Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Produção do cuidado entre desvios e capturas biopolíticas nas práticas da promoção da saúde
Cartografias no âmbito do SUS

Erica Ferrazzoli Devienne Leite

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciência.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Maria Cristina da Costa Marques

São Paulo
2016

Produção do cuidado entre desvios e capturas biopolíticas nas práticas da promoção da saúde
Cartografias no âmbito do SUS

Erica Ferrazzoli Devienne Leite

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciência.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Maria Cristina da Costa Marques

(Versão Revisada)

São Paulo

2016

Leite, Erica Ferrazzoli Devienne.

L p Produção do cuidado entre desvios e capturas biopolíticas nas práticas da promoção da saúde Cartografias no âmbito do SUS Produção do Cuidado/ Erica Ferrazzoli Devienne Leite – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública 2016.
186f.

Orientadora: Profª. Drª. Maria Cristina da Costa Marques

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciência.

1. Produção do cuidado em saúde 2. Política de Promoção da Saúde 3. Biopolítica 4. Micropolítica.
Universidade de São Paulo. II. Título.

Erica Ferrazzoli Devienne Leite

Produção do cuidado entre desvios e capturas biopolíticas nas práticas da promoção da saúde Cartografias no âmbito do SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciência, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Profª. Drª. Ângela Aparecida Capozzolo
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP- Baixada Santista

_____

Profª. Drª. Débora Cristina Bertussi
Universidade São Caetano do Sul - USCS

_____

Profª. Livre Docente Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Faculdade de Saúde Pública-FSP/Universidade de São Paulo - USP

_____

Profª. Drª. Maria Cristina da Costa Marques - Orientadora
Faculdade de Saúde Pública-FSP/Universidade de São Paulo - USP

São Paulo, _____ de _____de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos que se dedicam à produção das existências e da vida,

Aos profissionais de saúde que se esforçam por outrar-se em uma infinidade de peles e almas procurando compreender o essencial de cada uma, seus desejos mais profundos e complexos para que, apoiados pelos saberes da ciência, possam então cuidar.

Aos profissionais que entendem que para cuidar, às vezes basta o essencial...

"Nenhuma época soube tantas e tão diversas coisas do homem como a nossa.

Mas em verdade, nunca se soube menos o que é o homem."

Martin Heidegger

AGRADECIMENTOS

Aos meus amores do coração Toninho, Pedro e João por compreenderem o significado do meu trabalho, terem suportado minhas ausências e mostrarem que a vida tem muitos outros encantos...

Ao meu pai, Prof. Dinho, muito vivo em mim, por me contagiar com o encantamento e colorido de quem ama o que faz.

A minha mãe, Profª. Edite, por apostar em mim, pelo amor, pelas palavras e o colo sempre disponível.

Aos meus irmãos e amigos por me apoiarem. Karina, minha irmã, obrigada por ter me ajudado...

Aos amigos de estrada e de carpinagem em Cosmópolis, Elaine, Valéria, Telma, Alexandre e Clarice por dividirem angústias, o idealismo e a vontade de fazer acontecer, por me acolherem em momentos de crise, choro e desesperança, por me recolocarem no trilho e compartilhar muitas viagens como esta...

À Cosmópolis, "Cidade Universo", onde quando cheguei tinha a forte certeza de que minha passagem seria rápida, o suficiente para o consultório ficar pronto. Mal sabia eu que meu "universo" profissional estaria ali... Lugar que aprendi muito sobre o ser humano, sobre respeitar as diferenças, sobre ser profissional de saúde, sobre o que é cuidar do outro...sobre o essencial da vida...

Aos profissionais da minha equipe por seguirem o caminho sem mim neste período de muitas ausências, mas que ao mesmo tempo estavam tão próximos de mim nesta viagem...

À Heloca e Paulinha, por terem sido mais que amigas em muitos momentos, pelo cuidado de bastidor fundamental nesta caminhada e em horas bem difíceis.

Aos coletivos de estudo em micropolítica da FSP de São Paulo e da Linha na UFRJ no Rio de Janeiro, sem o "ENCONTRO" com vocês, sem as provocações e apoio, muitas, mas "muuuuuitas" coisas não teriam sido possíveis.

Ao Dr. Oki por me presentear com a oportunidade de vivenciar e receber um cuidado cheio de afetos e produtor de vida.

Ao Dr. Myaki Issao e Dra Aglair por apostarem em mim como profissional de saúde. Vocês não estão mais neste plano, mas estão vivos em mim e neste trabalho...

À minha orientadora Maria Cristina pelo acolhimento e paciência.

Ao Professor Emerson pela forma de pensar a saúde e que agencia tanta produção em mim.

À Laura pelas inúmeras provocações, oportunidades de encontros, aprendizagens e sentidos para a vida...

Gostaria de "agradecer" muito mais a vocês, mas não há "dizível" que caiba tamanho reconhecimento e agradecimento por suas marcas em mim, por fazerem parte da colcha de retalhos que me constitui...

Um beijo amoroso no coração de cada um...

Viajar! Perder países!
Ser outro constantemente,
Por a alma não ter raízes
De viver de ver somente!

Não pertencer nem a mim!
Ir em frente, ir a seguir
A ausência de ter um fim,
E a ânsia de o conseguir!

Viajar assim é viagem.
Mas faço-o sem ter de meu
Mais que o sonho da passagem.
O resto é só terra e céu.

Fernando Pessoa

LEITE, EFD. Produção do cuidado entre desvios e capturas biopolíticas nas práticas da promoção da saúde. Cartografias no âmbito do SUS. [dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Resumo

A necessidade de renovação das práticas de saúde, pautadas por um cuidado sensível às necessidades das pessoas e ao fortalecimento da existência humana tem sido uma preocupação constante entre alguns que se dedicam às questões da produção da saúde. A influência do marco da modernidade, do biopoder e dos interesses neoliberais nas sociedades contemporâneas compõem o pano de fundo do modo hegemônico de produzir saúde e, muitas vezes, dissociado deste cuidado. A promoção da saúde constitui um campo de produção de práticas de saúde fortemente atravessado por estas questões que impactam no seu modo de produzir o cuidado. Este trabalho busca fazer uma análise crítica sobre as práticas desenvolvidas do âmbito da promoção da saúde interrogando-as a partir da discussão da biopolítica e da produção do cuidado apoiada pelo referencial da micropolítica e de pensadores como M. Foucault, G. Deleuze, F. Guattari, S. Rolnik, E. Merhy, L. Feuerwerker, entre outros. Para tanto tomou emprestado o modelo das pesquisas do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e em Educação em Saúde que se utiliza de uma análise microvetorial para pensar a produção do cuidado e as políticas públicas. A escrita deste trabalho foi construída de forma a seguir um caminho análogo ao que se faz em uma viagem, onde o viajante vai fazendo paradas em estações onde encontra pessoas, lugares e territórios importantes para serem visitados, explorados e discutidos. Seu objetivo foi analisar a produção do cuidado nas práticas da promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), procurando compreender o que esta tem disparado como dispositivo no âmbito municipal e o lugar ocupado pelo cuidado em seu texto e no olhar e vivências de usuários, trabalhadores e gestores envolvidos com as práticas da promoção da saúde de um município do Estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem cartográfica onde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e abertas com trabalhadores, usuários e gestores do nível estadual e municipal, vivenciada a observação participante nas atividades com diferentes grupos, participação em reuniões de equipe em espaços de educação permanente, análise de documentos oficiais e construção de diário de campo. Observou-se que a PNPS como dispositivo acaba induzindo uma certa regularidade na produção das práticas desenvolvidas pelos municípios muitas vezes atravessadas por elementos biopolíticos de disciplina e controle. No entanto uma política é também o que se produz no cotidiano e neste município, apesar dos atravessamentos biopolíticos, tem servido também como janela de oportunidade para outras produções que contribuem para a produção do cuidado, sendo isto mais reconhecido por alguns trabalhadores, usuários e gestores do que por outros. As práticas de promoção desenvolvidas fazem convites diferentes para os usuários, ora pautados na prescrição e disciplinarização, ora no reconhecimento de suas singularidades, limitações e projetos de vida, ativando lugares de produção para o cuidado totalmente diferentes e que muitas vezes causam tensionamentos entre os profissionais por requisitarem estratégias de cuidado diferentes ao usual, como a estratégia de redução de danos no caso do programa do tabagismo. Apesar de algumas práticas desenvolvidas propiciarem o encontro, a construção de vínculo, ampliarem as conexões e serem regidas pelas tecnologias relacionais, na AB estas práticas não ganham importância na agenda e as que são desenvolvidas são mais prescritivas.

Conclui-se que no município analisado, o lugar da promoção da saúde tem oportunizado, a partir de algumas práticas desenvolvidas, acessar outros planos de produção que se apoiam no uso das tecnologias relacionais e que contribuem para um cuidado centrado nas singularidades dos usuários. No entanto faz-se necessário dar mais visibilidades a elas como forma de interrogar a produção de práticas mais prescritivas e o cuidado produzido sem centralidade no usuário muitas vezes produzido na Rede. A PNPS neste município funcionou como um dispositivo de legitimidade e fortalecimento das práticas desenvolvidas, mas não foi a responsável pela indução das mesmas.

Palavras chaves: Produção do cuidado em saúde, Política de Promoção da Saúde, Biopolítica, Micropolítica.

LEITE, E. F. D. Production of care amidst biopolitic captures and deviations in the practices of health care promotion. Cartographies in the SUS context. [Master´s degree dissertation] Public Health Institute, University of São Paulo, São Paulo, 2016.

Abstract

The need of renewal in health care practices oriented toward a care that is sensitive to people´s needs and to the strengthening of human existence has been a constant concern among some of those who devote their work to the issues of production of health. The influence of the landmark of modernity, of biopower and of neoliberal interests in contemporary societies compose the background of the hegemonious manner of health production, which is frequently dissociated from the above mentioned form of care. The promotion of health constitutes a field of production of healthcare practices strongly influenced by the issues that arise from such background and that have an impact on the production of care. This work aims to make a critical analysis of the practices developed in the health promotion context through the discussion of biopolitics and of the production of care supported by the theoretical reference of micropolitics and of authors such as M. Foucault, G. Deleuze, F. Guattari, S. Rolnik, E. Merhy, L. Feuerwerker, among others. To that end, the research model of the Observatory of Public Policies in Health, which applies a micro vectorial analysis to the study of the production of care and public policies, was borrowed.The text structure of this dissertation was built to mimic a travel in which the traveler makes stops at stations, meets people, and visits, explores and discusses relevant places and territories. The objective was to analyze the production of care in the practices of health promotion in the context of Brazil´s Universal Health Care System (SUS) in light of the National Policy for Health Promotion (PNPS), aiming to better understand what the PNPS has been triggering in the municipal context and the place the notion of care holds in the structure of the text of the PNPS and in the eyes and experiences of the users, workers and managers involved with the health care promotion practices in a city in the state of São Paulo. It is a qualitative research with a cartographic approach in which data was collected via: a) semi-structured and open interviews with workers, users and managers at state and municipal levels; b) participative observation in activities within different groups; c) participation in staff meetings in permanent education spaces; d) analysis of official documents and the construction of a field journal/log. It was observed that the PNPS induces certain regularity in the production of the practices developed by the cities, often affected by biopolitical elements of discipline and control. However, a policy is also what is produced on a daily basis and in this city, in spite of the biopolitical influence, it has served as a window of opportunity for other productions that contribute to the production of care, although some workers, users and managers acknowledge and are aware of this fact more than others. The developed promotion practices make different invitations to the users, at times based on prescription and discipline, at times in the acknowledgement and recognition of their singularities, limitations and life projects, activating totally different locus for the production of care, which in many cases causes tensions among the professional because these practices demand different than usual strategies of care, such as the reduction of damage strategy for the smoking program. Even though some of the practices enable encounters and bonding, increasing connections that will be managed by the relational technologies, in primary care units these practices are not given importance in the agenda and the ones that are developed are more prescriptive.

In conclusion, in the analyzed city the locus of health promotion, through some of the developed practices, presents opportunities to access other plans of production based on

relational technologies and that contribute to a care centered in the singularities of the users. Nonetheless, it is necessary that more visibility be given to them as a way to question the production of the more prescriptive practices and of the not-centered in the user care frequently produced in this context. In this city, the PNPS worked to legitimize and strengthen the developed practices, but it was not responsible for their induction.

