assistidas por cada equipe. No entanto, podemos observar que isso não se opera no Sítio Conceiçãozinha, onde há número insuficiente de ACS e equipes de ESF para a demanda populacional do bairro, tanto pela quantidade de moradores, quanto pela complexidade dos casos.

Em grandes centros urbanos, as equipes devem ser alocadas nas unidades de saúde e cada unidade irá abranger um território de até 12 mil pessoas. Sendo assim:

A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009, p.10).

Com a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, “na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica” (BRASIL, 2015b, p.16), foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando melhorar cada vez mais a qualidade e resolutividade da Atenção Básica, pautando-se nas diretrizes que a organizam.

As equipes de NASF vêm para *apoiar* o trabalho da ESF e não funcionam como porta de entrada dos usuários ao serviço de saúde, ou seja, os profissionais que compõem o NASF servem como suporte para as equipes e são corresponsáveis pela população. Assim, à medida que a equipe de referência percebe a necessidade de discussão, avaliação e ação para determinado paciente e/ou família, ela aciona os profissionais do NASF para ações em conjunto e matriciamento (BRASIL, 2009).

Existem três modalidades de NASF divididas de acordo com o número de equipes de ESF vinculadas e com a carga horária mínima total dos profissionais que compõem a equipe (BRASIL, 2012b): 1) NASF 1: 5 a 9 equipes de ESF, com no mínimo 200 horas semanais na somatória da carga horária dos profissionais; 2) NASF 2: 3 a 4 equipes de ESF, com no mínimo 120 horas semanais e 3) NASF 3: 1 a 2 equipes de ESF, com no mínimo 80 horas semanais. Essas modalidades também dizem respeito ao financiamento do governo federal: para que o município receba os recursos financeiros correspondentes à modalidade de NASF implantada,

deve respeitar as especificidades indicadas em relação à somatória das cargas horárias profissionais (nenhum profissional poderá realizar menos que 20 horas semanais), o número mínimo e máximo de equipes de ESF vinculadas, bem como a quantidade de NASF na modalidade tipo 2 e tipo 3, podendo haver apenas uma equipe dessas modalidades para fazer jus ao repasse (BRASIL, 2012b).

Respeitando-se essas modalidades, a implantação e a formação das equipes de NASF ocorrerão de acordo com a análise que o município fará de cada território e suas demandas, observando-se, assim, quais os profissionais que melhor irão compor com o que aquela população requer, podendo ser:

assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2015b, p.17).

As ações desenvolvidas pelo NASF se dão de acordo com duas dimensões (BRASIL, 2015b):

- Clínico-assistencial, que diz respeito às ações clínicas diretamente com os usuários, como por exemplo, os atendimentos compartilhados entre profissionais da equipe de ESF e NASF;
- Técnico-pedagógica, que são as ações de apoio e de caráter educativo às equipes, como por exemplo, as reuniões de discussão de caso.

As ações de apoio matricial fazem parte, tanto da dimensão técnico-pedagógica, quanto da clínico-assistencial do trabalho do NASF, à medida que produzem espaços de trocas entre trabalhadores e construção de saberes dentro de ações de cuidado com os usuários. De acordo com Campos (1999), o apoio matricial é um novo arranjo que estimula outras formas de criar relações entre trabalhadores e usuários no trabalho em saúde, em contraposição às formas já estabelecidas de organização de trabalho. Compreende a ideia de um trabalho conjunto e de trocas entre a equipe de referência – responsável pelo acompanhamento dos usuários – e a equipe de apoio matricial – responsável por trazer ações especializadas para dentro do contexto do serviço –, rompendo com a lógica dos encaminhamentos para os especialistas, fato que ocasiona muitas vezes a fragmentação do cuidado. Além

disso, busca-se, cada vez mais, uma atuação conjunta com o usuário dentro do seu projeto terapêutico singular. Assim, pautado na lógica do matriciamento, o NASF funciona como uma equipe especializada, atuando dentro da própria AB com as equipes de ESF, em um trabalho organizado a partir das trocas e da construção conjunta – uma corresponsabilização na produção do cuidado.

Cada equipe de ESF é responsável por sua população adscrita, cabendo-lhe acompanhar e desenvolver as ações pertinentes ao cuidado com cada família. Quando o NASF é acionado pela equipe, passa a ser corresponsável nesse cuidado, mas em momento algum o cuidado com o sujeito ou a família passará a ser responsabilidade exclusiva do NASF.

Ao pensarmos sobre o encontro de profissionais componentes das equipes de ESF e de NASF, percebemos que as relações entre eles são atravessadas também pela questão da formação. Há profissionais, muitas vezes, formados por um saber pautado na lógica biomédica e dos especialismos, distante de uma atuação interprofissional, despreparando esses atores para aspectos relacionais do trabalho em saúde, como ampliação da escuta, formação de vínculo, acolhimento etc. É uma formação que distancia os alunos, ao longo da graduação, de um maior contato com a realidade dos serviços de saúde, do diálogo e trabalho entre profissionais de áreas distintas, da produção do cuidado que leve em consideração o usuário do serviço na elaboração de projetos terapêuticos sobre sua vida, entre outras questões. O conceito de matriciamento, apresentado anteriormente, por exemplo, está distante da formação dos profissionais de ambas as equipes, que, quando se implanta um NASF, precisam romper com toda uma lógica de cuidado pautada nos encaminhamentos aos especialistas, aprendida na graduação, que tem organizado os serviços por muito tempo. Portanto, profissionais que possuem pouco ou nenhum contato com a saúde pública, muito menos com a AB, chegam aos serviços reproduzindo formas de fazer aprendidas na universidade, distantes do novo contexto, que dificultam a efetivação do que é proposto para a AB. As diretrizes e princípios da Atenção Básica são conceitos inovadores, mas muitas vezes desconexos com o que os profissionais aprenderam em suas graduações. Por isso, é no cotidiano e nas trocas que vão descobrindo como efetivar tais propostas.

Quando o Ministério da Saúde preconiza que os NASF realizem atendimentos compartilhados ao invés de atendimentos individuais (com o estabelecimento de

agendas para cada especialista), também abre espaço para que os profissionais subvertam essa ideia, mais flexível, em algo endurecido, ao negarem atender um paciente sem que alguém da equipe de ESF esteja presente, por exemplo. Este enrijecimento em seguir exatamente ao *pé da letra* o que está nas diretrizes do NASF, sem uma elaboração a respeito das singularidades a que cada situação nos convoca, dificulta alcançar diferentes estratégias para atingir aquilo que o matriciamento quer, ou seja, dar condições para que esse cuidado contínuo e ampliado se efetive através da Atenção Básica.

No meio dessa tentativa de apreensão do que seja efetivar as premissas do NASF por ambas as equipes, há o usuário do serviço, que se depara com o especialista na unidade de saúde, mas não pode acessá-lo diretamente, gerando, talvez, uma maior burocratização do cuidado, do ponto de vista do usuário.

O tempo inteiro profissionais de ESF e NASF encontram-se problematizando conceitos aprendidos ao longo de suas graduações, desacomodando os itens de suas bagagens para fazer caber preceitos novos, em um processo que desassossega tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços de saúde. Estes últimos buscam os serviços de acordo com suas necessidades, para as quais esperam encontrar acolhimento dos profissionais, a fim de resolvê-las, pouco importando o nome dado para o modo de operar entre as duas equipes. Se a proposta de implantação dos NASF é a ampliação do escopo da AB, que assim se faça, isto é, ampliar o cuidado, portanto, o maior investimento nas tecnologias leves. Não há que se perder de vista que o centro de toda essa reorganização da Atenção Básica é o usuário.

Ao pensarmos na proposta de que a AB funcione como principal porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde e seja responsável pela coordenação e continuidade do cuidado dos sujeitos ao longo do tempo dentro da RAS – que engloba os serviços da Atenção Básica, os ambulatorios de especialidades e os equipamentos de alta complexidade –, como podemos pensar a articulação entre equipes de ESF e NASF na produção do cuidado, tendo em vista a premissa de que o NASF funcione como *apoio* e *corresponsável* nas ações desenvolvidas dentro da AB? Como apreender o que a política apresenta em seu texto e como ela se conforma a partir da realidade dos territórios, como por exemplo, o Sítio Conceiçãozinha, que carrega as marcas, apresentadas na narrativa anterior, de um

território que não deveria existir? Que reverberações a implantação dos NASF provoca no cotidiano do trabalho em saúde, no campo micropolítico?

4.2. O campo da micropolítica: trabalho em saúde

Quem está presente no encontro no mundo do trabalho em saúde, nesse momento em que se produz acolhimento? Muitos. Isto é, os muitos que somos e os muitos que o outro também é. Multidões se fazem presentes no ato do acolher. As multidões que somos cada um. As muitas vidas que possuímos e que estamos fabricando e com elas todos os agires que ela contém (...) (MERHY, 2013, p.259).

Nesse encontro de multidões, as ações são construídas e tantas forças disputam a direção do cuidado. Há uma macropolítica que direciona como essas ações devem ser, mas é neste momento do encontro que diretrizes, formação em saúde e sujeitos se organizam e certo ato cuidador ganha forma. É sobre esta produção do cuidado, atravessada por tantos elementos e organizada por diversos atores, que falaremos agora. Pautaremos nosso percurso de pensamento principalmente nas ideias que têm sido apresentadas nos trabalhos dos autores Emerson Elias Merhy, Laura Macruz Feuerwerker e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. A escolha desses autores se deu alimentada pelas discussões na disciplina de pós-graduação “Política e Gestão em Saúde”¹⁸, da Faculdade de Saúde Pública da USP, a partir da qual entrei em contato com os textos dos autores mencionados, cujas ideias e conceitos animam uma determinada escrita e problematização no campo do trabalho em saúde.

Primeiramente, o que estamos chamando de trabalho em saúde? A utilização do termo “trabalho em saúde” (MERHY, 1997; MERHY et al, 1997; MERHY, 2002) para designar o que ocorre neste campo está alinhada à compreensão das ações de saúde entre trabalhadores e usuários, organizadas a partir da lógica capitalista de produção de bens e consumo; no que diz respeito à saúde, o consumo ocorre imediatamente na ação de cuidado, de acordo com as necessidades demandadas pelos usuários naquele momento.

No campo do trabalho em saúde, os encontros entre trabalhadores e usuários ocorrem atravessados por diferentes forças circulantes em várias direções, afetando

¹⁸ Disciplina organizada por Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Marília Cristina Prado Louvison e Oswaldo Yoshimi Tanaka; cursada no segundo semestre de 2016.

a todos. Nesse espaço micropolítico, o encontro no mundo do cuidado é intercessor: “há a produção de um lugar situacional em ato, que quando cessa, cessa a relação intercessora” (MERHY, 2013, p.253).

Tantas são as direções para a produção do cuidado quantas forem as personagens envolvidas em cena naquele instante – seus desejos, seus percursos e seus graus de aberturas para as afetações emergentes do encontro. Merhy (2013), ao falar do campo micropolítico em saúde, traz que:

o encontro entre trabalhador e usuário é um acontecimento aberto para caminhos não completamente previsíveis, já que tanto trabalhador como usuário são portadores de forças e poderes que se colocam em jogo no ato do encontro. Esse lugar, onde de modo imanente o poder circula e se exerce, é o campo da micropolítica e no caso da saúde é de modo privilegiado o lugar da circulação e exercício do trabalho vivo em ato (MERHY, 2013, p. 264).

Sendo assim, é no momento do encontro entre trabalhadores e usuários que se dá a produção do cuidado, o trabalho vivo em ato, que só existe no próprio ato de produção e para os diretamente envolvidos na ação – trabalhadores e usuários (MERHY, 1997; MERHY, 2002).

O trabalho vivo é sempre instituinte, está sempre em processo de construção, em contraposição ao trabalho morto, instituído, produto de um trabalho vivo anterior, como por exemplo, os equipamentos e instrumentos, que, no momento de sua fabricação, possuíam uma dimensão viva, mas que agora, prontos, são expressão de um trabalho morto (MERHY, 2002). O trabalho em saúde nunca poderá ser completamente capturado pelo trabalho morto (MERHY, 1997; MERHY et al, 1997; MERHY, 2002), visto que o trabalho vivo realiza-se imediatamente na produção, algo sempre instituinte – “o ato de produção no trabalho em saúde se dá no imediato ato de consumir” (MERHY, 1997, p.110).

No trabalho em saúde, percebem-se diferentes tecnologias, compreendidas aqui não apenas no que diz respeito a um equipamento tecnológico, mas também a um saber-fazer e *ir fazendo* na ação (MERHY et al, 1997), que podem ser observadas como tecnologias:

- Leves: dizem respeito às relações, à produção de vínculo, ao acolhimento;
- Leve-duras: relacionadas aos saberes estruturados, como, por exemplo, a clínica psicológica;

- Duras: como são os equipamentos tecnológicos, as regras, os exames de imagem, por exemplo.

Esses três tipos de tecnologias compõem a “caixa de ferramentas” dos trabalhadores, de diferentes formas, e direcionam as ações do trabalhador no encontro com o usuário, constituindo certo modo de saber-fazer, que os aproximam de práticas mais (ou menos) acolhedoras e cuidadoras.

O caso de Dona Ana, narrado no início deste trabalho, nos possibilita vislumbrar essa composição de tecnologias. No momento do encontro, a enfermeira e eu fomos afetadas por tudo aquilo que aquela senhora ia nos contando sobre sua (sobre)vivência no mundo, e ia desterritorializando em nós percepções que tínhamos daquela mulher, cuja idade não fazia jus às tantas experiências que marcavam seu corpo. Em contrapartida, Dona Ana, enquanto compartilhava conosco sua história, ia libertando-se dos pesos que trazia, saindo daquela conversa “cem quilos mais leve”. Essas afetações possibilitavam a compreensão dos entrelaces de sua vida com a rede de serviços à medida que ia vivendo; e o que representava para Dona Ana a necessidade da escola por um diagnóstico para as agitações e dificuldades de aprendizagem da neta – apontar que a neta não conseguia aprender e que era uma criança impossível – mais uma vez parecia que estavam roubando-lhe o sonho de que alguém de sua família tivesse um futuro melhor. A educação representava essa possibilidade, algo que Dona Ana tanto desejara para ela e para os filhos, mas que lhe fora impossibilitado pelas reviravoltas da vida. Nesse encontro, carregado de empatia, em que ouvíamos e tecíamos compreensões, nós, trabalhadoras, não abandonávamos os saberes específicos de cada área aprendidos em nossas graduações, nem tampouco esquecíamos os protocolos, os exames, os instrumentos que conhecíamos, porque estes nos davam condições de ocuparmos os lugares de psicóloga e enfermeira e ofertarmos cuidado a partir desses lugares; mas, naquele momento, essa bagagem era ressignificada à luz do que Dona Ana contava. Aquele encontro produziu em nós um saber que emergia da experiência que, como dito no capítulo inicial, é aquilo que nos toca e nos transforma. Naquele instante nos transformamos de uma maneira que nenhum outro encontro nos transformará, porque o saber que emerge da experiência é singular, depende dos sujeitos e dos momentos em que se dá, algo impossível de ser reproduzido. Entretanto, o que teria sido dessa escuta se nós, trabalhadoras, em vez de estarmos

disponíveis para este contato, estivéssemos mais interessadas em enquadrar o que Dona Ana trazia em uma sintomatologia passível de tratamento, que necessitasse do exame A, do encaminhamento B, do questionário C...?

Merhy (2013) alerta que “quando as tecnologias duras e leve-duras se sobressaem às tecnologias leves, corremos o risco de fazer desaparecer o usuário nessa construção conjunta do ato cuidador” (p.256). Mas, infelizmente, atualmente, ainda há o predomínio do uso de tecnologias duras e leve-duras, que enfraquecem as ações de cuidado nos nossos serviços. De acordo com Merhy e Feuerwerker (2014), são as tecnologias leves que conferem vida ao trabalho em saúde, permitindo ao trabalhador operar sob as singularidades de cada realidade vivida pelos usuários com os quais se encontra, dando sentido, assim, para as demais tecnologias de sua caixa de ferramentas. À luz do que esses autores trazem, podemos então arriscar dizer que, se naquele momento do encontro entre Dona Ana e nós, trabalhadoras, prevalecessem os usos das tecnologias ditas duras e leve-duras, talvez toda a singularidade dos relatos daquela senhora fosse reduzida a encaminhar ou não, medicar ou não, examinar ou não. Essa vida seria mais um conjunto de sintomas entre tantos outros.

Segundo Merhy (2004, p.111), “no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir”. Portanto, o encontro entre trabalhador e usuários visa o cuidado, sendo o acolhimento a possibilidade de que um exerça sua capacidade de escutar interessadamente, ao mesmo tempo que o outro pode encontrar um espaço seguro para compartilhar aquilo que o afeta, algo que podemos acompanhar na narrativa de Dona Ana. Os processos relacionais se dão em mão dupla: do trabalhador para o usuário e deste para o trabalhador (MERHY, 2013).

Sobre o encontro entre trabalhador e usuário no campo da saúde, Feuerwerker (2014) traz que:

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas - conhecimentos, equipamentos - e concepções) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções). Desse modo, o agente

consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo (p.38).

Portanto, esse espaço de interseção revela a disputa entre as diferentes forças instituintes e os modos instituídos que tentam capturá-las (MERHY, 2004), ou seja, um campo de disputas entre as necessidades dos usuários (e os modos como lida com elas) e formas já dadas de como conduzi-las dentro do campo da saúde, em que o trabalhador oferece seus modos de cuidar dessa necessidade apresentada. De acordo com Merhy (2013), o usuário disputa o sentido e a direção da produção do cuidado, dando certos usos a esses encontros e não outros.