Keywords: Production of care in Health, Promotion of Health Policy, Biopolitics, Micropolitics.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS ….....14

1. INTRODUÇÃO..... 17

1.1. O MOTIVO DA VIAGEM: O QUE LEVO NA PARTIDA?
UM POUCO SOBRE MINHA IMPLICAÇÃO 19

2. DA VIAGEM À PESQUISA..... 27

2.1. DA IMPLICAÇÃO AOS OBJETIVOS DA PESQUISA-VIAGEM …..... 27

2.1.1. Qual o Objetivo Geral? …..... 27

2.1.2. Quais os Objetivos Específicos?.....27

2.2. QUAIS OS ASPECTOS METODOLÓGICOS DESTA PESQUISA-VIAGEM? …..28

2.2.1. Um pouco sobre Cartografia …..... 30

2.2.2. Um pouco sobre a abordagem do campo pela Pesquisadora, uma Viajante Cartógrafa..... 35

3. PRIMEIRA PARADA: ESTAÇÃO PROMOÇÃO DA SAÚDE …..... 40

3.1. MINHAS APROXIMAÇÕES E ENCONTROS NESTA ESTAÇÃO 42

3.1.1. Um pouco sobre o debate em torno da Promoção da Saúde …..... 42

3.1.2. Sobre o contexto e a história da Promoção da Saúde no âmbito do SUS …..... 50

3.1.3. . Alguns elementos para olhar a Política Nacional de Promoção de Saúde como Dispositivo..... 59

4. SEGUNDA PARADA: ESTAÇÃO ¨PRODUÇÃO DO CUIDADO¨..... 71

5. TERCEIRA PARADA: ESTAÇÃO UM LUGAR ONDE MUITAS COISAS ACONTECEM..... 82

5.1. UM MUNICÍPIO CONHECIDO, UM SUS VIVENCIADO, UM LUGAR QUE ME IMPLICA E QUESTIONA …..... 83

5.2. INCÔMODOS E DESCONFORTOS DA TRABALHADORA-GESTORA: O QUE O CORPO SENSÍVEL SENTIA E PEDIA PROVOCANDO O PENSAMENTO RACIONAL E ESTRUTURADO A BUSCAR.....88

5.3. UM POUCO DAS HISTÓRIAS DAS PRÁTICAS DO NUESA. UM PANORAMA GERAL.....90
5.4. MINHAS CAMINHADAS E MEUS ENCONTROS PELOS LUGARES DESTA ESTAÇÃO. UMA EXPLORAÇÃO RIZOMÁTICA.....99
5.4.1. Sobre os Analisadores, apoio para minhas reflexões e análises sobre o Campo.....101
5.4.2. Encontros e Vivências. Entre capturas e produções: Reflexões sobre o campo à luz dos Analisadores.....104
5.4.2.1. O Programa de Atividade Física- Exercita Cosmópolis.....104
5.4.2.2. O Programa de Apoio à Cessação do Tabagismo- PACTA.....117
5.4.2.3. Programa Mais Qualidade de Vida.....147
5.4.2.3.1. Programa Cuidando dos Cuidadores.....147
5.4.2.3.2. Programa Fazendo Arte - Oficina de pintura em tecido.....152
5.4.2.4. Programa de Prevenção e Educação em Saúde Bucal- Projeto Boquinha.....154
5.4.2.5. Territórios da Atenção Básica 165
5.4.2.6. As Conversas com os Gestores do Nível Central.....173

6. UMA BREVE PARADA PARA PENSAR A PNPS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO DISPOSITIVOS NO MUNICÍPIO ANALISADO E AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS. QUAL A RELAÇÃO? 176

7. HORA DA CHEGADA! BAGAGEM CHEIA! CORPO SENSÍVEL MARCADO, AGORA SE ENTENDENDO COM O PENSAMENTO. MINHAS CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 178

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS …..... 184
9. APÊNDICE …..... 193
9.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ….....193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CIR	-	Comissão Intergestores Regional
CIT	-	Comissão Intergestora Tripartite
CMDCA	-	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente
CMS	-	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRATOD	-	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
CROSP	-	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
CTA	-	Centro de Testagem e Aconselhamento
CVE	-	Centro de Vigilância Epidemiológica
CsO	-	Corpo sem Órgãos
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DANT	-	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVDCNT	-	Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCNT	-	Doença Crônica Não Transmissível
DRS	-	Departamento Regional de Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da família
EPS	-	Educação Permanente em Saúde
FSP	-	Faculdade de Saúde Pública
INCA	-	Instituto Nacional do Câncer

MS	-	Ministério da Saúde
NUESA	-	Núcleo de Educação em Saúde
OPAS	-	Organização Pan- Americana da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PACTA	-	Programa de Apoio à Cessação do Tabagismo
PNPS	-	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PUCC	-	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RMC	-	Região Metropolitana de Campinas
SAE	-	Serviço de Atenção Especializada
SES-SP	-	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	-	Universidade de Campinas
USP	-	Universidade de São Paulo
UFRJ	-	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VS	-	Vigilância em Saúde

Esta vida é uma viagem
pena eu estar
só de passagem

Paulo Leminsk

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho envolve o tema da Produção do Cuidado no campo da Promoção da Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem cartográfica que tomou emprestado o modelo das pesquisas do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e em Educação em Saúde, nucleado pela UFRJ, sob coordenação de Emerson Elias Merhy, tendo um núcleo associado na FSP-USP. Esse observatório propõe uma análise microvetorial das políticas, que inclui uma genealogia das políticas e sua análise como dispositivo, que produz subjetivações e coloca diferentes atores em movimento. Em relação à produção do cuidado, reconhecido como um fenômeno humano privilegiado, extremamente complexo, considera-se necessária abordagem que coloque em conversação as diferentes perspectivas que o produzem. A abordagem microvetorial inclui uma análise de diversas dimensões ou vetores que captam aspectos singulares da produção do cuidado do ponto de vista dos atores envolvidos neste campo do agir humano. Portanto, realizar uma análise vetorial é procurar captar o agir e intencionalidade destes atores quando se movem nesta produção. Ao propor uma análise microvetorial pensa-se na análise destes vetores em seus efeitos micropolíticos, compreendendo que todas as ações de cada ator têm repercussões nos demais atores do sistema, sejam gestores do sistema de saúde, trabalhadores diretamente envolvidos no cuidado e/ou usuários (MERHY, 2013 a).

Nesta pesquisa, inicia-se tomando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), recém revisada, como dispositivo para compreender seus efeitos, os usos que diferentes atores fazem dela, como se mobilizam e disparam falas e ações, procurando identificar o lugar ocupado pela produção do cuidado neste processo.

Em seguida procurou-se explorar como as práticas da promoção da saúde desenvolvidas impactam na vida dos usuários, procurando interrogá-las a partir da perspectiva da biopolítica, explorando a dobra subordinação x cuidado.

Para dar colorido, maior contorno e superfície a este trabalho, ele será apresentado de forma a compartilhar o caminho percorrido como em uma viagem realizada onde fui fazendo paradas em estações que desejava visitar. Conto sobre a motivação em realizá-la, a opção pelo modo cartográfico em trilhar o caminho, sobre importantes lugares e territórios explorados, pesquisadores e atores visitados. Enfim, conto sobre os encontros que tive e que me afetaram durante as paradas em cada estação e que procurei ir cartografando e registrando para compor

as memórias desta viagem. Compartilho também conversas-leituras com alguns autores e pensadores que me encorajaram e apoiaram no preparo para esta viagem desafiadora, que movimentou uma parte importante de meu território existencial, o de profissional de saúde.

Muitas “viagens” na história da humanidade resultaram em acontecimentos importantes, provocaram mudanças, desencadearam outros acontecimentos e contribuíram para o delineamento dos rumos da história. Levaram ao encontro de novos mundos, povos, linguagens, culturas e diferentes formas de viver. Viajamos até a lua! Coragem, medo e espírito de aventura devem ter habitado a alma dos homens para estes desbravamentos...

Não pretendia com esta viagem interferir nos rumos da história, mas tinha o forte desejo de mudar os rumos da minha história no mundo do meu trabalho em saúde. Precisei de coragem e espírito de aventura... medo e desejo de encontrar me habitaram o tempo todo...

Apesar de uma viagem sobre trilhos e lugares certos que desejava visitar, não sabia para que territórios me levariam os encontros que teria pelo caminho. Cada encontro, um, vários ou nenhum acontecimento...Desvios? Quem sabe? Talvez soubesse durante e ao final da viagem. Sei que alguns reconhecerei somente depois de um tempo, quando as emoções já estiverem mais tranquilas e derem espaço para outras percepções, sentimentos e sentidos...

A literatura de viagem tem uma história longa e foi se modificando desde o período das descobertas passando de relatos descritivos para narrativas que registram uma experiência/vivência. Se antes o interesse era a descrição de um espaço exterior e seu reconhecimento, hoje a narrativa de viagem firma-se como a escrita de uma vivência pessoal de viajante que resulta em uma poética de impressões subjetivas. Essas narrativas, contadas pelo viajante, são uma espécie de ligação entre um mundo vivenciado e um outro desconhecido. Contar os acontecimentos de uma viagem implica numa tradução do “outro”, do “novo”, considerando que o viajante tem um repertório próprio de imagens, símbolos e concepções. Os relatos unem aventura, observação, impressões e representações, condicionados a uma prática particular, a viagem. O tema da viagem é ainda hoje marca recorrente na literatura universal sendo um recurso narrativo reconhecido em um número considerável de obras modernas. Se apresenta sob formas diversas destacando dentre elas a alegoria, que tomei emprestado para a construção desta escrita. (BARREIROS, 2010).

Vale destacar que a mim pareceu combinar muito com a opção pelo modo cartográfico de trilhar o caminho nesta pesquisa.

Aqui então, apresento a escrita deste trabalho como uma viagem cartográfica...

1.1. O MOTIVO DA VIAGEM. O QUE LEVO NA PARTIDA? UM POUCO SOBRE MINHA IMPLICAÇÃO.

A escolha do tema da pesquisa está relacionada com uma história antiga, de 27 anos, de inserção, de militância, de muita mistura com o mundo do trabalho do Sistema Único de Saúde - SUS do Município de Cosmópolis-SP, e de muitos encontros intercessores que tive no caminho pela vida e que me colocaram num estado de profunda desorganização e intensa implicação com meu trabalho. O conceito de intercessor de que usufruo aqui é de DELEUZE (2010 b) que o tem como a possibilidade de desvio que cria, que propicia a criação do novo, por isso o toma como algo essencial. Com Guattari, Deleuze aponta os intercessores como quaisquer encontros que fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor, pois sem os intercessores não há pensamento (apud BERTUSSI et al., 2011, p.320). ABRAHÃO et al. (2014) apontam que os intercessores se constituem como interferências que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber.

A "multiplicidade de encontros" que tenho vivenciado com profissionais e professores da saúde coletiva, filósofos, conceitos, não conceitos, histórias, lugares e processos têm provocado muitas reflexões e transformações em minha vida profissional e pessoal. Um caminhar que tem desencadeado um intenso processo de desterritorialização. Em que desterritorializar tem o sentido de um movimento pelo qual se deixa o território em que se estava. Neste caso, o valor de território é existencial e circunscreve para cada um o campo do familiar e do vinculante (ZOURABICHVILI, 2009).

Venho de um núcleo profissional bastante duro, a odontologia, e meu caminhar pelo SUS se iniciou por esta entrada. A odontologia, pela própria natureza de suas práticas, é uma profissão bastante centrada nas tecnologias duras e leve duras[1]. Sinto que esta condição produz este profissional com um certo distanciamento do olhar mais integral e interessado nas

[1]O conceito de tecnologias duras, leve duras e leves será abordado com maior profundidade mais à frente no texto. São conceitos produzidos por Emerson Merhy para designar as tecnologias que constituem o processo de trabalho na saúde. Para MERHY (1997), as tecnologias duras correspondem aos equipamentos e medicamentos; as leve-duras, correspondem aos conhecimentos estruturados como da clínica e da epidemiologia e as leves, correspondem às tecnologias relacionais, que possibilitam ao trabalhador escutar, comunicar-se, compreender, estabelecer vínculos e cuidar dos usuários.

necessidades de saúde e singularidades das pessoas para a produção do cuidado e do trabalho em equipe. Desconforto era o que sentia diante de cenas vivenciadas que visibilizavam este traço na formação de vários profissionais da odontologia com quem trabalhava. Acabei experimentando, além da odontopediatria no consultório particular e no SUS, outras possibilidades dentro da odontologia e acabei me identificando profundamente com odontologia coletiva e preventiva. Hoje, acredito que ela me permitia uma maior aproximação com a produção de vida em mim. As inúmeras conexões que propiciava para fora do núcleo da saúde contribuindo para a produção da própria saúde me motivavam, me apontavam outras possibilidades de produção que me oxigenavam. No entanto isto não era muito claro para mim, pois o núcleo duro da formação em odontologia, uma racionalidade científica, a meu ver bastante sedutora e interessante, que se produz nos mínimos e micro detalhes mesclando arte e ciência, sempre esteve ali, impresso em mim, cobrando seu reconhecimento e produção.