Ao pensarmos sobre as necessidades de saúde dos usuários, Cecílio (2001) aponta que “quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma ‘cesta de necessidades de saúde’, que caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível” (p.4). Trata-se de uma cesta com necessidades singulares, para as quais não há direcionamento *a priori* sem que façamos essa decodificação juntamente com o usuário. Todo saber científico e acadêmico aprendido anteriormente não comporta todas as multiplicidades de uma vida, algo que a narrativa de Dona Ana deixa tão claro.

Nesse campo de disputa de projetos de vida, muitas vezes, o trabalhador sente-se possuidor de uma verdade (saber científico) que o usuário não tem e o exclui do processo de produção do cuidado, o que denota a nossa prepotência, enquanto trabalhadores, em acharmos que sabemos mais do usuário do que ele próprio (MERHY, 2013). Em relação a esse aspecto, Feuerwerker (2011) aponta que:

muitas vezes o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores de saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde muitas vezes esperam que o usuário reorganize sua vida, à luz do saber técnico-científico, em função dos agravos que enfrenta (p.2).

Esse é um dos perigos que corremos: acreditar que o que oferecemos é o que o outro deseja para si. Para cada relato, uma prescrição, desconsiderando a singularidade daquele que traz a queixa e como esta se organiza em sua vida. Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014) apontam sobre a dificuldade dos trabalhadores em reconhecer o usuário para além da ideia de um sujeito que apenas *usa* os serviços, visto que estão muito presos a esse modo de enxergar o usuário – como alguém passivo, que apenas recebe a ação – recusando-se a percebê-lo

como um “*usuário-fabricador* de caminhos e significações *a partir* das peças ou dos elementos da *máquina da saúde*” (p.15, grifos dos autores).

É necessário que estejamos atentos para perceber as afetações que o outro provoca em nós no encontro e o que faremos com isso (MERHY, 2013). As posturas adotadas diante da escuta de tal ou qual relato direcionam os caminhos do cuidado para cada sujeito que se apresenta diante do trabalhador. Nesse processo de produção de cuidado no cotidiano dos serviços, Merhy (2013) problematiza os lugares que ocupamos nesse ‘jogo’ de fazer saúde: a questão do cuidado em saúde, que se faz no encontro entre o trabalhador e o usuário, e o fato de que esses dois atores trazem em si diferentes “agires”, dando o tom da relação a ser criada naquele momento.

O autor discorre sobre o agir-trabalhador e o agir-usuário, chamando a atenção para o agir-usuário que nos habita, no sentido de observar se nós, como usuários de saúde, estaríamos satisfeitos com o trabalhador de saúde que somos; devemos nos perguntar: “Gostaríamos de ser cuidados por nós?”. O autor enfatiza a importância de considerar as concepções que o usuário tem de si, do mundo, do processo saúde-doença, etc., visto que essas concepções atravessarão o tempo todo a maneira como ele se relacionará com a equipe, sua saúde, a vida. Lembra-nos que somos muito parecidos e também muito diferentes de quem cuidamos (MERHY, 2013).

Ao olharmos o usuário como alguém ativo no processo de produção de cuidado, podemos observar os movimentos criados pelos usuários para conseguir a solução de suas necessidades para além do que nós, trabalhadores, ofertamos. Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014) chamam a atenção para esse agir leigo (em contraponto ao saber hegemônico dos especialistas) e para o fato de que os usuários vão compondo suas próprias linhas de cuidado a partir “de um saber que vai sendo obtido no contato direto com os serviços e seus mecanismos formais de regulação” (p. 145). Essas linhas percorridas entre os serviços, estabelecendo acessos à rede através de múltiplas entradas, desenham um mapa de como cada usuário estabelece um regime de regulação dos serviços de acordo com suas necessidades. Cada regulação leiga dependerá de como aquele usuário se insere na rede, por exemplo, um usuário à espera para realizar determinado exame, para o qual há uma longa fila, mas que, a partir de como compreende a sua situação, gera

movimentos na rede para que isso seja acelerado, contatando a ouvidoria do município, fazendo abaixo-assinado, buscando a imprensa, entre outros. O usuário faz o que faz por conhecer o funcionamento dos fluxos dos serviços e busca revertê-los a seu favor.

O usuário busca os serviços para que o ajudem a solucionar suas necessidades, cabendo aos trabalhadores decifrá-las para poderem, então, pensar em certas ações para aquele caso. Serão as necessidades dos usuários que direcionarão o trabalho em saúde, ou seja, as ações em saúde devem ser centradas no usuário. Portanto, os usuários não podem ser excluídos desse “jogo” de produzir saúde, já que são a peça fundamental para que o trabalho aconteça.

Cecílio (2001) compreende as necessidades de saúde como estruturantes na luta pela integralidade e equidade na atenção. Aponta quatro grandes conjuntos de necessidades: 1) necessidade de ter boas condições de vida, tendo em vista que o modo como vivemos se traduz em diferentes necessidades de saúde; 2) necessidade de ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; 3) necessidade de criação de vínculos afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional; 4) necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de conduzir a vida.

O autor enfatiza a importância de tomarmos as necessidades de saúde dos usuários como ponto de partida de toda e qualquer ação, tanto no campo micro quanto no macropolítico, radicalizando que, se o princípio da integralidade fosse tomado ao pé da letra, já englobaria o conceito de equidade, não sendo necessário um conceito distinto, isto é, ele seria inerente à integralidade. Logo, se as ações fossem desenvolvidas respeitando-se a ideia de integralidade, em que todas as necessidades dos usuários devem ser consideradas, seria óbvio perceber que cada um demanda algo diferente, de acordo com seus modos de vida, seus corpos, suas expectativas, enfim, as singularidades de cada caso.

Cecílio (2001) defende que a integralidade não se realiza apenas em um determinado serviço, mas que ela é o objetivo de toda a rede, entendendo-a como uma preocupação de cada trabalhador e de cada serviço, apontando que a integralidade “poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e

atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (p.4).

Todos esses elementos discutidos sobre o trabalho em saúde, mais especificamente no campo micropolítico em que as relações se dão, dialogam de distintas maneiras com a formação de cada trabalhador e produzem incômodos, instigando-os a problematizar sobre como se dá sua atuação no cotidiano dos serviços. Às vezes, olham para o que estão fazendo e desejam poder fazer de outra forma, mas sentem-se sem recursos para fazê-lo. Por isso, uma Educação Permanente em Saúde (EPS) faz-se necessária nesse cenário, para problematizar o que e como tem sido feito e ampliar a capacidade de acolher as singularidades dos usuários. Algo para além das “capacitações” ofertadas aos trabalhadores, mas um processo de formação constante, a partir daquilo que emerge do cotidiano e gera incômodo, já que, como apontam Merhy e Feuerwerker (2014), uma informação pedagógica só produz sentido em diálogo com a bagagem dos trabalhadores. A EPS só faz sentido e é mobilizadora, a partir da experiência, ocorrendo em todo e qualquer lugar onde existam processos produtivos (MERHY, 2013).

Não iremos aprofundar a discussão sobre a EPS, mas nos apropriaremos da ideia dessa necessidade de formação constante, a partir das inquietações que o cotidiano do trabalho em saúde suscita, para reafirmar os elementos já apresentados em diversos pontos deste texto, sobre a formação dos trabalhadores em saúde, enfatizando a ideia da construção de um saber-fazer pela experiência. São incômodos provenientes das afetações, que os encontros com usuários e com outros trabalhadores nos provocam e mobilizam a luta por outras formas de fazer. À medida que agimos, produzindo outras ações, alteramos o campo e as formalizações dadas até aquele momento. Ao mesmo tempo, essa nova ação é alterada pelo campo, instigando-nos a estarmos sempre atentos ao que ela está se tornando enquanto age, sendo imprescindível um momento/espço de reflexão e discussão sobre o que produzimos, para reformular como a atividade/ação se configura de acordo com o que percebemos necessário. E este fazer implicado, por sua vez, produz saber: um saber-fazer pela experiência.

Tendo em vista o que trouxemos até o momento sobre a conformação do NASF – como um dispositivo de ampliação da resolutividade das ações da Atenção Básica – e a discussão sobre a produção do cuidado, elementos atravessados pela

questão da formação dos trabalhadores em saúde, o próximo tópico deste capítulo apresentará os elementos da implantação das equipes de NASF no município de Guarujá e da construção de um dispositivo de cuidado às crianças e suas famílias – a rodinha de conversa – com base na atuação de uma dessas equipes no território do Sítio Conceiçãozinha, bairro descrito no capítulo anterior.

4.3. NASF A em cena

A implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no município do Guarujá, litoral sul do Estado de São Paulo, ocorreu alimentada principalmente pelo interesse da coordenação de Saúde Mental, que vislumbrava com tal implantação efetivar cada vez mais as ações dessa área dentro da Atenção Básica.

Em 2014 foi realizado um estudo, organizado pela coordenação de Saúde Mental e por profissionais de psicologia da prefeitura, sobre os encaminhamentos para a psiquiatria, tanto para os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) quanto para o ambulatório, que naquele momento estava com uma longa fila de meses de espera. Foram organizadas rodas de conversa com os usuários que estavam na lista de espera, constatando-se que apenas uma pequena parcela realmente precisava de avaliação e acompanhamento em um serviço especializado, sendo a grande maioria dos casos sujeita a acompanhamento na própria Atenção Básica. A partir dos dados encontrados, iniciou-se um esforço para que todas as unidades de saúde contassem com um trabalhador de saúde mental para dar suporte às equipes e realizar com elas as rodas de conversas, espaços dentro da unidade para acolhimento e acompanhamento de questões de saúde mental. À época, como não havia NASF, quem fazia esse papel de apoio matricial às equipes eram psicólogas da prefeitura.

Essa experiência foi mostrando os impactos que o matriciamento poderia ter nos fluxos de encaminhamentos para o serviço especializado, diminuindo as filas de espera e proporcionando ao usuário um atendimento mais amplo na unidade de saúde dentro do seu território, facilitando a continuidade do cuidado. A observação desses efeitos da roda de conversa, com um profissional de saúde mental apoiando a equipe da unidade de saúde, na fila de espera para a psiquiatria e na ampliação do cuidado das questões de Saúde Mental na Atenção Básica, foi um dos fatores

que impulsionou a criação dos NASF e enviesou o caminhar das equipes por esse direcionamento tão próximo às ações de Saúde Mental, já que a coordenadora de Saúde Mental sempre acompanhou implicadamente as equipes de NASF, articulando aproximações entre estas e os serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

O processo de implementação das equipes do NASF iniciou-se no ano seguinte, em julho de 2015, contando-se até o presente momento com três equipes, que foram denominadas A, B e C, a fim de facilitar a identificação dos territórios de abrangência de cada uma delas. Os territórios, a quantidade de equipes e a composição dos profissionais foram pensados considerando-se a análise de território e de demandas realizada pela gestão. Inicialmente, a proposta era de cinco equipes, mas o Ministério da Saúde liberou a implantação de três, apenas, tendo em vista o número de USAFAs (Unidades de Saúde da Família) no município até aquele momento. A modalidade de NASF implantado é do tipo 1, ou seja, cada equipe de NASF dá suporte a até nove equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme o apresentado anteriormente.

Podemos visualizar mais claramente esta rede na seguinte ilustração, que nos mostra onde estavam inseridos cada ator e serviço mencionados neste trabalho, em que o usuário está no centro das ações:

Figura 7: Serviços na rede

Fonte: Autoria própria.

O NASF A oferece apoio a quatro USAFAs, ou seja, quatro bairros localizados na região de Vicente de Carvalho: Sítio Conceiçãozinha, Jardim Conceiçãozinha, Vila Áurea e Jardim Progresso. O NASF B compreende as unidades dos bairros Cidade Atlântica, Perequê e Vila Rã. O NASF C apoia as USAFAs do Jardim dos Pássaros, Santa Cruz dos Navegantes e Jardim Boa Esperança¹⁹, sendo este último bairro pertencente à região de Vicente de Carvalho.

Como no município as unidades que possuem Estratégia Saúde da Família (ESF), denominadas de USAFA²⁰ (Unidade de Saúde da Família), são geridas por uma Organização Social (OS), esta elaborou um processo seletivo específico para o NASF. Assim sendo, todos os profissionais ingressantes nas equipes eram novos e a maioria nunca tinha trabalhado em um serviço do SUS, muito menos na Atenção Básica. A gestão municipal organizou-se de forma a acompanhar de perto a implementação dessas equipes, realizando reuniões sistemáticas com os trabalhadores e coordenadores da OS, para discutir processos de trabalho. As coordenadoras da Atenção Básica e da Saúde Mental estavam muito próximas das equipes, sendo a desta última bastante engajada nas discussões de matriciamento e, portanto, fazendo com que o tema da Saúde Mental fosse muito presente no foco de trabalho das equipes, por trazê-lo à tona com muito mais frequência.

A equipe do NASF A, da qual fiz parte, dá suporte a quatro USAFAs, totalizando nove equipes e uma população entre 27 a 36 mil habitantes. Os profissionais componentes da nossa eram: uma psicóloga, duas assistentes sociais, dois fisioterapeutas e uma pediatra. A fim de torná-la completa, era necessária a contratação de um (a) ginecologista, de acordo com a proposta enviada pelo município ao Ministério da Saúde para formação e implantação das equipes. Nosso grupo teve uma médica ginecologista durante apenas três meses e não conseguiram mais contratar outro profissional em seu lugar. As assistentes sociais e os fisioterapeutas trabalhavam 20 horas semanais, portanto, em cada período

¹⁹ Inicialmente, em vez do bairro Jardim Boa Esperança, o NASF C apoiava a USAFA do bairro Santa Rosa, mas devido à grande demanda por atendimento, principalmente de ginecologia e psicologia, naquele território, fez-se a mudança, entendendo-se que a demanda do bairro Santa Rosa estaria contemplada, já que esta USAFA funcionava em um caráter misto: no mesmo espaço havia USAFA e UBS, contendo médicos especialistas.

²⁰ As unidades que não têm ESF são denominadas de UBS (Unidades Básicas de Saúde) e são geridas pela própria prefeitura. Estas unidades não têm Agente Comunitário de Saúde (ACS) e contam com médicos especialistas em suas equipes, como pediatra e ginecologista, ao contrário das USAFAs que possuem ACS e têm apenas o médico generalista.

trabalhava uma dupla de assistente social e fisioterapeuta. A pediatra também trabalhava 20 horas, mas como era uma profissional da prefeitura e não da OS, organizava sua agenda de outra forma. A psicóloga, no caso eu, trabalhava 40 horas e, portanto, estava o dia inteiro nas quatro unidades, compondo-se com as duplas. Organizamos-nos de modo a estar sempre juntos nas unidades.

Cada USAFA se organizava de acordo com o território de abrangência e a composição de suas equipes e nós, trabalhadores do NASF, fomos nos organizando inicialmente a partir do que já acontecia em cada uma. Como acompanhávamos quatro unidades, tínhamos que dividir nosso tempo para dar conta de todas elas. Assim, combinamos que estaríamos dois períodos da semana em cada unidade, não precisando ser necessariamente no mesmo dia. Na do Jardim Progresso fazíamos três períodos, nas demais fazíamos dois períodos e o período que sobrava usávamos para reunião fora das unidades e atividades que exigissem certa urgência durante a semana. Montávamos um cronograma mensal e enviávamos para as unidades, a fim de lhes dar ciência de onde estaríamos e quais atividades iríamos acompanhar.

Dentro das nossas atividades estavam: as rodas de conversa²¹, os grupos de aleitamento materno, os grupos de tabagismo, os atendimentos compartilhados, as visitas domiciliares, as reuniões – para discussão de caso, de matriciamento dos CAPS, de NASFs, intersetoriais, da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), de CRAS, etc. –, ações nas escolas, caminhadas, entre outros. Em cada unidade essas atividades ocorriam de acordo com as demandas do território e o NASF era convocado a se inserir nelas, conforme a necessidade de cada equipe.

Neste trabalho optei por narrar a experiência de acompanhar e fazer parte da criação do NASF a partir dos encontros no bairro do Sítio Conceiçãozinha, retratado no capítulo anterior. A escolha (por este território e não outro) ocorreu pelo incômodo que o contato com a realidade desse bairro despertava em nós do NASF

²¹ A roda de conversa é um espaço destinado ao acolhimento e acompanhamento de questões de Saúde Mental dentro da Atenção Básica. A proposta foi implantada no município no segundo semestre de 2014, após a realização do estudo mencionado anteriormente. Atualmente, todas as unidades de saúde (tanto as que têm e as que não têm Equipe de Saúde da Família) apresentam rodas de conversas assistidas por profissionais da própria equipe e de um profissional de Saúde Mental do NASF ou da prefeitura. Esse espaço tem a seguinte configuração: um grupo aberto, funcionando semanalmente para os munícipes que chegam espontaneamente ou por encaminhamento da própria equipe e de outros serviços. Os casos acompanhados são discutidos em reuniões de matriciamento com os CAPS, conforme necessidade de apoio especializado e encaminhamentos necessários.

A, por ser um bairro com características muito diferentes dos outros que acompanhávamos, permeado por dificuldades e precariedades que imprimem certas marcas de existir e fazer específicas desse território.

Especificamente no bairro do Sítio Conceiçãozinha, a USAFA tinha apenas uma equipe de ESF com dois médicos, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal e quatro ACS, sendo que um estava em desvio de função, ou seja, não atuava como ACS no momento. Para essa equipe eram preconizados oito ACS, mas ela nunca esteve completa. Os trabalhadores constantemente traziam à discussão o número de equipes na unidade e o de habitantes do bairro, mas não havia um dado preciso sobre estes. A equipe apontava que o número de moradores era superior ao número indicado pela prefeitura. Enquanto esta mensurava que a população estivesse em torno de 6 mil habitantes, a equipe alegava que, na época, o número fosse por volta 10 a 12 mil pessoas. Recuperando-se o que foi apresentado no primeiro item deste capítulo sobre o que a PNAB preconiza para as equipes de ESF, podemos perceber que a diferença nessa estimativa populacional tem efeitos. Já que se preconiza uma equipe a cada 4 mil pessoas, se o cálculo da equipe estivesse certo, esta USAFA necessitaria de mais 2 equipes, estando naquele momento atendendo ao triplo do esperado. Mas isto não era visto e era um ponto sempre silenciado nas reuniões.

Trabalhando nessas condições, em um território cuja população tinha a USAFA como referência para toda e qualquer questão de saúde, o cuidado ofertado ganhava outros tons. Situações que deveriam ser acolhidas no Pronto Socorro (PS) ou na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), por exemplo, acabavam passando pela unidade – em vez de acionar o SAMU ou se dirigir ao PS, a população corria até ela. Este último ponto afetava não apenas a população, que por dificuldade de sair do bairro recorria a todo instante a USAFA, como também a equipe, que não conseguia delimitar seu campo de atuação e promover ações de educação em saúde que esclarecessem seu papel junto à população, já que o número de trabalhadores era insuficiente para a demanda do bairro. A equipe da unidade estava o tempo inteiro tentando “apagar incêndios”.

Ao longo dos meses acompanhando a USAFA, notamos a relação que população e equipe estabeleciam com *quem vinha de fora*: tanto população quanto a equipe da USAFA apresentavam e mantinham uma postura de que tudo no bairro

era muito mais difícil, demandando *dos forasteiros*, muitas vezes, que dessem algum jeito em suas questões. Sentíamos-nos sempre em falta, parecendo nunca dar conta do que era solicitado, algo discutido pelos profissionais do NASF, principalmente nos primeiros contatos com a unidade. Nós, trabalhadores do NASF, inicialmente *elaboramos uma teoria* sobre o modo como a população e a USAFA (e outros serviços que trabalhavam direta ou indiretamente com o bairro) funcionavam: a teoria do “não tem jeito” e “não adianta”. Quando nossa equipe procurava ampliar as discussões de um determinado caso, eles logo o traziam como não tendo solução (“não tem jeito”) e quando começávamos a apontar outros olhares e possibilidades para o apresentado, eles demonstravam resistência a cada proposta (“não adianta”).

No início, para nós, essa USAFA era aquela em que mais encontrávamos dificuldade para promover uma atuação de acordo com a preconizada ao NASF, como corresponsável do cuidado, visto que a todo momento éramos convocados a tomar a frente dos casos e estes se tornavam nossas responsabilidades. Diante disso, arriscamos a seguinte elaboração: a grande demanda daquela equipe reduzida, somada à ideia de que o NASF aparentava estar mais livre e disponível para seguir com os casos, poderia ser uma pista para esta “convocação urgente”. Ao chegar algum caso, por exemplo, que demandaria um pouco mais de conversa entre as equipes para compreensão da situação, de imediato me chamavam, a psicóloga, para atender o paciente, algo que muitas vezes não tinha necessariamente relação direta com a saúde mental, mas afligia a equipe, que desejava uma intervenção naquele momento.

Outro fato percebido como dificultador para podermos atuar como apoio matricial era a apresentação de todo e qualquer caso como muito urgente e de intervenção imediata, impossibilitando, muitas vezes, que pudéssemos sentar com a equipe e discutir todas as questões do caso, os acompanhamentos já realizados, que serviços já atendiam a família etc. Esse aspecto tornava mais evidente para o NASF que a equipe agia muitas vezes como sua própria população: todas as questões eram urgentes e implicavam que o outro desse um jeito para resolvê-la imediatamente.

Para nós que chegávamos e tentávamos nos constituir como uma equipe de NASF, a urgência desorientava e paralisava. Perguntávamos: “isso é algo para o NASF? Como o NASF deve atuar nesse tipo de situação? Acho que o NASF atua de

tal jeito... Calma, será que é assim mesmo?” Queríamos passar para a equipe da USAFA como o NASF atuava, no entanto, tal atuação também estava em construção entre nós. Não tínhamos certeza de nada e as dificuldades que olhávamos na equipe eram reflexos da nossa própria dificuldade.

Observávamos uma equipe imersa nos problemas e conflitos do território. Problemas que também eram dos trabalhadores: a falta de recursos, o esquecimento pelos de fora, a precariedade para acessar o mínimo. População e equipe misturavam-se, fato que talvez fosse intensificado em razão de muitos trabalhadores serem moradores do próprio bairro – limpeza, recepção, agentes comunitários, farmácia – e vivenciarem essas durezas do bairro em seu cotidiano e lidarem com elas dentro do trabalho. A proximidade trazia tanto riqueza para o trabalho, produzindo uma forte empatia dos trabalhadores pelos usuários, quanto atritos, como quando alguns usuários recusavam-se a ir à unidade por desconfiar que o que contassem vazaria pelo bairro.

As singularidades do território, apresentadas no capítulo anterior, permitiam certas ações em que trabalhadores e usuários estavam sempre muito próximos, estabelecendo relações muito intensas. Às vezes, a unidade parecia o quintal da casa de muitos, um local de encontro e de trocas, enquanto aguardavam por atendimento na sala de espera. Outras vezes, os desentendimentos tomavam conta e até gritaria se ouvia na unidade.

À medida que nos embrenhávamos naquele território e nos fortalecíamos como equipe de NASF, podíamos propor certas ações e direcionamentos para os casos que acompanhávamos, como a criação das rodinhas de conversa, surgidas da inquietação pela inexistência de um lugar para a demanda de Saúde Mental Infantil dentro da Atenção Básica.

O desejo de que houvesse um lugar para acolher as crianças e suas famílias em um espaço diferente do já existente, que não dava conta da especificidade que o trabalho com a infância comportava, iniciou-se logo nos primeiros contatos que tive com os territórios e com a participação nas rodas de conversa. Desde o começo, defendia a existência de algo para as crianças: “tem que ter... Tem que ter... Tem que ter...”. Mas não sabia nomear o que deveria ser. No entanto, os movimentos para materializar a ideia daquele espaço, daquele grupo, que se chamou de

“rodinha”, em alusão à roda de conversa para adultos já presente nas unidades, começaram a ocorrer por volta de uns dois ou três meses antes de seu efetivo início.

“Crianças... Um espaço só para elas? Tem certeza? Nós não temos demanda para isso...” eram frases que ouvíamos diversas vezes, quando apontávamos que a roda de conversa para adulto, como estava organizada até aquele momento, era insuficiente para acolher as crianças que chegavam e aquelas de quem ouvíamos falar pelos familiares que frequentavam a roda de conversa. Elas vinham, mas não ficavam. A infância quase invisibilizava-se – vê-la era ter que problematizar o que e como estávamos ofertando acolhimento a ela. Nós, trabalhadores do NASF, disputávamos essa visibilidade da infância dentro das unidades em cada reunião – entre equipes, serviços e gestão. Colocamos por escrito nossas ideias em uma tentativa de materializar o que já vínhamos discutindo, enfatizando que a proposta era apenas uma, entre tantas possibilidades de atuar com tal demanda, mas que apenas na ação conseguiríamos dimensionar o quanto o espaço serviria ou não para o acolhimento de questões de Saúde Mental Infantil.

Ao compartilhar a proposta, que estava começando a caminhar, durante a discussão de uma das rodas de conversa do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental²², um dos participantes, psiquiatra de uma equipe de matriciamento em Saúde Mental, apontou: “talvez essa experiência só tenha acontecido por que estava no seu corpo esse desejo”. Desejo de propor outros espaços, de estar com as crianças e suas famílias de uma maneira diferente; desejo de olhar e ouvir as questões apresentadas por elas; desejo de estar junto. O comentário, recordado durante a escrita deste texto faz pensar que, caso fosse outra (o) psicóloga (o) a compor esta equipe de NASF, com outro percurso formativo, trazendo em sua bagagem outras experiências e inquietações, no encontro com esses territórios e essas equipes, talvez as afetações produzidas em seu corpo a/o levassem para outro olhar e modo de se relacionar com o campo, propondo intervenções distintas desta, aqui apresentada.

A ideia da rodinha foi ganhando força e corpo a cada discussão em que se levantava esse tema como pauta, até que uma data foi sendo pensada e passamos a contar para aqueles que chegavam que esse grupo iria iniciar. À medida que

²² Realizado pela ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), em 2016, na cidade de São Paulo, tendo por tema: “Juntos nas diferenças: sonhos, lutas e mobilização social pela reforma psiquiátrica”.

aparecia uma nova criança (e elas estavam aparecendo cada vez mais) na roda de adultos ou alguém da equipe discutia um caso que precisava de acompanhamento, passávamos a informar e convidar: “Olha, vamos começar um grupo, que é uma novidade para nós também, mas que a proposta é acolher as crianças e as famílias, e vamos construindo juntos como isso vai funcionar. Você gostaria de participar?”. O convite era feito tanto para o familiar quanto para a criança.

Começamos a anotar os nomes e contatos de quem demonstrava interesse, além de recuperar com a equipe os nomes daquelas crianças que já haviam passado tempos atrás pela roda de conversa para adultos e que nunca mais tinham voltado. Acreditávamos que o sumiço dessas crianças e famílias estava fortemente relacionado ao fato de que, do jeito como estava organizada a roda de conversa, abarrotada de adultos, aquele espaço não proporcionava o acolhimento das crianças. Que criança sentir-se-ia à vontade em um lugar com tantos adultos, em que ela seria o centro das atenções, tendo todas as suas falhas e faltas apontadas diante daqueles desconhecidos? Talvez o desconforto sobre aquele lugar e aquele modo de acolher estivesse mais em nós do que nelas, daí ser preciso repensar e reformular o que vínhamos fazendo e percebíamos como insuficiente para abarcar o que e como surgia em relação às crianças.

Alimentados por essa sensação de urgência, buscávamos como efetivar a tal rodinha de conversa. O que precisaríamos para inaugurar esse espaço? Alguns materiais: papel, lápis, canetinha, giz de cera. Brinquedos, talvez quebra-cabeça, carrinho, boneca. Cada unidade organizou-se de um jeito, de acordo com os trabalhadores que compunham as equipes, mas todas tinham pelo menos uma pasta com papéis e lápis, entre outros. Organizei a primeira pasta com coisas que tínhamos na unidade e que trouxemos de casa. Foi o disparador para que a OS nos enviasse materiais para montar as demais pastas. O fisioterapeuta arranhou um quebra-cabeça para cada unidade. No Jardim Progresso e no Sítio Conceiçãozinha, havia também brinquedos doados pelos próprios trabalhadores. Nas outras unidades havia apenas a pasta com materiais gráficos. Mas não era necessariamente de materiais que precisávamos. Eram as crianças que estavam faltando! Somente com as crianças e suas famílias poderíamos construir aquele espaço, uma construção a cada encontro.

Quando decidimos uma data, cada USAFA em uma época, colocamo-nos a contatar as famílias para avisá-las: ligamos, fomos à visita domiciliar, deixamos recados nos vizinhos, colocamos pequenos cartazes nas unidades com as informações de início e conversamos bastante com os trabalhadores da recepção sobre a proposta daquela nova atividade e quais orientações deveriam ser dadas para quem viesse procurando essa tal de “rodinha”.

Surpreendentemente, o primeiro dia de cada USAFA foi bastante tranquilo. O caos foi ocorrendo durante *os outros dias*. Uma perfeita confusão! Diante do que dispúnhamos de espaço físico e tempo, a organização possível para as rodinhas era da seguinte forma: o encontro com os responsáveis ocorria em uma semana e na outra o encontro com as crianças; os encontros com cada grupo, portanto, eram quinzenais e aconteciam separadamente, ou seja, em uma semana atendíamos aos responsáveis e na seguinte às crianças. Decidimos também que uma nova criança só poderia ingressar no grupo se o responsável fosse pela primeira vez à rodinha para conhecermos a família e entendermos sua chegada até aquele espaço, para então a criança comparecer na semana seguinte, na rodinha de criança. Essa decisão visava facilitar para nós, trabalhadores, a organização de quem estava chegando e a realização do trabalho com as famílias também, não só com as crianças. Era uma tentativa de evitar que aquele espaço se constituísse como um lugar em que as crianças fossem atendidas sozinhas, independentes, como se elas possuíssem um problema a ser resolvido por nós. Era uma aposta de organização que tinha diversos desdobramentos, como, por exemplo, as confusões com as datas de cada grupo – se uma criança nova tentasse iniciar no dia das crianças, sem que seu responsável tivesse participado primeiro do grupo de responsáveis, não conseguíamos acolhê-la no grupo naquele dia. Então, seu familiar deveria retornar na semana seguinte para o encontro de responsáveis e só na outra semana a criança começaria a participar, ou seja, na terceira semana. Isso se não houvesse nenhum feriado no dia da rodinha, porque assim tudo se complicava ainda mais.

Apareciam crianças sem que soubéssemos nada sobre elas. Adultos apareciam no dia da criança. No começo, em que todos nós estávamos perdidos, éramos mais fechados: “Veio no dia errado do grupo, volte na outra semana” – informação que a recepção mesma transmitia. Era uma tentativa de estabelecer a organização do trabalho, mas que desconsiderava o que seria, para aquele familiar,

com sua criança, voltar em outro dia: que esforço teria feito para trazê-la naquele dia? Aos poucos fomos tentando formular outros modos de acolher os imprevistos e os equívocos.

Em vez de incumbir à recepção de dispensar os usuários quando viessem no dia “errado” – por uma informação desconhecida dada por qualquer trabalhador ou por um mal-entendido ou por uma grande necessidade de vir, mesmo sabendo que não era o dia –, passamos a, nós mesmos, trabalhadores que estavam na roda (muitas vezes eu), a ir até a sala de espera conversar com o usuário, para explicar o funcionamento da rodinha, esclarecer sobre os dias de cada grupo (de responsáveis e de crianças) e compreender o que havia trazido aquele familiar, com ou sem a sua criança, naquele dia. O efeito era outro.

Por mais que, realmente, naquele dia, não fosse possível para a criança ou familiar participar do grupo, havia diferença entre o usuário ouvir do trabalhador da recepção a informação para voltar outro dia e ser ouvido em suas questões pelo trabalhador participante do grupo, receber um esclarecimento sobre o funcionamento daquele espaço e participar da decisão de voltar em outro dia. Isso é acolher também: receber o que o usuário traz e, dentro das possibilidades do serviço, encontrar formas para direcionar suas questões, tendo em vista as suas necessidades. Esse modo de esclarecer o usuário sobre o funcionamento da rodinha era uma forma possível, que não necessariamente dava conta de todas as situações, mas possibilitava outros desdobramentos. Nessas conversas rápidas de esclarecimentos, às vezes já conseguíamos dar direcionamentos ali mesmo na recepção, sem que o usuário precisasse frequentar a rodinha – alguém que procurava orientações sobre direito a vale transporte para crianças com autismo, ou já era usuário do CAPSi e precisava de alguma informação, ou era de outro bairro e já direcionávamos para o dia da roda da unidade do seu território, entre outras situações.

Essa acomodação foi se tornando possível, à medida que nos organizávamos como equipe, em um dado ritmo de trabalho: enquanto alguém ia fazendo a conversa na recepção, os outros já preparavam a sala e os participantes; se a conversa demandasse mais tempo e não pudesse esperar até o dia do grupo, agendávamos um atendimento compartilhado ou visita domiciliar com a equipe da USAFA naquela mesma semana. Com isso, fomos aprendendo a ter maleabilidade

para manejar o que fosse aparecendo de equívocos, de acordo com as nossas possibilidades de atuar naquele momento. Não havia como cessar os enganos – as informações erradas, os mal-entendidos, os desencontros –, mas havia tentativas de organizar ações diante deles. Por exemplo, para tentar auxiliar a recepção a lembrar-se dos combinados da rodinha – afinal eram muitas atividades na unidade para organizar nas agendas – deixamos calendários com as datas, horários, feriados e informações sobre os encontros; isso não eliminou os enganos, mas ajudou os recepcionistas, pois, com esses dados à mão, não precisavam recorrer o tempo todo a alguém da equipe para questionar.

Novas apostas surgiam à medida que percebíamos já não ser mais suficiente o modo como estávamos conduzindo aquele espaço. A rodinha, uma recente invenção, demandava constantes reinvenções: repensar nossas ações como equipe, ajustar as agendas nas unidades, criar fluxos, estabelecer parcerias; era preciso remexer as linhas que teciam uma rede.

A rodinha foi sendo organizada em cada USAFA de uma maneira, a partir das demandas de cada território, da disponibilidade de cada equipe, da organização das agendas. Os outros NASFs também foram inaugurando as rodinhas, no seu tempo e com suas características. Um NASF desenvolveu as rodinhas de crianças e responsáveis concomitantemente e a equipe se dividia para atender esses dois grupos ao mesmo tempo. Com a outra equipe de NASF, a rodinha só acontecia em uma determinada USAFA, das três que acompanhava. Nas outras cinco USAFAs sem NASF e nas sete UBS, as crianças eram acolhidas na roda de conversa de adultos ou atendidas separadamente. A ideia da rodinha circulava pela rede, ia se materializando de diferentes formas e proporcionava diversos desdobramentos, como, por exemplo, crianças passaram a ser encaminhadas pelas escolas e por outros serviços da rede para as unidades que tinham rodinha, fora de seus territórios, porque já se sabiam quais USAFAs tinham ou não esse trabalho. Permeando o processo, havia o perigo de a rodinha se tornar prescrição de como atender crianças, ou seja, que só existindo rodinha é que se poderia atender bem uma criança.