Paralelamente, e pelo grande envolvimento com as questões da Educação e Prevenção em Saúde Bucal e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), acabei me encontrando com o campo da Educação Permanente em Saúde (EPS[2]). Pude perceber e sentir sua potência, pois dialogava fortemente com o desejo de que a produção da saúde fosse diferente daquela que vivenciava, ou seja, que possibilitasse a construção de outros mundos e outras relações entre as pessoas no cotidiano do trabalho em saúde.

Ainda caminhando pelo SUS, vivenciei diferentes inserções no mundo do trabalho, desde atividades clínicas, atividades coletivas, no Conselho Municipal de Saúde (CMS) até a gestão de serviços e o espaço central da SMS.

Fortemente agenciada[3] pelo encontro com a gestão e suas demandas, mobilizada pela busca por respostas para as dificuldades de mudanças nas práticas de saúde e influenciada pelo campo da EPS, acabei me encontrando fortemente com a discussão da micropolítica da produção do cuidado e do trabalho em saúde.

---

[2]Educação Permanente em Saúde: Para além de formulada como política no Brasil, é uma ferramenta de problematização dos processos de educação no mundo do trabalho que reconhece os processos de aprendizagem como “acontecimento” a partir do “encontro” entre trabalhadores, usuários, normas, práticas de cuidados e tantas outras coisas do mundo que invadem a vida produzida na saúde. Encontros que também produzem, a partir das experiências singulares, estranhamentos, incômodos, bem como possibilidade de invenção de novas formas de agir e estar com os outros (EPS EM MOVIMENTO, 2014 a).

[3]Agenciada vem de agenciamento usado por Deleuze e Guattari em que agenciamento é antes de tudo um “acontecimento”. Todo agenciamento envolve uma dupla dimensão: uma relativa às modificações corporais de ações e de paixões, mistura de corpos reagindo uns sobre os outros (agenciamento maquínico de corpos), ou de estado de coisas que efetuam um acontecimento remetendo à formação de potências. Uma outra dimensão relativa às transformações incorporais ou enunciados de linguagem que efetuam o acontecimento na sua face incorporal e que remetem a um agenciamento coletivo de enunciação. Ao mesmo tempo um agenciamento tem

Se por um lado este referencial vem trazendo alento para muitos dos meus desconfortos, por outro vem provocando outros incômodos, muitos deslocamentos, desterritorializações, reterritorializações e ressignificações em relação ao meu papel como trabalhadora e gestora, e portanto, em relação à produção da saúde e do cuidado. Enfim, tenho vivido muitas aprendizagens, mas muitas desaprendizagens têm sido necessárias.

Posso dizer que realmente *"desaprender e se sustentar na desaprendizagem não é nada fácil"* [4].

Meu trabalho constitui parte importante de meu território existencial, desconstruir muitas de suas verdades, algumas construídas há muitos anos, significa desconstruir parte de mim e assumir que existem outras verdades em disputa, assumir minhas limitações e uma grande abertura, disposição e coragem para acolher e viver o novo.

Clarice Lispector em "A paixão segundo GH", (2009, p. 9) me ajuda a dar língua a este estado em que me encontro há algum tempo:

> Perdi alguma coisa que me era essencial, e que já não me é mais. Não me é necessária, assim como se eu tivesse perdido uma terceira perna que até então me impossibilitava de andar, mas que fazia de mim um tripé estável. Esta terceira perna eu perdi. E voltei a ser uma pessoa que nunca fui. Voltei a ter o que nunca tive: apenas duas pernas. Sei que somente com duas pernas é que posso caminhar. Mas a ausência inútil da terceira me faz falta e me assusta, era ela que fazia de mim uma coisa encontrável por mim mesma, e sem sequer precisar me procurar. (...) É difícil perder-se. É tão difícil que provavelmente arrumarei depressa um modo de me achar, mesmo que achar-me seja de novo a mentira de que vivo.

Continuarei caminhando, se sempre com duas pernas eu não sei. Acho difícil, talvez impossível suportar. Mas sinto que o conforto da terceira perna, apesar de alguns dos meus incômodos, produz também uma certa cegueira. Talvez usar terceiras pernas provisórias seja uma saída...

Sei que o que me move é fomentar a produção da vida. É onde venho buscando coragem para duvidar, desconstruir e começar tudo de novo. Ir experimentando, acolhendo o inusitado, duvidando sempre das aparentes certezas, me colocando em análise em meus propósitos, encontros e fazeres.

---

[4]Comentário de Débora Bertussi no Grupo de Estudo em Micropolítica da FSP-USP na discussão sobre cartografia em novembro de 2014.

lados territoriais ou reterritorializados que o estabilizam e pontas de desterritorialização que o impelem (ZOURABICHVILI, 2009; FUGANTI, 2016).

Posso dizer que meu encontro com o referencial que apoia a discussão da micropolítica da produção do cuidado e do trabalho em saúde realmente foi um acontecimento[5] em mim.

FEUERWERKER (2014) aponta Emerson Merhy como um pensador central na proposição da análise micropolítica nos processos da saúde. Este autor propõe o uso da esquizoanálise e da cartografia para dar visibilidade ao desenho e à dinâmica em ato do emaranhado de linhas e planos que configuram o real social em determinado momento e sob certos pontos de vista, apontando outras possibilidades para as respostas sobre as dificuldades de transformação das práticas que vão para além das ofertadas pelos conceitos de estrutura e superestrutura da sociedade.

> A micropolítica, entendida como plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder seria o plano a ser analisado. Por isso mesmo estudar o cotidiano da produção do mundo é uma opção forte – que possibilita ir para o campo mais em aberto, com menos a prioris, mapeando a quente como, em cada território, vão se fabricando as relações, seus limites, suas possibilidades. Esse olhar investigativo aplica-se a todas as áreas. No campo da saúde, por ser este um processo que se produz em ato, essa opção torna-se mais importante ainda. (FEUERWERKER, 2014, p. 37)

Atualmente, coordeno o Núcleo de Educação em Saúde (NUESA), responsável pelo desenvolvimento das Políticas de Educação Permanente em Saúde, de Humanização da Atenção e Gestão na Saúde e de Educação, Prevenção e Promoção da Saúde no Município de Cosmópolis-SP e o encontro com esse referencial tem provocado várias reflexões em relação à organização e produção de suas práticas. Tem me possibilitado questionar as práticas que vem sendo produzidas, bem como subsidiado os processos de mudanças nos modos de produzir saúde e cuidado em meu cotidiano junto aos vários profissionais de saúde e usuários com quem venho me encontrando.

Vale destacar que minha formação e a de vários profissionais, com quem trabalho, foi bastante influenciada pelo referencial teórico da medicina preventiva, do discurso preventivista, do modelo explicativo da História Natural da Doença e seus famosos formuladores, Leavell e Clark, e da Promoção da Saúde. Tal referencial, embasa o modo

---

[5]Chamo de acontecimento uma mudança na ordem do sentido, ou seja, o que fazia sentido até o presente tornou-se indiferente e mesmo opaco para nós e aquilo a que agora somos sensíveis, não fazia sentido antes. (ZOURABICHVILI, 2009, p. 25). Ponto de cisão ou de disjunção de um antes e um depois (ZOURABICHVILI, 2009, p.26). É no mundo dos acontecimentos cotidianos que nos movemos e nos constituímos (SOARES e MIRANDA, 2008, p. 414).

hegemônico de produzir saúde e influenciou fortemente a construção dos vários programas e ações desenvolvidas pelo NUESA em especial as de Educação, Prevenção e Promoção da Saúde. Soma-se a isto, a influência das políticas nacionais relacionadas ao campo de atuação do NUESA.

Criticar os modos hegemônicos de formar os profissionais de saúde, trabalhar e produzir políticas públicas de saúde tem constituído parte do núcleo de minhas implicações.

As reflexões críticas sobre o modo biomédico e hegemônico de produzir saúde têm Michel Foucault como forte pensador. Em suas formulações destaco, em especial, o marco da modernidade e o processo de medicalização da sociedade e da vida fortemente regido pelas tecnologias de poder e mecanismos de controle tão bem explorados em seus textos (2005, 2011 a, 2011 b).

Ao pensar sobre o poder em sua forma capilar na ótica da relação de dominação e sujeição, Foucault aponta os mecanismos de poder como processos de sujeição que sujeitam e controlam os corpos, gestos e comportamentos e como estes mecanismos começam a se tornar economicamente vantajosos e úteis politicamente na sociedade moderna. O biopoder emerge na sociedade moderna como um poder com direito de intervir cada vez mais para fazer viver, na maneira de viver e no como da vida para aumentar a vida, para controlar seus acidentes e suas deficiências. O biopoder sobre a população e sobre o homem é um poder de regulamentação, contínuo e científico de “fazer viver” a qualquer custo. Ele se reveste de uma forma de poder disciplinar que é portador de um discurso de regra natural e de norma que define um código de normalização e que resulta na docilização e disciplinarização dos corpos, e de uma forma biopolítica que mobiliza e controla a gestão da vida e que atua sobre a população enquanto espécie, onde a medicina ganha destaque como estratégia biopolítica, ou melhor, a disciplina representa a tecnologia moderna de governar os corpos, uma técnica para criar indivíduos dóceis e úteis e a biopolítica, por sua vez, foi a tecnologia política das populações, ambas funcionam a partir da definição do normal (...)FOUCAULT (2009). Ainda DELEUZE (2010 c) traz na biopolítica das sociedades contemporâneas “o controle” e aponta para as inúmeras formas de captura das pessoas e da sociedade por mecanismos de controle.

Complementando o exposto, LUZ (1988) traz que ao longo da modernidade, a doença foi se conformando como entidade patológica cuja sede é o corpo humano e que precisa ser combatida. Adoecer não é visto como um processo natural da vida, tornando a medicina a grande protagonista na guerra contra a doença e o medicamento o grande aliado da

medicina para derrotar a doença. A medicina passa ter um discurso disciplinar sobre a doença ao invés de teorizar sobre vida ou a saúde. A saúde passa a ser vista não como afirmação da vida, mas como ausência de uma patologia. As doenças e os riscos passam ser classificados, e com isto, se institui um regime disciplinar e de controle sobre a vida das pessoas.

Também ILLICH (1975), ao abordar sobre esta questão, usa o conceito de medicalização para descrever a invasão da medicina e seu aparato tecnológico na sociedade, se fazendo necessária para um número cada vez maior de pessoas, condições, áreas ou etapas da vida individual, que vão passando a ser alvo de cuidados e estratégias intervencionistas específicas, independentemente da existência real de sinais ou sintomas de caráter mórbido ou patológico. Destaca como exemplo, entre tantas situações e condições que vão sendo medicalizadas, passando a ser merecedoras da atenção médica: o recém-nascido, mulheres gestantes ou na menopausa, idosos, depressão, alcoolismo, drogadição, esterilidade, homossexualismo entre outros comportamentos não aceitos socialmente ou não considerados normais. Cita também a obesidade evidenciando como fator de risco para diversos males, mais modernamente em nossas sociedades, destacando o domínio e apelo ao uso irracional de fármacos, sejam inibidores de apetite ou esteroides anabolizantes para redução ponderal e ganho de massa muscular. Em qualquer caso expressando os valores do belo, desfrute de um corpo esbelto e bem aceito socialmente.

Em busca da saúde perfeita sem doenças, a sociedade se deixa ficar cada vez mais medicalizada e medicamentalizada, e é neste contexto, sob este referencial epistemológico, que ainda hoje, na sociedade contemporânea, é produzida a saúde em seus vários níveis de atenção.

Considerando este contexto, uma das principais questões desta pesquisa é analisar como se tem dado a produção do cuidado nas práticas da promoção da saúde em uma determinada rede de atenção em saúde.

Na maioria das vezes, as práticas no campo da Promoção da Saúde têm sido desenvolvidas sob a ditadura do “não adoecer” e a busca obsessiva pela “vida saudável”, sob responsabilidade única dos indivíduos (LUPTON, 1995; CZERESNIA e FREITAS, 2009; HAESER et al., 2012; CARVALHO, 2013). O conceito de saúde impresso nestas práticas parece ser o de ausência de doenças e não de valoração da vida, de fortalecimento e reconhecimento das existências humanas e de respeito aos diferentes modos de levar a vida.