O percurso de criação da rodinha permitiu dar visibilidade para como ofertávamos os atendimentos às crianças, fomentando a necessidade de ampliar a discussão na rede, sobre o que estava sendo despertado: com a constituição da

rodinha alteraram-se os fluxos e, dessa alteração, também participaram o desejo de triagem, de encaminhamentos, de diagnósticos no trabalho com as crianças. A rodinha, pensada aqui como um dispositivo de cuidado que permitisse a criação de brechas e disputas com o que já estava posto, carregava também todos os desejos citados, que a conformaram, ao longo do tempo, em um espaço de triar.

Cada USAFA em seu território foi encontrando formas de conduzir as rodinhas e compreender e agir em seus desdobramentos. Na narrativa a seguir, será contado como se deu essa experiência de construção e acompanhamento da rodinha na USAFA do Sítio Conceiçãozinha durante os encontros de abril de 2016 a abril de 2017. Uma experiência permeada de dúvidas, desafios, curiosidades e reinvenções, que inaugurou mais questionamentos do que encontrou respostas.

5. UMA RODINHA DE CONVERSA NA REDE: *“Vim aqui para ficar bonzinho, não é?”*

Rodinha de crianças: onde encaixá-la em uma agenda tão abarrotada e com uma equipe tão pequena para um território tão complexo? Faltava tempo, faltavam trabalhadores, faltava espaço, mas sobrava demanda.

Com o cenário e os recursos que tínhamos, a rodinha encontrou o seu lugar nas terças-feiras à tarde, às 15h²³, logo após a roda de conversa de adultos. Era o momento, dentro da rotina da unidade, que nos permitia ter o maior número de trabalhadores para participar dos encontros: médicos, enfermeira, ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e NASF. Encaixar a rodinha nesse horário implicava tantos outros rearranjos para além do horário – era organizar para que toda a demanda atendida em quatro horas fosse acolhida em duas.

A roda de adultos dessa unidade geralmente era permeada de relatos densos, que desgastavam emocionalmente, tanto aqueles que os compartilhavam, como os trabalhadores que ouviam. Diminuir a duração desses encontros mobilizava em nós, trabalhadores, a necessidade de organizar tanto o tempo que cada usuário tinha para compartilhar, a fim de que todos que desejassem falar o fizessem dentro dessas duas horas, quanto um certo esforço para que o desgaste desse acolhimento não inviabilizasse nossa disponibilidade em estar com as crianças, que chegariam logo em seguida. Havia um esforço, mas invariavelmente nosso contato com as crianças estava carregado dessa tensão e de certa pressa para que tudo desse tempo. Tempo para ouvir, para brincar, para escrever em prontuário e, quem sabe, para nos acolhermos após tantas afetações despertadas; mas, para esse acolhimento, o tempo parecia nunca sobrar.

Foi nesse cenário, atravessado por todas essas questões, que, nos meados de abril de 2016, iniciamos a rodinha no Sítio Conceiçãozinha...

²³ De abril a setembro de 2016, as rodinhas ocorreram às terças-feiras no período da tarde. De outubro de 2016 a janeiro de 2017, elas passaram para as quintas-feiras pela manhã, por ajuste nas agendas da USAFA. No entanto, nesse período matutino, poucas crianças e responsáveis compareceram, não havendo participantes em algumas semanas. Assim, foram poucos os encontros nesse período, já que em fevereiro os encontros retornaram para o horário original, devido à baixa adesão aos encontros matutinos. Portanto, nessa narrativa optou-se por contar as cenas ocorrendo no período vespertino, por ter sido o período em que a maioria dos encontros aconteceu.

Momentos que antecedem a rodinha...

Olho no relógio. Quanto mais próximo das quinze horas, mais ansiosa eu fico. Troco olhares com o fisioterapeuta, que também consulta o seu relógio. Algumas pessoas também parecem impacientes pelo fim... Um olha no celular, outro fixa o olhar perdido no teto. O tempo está acabando e alguém ainda parece estar longe de terminar seu relato em resposta à pergunta “o que te trouxe aqui?”. Os relatos da roda, em sua maioria, são permeados de angústias. Histórias dolorosas para quem conta e para quem ouve. Sinto minha cabeça doer... Será o calor ou peso do que ouço?

Naquela sala de cor rosa berrante, que faz meus olhos doerem – resquícios da antiga moradora do lugar²⁴ –, o calor que faz no dia, somado à falta de ar condicionado e à inutilidade de um ventilador que só faz circular o ar quente, vai tornando aquele espaço um lugar sufocante.

Estava cheia a sala? Às vezes uma, duas, cinco ou onze, pessoas para além dos trabalhadores que compunham a roda. O número de pessoas sentadas ali, naquelas cadeiras encostadas nas paredes, não era o que fazia a sala encher. Ela preenchia-se até o teto com tanta vida ali compartilhada naquela hora e meia de encontro. O tempo nunca era suficiente para tanta coisa que ainda faltava ser dita e ouvida. Era preciso fôlego para não afogar-se naquelas histórias.

Alguém passa pela janela e sacode os prontuários da rodinha. Já tem gente lá fora esperando. É inevitável acelerar o término daquele encontro. Provavelmente, a pequena sala de espera estava abarrotada, tanto daqueles que vieram para atendimentos outros, quanto por quem vinha para a rodinha. Será que hoje seriam as responsáveis ou as crianças? Naquele arranjo quinzenal, em que revezávamos os encontros com as responsáveis e as crianças, às vezes era preciso um esforço para recordar quem nos esperava naquela semana.

²⁴ O atual espaço físico da USAFA é um imóvel alugado. Na parte da frente funcionava um salão de festas para locação e aos fundos havia uma casa, que anteriormente servia de residência a uma senhora. Na área do antigo salão, estão as salas de atendimentos (vacina, curativo, triagem, enfermagem, odontologia e consultório médico), a farmácia, banheiros e recepção. Na área da casa localiza-se a parte administrativa, almoxarifado, cozinha, banheiro de funcionários e a sala de reuniões, sendo este o local em que ocorriam as rodas e rodinhas, além de outras atividades que envolvessem um maior número de pessoas, por ser a maior sala da unidade. Para passar de um local para o outro, atravessa-se uma porta de vidro aos fundos do “salão”. Os usuários só têm acesso a esse espaço quando acompanhados dos trabalhadores.

Inquieta pela atmosfera, vou tentando direcionar a partilha de relatos para uma finalização. Mexo nos papéis, batendo a mão no colo, como quem diz que acabou. Tento me desculpar, lembrando o comunicado no início da roda sobre o horário. Peço para que voltem, mas sei que talvez alguns eu não veja mais. Os que já conhecem a dinâmica do grupo se organizam para partir sem pestanejar. Os que acabam de chegar são os que me preocupam: será que demos espaço suficiente? Sentiram-se acolhidos? Voltarão? Mas não há tempo. Parece nunca haver tempo suficiente.

Enquanto os participantes do encontro de hoje vão saindo, a equipe também sai junto. Uma corrida ao banheiro. Um copo de água ou café para molhar a garganta. Às vezes uma beliscadinha em algo para comer. Todos procuravam o seu modo de se preparar para retornar para aquela sala rosa. Alívio quando finalmente decidiram pintá-la de cores mais claras: azul e branco. Os olhos agradeciam. Ia embora o rosa berrante, permanecia o berro que as histórias ali compartilhadas ecoavam: berravam sofrimentos, violências e fragilidades, frutos do descaso do poder público para com aquela população. O berro dos que resistem. Enquanto os lá de fora (moradores de outros bairros, trabalhadores de outros serviços, pessoas ligadas à política, entre tantos outros) escolhiam não ver e nem ouvir, quem transitava e trabalhava pelas ruas do Sítio não podia fechar seus olhos e ouvidos para o que ali encontrava.

A pausa rápida que fazíamos entre a roda aberta para a comunidade em geral e a rodinha (de responsáveis ou crianças) era um suspiro para ganhar fôlego. Fôlego para mergulhar mais uma vez em histórias difíceis e dolorosas. Entre roda e rodinha, o sufixo no diminutivo denotava o espaço para pensar a infância, às vezes com as responsáveis, às vezes com as crianças. Ambos os espaços convocavam os trabalhadores a uma escuta sensível e a uma disposição para construir com os usuários ações de cuidados.

Talvez, o que nos aliviasse na rodinha fosse o ar de esperança que a infância parecia comportar naquele cenário. Um jeito romantizado de olhar para a dureza e esperar que dali as crianças saíssem fortes. Um desejo, em silêncio, de não encontrar um dia essas crianças na roda, como aqueles adultos que acompanhávamos antes de elas entrarem naquela sala. Adultos de quem a vida, dura demais, tinha levado a saúde e, muitas vezes, a sanidade. Procurávamos ouvir

os relatos sobre aquelas crianças, vindos das famílias e dos relatórios, a respeito de sua agitação e de outras questões, como uma prova de sua saúde, não como algo patológico. Havia muito fôlego nelas para não se afogarem. Fôlego e agitação para enfrentar e resistir a tantas capturas.

As mulheres resistentes, cuidadoras e com fôlego...

Nesse ritmo acelerado, em que às vezes alguém da equipe acabava se atrasando para retornar do pequeno intervalo, acolhíamos as mulheres e as crianças que ali chegavam. Mulheres, não *familiares*. Apesar de a rodinha ser um espaço para todo e qualquer responsável por aquela criança, apenas mulheres compareciam²⁵: mães, avós e tias. Uma, duas, dez: a rodinha acontecia independentemente de quantas viessem no dia.

Chegavam de tantos lugares possíveis: encaminhadas pela escola, pelo Conselho Tutelar (CT), pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS); indicadas pela equipe da própria USAFA; por sugestão de alguém da comunidade que sabia sobre a rodinha; mas a maioria vinha direcionada pela única escola do bairro.

Eram muitos os motivos escritos nos relatórios e encaminhamentos, mas todos giravam em torno da questão de dificuldades de aprendizagem e comportamento. Às vezes, ao ler um relatório, tínhamos a sensação de *déjà vu*: “a gente já não leu isso antes?”. Outras vezes nos confundíamos com alguns termos utilizados dentro do universo escolar: “será que isso daqui significa um problema ou algo bom?”. Algumas descrições sobre os comportamentos das crianças caíam em um grande generalismo, que parecia muito dizer, mas que nada nos informava sobre *aquela* criança: “apresenta estereotipias”, “comportamento repetitivo”, “hiperatividade”, entre outros. Até mesmo as anotações da própria equipe da USAFA nos prontuários pouco nos informavam sobre a observação daquele profissional, geralmente o médico, a respeito da criança: “afebril, corada, hidratada; solicito

²⁵ Das 30 famílias que acompanhamos de abril de 2016 a abril de 2017, totalizando aproximadamente 22 encontros com os responsáveis, apenas três homens compareceram à rodinha. Como essa participação masculina se deu ao final do meu acompanhamento do grupo, tendo pouquíssimo contato com eles, sigo referindo a rodinha de responsáveis como um espaço de presença feminina, por ser essa a minha referência de contato.

avaliação psicológica”. Algo se passava na consulta, que pedia por essa avaliação, mas não era relatado no prontuário. Toda vez que alguém novo chegava, responder por que estava ali era algo difícil, já que na maioria das vezes a própria responsável não sabia o porquê; mas será que a outra ponta, a que encaminhava, sabia esse porquê?

Nesse emaranhado de palavras confusas, durante aquela hora de encontro quinzenal, tentávamos encontrar os sentidos de suas chegadas. Trabalhadores, responsáveis e crianças iam construindo um lugar de compartilhamento e discussão. Um espaço para pensar a vida que as trouxera ali. Líamos com o grupo os relatórios, pedíamos que compartilhassem o que elas (mulheres e crianças) achavam que estavam fazendo ali e íamos trocando figurinhas.

A chegada nunca era algo fácil – nem para quem chegava nem para nós, trabalhadores. Enquanto acompanhávamos o tempo no relógio, tentávamos explicar sobre aquele espaço para os principiantes e, ao mesmo tempo, precisávamos fazer o bonde andar com quem já frequentava o grupo, retomando o que já fora dito em outros dias. Quando havia alguém novo, nos demorávamos mais nessa primeira escuta, já que, quem iniciava, muitas vezes, também estava buscando entender por que viera parar ali, além das expectativas sobre o que fazíamos.

As adultas – mães, tias e avós – nos contavam suas percepções sobre o que tornara necessária a vinda da sua criança àquele espaço. Percepções essas que destoavam do que os relatórios diziam sobre a criança e suas famílias, jeitos diferentes de olhar e apreender o que estava acontecendo. Às vezes, espantavam-se em saber que também seriam acompanhadas “ué, não é só ele? Por que eu também tenho que vir?”. Um choque que faz sentido: se a criança é quem está sendo encaminhada, por que o adulto tem que vir também? Esse era o ponto que mais causava estranheza para quem chegava e também o que mais fazia sentido ao longo dos encontros: um lugar para conversar sobre o que criar uma criança demandava e despertava.

Ter um espaço coletivo de partilha, naquele lugar em que a maioria das mulheres estava sozinha na luta de cuidar de suas crianças, era poderoso. Entretanto, naquele território em que todos se conheciam e as paredes pareciam ser finas demais, compartilhar as intimidades de sua casa e vida com tantos conhecidos,

muitas vezes não era algo que animava quem estava começando. Era insuficiente combinar com o grupo que as histórias contadas e ouvidas deveriam permanecer ali. Necessitava-se de outros arranjos para dar conta, algo que fomos aprendendo com a experiência na roda de adultos; muitos não falavam porque alguém conhecido estava presente.

Fomos aprendendo a ler o movimento do grupo durante o encontro: os olhares, o tom da voz, uma gagueira momentânea, percepções de quem vai conhecendo o outro cada vez mais e vai percebendo quando há algo que não está bem. Quando notávamos alguém mais reticente em falar, no começo ou durante o encontro, compartilhávamos com o grupo que não era preciso dizer nada e que era possível conversar ao final, quando o encontro terminasse. Não era sempre que alguém pedia por isso, mas nas vezes em que acontecia, muita história surgia. Histórias que elas não conseguiam compartilhar com as mulheres do bairro. Histórias que precisavam ser ditas, mas ouvidas apenas por alguns. Essa abertura para além do grupo era possível, era necessária às vezes. O formato do acolher era moldado conforme o que e quem precisasse ser acolhido. Se a rodinha fosse a única possibilidade de acolher e compartilhar, quantas mulheres deixariam de ser acolhidas?

Ao criar a rodinha, miramos nas crianças. Ao colocá-la em ação, acertamos nas mulheres. Nesta escrita, atravessada por aqueles encontros, o que está intenso é a lembrança dos relatos delas e de nossas discussões, enquanto equipe, sobre as histórias daquelas famílias. Era rico demais trocar com elas.

Às vezes as trocas eram resgates de histórias vividas pelos adultos ali presentes: por aquelas mulheres e pelos trabalhadores; em outras, uma colocação mais específica, técnica, surgia para também compor com a discussão. Nós, trabalhadores, nos percebíamos transitando por uma linha muito tênue, que comportava perigos de uma conversa que impusesse às responsáveis um modelo ideal de família, pela apresentação de opiniões pessoais ou por colocações tecnicistas demais. Riscos de que nossos apontamentos, ao invés de nos aproximarem como sujeitos produzindo mundo, criassem um abismo entre nós, fosse pela apresentação de nossas experiências como modelo de vida ou por um saber especialista, como regime de verdade.

Era preciso “jogo de cintura”. Não eram raras as vezes em que alguém da equipe ou das participantes adotava um tom reprovatório e prescritivo sobre o relato de alguma delas a respeito do comportamento de sua criança. “Mãe, isso aí é falta de limite. A senhora tem que controlar seu filho!”, dito por uma trabalhadora, ou “Olha, lá em casa, a gente faz desse jeito e dá certo! Ela não me dá trabalho nisso!”, dito por uma das participantes.

Delicado. De fato, a criança precisava de limite e o jeito que a tia fazia com a sobrinha era bem “bacana”, mas ouvir isso, desse jeito, podia ser penoso para a mãe que compartilhava, exausta, o que seu filho andava aprontando. Lembro-me do olhar cansado e suplicante de uma mãe, Beatriz²⁶. Todas as vezes que nos contava sobre as reclamações da escola a respeito do filho, Danilo, comprimia os lábios, sorria de nervoso, como quem pede desculpa por mais uma bagunça do menino. Ela logo dizia que concordava com a escola – ele era realmente danado, não parava quieto – e emendava em um pedido de ajuda sobre o que fazer com ele.

Danilo era danado mesmo. Aquele que parecia “ligado no 220V”, como dizem sobre as crianças cheias de energia. Não parava quieto. Uma criança viva e tagarela. Perguntava o tempo inteiro. Sempre tinha algo a dizer. Quando a gente apontava sua tagarelice, ele ria. Ria com os seus olhos vivos cor de mel. “Quero ser enfermeiro de bicho, tia!”. Dizia que ali era o “clubinho”, o lugar que ele “tinha um médico só para ele!”, referindo-se ao irmão, que por uma deficiência, fazia diversos acompanhamentos, com muitos médicos, e ele não. Tinha muita energia, daquela energia pela vida que dava gosto de ver, mas que deixava os adultos exaustos.

Exaustão tamanha, que aquela mãe não aguentava mais. Mesmo casada, sentia-se sozinha. Era ela para tudo: levar à escola, aos atendimentos, limpar a casa, ir às reuniões, ouvir todas as reclamações sobre o filho. Seu marido não compartilhava com ela as tarefas de casa e do cuidado com os filhos: “como ele trabalha, diz que é minha responsabilidade lidar com os meninos...”.

Certo dia, ao começarmos o encontro, logo pediu a palavra, já se desculpando e suplicando por ajuda: “olha, eu não sei mais o que fazer! Ele tá me deixando louca! Eu... eu não vou mentir, sei que é errado, mas eu não aguento mais... nessa semana eu quase dei meu calmante para ele para ver se dava jeito!”.

²⁶ Todos os nomes das responsáveis e crianças aqui citadas foram trocados para preservar suas identidades.

A gota d'água se deu quando Danilo, sentado na porta de casa, ao revidar as provocações das crianças no ônibus que passava, arremessou uma pedra e quebrou a janela do veículo. Seu medo, já compartilhado em outras ocasiões, era que seu filho se tornasse um bandido. Todas as bagunças que ele aprontava eram sinais, para sua mãe, de que ele se tornaria uma má pessoa.

Talvez esse fosse um medo que permeasse os pensamentos da maioria das mulheres que por ali passavam. O medo de que os maus comportamentos e a não aprendizagem fossem anúncios de um futuro sombrio para seus filhos, sobrinhos e netos. Medo plausível, visto que cada esquina do bairro materializava seus temores: jovens seduzidos pelo tráfico, uma “profissão” alternativa que não exige escolaridade para atuar. Medo de que todos os sonhos que tiveram para suas crianças se desmanchassem.

Preocupavam-se muito com o desempenho escolar das crianças. Estudar era retratado como possibilidade de mudar de vida; uma chance que muitas mulheres ali não tiveram, porque saíram cedo da escola para trabalhar. Suas famílias desestimulavam os estudos. Uma gravidez inesperada as afastara das salas de aula. Não queriam que suas crianças tivessem o mesmo futuro. A escola era uma oportunidade para que suas vidas fossem diferentes.

“Brasil, pátria educadora” – um *slogan* de governo absorvido nos discursos e expectativas da população. A salvação pela educação. Uma marca que atravessava as falas das responsáveis. A escola possuía um peso muito grande, tanto pela esperança de mudança depositada pelas famílias, quanto pelo olhar que tinham sobre aquelas crianças. O que representava o fato de a única escola do bairro, depósito de expectativas sobre o futuro das crianças do Sítio, ser quem mais encaminhava crianças para a rodinha, com queixas sobre comportamento e dificuldades de aprendizagem?

O discurso de Dona Ana era o que trazia mais forte essa esperança na educação: a neta teria as oportunidades que ela não teve. Desejava do fundo do coração que a menina fosse “estudiosa”, algo que não conseguira com seus três filhos, mas diante das reclamações da escola sobre a menina, via esse seu sonho cada vez mais distante. Passaria mais uma vez por esse desgosto? A neta seguiria os passos da mãe e só lhe traria problemas?

Essas crianças carregavam muitos sonhos: os delas e de suas famílias. Por isso, cada vez que alguém apontava algo que não ia bem com a criança, eram os sonhos de todos que desabavam. Às vezes, parecia que a função da rodinha seria dar um jeitinho para que os sonhos se concretizassem. Um jeitinho nas crianças, é claro. Eram as crianças que não sabiam ler, escrever, contar; não paravam quietas, arranjavam confusões, eram indisciplinadas. Elas é que se afastavam do caminho esperado.

A nós, cabia o desafio de não cair na armadilha da submissão à função de disciplinarização. O perigo de nos aliarmos ao discurso da criança como o problema nos rodeava. Assim como havia o risco de desconsiderar tudo o que era dito, colocando o problema na família. Era como brincar de batata-quente: “tá com a criança... agora com a família... passou pra escola.. êpa, tá com a gente!”. Fazia-se necessário problematizar nossa escuta e atuação, bem como os lugares de onde emergiam as queixas.

A rede e seus fluxos...

Na relação com outros equipamentos e secretarias, é importante reconhecer que também neste caso é preciso produzir sentidos e valores compartilhados. Não basta fazer circular papéis e encaminhamentos. A linguagem, os modos de operar e às vezes as prioridades são distintas, então é preciso produzir agenda comum (FEUERWERKER, 2011, p.106)

Essas palavras de Feuerwerker nomeiam os desafios que sentimos na constituição da rodinha como produto e produtor dos fluxos da rede, que colocava em evidência como nossas aproximações com os demais serviços da rede estavam se dando até aquele momento e para onde caminhavam. O desafio de um produzir comum...

Os encaminhamentos da escola para a rodinha carregavam um endereçamento implícito: que de lá as crianças fossem encaminhadas para o neurologista ou ao Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi). A rodinha era, portanto, compreendida como uma etapa necessária para acessar certa especialidade. Essa compreensão se fez diante da própria organização da equipe da unidade, na qual todos os relatórios e encaminhamentos que chegavam da escola passariam primeiro pela rodinha, tornando-se uma espécie de triagem.

A rodinha, aos olhos da escola, não era um lugar em que efetivamente se operariam as mudanças esperadas nas crianças. Era um meio para um fim: chegar até quem diagnosticasse e medicasse aquele aluno. Isso era um complicador para o trabalho que estava sendo realizado: escola e USAFA tinham algumas expectativas bem diferentes. Algumas expectativas eram comuns a ambas, como por exemplo, a questão dos encaminhamentos, tendo em vista que a rodinha foi tornando-se um espaço de triagem também por ação da própria USAFA. Entretanto, enquanto investíamos nos encontros que acolhessem as crianças e famílias, algo que demandava tempo, a escola vivia uma urgência: era necessário que se resolvesse rapidamente a questão.

Fomos percebendo uma tensão cada vez maior entre nós e a escola. Algo que era reforçado pelos relatos das responsáveis que compartilhavam conosco a pressão que a escola fazia por respostas imediatas; elas, na escola, explicavam como funcionava a rodinha, que passava longe de medicação ou do objetivo de um diagnóstico.

À medida que as crianças eram encaminhadas pela escola, mais evidente se tornava a necessidade de outro tipo de fazer, de maior aproximação com a escola. Mas o tempo, que vivia seguindo acelerado, parecia sempre insuficiente para dar conta de mais uma atividade. Assim, essa aproximação ficava sempre para depois.

Em maio, fui convidada a conversar com as professoras sobre desenvolvimento emocional. Fazia exatamente um mês que a rodinha estava acontecendo – três encontros com as responsáveis e dois com as crianças. Até aquele momento, tínhamos atendido sete crianças e suas respectivas responsáveis. Naquele dia, a forma como nosso contato ocorria se fez evidente. Passaram-me uma data, mas não explicitaram o que eles esperavam que eu falasse. Como sempre faltava tempo, organizei alguns assuntos que talvez pudessem alimentar uma discussão. No dia, o papo fluiu bem com os tópicos que levei, mas depois tudo se complicou.

A orientadora começou a questionar, em nome das professoras, sobre todos os alunos que haviam encaminhado, enfatizando que esperavam os diagnósticos daquelas crianças. Ali, no improviso, eu e a enfermeira, recém-chegada à USAFA, tentávamos responder, sem sucesso, o que nos era perguntado, diante de todas as

professoras da escola. Eram evidentes a insatisfação com nosso trabalho, bem como as diferentes expectativas sobre o que era preciso ser feito. Havia também questões anteriores ao início da rodinha. Anteriores até mesmo à entrada do NASF na USAFA. Ruídos na relação entre escola e USAFA que vinham de muito tempo atrás. Algo que Lobo (2016), em sua dissertação de mestrado, ao falar sobre a relação entre escola e Atenção Básica, aponta que, quando há conflitos e tensões gerados por iniciativas anteriores, devemos trabalhar procurando minimizar seus efeitos, sem ignorá-los, podendo ser isso, talvez, o ponto de partida para novas ações, procurando-se estratégias para superá-los; repensar como os processos ocorreram, lembrando que são as pessoas que constroem as relações e a partir disso, então, pensar como proporcionar uma maior aproximação entre escola e Atenção Básica.

No caso da USAFA e da escola do bairro, houve tentativas de aproximação a partir desse contato e do que emergiu dele. Em idas até lá para conversas rápidas sobre as crianças que estavam conosco, o que percebíamos e a necessidade de compormos juntos alguma ação, ficou só na promessa. As crianças continuavam chegando, nós continuávamos percebendo questões a serem trabalhadas com a escola, que permanecia com suas urgências, e as famílias, cada vez mais angustiadas. O que propúnhamos não dava conta das expectativas da escola. Percebíamos isso, mas não conseguíamos efetivamente resolver essa questão – aquilo que íamos nos tornando na relação com a escola e com as crianças.

Escola e USAFA pareciam querer dar conta, nesses dois espaços, de toda uma complexidade territorial que atravessava gerações, construída em uma longa história. A questão era maior do que se a criança danada era hiperativa ou não. Era sobre olhar o que o território podia oferecer para toda aquela “danadeza”, o que ser danada ou não produzia de relações naquele lugar, o que ser danada fazia ver ou silenciava. Era tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo, e também anterior àquele “agora”, mas a gente seguia sendo danado, teimando, quase que em um cabo de guerra, para ver quem tinha razão: se escola ou saúde. Como se ter um diagnóstico, ou negar-se a diagnosticar, abarcasse toda aquela vida. Olhávamos para a mesma criança e apreendíamos sua infância de formas distintas.

A escola estava com a criança de segunda a sexta, durante quase cinco horas por dia, sentada em fileiras, com uma série de atividades fixas para serem

realizadas. Observava um aluno inquieto, que não realizava a tarefa proposta, tinha comportamentos diferentes do esperado para sua faixa etária, estava atrasado em relação aos colegas e, portanto, precisava ser avaliado, diagnosticado e possivelmente medicado. Essa escola, como tantas outras, no cotidiano com seus alunos, “percebe que algo vai mal sem, muitas vezes, dar-se conta da complexidade do fenômeno” (ANGELUCCI, 2013, p.354).

A USAFA acompanhava a criança em encontros com duração de uma hora, a cada quinze dias, isso quando ela comparecia, pois, sendo um espaço aberto, às vezes ficava alguns encontros sem aparecer ou alguma coisa acontecia na rotina da USAFA que fazia com que o encontro da semana fosse cancelado, passando-se algumas semanas sem que a víssemos. Em um espaço com brinquedos, folhas para desenhar, com outras crianças e adultos disponíveis para brincar e conversar, observávamos uma criança bastante tagarela, que emburrava quando o colega estava com um brinquedo que ela queria, que explorava tudo ao mesmo tempo e que pedia ajuda quando não conseguia fazer uma coisa e, portanto, estava expressando-se como uma criança.

Espaços, encontros e propostas diferentes. Expectativas distintas sobre o que devia e podia aquela criança, certo contato e disponibilidade que permitiam observar tal ou qual expressão de infância. Desejando coisas distintas sobre as crianças, nossas necessidades também diferenciavam-se e buscávamos meios outros de alcançá-las.

A escola, de acordo com o que se espera dela, com sua necessidade de que o aluno aprenda e se comporte de certa maneira, busca insistentemente encontrar meios para solucionar esse problema. Um problema que foi sendo construído histórica e socialmente em torno do corpo do aluno, que se tornou o portador do fracasso no âmbito escolar (PATTO, 2015).

Lobo (2016) traz um alerta que ressoa com as preocupações que surgiam nas nossas discussões sobre a proposta da rodinha: os riscos de que a atuação dos trabalhadores da Atenção Básica pudesse reforçar a produção do fracasso escolar. O modo como nosso contato com a escola estava se dando, sem uma efetiva aproximação, carregava os perigos de legitimar a imagem da criança como aquela que porta o problema de não aprender e/ou se comportar. Este era um ponto que

nos inquietava, mas, como dito anteriormente, sempre faltava tempo e seguíamos com a rodinha. O trabalho, do modo como ocorria, não era suficiente para dar conta de tudo que percebíamos, mas era o possível até aquele momento.

E a rodinha, parecendo não corresponder ao que era esperado pela escola, instigava a escola a procurar dar o seu jeitinho. Houve situações em que as mães, orientadas pela escola, foram diretamente até o CAPSi com relatórios escolares, para tentar abreviar o processo e encontrar um diagnóstico para o aluno. Chegando ao CAPSi, a responsável, a criança e o relatório prontamente voltavam para a USAFA: era de lá que deveria vir o encaminhamento para o CAPSi.

À medida que as rodinhas foram sendo implantadas nas USAFAs, fez-se possível esse direcionamento: que os casos fossem previamente olhados na Atenção Básica e, se necessário, encaminhados ao CAPSi. Agora havia um espaço que poderia acolher, trabalhar, conhecer e, a partir daí, decidir se deveria seguir para o serviço especializado. Ao CAPSi cabe atender “crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011).

Assim, a rodinha de crianças surge como efeito do trabalho dessa equipe de NASF no território das USAFAs em que atua, e ao passar a existir, a rodinha cria novos movimentos na rede, possibilitando o surgimento de demandas e outros fluxos para o trabalho com crianças.

Souza (2015), ao falar sobre a inserção de ações de saúde mental na Atenção Básica, aponta a necessidade das pessoas e serviços que compõem a rede estarem implicados nesse processo, mas que essa articulação acaba criando desestabilizações no que já estava posto, portanto, ao mexermos em um ponto da rede, afetamos todos os outros, convocando uma nova organização de como as relações costumavam se dar entre as pessoas e serviços que a compunham. Desterritorializações do que costumava acontecer: lugar de Saúde Mental é no CAPS, não é?

Com o fortalecimento dessa direção do fluxo – o encaminhamento deve chegar pela Atenção Básica – produzimos, ao mesmo tempo, certa burocratização para as famílias, na chegada dos casos que eram realmente demandas daquele serviço, por exemplo: uma criança em investigação diagnóstica de autismo, que

chega até o CAPSi sem o encaminhamento da Atenção Básica, é direcionada para sua USAFA de referência para avaliação e, se esta entender que o caso necessita de avaliação e/ou seguimento no CAPSi, a família novamente é encaminhada para lá. Ora, se o encaminhamento já era para o CAPSi desde o início, por que tantas voltas a mais para chegar até lá?

Até que ponto, ao preconizarmos que cabe à Atenção Básica esse direcionamento ao serviço especializado e o acompanhamento longitudinal²⁷ como formas de cuidado aos usuários, também não produzimos descuido, à medida que tornamos mais moroso o processo de acesso aos serviços?

Essa era uma questão que constantemente aparecia em nossas discussões sobre a relação entre USAFA e CAPSi, intensificando-se, principalmente, quando o município começou a organizar uma “linha do cuidado”²⁸ às pessoas com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) (BRASIL, 2015c).

De acordo com a organização proposta pela coordenação de Saúde Mental Municipal, pautada no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c), deveria partir da Atenção Básica (USAFA e UBS) o início do processo de investigação diagnóstica do TEA, reconhecendo os sinais de desenvolvimento atípico das crianças, principalmente na primeira infância, com o objetivo de realizar intervenções precoces. Os casos avaliados pela Atenção Básica como necessitados de investigação e acompanhamento especializado deveriam ser discutidos em reunião de apoio matricial com o CAPSi e o direcionamento ser decidido caso a caso.

Nessa nova configuração pretendia-se delimitar o papel de cada ponto da rede no cuidado ao TEA: à Atenção Básica cabia o início da investigação e o ordenamento do cuidado na rede; ao CAPSi, a continuidade da avaliação diagnóstica e o seguimento especializado das crianças e adolescentes com TEA sem outro diagnóstico; e aos outros equipamentos da rede, os casos de TEA com outro diagnóstico associado (como paralisia cerebral, deficiência intelectual, entre

²⁷ No contexto da Atenção Básica, a longitudinalidade diz respeito a “uma vinculação duradoura entre usuários e profissionais de saúde. Garante a continuidade da atenção ao decorrer do tempo, independentemente da existência de problemas ou enfermidades; o serviço passa a ser a referência para a clientela adscrita. (...) as pessoas podem contar com os serviços e equipes de saúde como fonte de atenção (...)” (SOUZA, 2015, p.69).

²⁸ De acordo com Silva (2011), “as ‘linhas de cuidado’ são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas, e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas” (p.2757).

outros) e de maior severidade, de acordo com cada especificidade diagnóstica e demanda de cuidados – CRPI (Centro de Recuperação da Paralisia Infantil e Cerebral), APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e APAAG (Associação de Pais e Amigos dos Autistas do Guarujá); ao neurologista infantil do município cabia direcionar à Atenção Básica os casos de suspeita de TEA que não tivessem outro diagnóstico neurológico associado.

Até o início dessa reorganização da rede de saúde, o acompanhamento dessas crianças com suspeita e/ou diagnóstico ficava solto na rede; havia casos em que as crianças estavam em acompanhamento especializado, sem que a USAFA ou UBS soubessem. A maioria dos casos com a mínima suspeita de TEA era diretamente encaminhada pelos neurologistas infantis para a APAAG – uma entidade que recebe subvenção da prefeitura – ocasionando uma longa fila de espera. Havia casos que estavam aguardando vaga para atendimento, ou até mesmo sendo acompanhados nesse serviço, sem o diagnóstico de TEA.

Com a reorganização, ficou determinado que quem regularia os casos a serem acompanhados na APAAG seria o CAPSi, sendo destinados para lá apenas os casos de maior grau de severidade. Assim, os casos que aguardavam na lista de espera deveriam ser avaliados pelas USAFAs e CAPSi sobre a real necessidade de estarem nesse serviço.

A mudança causou um grande rebuliço e a sensação de quem estava na Atenção Básica era que, do dia para noite, esses casos haviam caído no nosso colo. Brotavam encaminhamentos e relatórios pedindo avaliação. Houve uma breve capacitação (de um dia) para enfermeiros e médicos das USAFAs sobre a linha do cuidado e reconhecimento dos sinais do TEA – eles deveriam solicitar apoio do NASF para esse acompanhamento. Não houve uma capacitação específica para o NASF, que foi convidado a participar do encontro dos enfermeiros e médicos – convite apenas para os profissionais da psicologia.