A compreensão da produção da saúde sob o marco da modernidade, a disciplinarização e a regulamentação da vida produzidas pela biopolítica e pelos interesses neoliberais nas sociedades contemporâneas, me permitiu perceber o quanto o discurso da Promoção da Saúde tem sido produzido como estratégia de controle pela racionalidade médica e disciplina das doenças. Principalmente a tendência comportamentalista da promoção, focada nos estilos de vida e na transformação dos comportamentos individuais, que, na tentativa de se afastar das doenças, de buscar a saúde ideal, o corpo perfeito, acaba por corresponder, muitas vezes mais fortemente à lógica neoliberalista para se alcançar este estado a qualquer custo (LUPTON, 1995; CARVALHO, 2013). Destaco como exemplo, as práticas de incentivo a atividade física, cessação do tabagismo, alimentação saudável, entre outras ações.

Diante de tantas provocações, senti o desejo de olhar com olhos mais críticos e menos ingênuos para este lugar que parece estar capturado por uma racionalidade que opera muitas vezes com discursos e mecanismos disciplinares de controle e subordinação para uma vida saudável. Tem me feito questionar o que afinal temos produzido no campo da Promoção da Saúde? Que produção tem se dado no local que trabalho? Como as práticas têm sido produzidas? Que convite elas têm feito para as pessoas? De disciplina, subordinação e controle de suas vidas ou de produção de outras possibilidades e fortalecimento das suas existências? Em que medida elas ofertam possibilidades de cuidado?

MERHY (2007) e FEUERWERKER (2014) colocam que no lugar hegemônico da produção da saúde e do cuidado existem disputas, linhas de fuga, que apontam para a produção de outras práticas de saúde.

Considerando esta possibilidade, reconhecer práticas para além das hegemônicas de subordinação e biomedicalização da vida no campo da promoção da saúde, compõe parte do núcleo de minha implicação com o objeto da pesquisa. O conceito de implicação, de acordo com Lourau (apud ABRAHÃO et al., 2014), consiste na produção de questionamentos sobre a própria prática do pesquisador, em que a análise se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, referências, motivações, bem como das relações de saber-poder sempre produzidas nos encontros entre o pesquisador e seu objeto abrindo desta forma espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado e implicado na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de andar a vida.

BERTUSSI et al. (2011) consideram que um processo de investigação é sempre interessado, visto que se inicia a partir de certas dúvidas e inquietações que levam a problematizações que apontam para necessidade de estudar o objeto em questão. Desse modo, como o pesquisador não é neutro em suas escolhas, faz recortes de partes da realidade a ser investigada a partir de suas implicações.

Adensando sobre a questão desta implicação trago o texto, "O conhecer militante do sujeito implicado: O desafio em reconhecê-lo como saber válido" de MERHY (2004) com o qual me identifiquei muito como pesquisadora implicada em processo de formação. Neste texto, Merhy em conversa com um pesquisador e sua pesquisa, aponta que apesar dele ser um sujeito interessado, visto que ele mesmo reconhecia não existir pesquisa desinteressada nem pesquisador neutro, parecia que algo mais do que suas opções ideológicas e teóricas o mobilizava. MERHY (2004) dizia que provavelmente ele havia se deparado consigo mesmo no material e que estava diante do problema de ser também um "sujeito implicado", ou seja, ele era o pesquisador e o pesquisado, o analisador e o analisado. O autor também destaca o número cada vez mais significativo de trabalhadores de saúde que buscam parcerias com núcleos de pesquisadores e universidades para estudar seus próprios processos de intervenção, na busca de mudanças nos serviços e práticas de saúde. Muitos procuram submeter a processos investigativos sua própria ação no trabalho, trazendo, com isso, para a análise o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado. Ou seja, traz antes de qualquer situação epistêmica, a sua implicação. O autor acrescenta que:

> A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender "mais" sobre a situação e a ação para continuar agindo. Neste tipo de processo a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. O processo é obrigatoriamente autoanalítico. Este processo é inacabado e desejante, a relação sujeito e objeto é sempre um acontecendo. O incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. (MERHY, 2004, p. 23).

Assim, como o pesquisador do texto de MERHY (2004), entendo que também sou uma pesquisadora implicada que deseja olhar em sua pesquisa a produção do cuidado, num determinado lugar da Rede de Atenção à Saúde em que teve e tem importante papel protagonista.

Além dos objetivos da pesquisa, tenho como aposta a possibilidade de, através do movimento provocado pelo estudo, como uma intencionalidade de pano de fundo, contribuir para propiciar novas possibilidades de cuidar implicadas com a produção da vida individual e coletiva. Ou seja, à semelhança de uma pesquisa interferência, produzir interferência como ondas de rádio fazendo ruído e desconcertando a aparente estabilidade das identidades, dos territórios propiciando "novas visibilidades" e outras produções (MOEBUS, 2015).

É com toda esta implicação e provocada pelos autores apontados anteriormente que inicio esta viagem cartográfica...

2. DA VIAGEM À PESQUISA:

Aqui apresento cientificamente meus desejos e os caminhos,

respeitando os protocolos acadêmicos para uma dissertação...

2.1. DA IMPLICAÇÃO AOS OBJETIVOS DA PESQUISA-VIAGEM.

2.1.1. Qual o Objetivo Geral?

Analisar a produção do cuidado nas práticas desenvolvidas no campo da promoção da saúde no âmbito do SUS em um município da Região Metropolitana de Campinas (RMC) - SP, à luz da Política Nacional da Promoção da Saúde.

2.1.2. Quais os Objetivos Específicos?

- Analisar como o tema do cuidado é abordado no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
- Analisar os efeitos e usos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), como dispositivo, em um município.
- Compreender como, trabalhadores e gestores percebem e vivenciam a produção do cuidado nas práticas desenvolvidas no campo da promoção da saúde.
- Compreender como as pessoas que participam dos programas da promoção da saúde percebem e vivenciam o cuidado produzido nas práticas oferecidas.

2.2. QUAIS OS ASPECTOS METODOLÓGICOS DESTA PESQUISA-VIAGEM?

MERHY (apud FEUERWERKER e MERHY, 2011, p. 290) ao escrever sobre a complexidade da pesquisa na área da saúde, aponta que é possível identificar vários importantes planos na constituição de uma unidade de saúde e no trabalho que acontece em seu interior e que adensam esta complexidade. Sob o ponto de vista da produção da organização e do cuidado, há ao menos a perspectiva da gestão, a dos trabalhadores e a dos usuários. Cada qual entra no cenário com conceitos, intencionalidades e projetos, abrindo um campo de produção que pode se configurar de maneira mais ou menos rígida.

A complexidade das organizações e do trabalho em saúde impõe grandes desafios metodológicos para os processos investigativos. Dependendo de como se planeja o estudo, apenas alguns dos múltiplos planos existentes serão acessados. Isto vale também para como se acessa os diferentes atores envolvidos. Particularmente complexo é acessar a produção do cuidado, que acontece em ato e da qual encontramos apenas vestígios, alguns deles registrados em prontuários, a maior parte deles impressos no corpo dos que estiveram envolvidos em sua produção (FEUERWERKER e MERHY, 2011; FEUERWERKER, 2011).

ABRAHÃO et al. (2014) ao discorrerem sobre formas de investigação em saúde apontam que a produção do conhecimento abre diferentes possibilidades na relação objeto e pesquisador, e nas formas de compreensão de como se aprende e se conhece. Algumas focadas na neutralidade do investigador, em como assegurar um processo em que se controla e se isola o objeto, entendendo que conhecer guarda uma íntima relação com revelar uma verdade a partir do olhar armado pelo método científico. Outras, ao contrário, operam com a perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, *in-mundo*[6], com o objeto. Nesta perspectiva, a implicação é intrínseca à produção do conhecimento. A construção do conhecimento se processa como ativadora e produtora de intervenção na vida e acontece nesta mistura, neste tingimento do pesquisador com o campo. A vida como produção e expressão de subjetividades. O pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, se afeta com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros.

[6]Termo utilizado por Ricardo Moebus, pesquisador-doutor da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da UFRJ, durante uma discussão sobre metodologia para designar a implicação do pesquisador com o objeto em 04/10/2012.

PASSOS et al. (2012) destacam que uma pesquisa qualitativa que pretenda investigar processos na área da saúde, diferentemente de uma pesquisa quantitativa que pode contar com recursos tecnológicos de última geração que atendem as necessidades de exatidão científica e contemplem o modelo da ciência moderna, requer procedimentos mais abertos e ao mesmo tempo mais inventivos para lidar com o desafio de estudar os processos e acompanhar seus movimentos, sem deixá-los escapar por entre os dedos. A produção de conhecimento que considera a produção de subjetividade acaba por demandar especial atenção para um problema metodológico que surge: Como estudar esse plano de produção da realidade? De que forma acompanhar esses processos de produção?

MERHY (2004) aponta que cartografar os serviços de saúde colocando em tensão as lógicas e planos produzidos por gestores, trabalhadores e usuários pode nos aproximar desses múltiplos territórios e produções. Ainda discorre sobre

> a aposta em uma cartografia, centrada nos próprios trabalhadores dos serviços de saúde e que os colocassem no centro da análise como sujeitos implicados, permitindo que se ressignificassem enquanto os vários sujeitos que são, remetendo-se de um para o outro, analiticamente, abrindo as possibilidades coletivas de darem novos sentidos para seus agires, múltiplo, para o campo da saúde como lugar de produção de capacidade de viver, e de todas as possibilidades que isto pode significar socialmente (...) Esta cartografia podia ir sendo aberta por cada um e por todos em situação comunicativa, podendo gerar muitas possibilidades de mapeamento(...) Mapear territórios e desterritorializações, que se interrogam, interrogando os sujeitos em suas várias formas de existência é a sua intenção, permitindo-nos analisar estas relações de muitas maneiras (MERHY, 2004, p. 22).

Considerando todo o exposto, para me aproximar da complexidade e subjetividade que atravessa o objeto desta pesquisa, a pretensão foi de realizar uma pesquisa qualitativa de abordagem cartográfica em que, neste caso, a forma de investigação opera com a perspectiva da constituição do pesquisador no mundo com o objeto, misturando-se e afetando-se com o próprio processo da pesquisa como apontado anteriormente.

A seguir procuro compartilhar um pouco do referencial sobre cartografia que me encontrei nesta caminhada. Por ainda buscar minha própria maneira de falar e escrever sobre esta forma de investigação e por meu desejo em compreendê-la apontar que ainda o faço mais com o corpo sensível do que com as palavras, optei em não ser breve nas citações dos autores procurando proporcionar ao leitor uma maior aproximação para, quem sabe, possa também perceber a delicadeza e complexidade desta forma de investigação.

2.2.1. Um pouco sobre Cartografia

Uma definição provisória por ROLNIK (2011 p. 23):

> Para os geógrafos, a cartografia - diferentemente do mapa, representação de um todo estático - é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Mairesse (apud FEUERWERKER e MERHY, 2011, p. 295) aponta que a cartografia participa e desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência, inaugurando uma nova maneira de produzir conhecimento que envolve a criação, a arte e a implicação do pesquisador/cartógrafo.

Para PASSOS et al. (2012), o sentido da cartografia está no acompanhamento do percurso, implicação em processo de produção, na conexão de redes ou rizomas. Onde rizoma, conceito usado por Deleuze e Guattari (apud ZOURABICHVILI, 2009, p. 97), constitui multiplicidade, não sendo feito de unidades, mas de dimensões, ou antes, de direções movediças. Não tem começo nem fim, mas sempre um meio, pelo qual cresce e transborda. Ele se encontra sempre no meio, entre as coisas. Diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer, e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços da mesma natureza. Ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não signos.

O olhar rizomático traça uma cartografia desenhando um mapa como diagrama variável (PRADO FILHO e TETI, 2013).

Em uma cartografia são múltiplas as entradas e a realidade cartografada se apresenta como um mapa móvel. Ela propõe uma reversão metodológica. Propõe transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá (*do grego *hódos* significa caminho). Em *metá-hodos* o caminho da pesquisa é definido e predeterminado pelas metas dadas inicialmente e no segundo, o caminho seria a meta da pesquisa. Essa reversão aposta na experimentação do pensamento, um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Não se abre mão do rigor, mas ele é ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos

movimentos da vida. A precisão é tomada como compromisso e interesse como implicação na realidade (PASSOS et al., 2012).

A cartografia tradicional traça mapas de territórios, relevo e distribuição populacional, mas uma cartografia social faz diagramas de relações, enfrentamentos e cruzamentos entre forças, agenciamentos, jogos de verdade, enunciações, jogos de objetivação e subjetivação, produções e estetizações de si mesmo, práticas de resistência e liberdade. A análise cartográfica configura-se como um instrumento para olhar o nosso presente que possibilita a crítica do nosso tempo e daquilo que somos (PRADO FILHO e TETI, 2013).

MAIRESSE e FONSECA (2002) colocam que a arte de cartografar antecede o ato de escrever sobre as histórias.