Essa reorganização fez aparecer muitas fragilidades na formação dos profissionais da saúde, em lidar com o desenvolvimento infantil, tendo em vista que para olhar o que é atípico, minimamente deve-se saber o que é o esperado, algo que não se sabia, mas o NASF, o apoio, principalmente a psicóloga, deveriam saber, não é mesmo? Mesmo tendo em mãos o protocolo de como deveria ser feito

o acolhimento da criança na Atenção Básica – observação da criança, entrevista com a família, discussão com NASF e CAPSi – isso não se fazia e todos os casos eram direcionados para a rodinha. Note-se bem: não havia discussão de caso, não havia atendimento compartilhado – a criança ia diretamente para a rodinha. A própria recepção, quando via algum encaminhamento que a família trazia para questionar o que fazer, ao ver “autismo”, “CAPSi” e/ou “psicologia”, já informava data e hora da rodinha.

As famílias e as crianças com suspeita de diagnóstico chegavam até a rodinha depois de percorrida uma via sacra. Relatórios da escola pedindo avaliação. Meses de espera por uma consulta com neurologista. Meses de espera para realização de exames. Direcionamento para APAAG. Descoberta de que a vaga deveria ser pedida pelo CAPSi. Ir até lá, mas, para passar pelo serviço, precisa antes ir para a Atenção Básica e buscar então a unidade do bairro. Além disso, às vezes, era necessário marcar consulta com o médico: “Tem que passar pela psicóloga viu minha senhora?! Toda terça-feira às 15h!”. Ir para a rodinha. Descobrir que um dia é o do responsável e outro da criança. Poxa vida, veio no dia errado. Voltar na semana seguinte. Disseram que tem que acompanhar para conhecer a criança. Vão discutir na reunião do CAPSi, que acontece a cada dois meses. “Realmente é caso para lá”. Encaminham para o CAPSi. Passar por acolhimento. Entrar na fila de espera para o grupo de avaliação.

Uma organização da rede que pretende ampliar o cuidado e olhar para quem antes não estava sendo visto, pode ser percebida pelo usuário como um descuido. Algo a que antes se chegava mais facilmente, agora exige todo um caminho a ser percorrido que, para quem há tanto tempo anda, cansa os pés e desgasta a alma.

As responsáveis – eram mulheres nesse contato – chegavam cansadas de tanto peregrinar em cada serviço procurando resposta, buscando responder a uma pergunta que elas não sabiam muito bem qual era. As responsáveis que vinham com suas crianças até a rodinha, por suspeita de TEA, muitas vezes não faziam ideia do que era “esse tal de autismo aí”. Uma tia conhecia alguém que tinha um filho assim. Outra mãe tinha visto na televisão algo a respeito. Alguém tinha pesquisado no *Google* alguma coisinha. A maioria não sabia do que se tratava. Muito caminho percorrido, pouco esclarecimento sobre o que procuravam em suas crianças. Seguiam buscando respostas.

A cada encontro entre usuários e trabalhadores de diferentes serviços da rede, mil atravessamentos. Cada um esperando algo. Quem sabe, esperando coisas semelhantes, talvez, algo completamente distinto. De todo jeito, esperamos que algo aconteça. Nós, os trabalhadores da saúde, esperamos. Eles, os usuários (mulheres e crianças), também esperam. Todos os outros seguem esperando tantas outras soluções. Às vezes, comunicamos nossas expectativas em línguas distintas, cada um disputando aquilo que espera daquele encontro. Muitas vezes nos desencontramos. Na tentativa de se encontrar algo comum, andamos por caminhos que se aproximam ou se afastam. Como nos lembra Souza (2015), “a existência de redes é inseparável da questão do poder” (p.121), atravessada pela lógica de mercado e constituída pela própria estrutura socioespacial. Todos seguem percorrendo as linhas da rede com suas expectativas e esperas.

O trabalho em rede deve objetivar o melhor cuidado no território e ampliar as possibilidades de produzir mudanças (SOUZA, 2015). Nas tramas dessa rede, em constante tessitura, trabalhadores e usuários deparam-se com nós: tanto “os nós” que embolam e travam a rede, quanto “o nós” que, nesses encontros de diferentes atores, agimos e produzimos outras tantas formas de seguir.

Com tantos nós para, ao mesmo tempo, desfazer e compor, a rodinha parecia acolher todos que procuravam, com muito esforço e cansaço, um nome para aquela criança. Um nome sobre o seu comportamento. Um nome para o seu tratamento. Um nome para o serviço que devia acompanhá-la. Um nome para seu remédio. Na contramão do que era esperado, seguia dizendo o nome infância.

As crianças girando a rodinha...

“Alguém sabe me dizer o que veio fazer aqui hoje?”

As respostas para essa pergunta eram o que mais me deixava curiosa quando uma criança vinha pela primeira vez à rodinha. O que será que ela imaginava estar fazendo ali, em meio a tantos adultos que ela não conhecia? O que teriam dito a ela? Ou o que não disseram, e ela pegou no ar?

O que elas estavam fazendo ali? Davam respostas que revelavam como cada uma percebia o mundo a sua volta, e invariavelmente as crianças acertavam o que

as trazia àquele espaço. Lembro-me de duas respostas muito certeiras. De duas crianças muito atentas e que despertavam meu interesse no grupo por sua vivacidade e por serem a “criança problema” de suas respectivas classes. Os olhinhos dos dois chegavam a brilhar de tamanha energia: Danilo, cuja mãe sempre relatava nas rodinhas de mulheres sobre a exaustão sentida, e Maria Helena, a menina da narrativa que abre este trabalho, ambos com seis anos na época.

Danilo, com seu riso fácil e olhos cor de mel, prontamente nos diz: “Vim aqui para ficar bonzinho, não é?” E quando pergunto por que ele acha isso, encolhe os ombros e ri: “Não sei, tia!”. Ah, como ele sabia! Espoleta do jeito que era, sabia de cor e salteado todas as peripécias aprontadas. Claro que os adultos não deixavam que ele esquecesse: da família à escola, todos sabiam citar o que ele aprontava. Sempre que olhava para Danilo, tinha a sensação de que ele havia sentado em um formigueiro. Não parava quieto. Consequia explorar todos os brinquedos e espaços da sala, enquanto falava um milhão de coisas ao mesmo tempo: seu desejo de ser um “enfermeiro de animais”, o que tinha acontecido na escola, o amigo que fez tal coisa... Era uma chuva de palavras. Aquele era o seu “grupinho”, como dizia para a mãe e para nós. O fôlego, que parecia nos faltar, transbordava em Danilo.

Já Maria Helena, com seu jeito meigo, diz sorrindo: “Pra aprender a ler!”. Ela, sempre descrita como uma criança impossível, naqueles encontros de uma hora, era a calma em pessoa. Participava de tudo o que era proposto. Titubeava sem medo de responder o que perguntávamos ao grupo, mas no geral, mais observava atentamente do que falava. Preferia ficar perto de algum dos trabalhadores, se possível, no colo. Olhos grandes e pretos, feito jabuticaba. Quando eu ia buscá-los na recepção, ela fazia questão de vir juntinho. Segundo a avó, perguntava sempre quando seria o dia do grupo.

E o que estávamos fazendo ali? Elas e nós, trabalhadores da saúde. Abrimos aquele espaço para que elas chegassem, mas agora que estavam na rodinha, que caminhos seguir com as crianças diante do que ouvíamos das famílias e da escola? Sendo trabalhadores da saúde, com uma dada formação e com uma bagagem que se aproximava ou não do trabalho com crianças, como nos apresentávamos àquele encontro? A rodinha fazia emergir questionamentos sobre o nosso fazer com elas e entre nós, trabalhadores.

Brincar... Era essa a proposta? Talvez, triar, avaliar? O que buscávamos com os encontros com as crianças?

Eram adultos e crianças sentados no chão ou nas cadeiras, sem uma mesa entre nós que nos separasse. Folhas, lápis e canetinha fornecidos pela Organização Social (OS) que gerencia as USAFAs do município. Brinquedos doados por uma médica ao sair da unidade, que costumava tê-los em sua sala: bonecas, carrinhos, pelúcias, animais de plástico. Alguns livros de histórias. Nenhum manual ou protocolo do que e como fazer.

Talvez fosse essa a angústia para os trabalhadores: não ter um *script* do que deveria ser feito ao encontrar aquelas crianças. Não existia um roteiro de quais perguntas fazer, nem uma caderneta para preencher. Estávamos desprovidos dos instrumentos que geralmente eram utilizados na rotina da unidade: balança, fita métrica, caderneta de vacina, agulhas, exames a pedir. Éramos adultos descobrindo como estar com crianças, no espaço da saúde, de outra forma.

Havia uma expectativa de que eu, psicóloga, lhes dissesse o que e como fazer. Como a proposta da rodinha partira de mim, pela minha formação na psicologia e experiência no trabalho com crianças, esperava-se que eu direcionasse e seguisse com os encontros. Eles não tinham essa formação e não partira deles essa proposta, portanto, não teriam condições de fazer isso – era o que partilhavam sentir e alegavam quando chamados a seguir com a rodinha. Os encontros com as crianças ocorriam carregados de expectativa e receio: os trabalhadores, principalmente os da USAFA, sentiam-se inseguros de conduzir a atividade sem minha presença. Quando ocorria algum imprevisto, e eu não pudesse comparecer, e a equipe da USAFA precisasse se encarregar sozinha do encontro, a rodinha com as crianças era geralmente cancelada. Se houvesse alguém do NASF, o encontro acontecia, principalmente com o fisioterapeuta do período da tarde, que se sentia à vontade com a atividade e tinha afinidade com o trabalho com crianças.

Não saber o que fazer *a priori* desestabilizava os trabalhadores. Era enorme o desejo de controlar antecipadamente o que ocorreria na sala durante aquela hora de encontro. As crianças nos lembravam fortemente, com sua espontaneidade e criatividade, que o trabalho em saúde é usuário centrado, dependente daquilo que o usuário deseja para o seu projeto de vida, disputando conosco todos os nossos

saberes formais, protocolos e ferramentas – a produção do cuidado se dará no encontro. No cotidiano, com outras tarefas e modalidades de atendimentos, isso parecia perder-se facilmente. Prendemo-nos às metas e protocolos, fechando-nos para as afetações do encontro que efetivam o cuidar, ou, fazendo um paralelo com o que conceituam Merhy et al (1997), como apresentado no item 4.2 deste trabalho, valemo-nos das tecnologias duras e leve-duras e nos esquecemos das tecnologias leves, que dizem respeito ao campo relacional.

As crianças nos convocavam constantemente ao resgate dessas tecnologias. Para além do que a formação acadêmica (ou não)²⁹ proporcionou para cada trabalhador, buscávamos resgatar também o contato de cada um com a infância em sua trajetória de vida, como ferramenta para esse fazer: a própria infância, o contato com os filhos, sobrinhos e vizinhos, entre outros. Estar com elas era o trabalho. O brincar era o que nos aproximava – trabalhadores e crianças. O protocolo se formava à medida que íamos fazendo. Nesse espaço micropolítico, disputávamos contra um olhar medicalizante e patologizante da infância. Brincando e conversando resistíamos aos diagnósticos. Íamos aprendendo a disputar com aquilo em nós que clamava por protocolos e roteiros, ao mesmo tempo em que construíamos sentidos e direções para aquele trabalho. Aos poucos, podíamos nomear que o que estava se dando naquela sala com aquelas crianças, quinzenalmente, era o trabalho em saúde – o trabalho vivo em ato (MERHY, 1997).

Garcia (2016), ao discutir sobre o modo-clínico e seus efeitos na experiência de formação em saúde no *Campus* Baixada Santista da UNIFESP, formula a inevitável pergunta – “o que estamos fazendo aqui?”, diante dos desafios encontrados em certa aposta formativa, tanto para docentes quanto para discentes que compõem essa experiência. Convida-nos a deslocar essa pergunta “o *que*” em direção ao “*como* estamos fazendo?”, convocando a pensar sobre os processos de produção.

A cada encontro com as crianças éramos convocados a nos reinventar como trabalhadores. Talvez essa reinvenção tenha a ver com o que Jódar e Gómez (2002)

²⁹ Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que também participavam das rodinhas (de responsáveis e de crianças), não necessitam de curso superior ou técnico para exercício de suas funções, no entanto, uma das ACS dessa USAFA estava cursando Fisioterapia naquele momento, enquanto outra tinha formação como técnica de enfermagem.

apontam como a nossa capacidade de renovar a existência a partir do que aprendemos com as crianças.

Costumávamos começar os encontros com alguns combinados, que em um primeiro momento entendíamos como organizadores do espaço *para as crianças*, mas que, no decorrer do tempo, percebemos que serviam mais para tentar organizar a nós, trabalhadores. Uma tentativa de manter as crianças sob controle – seus corpos e suas falas: “Não pode machucar o colega e nem os adultos” e “O que acontece no grupo fica aqui”, como se machucar-se ou compartilhar em outros espaços o que acontecia ali fosse ruim, perigoso. Mas as crianças, grandes desterritorializadoras de mundo, transformavam esses combinados ao seu sabor. A cada encontro em que apresentávamos aos novos ou retomávamos com os conhecidos esses combinados, elas os reproduziam do jeito que captavam o mundo: “Não pode contar segredos!”, “Não pode bater!”, “Não pode chamar de gordo”, “Não pode morder!”... Eram tantos “não pode” quantas fossem as crianças e como se apresentavam naquele dia. Esses combinados foram se esfacelando ao longo daqueles aproximadamente 20 encontros que tivemos de abril de 2016 a abril de 2017.

A cada quinze dias, quando no encontrávamos, era sempre uma surpresa. Das trinta crianças, de 4 a 11 anos, que passaram pela rodinha ao longo daqueles encontros, cada uma criava a sua frequência no grupo, dependendo do que podiam as famílias: às vezes não tinha quem as levasse; em outros a chuva ou o sol forte desanimavam a saída; um compromisso surgia justo naquele dia; eram vários os motivos que determinavam o modo como aquela criança participaria dos encontros.

Houve crianças que foram apenas uma ou duas vezes e depois nunca mais apareceram. Também havia aquelas que apareciam a cada dois meses, quatro meses, seis meses. Outras que participavam de um encontro atrás do outro e depois passavam certo período sem aparecer, depois retomavam e desapareciam de novo. De acordo com a disponibilidade e demanda daquela família, as crianças surgiam, sumiam, retornavam ou iam embora de vez.

Começamos a rodinha com cinco crianças: Bruno, Cássio, Dênis, Maria Helena e Giovani. Quando deixei o NASF, eram outras crianças que seguiam:

Jefferson, Letícia, Cleiton e André. E no “entre”, foram muitos outros nomes nessa roda viva, que não parava de girar.

Há crianças que despertavam curiosidade de por quais caminhos estariam andando e de quem nunca mais tivemos notícias. De algumas tivemos pistas: alguém estava no futebol; a mãe de outra arranjava um emprego no mesmo horário; duas haviam mudado – de bairro e de cidade; três haviam encontrado outros modos para lidar com suas questões e a família decidira que não precisavam mais frequentar os encontros; algumas crianças foram encaminhadas para o CAPSi e não frequentavam mais os encontros, seguindo com as atividades daquele serviço. Tantas crianças, tantas histórias.

Crianças tagarelas e quietinhas. Emburradas e sorridentes. Questionadoras e atentas. Inquietas e tranquilas. Elas eram tudo ao mesmo tempo ou a cada encontro. Havia aquelas que nos tiravam o juízo, tamanha a sua vivacidade e energia, enquanto outras nos inquietavam com sua mudez. As que propunham mil e uma brincadeiras, e as que com muito custo queriam brincar. As que queriam desenhar, as que queriam lutar e as que queriam colo. As que choravam quando perdiam no jogo. As que tinham resposta na ponta da língua para tudo. As que faziam tudo devagarzinho. As que já sabiam ler e contar, e as que não. As que abraçavam, e as que dificilmente olhavam nos seus olhos. Crianças... Crianças de todos os jeitos. Trabalhadores... Trabalhadores que reaprendiam a brincar, enquanto buscavam compreender os movimentos de cada criança naquele espaço.

Desenhar, ler histórias, bater cartas, carrinho, boneca, mímicas... As brincadeiras surgiam conforme quem estava compondo o grupo no dia. Danilo (6 anos), tagarela, gostava de falar e explorar tudo o que fosse possível na sala. Maria Helena (6 anos) preferia desenhar junto de algum trabalhador. Os gêmeos Paulo e Pedro (10 anos) corriam e se empurravam o tempo todo. André (10 anos) e Cristóvão (9 anos) gostavam de falar sobre videogame, computadores e celulares, encontrando no fisioterapeuta parceria para o assunto. Talita (8 anos) desenhava concentrada e o tempo nunca era suficiente para que terminasse seus desenhos. Letícia (7 anos) preferia as bonecas e conversas, enquanto seu irmão caçula, Jefferson (5 anos), falava sobre super heróis e facilmente fazia bico quando contrariado, o que acontecia em quase todos os encontros, parecido com os irmãos Bruno (7 anos) e Cássio (4 anos), que colocavam a sala abaixo quando algo não

ocorria do jeito deles; o menorzinho arremessava o que estivesse em suas mãos. Denis (6 anos), por outro lado, estava sempre quieto, custava a entrar em alguma brincadeira, preferia desenhar ou procurava um livro para que algum trabalhador lesse com ele, começando a interagir mais facilmente quando seu irmão, William (8 anos), passou a frequentar a rodinha também. Essas são algumas das crianças que povoam meus pensamentos, ao lembrar aqueles encontros. Talvez seus nomes surjam com mais facilidade por serem aquelas, entre as 30 crianças, que foram mais vezes aos encontros ou cujas histórias tenham mobilizado maiores discussões entre os trabalhadores.

Houve dias em que havia apenas uma criança para seis trabalhadores, bem como encontros em que o número de crianças era o dobro do de adultos. Ter uma ou muitas crianças não cancelava o encontro. Ele ocorria independentemente do número de participantes.