DELEUZE e GUATTARI (1996) referem que a construção cartográfica possibilita produzir outras diferentes formas de ver e dizer, ou seja, produz novas visibilidades e dizibilidades para os acontecimentos e afecções que acontecem na produção da vida, dos afetos e das práticas.

No contexto do trabalho em saúde FEUERWERKER (2014, p. 32) coloca que:

> as cartografias do processo de trabalho buscam visibilizar por meio das relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de "não cuidado", o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, que traduzem o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários.

FRANCO e MERHY (2007, p. 11) complementam ainda que a cartografia

> para conduzir uma avaliação, em um mundo tão rico como é o processo de trabalho, complexo e dependente dos sujeitos reais que ao mesmo tempo que produzem, são produzidos, deve buscar uma investigação que traga para a cena investigativa os próprios sujeitos do trabalho. Isso porque somente eles poderão revelar o mundo em que está imersa sua práxis produtiva; os atravessamentos e as transversalidades que vão dando o compasso tenso do estruturado e da sinfonia caótica, que é a dos processos de trabalho em saúde; a potência das relações entre sujeitos, seus processos de subjetivação como produtores de novas potências do viver, na produção dos modos (finitos ilimitados) de caminhar a vida.

A cartografia permite se encontrar com processos em curso e que são muito dinâmicos e mudam a todo instante, permite ver a produção mais viva no cotidiano da saúde.

E sobre o cartógrafo?

> "Para distinguir o piscar mecânico e fisiológico
> de uma piscadela sútil e comunicativa,
> é preciso sentir a marginalidade, a solidão e a saudade.
> É preciso cruzar os caminhos da empatia e da humildade".
> (DA MATTA 1978, p. 35)

O cartógrafo na relação com o campo, ao misturar-se nele e com ele, necessita estar aberto aos encontros que tiver pelo caminho. Necessita expor o seu sensível colocando-o à favor dos acontecimentos que vão se dando durante o processo. Precisa despir-se dos à prioris, dos juízos de valor e de qualquer forma de julgamento, o que nem sempre é fácil e que pede momentos de conversa e processamento das vivências durante o caminhar cartográfico.

Para ROLNIK (2011, p. 23) é do ofício do cartógrafo

> dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago.

Ainda sobre o ofício do cartógrafo ROLNIK (2011, p. 65) coloca que,

> a prática de um cartógrafo diz respeito, fundamentalmente, às estratégias das *formações do desejo no campo social.* E pouco importa que setores da vida social ele toma como objeto. O que importa é que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar (...) Do mesmo modo, pouco importam as referências teóricas do cartógrafo. O que importa é que, para ele, **teoria é sempre cartografia** - e, sendo assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha (...). Para isso, o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. (...) o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia.(...). Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender. **Aliás, "entender", para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar** (...). O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. E o

> que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem (...). **O que ele quer é participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade** (...). Deixa seu corpo vibrar todas as freqüências possíveis e fica inventando posições a partir das quais essas vibrações encontrem sons, canais de passagem, carona para a *existencialização*. **Ele aceita a vida e se entrega. De corpo e língua.** Restaria saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Ora, estes tampouco importam, pois ele sabe que deve "inventá-los" em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. **Por isso ele não segue nenhuma espécie de *protocolo normalizado*. O que define, portanto, o perfil do cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade**, que ele se propõe fazer prevalecer, na medida do possível, em seu trabalho (...). Já que não é possível definir seu método (nem no sentido de referência teórica, nem no de procedimento técnico) mas, apenas, sua sensibilidade, podemos nos indagar: que espécie de equipamento leva o cartógrafo, quando sai a campo**?**

Segundo ROLNIK (2011), o manual do cartógrafo é muito simples. Ele leva no bolso: um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações que cada cartógrafo vai definindo e redefinindo sempre para si. Seu critério é, fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento. Seu princípio é extramoral: a expansão da vida é seu parâmetro básico e exclusivo, lhe interessando o quanto a vida está encontrando canais de efetuação nas situações com as quais lida. Tanto seu critério quanto seu princípio são vitais e não morais. Sua regra? Só tem uma: uma espécie de regra de ouro, que consta como cláusula principal no contrato do cartógrafo/pesquisador (MAIRESSE e FONSECA, 2002) e que dá elasticidade a seu critério e a seu princípio: o cartógrafo sabe que é sempre em nome da vida, de seu compromisso com ela e de sua defesa, que se inventam estratégias, por mais estapafúrdias que sejam.

Com base nas leituras referenciadas aqui e algumas aproximações com o fazer cartográfico vivenciado em outra investigação na saúde, pude sentir a identidade entre meu desejo nesta pesquisa e o que experienciar uma cartografia, e ser uma cartógrafa possibilita. No movimento em que ela se faz e que também desencadeia, cartografar abre para a possibilidade de produção de outros possíveis e novas formas de fazer e ver. Possibilita experimentar, afetar e afetar-se, refletir, problematizar, transformar e principalmente, importante para mim pelo contexto do lugar em que se deu esta pesquisa, possibilita produzir movimentos no campo.

Ser pesquisadora cartógrafa nesta pesquisa-viagem, agenciou em mim uma sensação de abertura e liberdade autorizada de exploração do campo sem restrições ampliando as possibilidades de me encontrar com a vida, com o outro e suas vidas, suas singularidades, suas sensibilidades, suas produções, e também com o mundo do meu trabalho em saúde, mas de outra forma com suas multiplicidades, tensões e diferentes intensidades quando foram captadas pelo meu sensível, ou seja, pelo meu corpo vibrátil (ROLNIK, 2011). Além disso, a cartografia considera o reconhecimento de qualquer intensidade captada no campo e autoriza falar sobre ela sem restrição.

ROLNIK (apud EPS EM MOVIMENTO 2014 c, p. 3) denomina corpo vibrátil como uma outra dimensão da nossa subjetividade onde repousam nossas sensações. E define sensação como um algo a mais que acontece em nossa relação com o mundo para além da nossa percepção (que só alcança o visível), e para além do nosso sentimento (que diz respeito somente ao eu), diferindo também da memória e da inteligência. Uma dimensão que tem sido bastante desconsiderada na sociedade capitalística em que vivemos na contemporaneidade.

TALLEMBERG (2015) destaca em sua tese de doutorado uma questão importante sobre o ofício do cartógrafo que trata de um perspectivismo a ser considerado na experimentação cartográfica:

> Tal ofício exige, irremediavelmente, adotar certo perspectivismo: o cartógrafo compõe seus mapas, segundo sua posição e referência diante da paisagem, está sujeito aos regimes de luz e sombra, numa composição de seu corpo-cartógrafo com os objetos que cartografa: suas produções, diferentemente de representar uma natureza encontram-se radicalmente ligadas a como se experimenta a paisagem, e portanto, um cartógrafo mapeia efeitos. Seu ofício é o mais per-efeito, quanto mais este assume que seu ofício é da ordem do inacabamento, da precariedade, pois a paisagem é pura variação, e se transforma com um simples reclinar de sua cabeça. Seu ofício nunca poderá ser perfeito, acabado, sua arte e ética são rarefeitas, criadas a cada nova incursão na paisagem: mapeia, interferindo, interfere, mapeando-se (TALLEMBERG, 2015, p. 17).

Nesta pesquisa-viagem esta condição ganha uma dimensão peculiar pois experimentei como cartógrafa uma paisagem da qual faço parte e com a qual sou bastante implicada. Senti que fazer parte da paisagem, com os regimes de luz e sombra operando nesta perspectiva, marcou a composição dos meus mapas de forma diferente de quando experimentei, como cartógrafa, em outra investigação qualitativa de abordagem cartográfica, uma paisagem da qual não fazia parte. Senti que meu corpo sensível se afetou de formas e intensidades diferentes.

2.2.2. Um pouco sobre a abordagem do campo pela Pesquisadora, uma Viajante Cartógrafa

Neste caminhar cartográfico, pensando nos objetivos desta pesquisa, para vivenciar o campo, do qual faço parte como trabalhadora-gestora, condição esta que marca o lugar de sujeito militante implicado (MERHY, 2004), e acessar diferentes planos de produção, fui experimentando estratégias diferentes e variadas conforme meu corpo sensível e campo pediam.

Nestas andanças e aproximações com o campo procurei assegurar que possibilitassem o "encontro" de forma a garantir meu diálogo com os diferentes atores (usuários, trabalhadores e gestores com distintas inserções) e coletivos (equipes de saúde e grupos de usuários de distintos programas) envolvidos de alguma forma com as práticas da promoção da saúde.

Mas de que encontros estou falando?

De encontros que se pautem na abertura para o novo, para o diferente, possibilitando afetar o outro e deixar -se afetar no sentido usado por Spinoza, que compreende por afeto "as afecções do corpo pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções" (SPINOZA, 2013 p. 98; DELEUZE, 2002).

De encontros que possibilitem a ampliação do olhar para ver e reconhecer coisas que não se vê regularmente, que possibilitem a troca de modos de agir e saberes que produzem sentido ético e político para o fazer no campo da saúde e que MERHY (2013 b) aposta ser uma estratégia pedagógica fundamental para reconhecer a produção viva de práticas e saberes no cotidiano do trabalho em saúde, sendo estratégicos nos processos de educação permanente que reconhece o trabalhador como um potente sujeito epistêmico (MERHY, 2004).

Apostar na potência dos encontros para novas produções conversa diretamente com meus desejos nesta pesquisa como apontado anteriormente. Além de colher elementos para minhas reflexões nesta pesquisa, desejava intensificar meu emaranhamento e vivências nos espaços micropolíticos do cotidiano do trabalho em saúde e usufruir dos seus acontecimentos, produções e ao mesmo tempo provocar novos movimento e sentidos. Desejo de experimentar e desencadear movimentos cartográficos, e assim então, procurei deixar-me afetar pelos inúmeros encontros que tive nesta pesquisa viagem.

Para analisar a abordagem do tema do cuidado no contexto da Política Nacional da Promoção da Saúde e o que ela como dispositivo produz de efeitos no âmbito de um município para o desenvolvimento de práticas de atenção, olhei inicialmente para os documentos da Política Nacional de Promoção da Saúde, incluindo sua primeira redação em 2006, sua recente revisão incluindo dois documentos com redação provisória, e para os registros do Observatório da Promoção da Saúde[7] do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE)/Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)/Secretaria de Estado da Saúde (SES) - SP. Entrevistei também atores estratégicos para a produção e operacionalização da política da SES/SP do âmbito estadual e regional e da coordenação nacional do processo de revisão da PNPS e entrevistei gestores de alguns município que fazem parte da mesma Comissão Intergestores Regional (CIR) que o município selecionado para esta pesquisa faz parte.

Para acessar e compreender como usuários, gestores e trabalhadores participantes das práticas da promoção da saúde fazem uso da política, suas mobilizações e como percebem e vivenciam o cuidado produzido nas práticas desenvolvidas, me encontrei com eles às vezes organizados em coletivos e às vezes individualmente de modos diferentes, algumas vezes informalmente e algumas de forma mais formal a depender do ator envolvido.

Senti que esta formalidade ou informalidade interfere radicalmente na forma como os participantes se encontravam comigo. Intuo que esteja relacionada à um instituído que marca o lugar de pesquisadora e o que uma pesquisa, neste caso de pós-graduação, carrega no imaginário das pessoas e que marcada por realizar-se a partir da FSP da USP causava em certa medida em alguns, preocupação em relação a sua "performance" na conversa comigo. Após a leitura e assinatura de um TCLE ouvi: *"Nossa você tá fazendo seu mestrado na FSP da USP..., será que eu vou saber falar"*? Esta fala me causou muito desconforto, provocou o corpo sensível e me fez pensar como fazer nos próximos encontros. Queria neutralizar a interferência deste lugar que parecia funcionar como um dispositivo de saber-poder usado por mim e que parecia interferir na forma como as pessoas se encontravam comigo. Cheguei a

[7] O Observatório de Promoção de Saúde – SP é uma iniciativa da Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) da Secretaria da Saúde de São Paulo (SES), visa propiciar amplo acesso a informações e análises sobre promoção de saúde, facilitando a produção de estudos e pesquisas assim como a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos na área. Possibilita a otimização dos diversos dados disponíveis, sistematizando as fontes existentes, disponibilizando-as e promovendo um intercâmbio de informações e experiências, colaborando com os gestores, na tomada de decisões (SÃO PAULO, 2016 a).

pensar que não conseguiria me livrar da interferência daquele contexto que parecia funcionar como um dispositivo de captura, trancando atores e suas palavras no plano da representação. Parecia realmente haver uma captura para um lugar instituído. Sem querer marcar todos os instituídos com um valor negativo, mas que neste caso específico estava presente por ser um instituído que traduzo como um lugar de saber maior e verdadeiro proporcionado pelo trânsito na academia subordinando um saber menor pouco válido de quem não transita por ali e que, portanto, não poderia saber sobre as verdades que a ciência tem produzido, interferindo nas afecções produzidas e nossa conversa. Como se agenciasse a pessoa falar o que deve ser e não o que é de fato. Interessante que até a postura física se modificava... A partir deste encontro procurei pouco abordar a pesquisa em si, procurando incentivar que contassem sobre suas vivências com o tema e a partir dai construir conversas mais livres.

As entrevistas em uma cartografia são realizadas ao longo do processo e podem, quando o momento pede, se configurar como entrevistas abertas, que gostaria mais de chamar de conversas abertas aqui. Elas se fizeram a partir de alguns pontos de referências, sem roteiro prévio, pautadas pelo meu roteiro de preocupações e liberdade para seguir os rumos que fossem necessários.

Desta forma realizei conversas abertas com 04 atores estratégicos da produção e operacionalização da política da SES/SP do âmbito estadual e regional e da coordenação nacional do processo de revisão da PNPS e entrevistas semi-estruturadas, com um pequeno roteiro de perguntas, com 22 gestores da Atenção Básica e Educação Permanente de 13 municípios que fazem parte da mesma Comissão Intergestores Regional (CIR) que o município selecionado.

No município escolhido para esta investigação, olhei para dois lugares da sua Rede de Atenção à Saúde vinculados ao desenvolvimento das práticas de promoção da saúde, o Núcleo de Educação em Saúde (NUESA) e a Atenção Básica (AB).

Na Atenção Básica (AB) me aproximei de 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), selecionadas pelo grande envolvimento de alguns de seus profissionais com algumas práticas de promoção, pela minha aproximação com as Unidades e por três delas estarem envolvidas no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e já terem passado por mais processos de discussão para a qualificação da atenção.

Com os participantes da esfera municipal também realizei conversas abertas, foram 22 trabalhadores da AB e do NUESA sendo que entre eles haviam agentes comunitários de saúde, enfermeiros, psicólogos, cirurgião dentista, fisioterapeuta, educador físico, médico, auxiliar e técnico em saúde bucal e professor de pintura, 08 gestores envolvendo a gestão central da SMS, a coordenação geral da atenção básica, coordenação de UBS e de programas do NUESA e 19 usuários participantes das práticas e atividades oferecidas no município. Em alguns momentos também utilizei minhas memórias e minhas vivências como fonte narrativa (EPS EM MOVIMENTO, 2014 d).

Fazer parte do campo como trabalhadora-gestora e já estar de certa forma misturada na rede de saúde facilitou meu trânsito para acessar o plano das vivências dos participantes envolvidos e poder compartilhar do seu cotidiano, de seus agires e mobilizações, possibilitando produzir outras visibilidades sobre a relação com o cuidado a partir destas práticas. Por outro lado, acredito também ter dificultado acessar outras questões e situações que podem ter ficado à sombra (TALLEMBERG, 2015) sem ganhar visibilidade e possibilidade de conversa e análise.

Me encontrei com alguns coletivos entre eles equipes de 04 UBS com ESF e as equipes dos programas relacionados à promoção à saúde no município em momentos de reuniões de educação permanente e em outros momentos distintos. Acompanhei 03 grupos de usuários do programa de tabagismo, 02 grupos de atividade física, 01 grupo de hiperdia de uma UBS, 02 grupos de oficinas de arte e 01 grupo do programa cuidando do cuidador. Com exceção do grupo do hiperdia, que acompanhei apenas uma vez, todos os demais acompanhei mais vezes.

Para disparar e fomentar minhas conversas nos encontros com os coletivos de trabalhadores utilizei vídeos e perguntas disparadoras que permitiram problematizar e interrogar algumas situações; em outros momentos para conversar tanto com trabalhadores e usuários eu apenas chegava e participava dos grupos e das discussões em equipe nas reuniões de educação permanente, em outros ainda apenas participava e observava, procurando sempre estar amparada pelo meu roteiro de preocupações.

BERTUSSI et al. (2011) colocam que a cartografia, por sua natureza permite interrogar os diversos sentidos cristalizados no trabalho e na instituição (os instituídos), criticando o que está posto como verdade e provocando os atores sociais a refletirem sobre os efeitos das práticas coletivas que (re) produzem, evidenciando as relações de poder, as

afecções e as caixas de ferramenta encontradas no campo de investigação, procurando desmanchar territórios constituídos e convocando à criação de outros territórios instituintes. Pensando nisto e em meu movimento cartográfico no fazer desta pesquisa, pude perceber que a cartografia proporcionou, em alguns momentos, da mesma forma que os autores colocam, interrogar os sentidos e instituídos no fazer cotidiano de algumas de nossas práticas, possibilitando a produção de outros movimentos.

Em vários encontros foi possível usar gravador, em outros apenas meu diário de campo para anotações. Com algumas pessoas quis voltar para conversar mais.

Nos encontros e conversas com trabalhadores e pela minha própria vivência e inserção no trabalho com as práticas relacionadas à promoção à saúde do município, alguns usuários e situações foram ganhando centralidade, seja pelo envolvimento com as práticas, seja pela complexidade da sua condição e/ou dificuldade de manejo da equipe e o cuidado a ser produzido. Desta forma, a partir do encontro com vários usuários e situações, alguns acabaram me implicando mais, levando a identificá-los como minhas situações ou casos traçadores, especialmente em um dos programas. Isso me permitiu dar mais visibilidade aos planos e a complexidade da produção do cuidado. Nestes casos me encontrei várias vezes com diferentes profissionais e usuários. Infelizmente um faleceu durante a pesquisa, então conversei também com familiar próximo.

Segundo FEUERWERKER e MERHY (2011) a utilização de casos traçadores como estratégia metodológica pode ser feita tanto em estudos quantitativos quanto qualitativos na saúde e podem ser usados como marcadores para analisar os vários planos de um processo de cuidado, um processo de mudança ou um processo educacional. A análise de situações traçadoras permite examinar “em ato” as formas como se concretizam, na prática, processos de trabalho complexos, como os da saúde, que envolvem um significativo grau de autonomia dos profissionais. Ela permite captar expressões de valores, conceitos e tecnologias que muitas vezes não são captados numa entrevista.

Nesta cartografia, para dar visibilidade à certas situações que conversavam com questões abordadas por esta pesquisa, precisei trabalhar também com algumas de minhas memórias relacionadas à vivências, misturas e experimentações que se deram há algum tempo, me fazendo perceber que esta cartografia também se faz com elementos trazidos por minhas vivências e experimentações anteriores.

Em muitos momentos, confesso, percebi a pesquisadora cartógrafa brigando e sendo capturada pelo devir pesquisadora tradicional, com querências de enquadrar e revelar... e este foi um tensionamento que vivi em todo o trilhar desta pesquisa-viagem, inclusive neste momento de escrita. Muitas vezes me sinto num "entre" pesquisadora tradicional e cartógrafa. Mas parece que eu gosto mais é de ser pesquisadora cartógrafa, mesmo ainda sendo categoria júnior em intensa experimentação. Procurando mais "entender sentindo e vivenciando" o que seja isto de fato...

Por isso penso ser fundamental os processamentos das vivências durante o processo e sinto que deveria ter me demorado mais neles neste caminhar.

Fui realizando o processamento e a análise cartográfica do vivenciado e experimentado no campo durante o caminhar cartográfico nos momentos de orientação desta dissertação. Para isto, como cartógrafa, senti que meus registros no diário de campo me ajudaram muito e ganharam maior potência nos processamentos quando houve possibilidade de ouvir as gravações referentes aos respectivos momentos registrados.

Neste movimento de análise cartográfica e processamento, questões analisadoras, as quais abordarei mais a frente, foram se revelando e me apoiaram no trabalho com os objetivos de análise e discussão desta pesquisa propiciando visibilidades e movimentos importantes no campo.

Mais à frente, em uma das estações, procuro abordar sobre o município selecionado.

Viagem em curso, a seguir faço a primeira parada desta cartografia em uma estação que considero fundamental explorar, Estação Promoção da Saúde.

3. PRIMEIRA PARADA: ESTAÇÃO PROMOÇÃO DA SAÚDE

Desejo de me encontrar com esta história de Promoção da Saúde,
De visitar alguns pensadores, estudos e documentos oficiais sobre o assunto,
Desejo de iluminar o cuidado neste território.

Com o tema do cuidado, meu roteiro de preocupações (ROLNIK, 2011) e toda minha implicação no bolso, desci nesta estação agenciada pela leitura intercessora dos autores

abordados inicialmente nesta escrita, aberta para os possíveis encontros que poderia ter e atenta ao meu corpo sensível.

Sob a lente do cuidado iniciei esta exploração querendo olhar para a promoção da saúde a partir de certos recortes para conversar com minha implicação. Desta forma procurei transitar pelos territórios que envolvem os aspectos conceituais e as tendências de abordagens da Promoção da Saúde, jogando luz nos conceitos embutidos ali e querendo também olhar para ela no contexto do SUS procurando questões e elementos que pudessem apoiar minhas reflexões. Desejava olhar também para a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na perspectiva de compreender sua construção e seu processo de revisão, as mobilizações e o que, como dispositivo, tem desencadeado no âmbito municipal a partir do recorte da gestão estadual, entendendo dispositivo no sentido construído por Michel Foucault:

> (...) Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo e a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. Sendo assim, tal discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como uma reinterpretação dessa prática, dando acesso a um novo campo de racionalidade. Em suma, entre esses elementos discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 2011c, p. 244).

Ainda considerando dispositivo como um termo importante na obra de Foucault, AGAMBEN (2005) coloca que o dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder. Em sua obra, Foucault analisa os modos concretos que vários dispositivos, como a prisão, a sexualidade entre outros, atuam nas relações, nos mecanismos e nos jogos de poder. Parecem se referir a uma série de práticas e mecanismos, ao mesmo tempo linguísticos e não linguísticos, jurídicos, técnicos e militares, com o objetivo de responder a uma urgência e obter um efeito.

Sendo assim, procurei também visibilizar tensões e disputas.

Destaco que no movimento de construção da escrita desta estação me autorizei a trazer os autores e referenciais que encontrei, e que conversavam com minhas questões, entremeados em determinados momentos por pensamentos e afecções que estes encontros produziram em mim. Trago também em determinados momentos falas de atores recortadas de conversas que tive nas vivências do campo que compuseram esta cartografia.

3.1. MINHAS APROXIMAÇÕES E ENCONTROS NESTA PRIMEIRA ESTAÇÃO.

3.1.1. Um pouco sobre o debate em torno da Promoção da Saúde.

Segundo CZERESNIA e FREITAS (2009), o discurso de promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes. A extensa produção de trabalhos sobre o tema evidencia o quanto as estratégias em promoção da saúde contemplam perspectivas das mais conservadoras às mais progressistas. Perspectivas já apontadas por LUPTON (1995) nos anos 90. E se olharmos para sua definição, a literatura refere que são numerosas as definições existentes e que isto se deve a diferentes considerações políticas, sociais e interpretações teóricas, algumas emanadas de diferentes relatórios tornando impossível uma definição única e universalmente aceita (SEEDHOUSE, 2004; CARVALHO, 2013; FERREIRA et al., 2016).

Winslow e Sigerist (apud BUSS, 2009, p. 21) foram os primeiros a fazer referência ao termo da promoção da saúde. O primeiro em 1920, quando discorre que:

> a promoção da saúde é um esforço da comunidade, organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma ‘maquinaria social’ que assegure a todos os níveis de vida adequada para a manutenção e o melhoramento da saúde.

E o segundo em 1946, quando a define como uma das quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (WESTPHAL, 2007; BUSS, 2009; FERREIRA et al., 2016) e também quando afirma que saúde se promove proporcionando condições de vida adequadas, boas condições de trabalho, educação, cultura física, lazer e descanso (BUSS, 2009).

Seu conceito ganha mais visibilidade a partir da década de 70 quando Leavell e Clark o utilizam ao desenvolverem o modelo da História Natural da Doença que comporta três níveis de prevenção, onde a promoção da saúde e a proteção específica dividem o nível da

prevenção primária, ou nível primário de atenção na medicina preventiva. Desde então seu conceito vem se modificando e passando por várias discussões e mais recentemente, passando a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde - doença - cuidado (WESTPHAL, 2007; BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Resgatando um pouco a história, vale lembrar que o enfoque biológico e social do processo saúde - doença esteve no centro do debate entre saúde pública e medicina durante boa parte do século XX até sofrer grande influência do Informe Lalonde (Canadá-1974) que introduz a importância do estilo de vida e do comportamento como um tema importante ao lado da biologia humana e fatores ambientais como as principais causas de morbimortalidade, e que, juntamente com o sistema de saúde, deveria compor as dimensões que necessitam ser consideradas na elaboração das políticas públicas, passando a ser um referencial importante nos debates e documentos produzidos desde então (BRASIL, 2002; WESTPHAL, 2006; BUSS, 2009; BRASIL, 2011; FERREIRA et al., 2016).