Algumas vezes, a sala parecia ferver de tanta gritaria e brinquedos para todos os lados. Todo mundo queria falar ao mesmo tempo. Esses eram os dias em que algumas palavras se formavam em nossas gargantas, querendo sair aos berros – “Não corre! Não grita! Não empurra! Fica sentadinho!” –, era o controle em nós que queria gritar. Depois desses encontros, nos quais nos achávamos cansados e até mesmo irritados, parecia surgir mais facilmente o nome de diagnósticos: “Danilo tem hiperatividade, com certeza!”, “Cássio, daquele jeito, só pode ter transtorno opositivo desafiador (TOD)!” , “Como a mãe do Bruno aguenta tanta birra?”, “Alguém percebeu que o Cristóvão só fala da mesma coisa o tempo todo e faz umas coisas estranhas com a mão? Não será autismo?”.

Era preciso que o cansaço baixasse para que esses rótulos se dissolvessem. A troca sobre as percepções que cada um tivera das crianças e dos encontros fazia com que pudéssemos estabelecer outras conexões para além desses nomes já dados. Nesse tempo de intervalo e de conversas, outras possibilidades advinham.

Alguém lembrava o que a mãe de Danilo dissera no encontro anterior na rodinha de responsáveis. A fala da avó de Maria Helena sobre o que estava acontecendo na escola era relemburada. Mencionavam um relatório lido havia algumas semanas sobre Talita, a respeito do que estava acontecendo com a menina em sala de aula. Um ACS compartilhava o que ouvira dos vizinhos sobre a família

de Denis e William... Nessa costura de relatos, lembranças e encontros, outros sentidos iam sendo possíveis de emergir, a partir daquela vivência para além de um simples diagnóstico. A escuta, o brincar e o compartilhar nos possibilitavam ir desenhando um retrato de quem eram os personagens que chegavam até nós.

O que acontecia no espaço da USAFA também interferia nessa aproximação de mundos e em outras possibilidades de fazer: atividades não previstas que nos tiravam do encontro; a constante troca de trabalhadores – em apenas um ano foram três enfermeiras e seis médicos diferentes; os feriados, que espaçavam cada vez mais os encontros em formato já quinzenal; os problemas de infraestrutura da unidade que dificultavam o trabalho, como, por exemplo, o corte de energia devido à falta de pagamentos e a irregularidades na fiação elétrica, fazendo com que a unidade ficasse fechada por quase três meses. Com isso, os profissionais e as agendas foram deslocados para a USAFA do bairro mais próximo, o Jardim Conceiçãozinha, o que fez com que as responsáveis e crianças deixassem de frequentar os encontros, por causa da distância, durante todo esse período (de novembro a fevereiro). Ou, ainda: os conflitos gerados pelas relações de trabalho, em que concepções diferentes sobre como conduzir as atividades produziam ruídos na comunicação e afetavam os usuários, como quando, em minhas férias, os trabalhadores que seguiram com a rodinha compreenderam ser melhor que não se falasse sobre o motivo da minha ausência, para que responsáveis e crianças não deixassem de ir por minha causa, para não se vincularem à ideia de que a rodinha aconteceria apenas com a psicóloga. Esse posicionamento foi atravessado pela preocupação de que os participantes deixassem de ir e pelo cuidado para que a atividade seguisse. Entretanto, algumas famílias entenderam a minha ausência como minha saída definitiva do trabalho, como foi o caso de Dona Ana, que deixara de participar da rodinha e só após alguns meses, ao encontrá-la pela unidade, esclarecemos essa confusão. Segundo ela, eu era a sua psicóloga, a quem tinha contado sobre sua vida e não tinha interesse em contá-la para nenhuma outra: “As pessoas me perguntam por que eu venho conversar com a senhora... elas dizem que não ajuda em nada, que não mudou nada até agora... mas é que eu me sinto tão bem porque você me ouve! Maria Helena pergunta todo dia pela senhora! A gente achou que você tivesse ido embora! Ela queria tanto te convidar para o aniversário dela e a gente não sabia onde te encontrar naquela época...”.

O vínculo, tão caro ao trabalho em saúde e estabelecido no contato, no encontro, esgarça-se diante de tantos entraves. O vínculo é um constante esforço, não está dado. É um tecido que se costura a muitas mãos o tempo inteiro. Todos esses desvios e ruídos constituem-se como matéria prima do trabalho de produzir atos de cuidado. A confiança, aquilo que com muito custo conquistamos, se fragiliza em meio a tantas descontinuidades – “Como confiar que este trabalhador ou serviço estará lá quando eu mais precisar?”. E como essas ausências são percebidas pelas crianças, que encontraram naquele espaço um lugar delas e que de um dia para o outro não vão mais?

Maria Helena esperava-me para sua festa de aniversário, festa possível com muito custo. Acompanhamos os relatos de Dona Ana desdobrando-se para conseguir proporcionar esse momento para a neta. Pede ajuda aqui, faz uma dívida ali. Uma comemoração de vida, de sobrevivência. Elas esperavam que eu estivesse lá. Uma convidada tão esperada e que nunca chegou para presenciar essa conquista das duas. Convidada que estava ausente pelas férias. Ausência sentida por elas como uma partida sem despedidas, pois acreditavam que eu havia ido embora para não mais voltar e sem nem mesmo dizer um adeus. Pararam de ir para a rodinha durante minhas férias e os meses que se seguiram.

Perdi não apenas a comemoração, mas também o desenrolar das cenas que se seguiram na vida das duas naquele momento, para além do encontro compartilhado na narrativa que abre esta dissertação.

Dona Ana, exausta de tanto brigar com a vida e as faltas que a rondavam – falta de suporte, de carinho e de oportunidades –, estava fragilizada demais para continuar insistindo em seguir sozinha cuidando de Maria Helena. A escola não cessava de lhe cobrar respostas e mudanças sobre o comportamento da neta. Não havia ninguém na família ou no bairro que se dispusesse a olhar a menina enquanto Dona Ana trabalhava – “ela era terrível demais”. Seu companheiro pedia que desse um jeito na situação. Ela, cansada, deu: entregou Maria Helena para a mãe, sua filha. Choraram, a senhora e a menina. Não queria que a neta fosse, mas também não sabia mais como fazer para que ela ficasse. Quem sabe em outro momento elas poderiam ficar novamente juntas? “Não dava mais, doutora... Não dava! Quem sabe agora a minha filha pode ser a mãe dela de verdade?!”. Mais uma aposta que aquela

mulher fazia na tentativa de tornar realidade os seus sonhos de uma vida melhor para ela e sua família...

Tempos depois desse encontro, alguém agarra minhas pernas na sala de espera da USAFA do Jardim Conceiçãozinha, onde ainda nos encontrávamos esperando o retorno para o Sítio. Ao olhar para baixo, vejo um par de jabuticabas me fitando admirada. Somos tomadas pela mesma surpresa: ambas acreditavam nunca mais ver uma a outra. Maria Helena, com seus cabelos pretos, feito índia, sorri espantada. Logo me apresenta sua mãe e conta que veio tomar vacina. Uma visita domiciliar me espera e eu não posso ficar mais. Dou-lhe um abraço apertado: saudade e alegria. Talvez um pedido de desculpas por termos sumido uma das vistas da outra. A agenda chama. A vida segue. O tempo passa.

Nas voltas dos ponteiros do relógio, que insistem em fazer o tempo andar, as mudanças não param de acontecer. Crianças vão, crianças vêm. Famílias chegando e partindo. Relatórios sendo enviados. Em um ano, tanta coisa seguiu acontecendo. Caminhos que se cruzaram e se perderam. Fluxos que se redesenharam. Fazeres que se tornaram possíveis. Tantas desterritorializações acontecendo. Nessas tantas (revira)voltas do tempo e do espaço, parti para outras tantas experiências para além do NASF, indo habitar uma nova função em um novo município.

6. CONSIDERAÇÕES: AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO NESTE TRABALHO

O trajeto se confunde não só com a subjetividade dos que percorrem um meio, mas com a subjetividade do próprio meio, uma vez que este se reflete naqueles que o percorrem. O mapa exprime a identidade entre o percurso e o percorrido. Confunde-se com seu objeto quando o próprio objeto é movimento (DELEUZE, 1997, p.73).

Movimento? É disso que se trata este trabalho? Os movimentos de construção de um NASF, de um saber-fazer, de produção de um dispositivo de cuidado, de uma escrita. Um mapa de movimentos, de fluxos e construções. Uma dissertação-mapa, talvez?

A escrita desta dissertação não é um fim, uma conclusão de algo: ela é um meio que permitiu acessos. Assim como a rodinha de conversa exigiu um esforço de construção, percorrendo um caminho atravessado por diversas forças em campo, a escrita desta experiência também carrega um esforço, atravessamentos e reviravoltas – compõe um percurso de sua organização como estratégia que permite dar visibilidade às processualidades que a constituíram como escrita e criaram rodinha de conversa como dispositivo de cuidado.

Durante o caminhar deste trabalho, a narrativa foi se tornando possível como modo de apresentar o que acontecia naquele território. Um jeito de contar que mostrasse os esforços de construção de uma ação e tudo que ela abarca – uma escrita que fizesse aparecer os *processos* e não apenas os fins. As narrativas não estavam dadas *a priori* – não estive em campo pensando em escrevê-las –, mas em compondo com o campo, elas se constituíram como possibilidade.

Ao esforço de escrevê-las, somava o exercício de compreensão de leituras: de textos sobre a cartografia, que animam uma discussão a partir de um modo de apreender o mundo, (ROLNIK, 2006; KASTRUP, 2008; GUATTARI; ROLNIK, 2013; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014) e dos mapas que iam se construindo a partir dos encontros no cotidiano do trabalho em saúde. Entre tantas leituras, o desafio de digerir as afetações que essas leituras e esses encontros me provocavam.

“Por uma política da narratividade”, de Passos e Barros (2014b), indicação da banca durante a qualificação, apresentou-se como um grande desafio de leitura, compreensão e digestão. Ler e não entender. Rer e continuar não compreendendo. O que procurava encontrar e não achava? Quais os diálogos

possíveis entre sua leitura e a escrita da dissertação? Foram necessários diversos encontros com esse texto.

Uma ideia que pude apreender, pouco a pouco, das leituras desse texto diz respeito à problematização que atravessou a escrita desta dissertação: a aposta em um modo de dizer as coisas que revelasse determinado posicionamento político – o jeito como apreendo o mundo e me posiciono diante dele. Uma escrita que possibilitasse ver o que estava em operação no cotidiano do trabalho em saúde e na produção do cuidado em um dado território. Sendo assim, como dito no capítulo inicial, os modos como escolhemos narrar e quais palavras usar para nos expressarmos carregam um permanente esforço, já que revelam o lugar que assumimos no mundo e como enfrentamos os problemas que se colocam em campo, quais inimigos elegemos para combater e a que ideias nos aliamos.

Esta dissertação é produto de diversos processos de reescrita. Alguns trechos mais remexidos que outros. Algumas passagens mais engessadas e outras mais fluidas. A necessidade de reescrever surgia à medida que, ao ler o que e como estava escrito, percebia quais ideias estavam sendo fortalecidas ou enfraquecidas nas cenas narradas. Mesmo com tantas reorganizações, é possível observar jeitos distintos de escrever: fragmentos que permitem que a vida transborde, e outros que revelam a dificuldade em romper com uma escrita reprodutora de conceitos, sem digeri-los à luz da experiência em campo. Os capítulos apresentados neste trabalho carregam, cada um e no conjunto, as dificuldades de uma escrita inventiva. Um exercício árduo de que o texto não seja um diário íntimo, nem tampouco um relatório que se proponha a ser neutro e sem afetações (PASSOS; KASTRUP, 2014).

Foi constante o esforço de tecer uma escrita que revelasse os movimentos de construção de ações de cuidado – como os encontros com Dona Ana e com os personagens da rodinha –, o processo de leitura e compreensão dos autores e que também mostrasse os movimentos de constituição do pensamento na própria escrita.

A escrita das narrativas caminhou na direção de apresentar as afetações que os encontros entre trabalhadores (da USAFA, do NASF e da rede) e usuários despertaram e como direcionaram a ação. Um jeito de dizer que fosse capaz de nomear a produção do cuidado em seus aspectos relacionais, e não de apenas descrever o produto final – algo que demandou atenção ao modo como a cena

estava retratada. Podemos ilustrar este esforço de reescrita, que permitisse apresentar o processo de constituição de uma ação e não a ação em si, com um dos trechos da narrativa das crianças na rodinha. Em uma das primeiras versões do texto, ao apresentar sobre os combinados que fazíamos com as crianças para organização do encontro, aparecem apenas as “regras” em si, ficando de fora todo o processo que constituiu a necessidade dessas regras e seus efeitos no grupo – nas crianças e nos trabalhadores:

“Combinamos que aquele espaço possui duas regras fundamentais: 1) o que é dito no grupo, nós, os profissionais, não contamos para seus responsáveis (e vice-versa), mas que eles podem contar caso queiram; 2) não podemos nos machucar: as crianças não podem machucar os adultos, os adultos não podem machucar as crianças, as crianças não podem se machucar e adultos também não podem machucar os outros adultos” (trecho do texto enviado para a qualificação).

Era a regra pela regra e não apresentamos no texto as elaborações dos trabalhadores que fizeram com que as regras fossem explicitadas com esse conteúdo e dessa forma. Nesse sentido, seria fácil imaginar que elas seriam naturais. Aparecem, apenas, informações soltas, não atreladas à experiência. Foi necessário reler e reescrever tantas vezes até que uma brecha surgisse e permitisse que as afetações dos encontros transbordassem para a escrita:

“Costumávamos começar os encontros com alguns combinados, que em um primeiro momento entendíamos como um organizador do espaço para as crianças, mas que no decorrer do tempo, percebemos que serviam mais para tentar organizar a nós, trabalhadores” (trecho da narrativa da rodinha no capítulo 5).

Os dois trechos falam sobre os combinados, entretanto, no primeiro, eles são apresentados e no segundo, durante o exercício de reescrita, aparece o que despertou a necessidade dos combinados e nossa participação na construção dessa necessidade, possibilitando o tensionamento da ação e o surgimento dos sentidos dos combinados, como, por exemplo, uma tentativa de nos organizar. E, isso, nos lança para questões tais como: por que entendemos que seria importante colocar essas regras antes dos acontecimentos? Que receio tínhamos antes de começar os grupos?

A epígrafe que abre esta dissertação nos instiga a pensar sobre este exercício de escrita: não falar *sobre*, mas deixar a experiência falar (PASSOS; KASTRUP, 2014), ou seja, permitir que a escrita revelasse as variações que reconfiguravam o campo: trazer as dúvidas, as elaborações e rearranjos como

constituintes da própria ação foi um desafio que convocou o constante e atento cuidado com o que e como era dito, para que as palavras aqui presentes, ao falar do que foi vivido, não inaugurassem prescrições do que fazer: “Faça rodinha de conversa!” ou “Faça narrativas!”. Houve o cuidado para que não fossem descritos apenas os produtos, mas os processos de produção de um dispositivo de cuidado, neste caso a rodinha. Foram necessárias releituras e reescritas para driblar esse perigo e apostar em um modo de escrever que desse passagem para os movimentos de construção desse trabalho – em campo e escrito. Suas gagueiras, seus deslizos, suas apostas. Do mesmo modo que uma ação em saúde e os fluxos de uma rede se constroem a partir dos entraves, e não apesar deles, isto também ocorre no processo de escrita.

O capítulo 4, em que discutimos sobre um NASF em funcionamento, apresenta-se como outra interessante ilustração dessa dificuldade e constante revisitação ao que já estava escrito. Quando as tecnologias que compõem a caixa de ferramenta do trabalhador da saúde foram apresentadas naquele capítulo, elas apareceram simplesmente como “itens” na primeira vez em que o capítulo fora escrito. Em vez de convocar a leitura que Merhy et al (1997) fazem dessas tecnologias para compor com a discussão dos encontros com Dona Ana, elas foram apenas pontuadas. Até mesmo aquilo que aparece como tecnologia leve, algo que diz respeito às relações, do modo como estava apresentado, tornou-se duro – apenas mais um item da caixa. Naquele momento, a escrita não permitia espaço para o campo relacional. Talvez até mesmo agora suas reescritas não tenham sido suficientes para alcançar o desafio de deixar a experiência falar.

Seguindo esta discussão, ao arriscar uma articulação entre os itens da caixa de ferramentas do trabalhador de saúde, definidos por Merhy et al (1997), e o trabalho de escrita, poderíamos pensar em uma caixa de ferramentas daquele que escreve sobre o trabalho em saúde no meio acadêmico. Nesta caixa de ferramentas estariam presentes: tecnologias duras – todas as políticas, leis e protocolos em vigor que determinam e delimitam um trabalho; tecnologias leve-duras – os conceitos teóricos construídos pelos autores sobre cada temática; e tecnologias leves – os diários de campo que carregam as afetações dos encontros no cotidiano. No ato de escrever, essas três modalidades de tecnologia de escrita, todas igualmente importantes, estariam presentes e suas diferentes composições traçariam um dado

texto. Do mesmo modo que no trabalho em saúde, também na escrita a intensificação de uma tecnologia em detrimento da outra direciona uma ação com certa característica. Por exemplo, como dito anteriormente, no capítulo 4, principalmente em seus primeiros itens, as informações presentes na política da Atenção Básica (tecnologias duras) e os conceitos presentes nos trabalhos dos autores lidos (tecnologias leve-duras) são escritos sem que o que fora vivido nos encontros com Dona Ana, no Sítio e na rodinha de conversa (tecnologias leves) também pudessem aparecer como constituintes da escrita, e que essas três dimensões fossem capazes de compor juntas um percurso de pensamento. Os protocolos, os conceitos e as experiências aparecem de forma fragmentada: um capítulo para narrativa, um capítulo para discussão teórica. Na escrita de um trabalho, cada ideia e frase cria sentido, e não foram raros os momentos em que aquilo que se criava estava amarrado a um dizer esvaziado de sentido. Ora, se importa a discussão das tecnologias é porque ela teria que agenciar pensamentos no trabalho. A escrita revela uma disputa do campo e no próprio processo de escrever.