No Informe Lalonde as intervenções realizadas no ambiente foram denominadas de Proteção da Saúde, as dirigidas ao sistema de saúde de Prevenção, e as relacionadas aos estilos de vida de Promoção da Saúde (WHESTPHAL, 2006). Sua publicação inaugurou uma nova era de interesse social e político pela saúde pública (LUPTON,1995; WHESTPHAL, 2006) sendo o primeiro documento oficial a usar o termo promoção da saúde incluindo-o no contexto do planejamento estratégico (BUSS, 2009).

A modificação do conceito de promoção de saúde, ao longo dos anos teve grande influência e contribuição, além do Informe Lalonde (1974), de documentos como a Declaração de Alma Ata (1978), e principalmente das conferências internacionais de Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991), primeira I, segunda II e terceira III conferências respectivamente, consideradas responsáveis por estabelecerem as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. Na sequência vieram outras conferências internacionais que reafirmaram os compromissos das anteriores como a IV de Jakarta em 1997, a V no México em 2000, a VI em Bangkok em 2005, a VII em Nairobi em 2009 e a VIII e última, até o momento, em Helsinque em 2013 com o tema Saúde em Todas as Políticas. Além das conferências internacionais muitos outros movimentos ocorreram nestes anos para debater sobre a implementação e os caminhos da promoção da saúde. Vale destacar que seu conceito e suas práticas ganharam mais vigor nos últimos vinte e cinco anos, especialmente nos países desenvolvidos, certamente devido a uma reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior dos sistemas de saúde (BUSS, 2009).

Há algum tempo reconhece-se que a promoção da saúde vai além dos cuidados em saúde e que é preciso levar em consideração as condições de vida, as desigualdades e vulnerabilidades sociais e saúde em seu significado ampliado envolvendo um conjunto de valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação social e desenvolvimento. Lida-se desta forma com a própria noção de vida. E promover a vida em suas várias dimensões requer um esforço global do Estado. Refere-se também a uma combinação de estratégias envolvendo além do Estado, por meio de políticas públicas saudáveis, vários setores da sociedade, a comunidade, o sistema de saúde e o próprio indivíduo com suas singularidades, evidenciando que a responsabilidade pela produção da saúde envolve vários atores (WESTPHAL, 2007; BUSS, 2009; HAESER et al., 2012).

A revalorização do conceito de promoção da saúde resgata o pensamento da medicina social do sec. XIX onde alguns autores apontavam que a saúde depende das condições de vida (CZERESNIA, 2009).

Vale destacar que a promoção da saúde vem se constituindo desde as últimas décadas como um importante campo de práticas em saúde sendo estratégica para a saúde coletiva (BUSS, 2009; HAESER et al, 2012; FERREIRA et al, 2016), para a Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de reorientação do modelo de atenção em substituição ao modelo médico hegemônico (ROCHA et al. 2014) e em especial para a Vigilância em Saúde no tocante ao enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MALTA e MERHY, 2010; BRASIL-CONASS, 2011,5,1).

No entanto as práticas e estratégias de promoção da saúde apesar de articularem várias perspectivas, de procurarem repensar e redirecionar as práticas de saúde, também utilizam conceitos que orientam o discurso tradicional da saúde pública que se fundamentam no olhar biomédico sobre o processo de saúde - doença, justificando algumas dificuldades na operacionalização dos projetos de promoção da saúde (CZERESNIA e FREITAS, 2009).

Ampliando esta discussão, CZERESNIA (2009) aponta que o debate sobre o conceito de promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde e defende a ideia de que o conceito de saúde não é científico e que não há uma definição científica de saúde, mas sim de doença e que as práticas de saúde pública se organizam com base no conceito de doença não levando em consideração a distância entre esse conceito e o adoecer como experiência de vida. A autora chama a atenção para as armadilhas e restrições que os limites do conhecimento científico podem colocar para a construção das ações em

saúde. Aponta que não é o caso de abrir mão dos conceitos básicos que orientam a produção do conhecimento científico em relação à saúde e doença, mas de considerar suas restrições e ao mesmo tempo revalorizar a aproximação complementar com outras formas de linguagem e apreensão da realidade, como a arte, a filosofia e a política.

Ao olhar então para o que alguns autores que me encontrei falam sobre o conceito de saúde e doença, trago FEUERWERKER (2013) que reafirma que saúde é um tema da vida que tem a ver com o estoque de recursos de que dispomos para levar a vida da melhor maneira possível, que se relaciona a um projeto de felicidade e com os modos de estar no mundo que varia de pessoa para pessoa e ao longo do tempo, da história e das sociedades. Aponta que se saúde envolve tantas questões, são necessários muitos elementos para torná-la possível, como boas conexões, bons encontros, possibilidades de realizar projetos de vida, condições de viver ganhos e perdas, de enfrentar, sem desmontar, as dificuldades, frustrações e desencontros que também fazem parte da vida.

Sobre saúde e doença, CANGUILHEM (2010, p. 148) discorre que:

> Se reconhecermos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, consequentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (...). A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio.

A OMS em 1946 define: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente na ausência de enfermidade ou de doença”. Teixeira (apud OLIVEIRA, 2009, p.39) discorre que esta é uma concepção positiva de saúde, mas traz alguns inconvenientes, pois se mostra utópica, subjetiva e pouco precisa pelo seu significado relativo. Primeiramente, pela incapacidade de especificar o objeto que pretende definir e em segundo lugar pelo fato de se apontar a saúde como um estado, uma condição ideal de plenitude inatingível e, por outro lado, seria o objetivo final da existência humana.

Também sobre esta concepção, Boff (apud OLIVEIRA, 2009) coloca que esta compreensão não é realista, pois não é possível uma existência sem dor, sem enfermidades e sem morte. Para ele saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de

equilíbrio dinâmico entre todos os fatores que constituem a vida humana e destaca que todos estes fatores devem estar a serviço da pessoa para que tenha força de ser autônoma, livre e criativa frente às várias dificuldades e injúrias que vier a enfrentar.

Em 1984 a OMS reconheceu e alertou para o problema de se considerar saúde como objetivo final da existência humana, pois facilmente isto poderia levar à prescrição do que os indivíduos devem fazer e como devem se comportar, e que isto seria contrário aos princípios da Promoção da Saúde (BRASIL, 2002; FERREIRA et al., 2016). Outra preocupação apontada refere-se ao risco de programas de Promoção da Saúde dirigirem-se a indivíduos em detrimento ao enfrentamento dos problemas econômicos e sociais existentes, destacando que a exclusiva responsabilização dos indivíduos por sua saúde, imputando - lhes total poder para gerir suas vidas leva muitas vezes à culpabilização da pessoa quando esta falha, como descrito no trecho a seguir,

> A experiência demonstra que aqueles que formulam as políticas [públicas] com frequência consideram os indivíduos responsáveis por sua própria saúde. É comum que imaginem que as pessoas têm total capacidade de moldar as suas vidas e as vidas de suas famílias de forma a se livrar do peso evitável da doença. Então, quando adoecem, são culpabilizados e discriminados" (WHO,1984, apud FERREIRA et al., 2016, p. 6).

Em 1986 a Carta de Ottawa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986), ao definir promoção da saúde, traz saúde como um conceito positivo que enfatiza a importância dos recursos sociais, pessoais, bem como as capacidades físicas e destaca que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver (FERNANDEZ e MORAES, 2014).

CAPONI (2009) coloca que saúde é um estado singular, impossível de ser definido e generalizado por meio de um conceito científico e coloca que os programas de saúde coletiva devem considerar, além de estratégias de prevenção de enfermidades, a necessidade de políticas de promoção da saúde que permitam aos sujeitos maximizar a capacidade que cada um possui para tolerar, enfrentar e corrigir as infidelidades do meio que inevitavelmente conformam suas histórias. Considerando essa singularidade, a autora aponta para a necessidade de se ter um olhar diferente em relação aos riscos afirmando que eles são também inerentes às conquistas que possibilitam uma vida saudável, reconhecendo saúde também como a possibilidade de superar as condições e capacidades iniciais. Considerar risco nesta perspectiva de saúde implica pensar criticamente o conceito de risco usado pela epidemiologia e ao discurso de promoção da saúde.

MERHY (1998), entende saúde, em última instância, como a autonomia no modo de o usuário andar na sua vida.

Considerando a influência do conceito saúde e doença, além de vários outros elementos políticos, sociais e teóricos na definição da promoção da saúde, Sutherland e Fulton (apud BUSS, 2009, p.22) discorrem que as diversas conceituações disponíveis podem ser reunidas em dois grandes grupos, ou duas tendências de abordagens da promoção da saúde (HAESER et al., 2012).

Uma tendência comportamentalista, behaviorista, com enfoque comportamental, guiada pelos hábitos e estilos de vida que consiste na transformação dos comportamentos e onde são priorizadas ações educativas relacionadas a fatores de risco comportamentais individuais, transferindo a responsabilidade pela saúde para o próprio indivíduo como, por exemplo, o aleitamento materno, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, etc. Nesta abordagem estariam fora do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos (BUSS, 2009; HAESER et al., 2012). Esta tendência da promoção da saúde é fortemente apoiada no Informe Lalonde (CARVALHO, 2013).

BUSS (2009) afirma que o grande enfoque dado às mudanças de comportamento, seja no plano individual ou coletivo, com destaque para a redução de fatores de risco para determinadas doenças em certos programas identificados como de promoção da saúde é em boa medida responsável pela confusão entre promoção e prevenção. A origem desta abordagem repousa na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico e, portanto, na prevenção da doença e destaca que o conteúdo teórico entre os dois enfoques é mais claro na teoria do que na prática.

CARVALHO (2013) e FERREIRA NETO et al. (2013) destacam que em determinados contextos de hegemonia de políticas neoliberais, estratégias behavioristas podem constituir-se em uma maneira do Estado se desobrigar em relação às suas responsabilidades sociais à custa de maior responsabilidade dos indivíduos e grupos culpabilizando-os por seus problemas de saúde. Aos desfavorecidos, restaria adaptar seu comportamento de acordo com as regras, valores e normas que lhe são externas.

Nesta direção LUPTON (1995) aponta que os esforços da promoção da saúde são facilmente reconhecíveis como estratégias de governamentalidade liberal, pois muitas vezes direcionam a população a constituir grupos ou pessoas com problemas que demandam a assistência da promoção da saúde.

A outra tendência, considerada a “nova ou moderna promoção da saúde” é norteada pela concepção de qualidade de vida e pelos determinantes gerais sobre as condições de vida e saúde da sociedade. Sendo assim, saúde é produto de uma série de fatores relacionados à alimentação, habitação, educação, trabalho, resultados de uma opção hegemônica de organização social. Suas ações estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, por meio de políticas públicas focadas no desenvolvimento da saúde e na capacitação dos indivíduos e comunidades (BUSS, 2009; HAESER et al., 2012). O documento mais conhecido que representa o ideário da “nova promoção da saúde” é a Carta de Ottawa (CARVALHO, 2013).

Quando o conceito de promoção da saúde na Carta de Ottawa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986) coloca que está relacionado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo, pode-se dizer que as ações de promoção se propõem a ampliar o controle dos indivíduos sobre os determinantes da saúde, refere-se também a ampliar a autonomia dos indivíduos e coletividades para agirem sobre estes determinantes. Tem-se, portanto, autonomia como categoria norteadora das ações em promoção da saúde. Esta abordagem pode relacionar-se também ao desenvolvimento de habilidades pessoais e ao fortalecimento da ação comunitária, por meio do incremento do poder técnico e político das comunidades, chamado empowerment. Ser/estar *empowered* significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde (HAESER et al., 2012).

Autonomia está relacionada à ideia de liberdade, de fazer suas próprias escolhas, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e da possibilidade de traçar suas trajetórias de vida Fleury-Teixeira et al. (apud HAESER et al., 2012, p. 611).

Outra concepção de autonomia, relacionada especificamente à área da saúde, descrita por Menendez (apud HAESER et al., 2012, p. 613) denominada por ele de autoatenção, seria uma forma de autonomia inerente a todos os seres humanos, ou seja, todos possuem algum grau de autonomia, fato que algumas ações ditas de promoção da saúde, como educação em saúde e principalmente às de cunho comportamentalista muitas vezes ignoram e se tornam paternalistas e autoritárias acabando por limitar as liberdades individuais ao invés de ampliá-las que deveria ser o papel central da promoção da saúde.