Assim como fora apontado principalmente no item 4.2 sobre a questão da formação dos trabalhadores, que direciona como chegam aos serviços de saúde e o seu contato com os usuários, a formação também é algo a ser discutido em relação ao modo de escrever/narrar as pesquisas em saúde. Uma formação pautada em um modelo biomédico, com menos abertura para a discussão das relações entre sujeitos do que para teorias e técnicas, encaminha os futuros profissionais mais para um jeito de atuar e não para outro – isso, também, em relação à escrita: com menos possibilidade para que as afetações do campo possam emergir, em busca de uma suposta neutralidade e pautada na reprodução de conceitos sem discuti-los. Passa-se a maior parte do tempo, durante a graduação, escrevendo apenas “segundo um certo autor” e “de acordo com um certo autor” para expressar-se no meio acadêmico, logo, como romper com esse modo de escrever, rumo a uma escrita em que se crie pensamento?

Como dito no capítulo 4, apesar das mudanças que vêm ocorrendo nos últimos anos, ainda são poucas as graduações que formam os trabalhadores (e pesquisadores) de saúde com a discussão que afirma que a formação ocorre na experiência, aqui compreendida não como uma dicotomia entre teoria e prática, mas

sim como a construção do conhecimento a partir do encontro com o outro (CAPOZZOLO et al, 2013; KASTRUP, 2013). O *Campus* Baixada Santista da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), no qual esta que vos escreve graduou-se, é um desses espaços em que há um olhar para essa questão no Projeto Político Pedagógico³⁰ de seus cursos. O livro “Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde” (CAPOZZOLO; CASETTO; HENZ, 2013), lido diversas vezes ao longo do processo de escrita desta dissertação, reúne capítulos que discutem essa marca da formação do *Campus* por meio do eixo Trabalho em Saúde.

A formação nesse *Campus* deu condições para que este trabalho – no cotidiano do NASF e no processo de escrita das narrativas – fosse realizado deste modo. Graduar-se em um local no qual a experiência – compreendida a partir das ideias de Bondía (2002), como aquilo que nos acontece e nos transforma, conforme dito no capítulo que abre esta dissertação – é a base da formação do trabalhador em saúde, permitiu que este corpo-psicóloga-pesquisadora fosse composto com disposição para acessar que nossa compreensão sobre aquilo que se passa no cotidiano do trabalho em saúde é força presente na constituição desse cotidiano.

O contato com a população e os serviços, desde o primeiro ano da graduação, permeado por espaços de discussão e construção de sentidos para o que era vivido, inaugurou condições para um olhar e uma atuação sensível ao que ocorre conosco e no cotidiano dos serviços de saúde, da rede e dos territórios. Ao mesmo tempo, outra forma de escrita começou a ser elaborada por meio da construção de narrativas de histórias de vidas, a partir do encontro com os usuários dos serviços de saúde (CASETTO, 2013): escrever (e depois ler) não apenas as palavras que eram ditas, mas também as afetações que elas provocavam em quem narrava e em nós que ouvíamos (CARVALHO; COSTA, 2011) – aquilo que nos passava e nos transformava; um exercício que começava com a leitura de narrativas em sala de aula, mais do que ler uma bibliografia que falasse sobre o que era uma narrativa e como narrar. Leitura que também nos afetava e nos desterritorializava, à medida que nos instigava a pensar como seria a nossa própria escrita.

É uma formação que *provoca* o despertar de um modo de atuar e pesquisar pela experiência, mas que, sozinha, não é suficiente para que todos os alunos-

³⁰ Disponível em: http://www2.unifesp.br/homebaixada/projetopedagogico_baixada.pdf Acesso em 14 de novembro de 2016.

futuros-profissionais saiam com isso em seus corpos. Uma formação pela experiência não é mais um item ou protocolo que se carrega, mas uma provocação para outros modos de produzir conhecimento e se relacionar com o campo.

Instigada e sensibilizada para outras possibilidades de trabalhar no campo da saúde e da pesquisa, encontrei-me com o NASF, o Sítio Conceiçãozinha e o mestrado no Instituto de Psicologia. Durante esse percurso, em que mestrado e atuação profissional ocorriam concomitantemente, uma pesquisa, um dispositivo de cuidado – a rodinha de conversa – e uma escrita – as narrativas – foram se constituindo como estratégias possíveis.

A estratégia da rodinha surgiu como efeito daquilo que ia observando e trabalhando enquanto psicóloga no NASF, me embrenhando naqueles territórios, a partir de um incômodo em relação às crianças que chegavam até as rodas de conversa de adulto, um espaço que não estava sendo suficiente para o acolhimento das questões de Saúde Mental Infantil. A construção deste dispositivo se deu sem tanta clareza com o que ia se ligar e como faria parte da criação de novos fluxos na rede. Conforme dito no item 4.3, que apresenta a construção da rodinha como uma ação do NASF A, primeiro criamos um espaço, o qual se chamou de rodinha, para ver aquelas crianças que estavam chegando. Começou como uma proposta de acesso, de trabalho e de participação em uma realidade, produzindo um comum, uma engrenagem que ainda não estava posta, mas que seria e foi operada dentro da maquinaria existente. Rapidamente, esse encontro, rodinha de conversa, tornou-se um espaço de triagem do que seria encaminhado ou não para os serviços especializados. A rodinha, criada para acolher e inventar com as crianças uma forma de agir em questões muito graves presentes na vida do Sítio, passou a ter como desafio sensibilizar fatores importantes no processo de triagem, como por exemplo, a ideia de um encaminhamento implicado. Quando as crianças entravam na rodinha, começávamos a trabalhar com suas famílias os motivos que as levaram até ali, (re)construindo sentidos aos nomes dados para os comportamentos que as crianças apresentavam – “O que é autismo? O que significa uma criança ser autista? Tem tratamento? Tem remédio? Vai poder casar um dia?” –, nomes que despertavam dúvidas e preocupações. Nesse acompanhamento, íamos apresentando a possibilidade de encaminhamentos de acordo com o que fôssemos observando e o que significava uma criança ir ou não para outro serviço. Se de fato houvesse a

necessidade de encaminhamento para um serviço especializado, por exemplo, para o CAPSi, discutíamos o caso com a equipe de lá. Informávamos a família e a criança sobre o funcionamento do serviço – quem eram os profissionais, os tipos de atendimentos, os dias de triagem, os horários de funcionamento, os documentos necessários –, explicávamos qual ônibus pegar e em que ponto descer, líamos junto com as famílias o que estava escrito no relatório sobre o que observamos até aquele momento e que a família levaria ao CAPSi, e quando a criança era enfim encaminhada, mantínhamos o contato com o serviço sobre o acompanhamento da criança e sua família, sem perdê-los de vista. A triagem acontecia pela escuta sensível às necessidades do outro dentro de um processo de construção conjunta entre trabalhadores e usuários, e a decisão de encaminhar ou não se formava durante este percurso.

Ao criar a rodinha buscou-se construir um dispositivo de acolhimento que conseguisse compor e agir em engrenagens que estavam no serviço e na rede, vivendo as operações daquelas forças e buscando formas de rachar a triagem traduzida como encaminhamento exteriorizado, o que permitiu a criação de novos fluxos e colocou o próprio fluxo em análise fazendo parte dele.

Este é um dos desafios da construção de dispositivos de cuidado dentro da Atenção Básica: construir espaços de acolhimento que componham com o que já existe, sem torná-los submetidos completamente à maquinaria já existente, nem uma prescrição, um modelo a ser copiado. Na criação desses dispositivos devemos proporcionar espaços de discussão sobre os esforços realizados para sua viabilização dentro de um dado campo de forças: os processos que o criam e o mantêm em funcionamento, e ao que dá visibilidade, contra o que disputa e com o que se alia.

A narrativa tornou-se uma estratégia possível de revelação da maquinaria, observando a articulação das forças em disputa nas ações de produção do cuidado: a Atenção Básica dentro da organização do SUS; a frágil organização das ações a partir das necessidades dos usuários dos serviços; a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica; a formação dos trabalhadores da área da saúde; a formação de uma psicóloga na atuação no SUS; o trabalho interdisciplinar; a formação de fluxos dentro da rede; a medicalização e patologização da vida, que clama por mais diagnósticos; uma educação que, para ser inclusiva, encontra-se submetida a laudos

com diagnósticos, para que as crianças tenham diferentes acessos no cotidiano escolar de acordo com suas especificidades, criando uma grande demanda, na saúde, por diagnósticos (e não necessariamente por atendimento); um cenário macropolítico marcado por retrocessos que ameaçam as políticas públicas; um desinvestimento cada vez maior no SUS, que anuncia seu desmonte, como por exemplo, a terceirização, os cortes orçamentários, o congelamento das verbas para saúde (e educação) por 20 anos...

Carvalho e Costa (2011), ao falarem das narrativas de memória de vida como ferramenta interventiva na formação, afirmam: “mais do que produzir afetos nos corpos por meio das narrativas, produzem-se corpos e narrativas nas afetações” (p.70). As narrativas, como produtos e produtoras, permitiram dar passagem às afetações que surgiram nos encontros com os diversos personagens e cenários daquele território, dando visibilidade ao movimento de construção dessas relações e ações, ao mesmo tempo em que criaram aberturas para a problematização do próprio ato de escrever uma pesquisa em saúde. Constituíram-se como estratégia para rompermos com aquilo que predominantemente nos constitui – a ideia de que o outro existiria fora da relação de quem fala dele – a partir de uma graduação baseada na formação *pela experiência* e também constituíram a elaboração de uma escrita que falasse da construção de um dispositivo de cuidado *a partir da experiência*.

E por que esta ênfase em um trabalho, uma formação e uma escrita da experiência? Porque, ao defender uma ação em saúde que vise à produção do cuidado, necessariamente estaremos falando de algo que acontece na relação entre pessoas (trabalhadores e usuários dos serviços) no momento em que se encontram, que as toca e transforma, ocorrendo disputas pela direção da ação. O trabalho em saúde é composto por esta multiplicidade de encontros e o modo como escolhemos contar o que se passa nesse campo é feito com a intenção de produzir tal ou qual efeito. A narrativa permite a singularização.

Aqui, após as insistentes (re)leituras do capítulo de Passos e Barros (2014b), conforme dito anteriormente, podemos perceber que a escolha por escrever narrativas de casos singulares nesta dissertação – Dona Ana, o bairro Sítio Conceiçãozinha e a rodinha de conversa – alia-se a um modo de dizer intensivista, em que os modos de fazer e dizer são inseparáveis. É um intensivismo que afirma “o

princípio da transversalidade como o que causa ou força a ação clínico-política ou o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas” (PASSOS; BARROS, 2014b, p.155). E em relação aos modos de dizer, essa transversalidade estaria ligada à ideia da palavra como criadora de sentidos, afirmando tanto o protagonismo daquele que fala, quanto a função autoprodutora e performativa das práticas narrativas (PASSOS, BARROS, 2014b).

Essa forma de narrar intensivista, criadora de sentidos, vai produzindo uma desmontagem (PASSOS; BARROS, 2014b), que se opera do caso singular em direção ao coletivo, buscando as condições de produção daquilo que é narrado, que se dão pelos agenciamentos de forças, logo, tudo é político, ou seja, tudo carrega um valor coletivo (PASSOS; BARROS, 2014b). A singularidade carrega uma experiência coletiva, em que há um elemento impessoal, um comum, o que significa que aquilo que é narrado é agregado singular de mil outros casos. Assim, a narrativa surge como parte/participante desse campo de construção, colocando o narrador como um dos elementos deste processo de construção de escrita, que assim vai disputando contra uma escrita exteriorizada, já que, afinal, é da experiência que se está falando. O narrador, participante da (des)montagem do fenômeno, no momento em que vai escrevendo as narrativas, realiza um esforço para acessar as forças em jogo, porque dessa maneira tem mais condições de produzir variações e disputar contra as totalizações: a desmontagem torna mais potente a possibilidade de criação de outros sentidos. Uma dissolvência das formas, que revela os microcasos e microlutas que compõem o caso, permitindo dar passagem às forças que o habitam (PASSOS; BARROS; 2014b).

Assim, as narrativas de Dona Ana, do Sítio e da rodinha, casos individuais/singulares como casos comuns, nos permitem tensionar e dissolver formas, possibilitando vislumbrar as forças que se compõem na construção dessas pessoas nas ações em saúde, e o acesso a essas forças amplia o campo de intervenção. Esse modo de dizer torna o dito e as tensões presentes na construção de um saber-fazer inseparáveis, ou seja, enquanto a narrativa se dá, também constrói um saber-fazer pautado na experiência. Essa forma de narrar intensivista, que permite dar visibilidade às forças através da desmontagem de si e dos outros, está presente naquilo que vislumbramos como uma forma de cuidado presente no

SUS, que convida a uma militância por processos de subjetivação fortalecedores, pela certeza de que construímos constantemente formas de viver.

REFERÊNCIAS

ANGELUCCI, C.B. Por uma clínica da queixa escolar que não reproduza a lógica patologizante. In: SOUZA, B.P. (org) **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013, p. 353-378.

BARROS, M.E.B; SILVA, F.H. O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. 2 v. Porto Alegre: Sulina, 2014. p.128-152.

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, nº 19, jan.-fev.-mar.-abr., 2002, p.20-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf> Acesso em 08 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n.43, p.38-40, 4 mar. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 22 de julho de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) - (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 10 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 27 de agosto de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 8 julho 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 156 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtor_no.pdf. Acesso em: 9 julho 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 116p. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 39).

_____. 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. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012b. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 24 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. 1 ed., 1 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 176p. (Cadernos de Atenção Básica, n.34).

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):393-403, 1999.

CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (org). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, 309 p.

CAPOZZOLO, A.A. et al. A formação descentrada na experiência. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (org) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p.124-150.

CARVALHO, E.M.; COSTA, E.L. As potências da narrativa. In: LOPES, K.J.M.; CARVALHO, E.M.; MATOS, K.S.A.L. (org). **Ética e as reverberações do fazer**. Fortaleza: Edições UFC, 2011, 205 p.

CASETTO, S.J. A narrativa na clínica comum. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (org). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 277-281.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS - UERJ - Abrasco, 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L.C.O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org) **Os mapas do cuidado**: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2014, 198p.

DELEUZE, G. O que as crianças dizem. In:_____ **Crítica e clínica**. Tradução de Peter Pal Pelbart. - São Paulo: Ed. 34, 1997. p.73-79 (Coleção TRANS).

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs** – capitalismo e esquizofrenia. vol. 1. 2 ed. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto, Célia Pinto Costa. São Paulo: Ed. 34, 2011, 128p. (Coleção TRANS)

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.; REGO, S. (org) **Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011, p.99-113. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/a-cadeia-do-cuidado-em-saude/view> Acesso em: 31 de dezembro de 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

GARCIA, M.L. O modo-clínico e alguns de seus efeitos numa experiência de formação em saúde. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A.M. (org) **Movimentos micropolíticos em Saúde, Formação e Reabilitação**. Curitiba, PR: CRV, 2016, p. 117-134.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, 439p.

JÓDAR, F.; GÓMEZ, L. Devir-criança: experimentar e explorar outra educação. **Rev. Educação e realidade**. 27(2) jul./dez. 2002, p. 31-45.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L.R.; BESSET, V.L. (org). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2008 – Nau Editora, p.465-489.

_____. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (org) **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.151-162.

LANCETTI, A. **Clinica peripatética**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 127p.

LOBO, F.S. **Quem cuida, quem ensina, quem aprende: campo e interações entre Atenção Primária e Escola na produção da queixa escolar**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo – Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.– São Paulo, 2016.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p.204-213, abr./jun. 2009.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p.71-112.

_____. 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, 2004, p. 111-138. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **O conhecer militante do sujeito implicado**: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. [s.l.] 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf> Acesso em 11 de maio de 2017.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, 189p.

_____. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (org) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 248-267.

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

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. (org). **Informar e Educar em Saúde**: análises e experiências. Salvador, Rio de Janeiro; EDUFBA, Fiocruz, 2014. Disponível em: https://static.atencaobasica.org.br/II_Mostra_EP/EPS-educacao_saude_gestao_e_producao_do_cuidado_Merhy_e_Laura.pdf Acesso em: 31 de dezembro de 2016.

NASCIMENTO, M.L. Proteção à infância e à adolescência nas tramas da biopolítica. In: RESENDE, H. (org). **Michel Foucault**: o governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. p.281-290. (Coleção Estudos Foucaultianos)

PASSOS, E. A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (org) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p.213-228.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 3ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014a, p.17-31.

_____. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 3ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014b, p.150-171.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.;

TEDESCO, S. (org). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.** 2 v. Porto Alegre: Sulina, 2014. p.203-237.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 3ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014, 207 p.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.** 2 v. Porto Alegre: Sulina, 2014, 310p.

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia.** 4 ed. rev. amp. São Paulo: Intermeios, 2015, 454p.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.** 2 v. Porto Alegre: Sulina, 2014. p.42-65.

POZZANA, L.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 3ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014, p.52-75.

UNIFESP. **Projeto pedagógico do curso de graduação em Psicologia.** 2016 Disponível em: http://www2.unifesp.br/homebaixada/projetopedagogico_baixada.pdf Acesso em 23 de setembro de 2017.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006, 248p.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, 16(6), p. 2753-2762,

SÍTIO Conceiçãozinha Guarujá SP. Vídeo. dur. 2'50". Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Unlx9HRNNoc> Acesso em 15 de julho 2016.

SOUZA, A.C. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés.** São Paulo: Hucitec, 2015, 158p.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (org). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011, 335p.