HAESER et al. (2012) trazem que o respeito à autonomia do outro é um princípio ético fundamental e que significa respeitar a possibilidade do outro agir como autônomo,

sujeito de sua própria vida. Está relacionado à compreensão do direito do outro em ter um modo de pensar, fazer escolhas e orientar suas ações de acordo com seus valores e crenças. Sendo assim há uma incoerência quando, na promoção da saúde, o profissional informa o paciente qual a melhor forma de agir para garantir sua saúde, para que ele possa, enfim, decidir sobre sua saúde. Pois agora informado, irá decidir e acatar "autonomamente" as sugestões do profissional. Respeitar e contribuir para a autonomia na promoção da saúde não envolve somente o conhecimento técnico sobre saúde, mas também um aspecto político e social. As autoras afirmam que a construção das estratégias de promoção da saúde não tem configurado um campo de exercício de participação e escolhas das pessoas.

Corroborando com o exposto pelas autoras, penso no município desta investigação e fiquei me questionando que compreensão de autonomia habita os agires de trabalhadores e equipes no encontro com os usuários nas práticas desenvolvidas vinculadas à promoção da saúde?

Breque!!! Ruídos e estalos antes de seguir adiante na recapitulação das formulações em promoção à saúde

Todas estas leituras... daí me lembrei da história de um usuário portador de diabetes e hipertensão que diante das abordagens insistentes da médica para seguir suas orientações, cumprir a dieta com a restrição alimentar e mudar seu "estilo de vida" dizia:

" Doutoraa..., nesta vida eu prefiro a largueza do que a compridura..."

Hum... e agora? Pergunto eu...

Xeque-mate!

Tudo isto me provocaram os questionamentos: Como cuidar quando a autonomia e portanto, o desejo de quem cuidamos caminha na direção oposta à nossa formação e pede ferramentas para além do que temos em nossa caixinha de profissionais de saúde? Como cuidar quando o que prescrevemos e nossas ferramentas não dão conta?

Não cuidamos? E nos escondemos atrás das simples e repetidas falas:

*"Ele não quer se tratar de fato***", ou ainda,** *"não se encaixa ao que temos para oferecer aqui no serviço".*

Sigo na exploração deste território me questionando:

Como cuidar acrescentando mais anos às nossas vidas e vida aos nossos anos? Como equilibrar esta balança sem subordinar o outro às nossas verdades científicas prescritivas? Que convite as práticas vinculadas a promoção da saúde têm feito para as pessoas? Convites pautados em receitas prescritivas, disciplinadoras e normatizadoras para serem seguidas, ou pautados no respeito ao singular projeto de vida de cada um? Em que medida as práticas de promoção da saúde desenvolvidas, do meu cotidiano, têm sido capturadas pela centralidade na doença?

3.1.2. Um pouco sobre o contexto e a história da Promoção da Saúde no âmbito do SUS.

A Promoção da Saúde é um ideário que, desde os anos 70, vem referenciando ações e políticas em saúde em vários países (FERREIRA et al., 2016) e influenciando o agir de vários profissionais de saúde, não sendo diferente em nosso país. Seus principais pressupostos podem ser relacionados a antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX (WESTPHAL, 2007).

No Brasil, segundo o texto da política, a promoção da saúde reiteraria os princípios do SUS, adensando a luta para a construção de um modelo de atenção à saúde pública, universal, integral, equitativo e de qualidade, pautado pelo investimento em sujeitos autônomos e solidários, que fortaleça a gestão democrática dos serviços de saúde e estratégias intersetoriais de melhoria da qualidade de vida da população. Questões que estariam em sintonia com o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, documento que institui o SUS, reforçando que a saúde depende da qualidade de vida e que as ações públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012).

Segundo os textos da política, seria importante destacar que as mudanças que o Brasil vem apresentando nas últimas décadas em sua estrutura demográfica e em seu perfil epidemiológico, que se expressam pela redução da proporção de crianças de 0-4 anos e pelo envelhecimento da população, e portanto, pelo aumento da proporção de idosos, somados ao aumento na intensidade e frequência de exposição aos “modos de vida pouco saudáveis”, vem contribuindo para o significativo aumento e relevância das doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT) com significativa alteração do perfil de morbimortalidade brasileiro (BRASIL, 2005 a; MALTA e MERHY, 2010; BRASIL- CONASS, 2011, 5,1).

Segundo eles, este cenário exigiria uma reorganização do setor saúde visando à prevenção da mortalidade precoce e atenuação da carga das DCNT, demandando uma adequação dos modelos de vigilância, promoção e atenção à saúde.

Desta forma, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) tem priorizado um movimento de estruturação e descentralização da área de vigilância de agravos e doenças crônicas não transmissíveis (DANT), atuando em três eixos: promoção da saúde, vigilância das DCNT e seus fatores protetores e de risco e vigilância de acidentes e violências.

Neste movimento destaca-se a pactuação de uma agenda nacional de vigilância de DCNT com foco na formulação e implementação de políticas, programas e ações visando a prevenção do tabagismo, o fomento à prática da atividade física e o desenvolvimento de pesquisas e avaliações de efetividade das intervenções propostas.

Usando um conjunto de evidências científica sobre o impacto de determinantes e condicionantes na saúde de indivíduos e populações e no aumento das DCNT, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um conjunto de recomendações aos países denominado Estratégia Global (EG) para Prevenção e Controle das DCNT. No Brasil estas recomendações foram endossadas por um grupo de pesquisadores, a serviço do próprio Ministério da Saúde (MS), que desenvolveu um conjunto de estratégias de promoção da atividade física, promoção da alimentação saudável, abordagem sobre o tabagismo e consumo abusivo de bebidas alcóolicas.

Estas recomendações acabaram por se constituir em um marco teórico e prático para as ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT (BRASIL-CONASS 2011, 5,1) contextualizando a íntima relação da vigilância em saúde com a promoção da saúde onde a indução das ações de prevenção de DCNT e promoção da saúde constituem parte das principais atividades da área de vigilância em saúde no Brasil (BRASIL, 2005 a; BUSS e CARVALHO, 2009).

A primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa no Canadá em 1986 enfatizou a importância da Atenção Primária em Saúde (APS), também já apontada pela OMS, em documento oficial divulgado em 1984, como estratégica para o

fomento de uma promoção da saúde universal. No Brasil, o SUS tem na Atenção Básica[8] um lugar privilegiado para a operacionalização da promoção da saúde compondo uma parte importante para a integralidade do cuidado oferecido (BUSS e CARVALHO, 2009; CASTRO et al, 2010; ROCHA et al. 2014), e, portanto, para o cuidado das DCNT.

Muitas disputas e tensões levaram ao tardio início oficial do processo de institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS no SUS que se expressou com a criação de um Comitê Gestor da Política definido pela Portaria GM/MS nº 1.190, de 14 de julho de 2005. Embora o fomento, e influência de órgãos internacionais, para sua elaboração venha desde a década de 1990.

No caminho para a institucionalização como política, no início de 2006 a Promoção da Saúde ganhou destaque no Pacto pela Saúde[9], constando do elenco de prioridades do Pacto pela Vida, que divulgou como seus objetivos: Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, nas três esferas de gestão; Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo; Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros; Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável; Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006 (BRASIL, 2006 b).

Logo em seguida à divulgação do Pacto pela saúde, a PNPS é instituída pela Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2014 b). Nela confirma-se o compromisso do estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS.

---

[8]No Brasil existe uma polêmica em torno das formulações atenção básica/ atenção primária à saúde. Diferentemente de outros países, no SUS não separamos as ações de saúde pública das ações de cuidado, estão todas articuladas em nossa "atenção básica". Mais sobre essa polêmica: CONASEMS, 2011,3 e GIL, 2006.

[9] O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Para tanto foi estruturado em três componentes sendo eles, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006 b; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Inicialmente apenas órgãos e entidades do Ministério da Saúde compunham o Comitê responsável pela elaboração da PNPS, posteriormente o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 2007 e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 2012, passaram a compor o Comitê. Desta forma a promoção da saúde foi ganhando espaço na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde e dando espaço para outros atores contribuírem em sua formulação (BRASIL, 2014 b).

FERREIRA NETO et al. (2013), em estudo sobre o processo de construção da política nacional de promoção da saúde, trazem outras visibilidades da história deste processo e apontam que a mesma teve uma trajetória fortemente conflituosa estendendo-se por oito anos desde a sua entrada em pauta até a sua formulação final, passando por duas diferentes gestões federais. Assim como BUSS (2009), estes autores afirmam que a promoção da saúde ganha alguma institucionalidade no MS em 1998 com a formalização do projeto "Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção", em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde do MS. Neste momento o debate e a construção dos documentos sobre a promoção da saúde se davam sob a gestão ministerial do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) mudando significativamente em 2003 com início da gestão do Partido dos Trabalhadores (PT) à frente da pasta da saúde que manifestava forte intenção de construir uma política nacional em bases diversas do que vinha sendo realizado até então.

O grupo de discussão que passou atuar naquele momento apresentava uma composição mais plural, interrogando a necessidade de destacar a promoção dentro do processo de produção da saúde (mais amplo) e se mostrava bastante crítico em relação ao documento elaborado até então.

Os autores apontam que um forte fator de divergência foi o enunciado de um dos objetivos do documento: "Qualificar o SUS na perspectiva da promoção da saúde". Nesse estudo de FERREIRA NETO et al. (2013), um dos entrevistados que vivenciou esta discussão naquela época, contou que o grupo reagiu dizendo "*a gente não vai aceitar a promoção da saúde estilo de vida e tal, e essa fala de vocês que a promoção da saúde vem pra requalificar o SUS, a gente está fora*"! O entrevistado lembra que a 8ª Conferência Nacional de Saúde é anterior à *Carta de Ottawa* e que era necessário diferenciar a promoção da saúde do movimento internacional e fortalecer sua vinculação à história do SUS evitando a perspectiva de que seria a promoção que qualificaria o SUS.

Em virtude de mudanças no Ministério da Saúde, inicialmente em sua estrutura regimental em 2003, a coordenação da Promoção da Saúde passou para a Secretaria Executiva (SE), depois, ao final de 2004, devido à novas alterações na gestão do MS a coordenação da Promoção da Saúde e a continuidade da elaboração da PNPS foram transferidas para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância em Saúde. Essa mudança provocou divergências e contestação, pois implicaria numa visão reducionista da promoção, que a manteria restrita ao âmbito da prevenção de riscos ou doenças. Mas houve quem tenha identificado ganhos com esta decisão, admitindo que na Secretaria de Vigilância a promoção ganharia capacidade operacional, que ela não tinha na Secretaria Executiva (SE).

Neste período ainda houve uma tentativa de criação de uma Secretaria de Atenção Básica e Promoção que não se efetivou (BUSS e CARVALHO, 2009; CASTRO et al., 2010; FERREIRA NETO et al., 2013).

O estudo de FERREIRA NETO et al. (2013) ainda destaca iniciativas internacionais para influenciar a política no Brasil. Uma da Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS), quando toma a promoção da saúde como estratégia central para o Brasil no início da década de 1990; a segunda do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), para viabilizar a transformação do modelo de atenção pelo eixo da promoção da saúde, em que o conceito de promoção da saúde adotado era o definido, desenvolvido e experimentado internacionalmente (CASTRO et al., 2010) e a terceira proporcionada pela OMS para a "estratégia global para alimentação, atividade física e saúde". Esta influência internacional sobre a PNPS brasileira foi um dos elementos centrais da crítica feita pela gestão de 2003 ao primeiro documento da PNPS elaborado.

Segundo os autores dois argumentos se destacam nesta crítica, um é a divergência em relação à centralidade das ações de promoção sobre o estilo de vida, favorecendo a diminuição das responsabilidades do estado. O outro argumento aponta para o risco de transformarem a promoção em paradigma, dissociando-a da clínica, e enfatiza que a promoção da saúde deve ser tomada no arcabouço mais amplo da produção da saúde, da qual ela é um componente importante, mas não é seu eixo central.

Como contraposição a essas formulações, falou - se então em duas direções da promoção. Uma que normatiza estilos de vida e culpa o indivíduo, é vista como tendência internacional com diminuição dos compromissos do Estado, de modo que suas estratégias

privilegiam o enfoque na nocividade de hábitos ligados ao tabaco, à ausência de atividade física e à alimentação. A segunda direção vincula a promoção à autonomia de sujeitos e coletividades no seu modo de viver e vinculada aos pressupostos do SUS. Desta forma os autores apontam que o que se vê nos debates é a caracterização de duas concepções em disputa, como apontado anteriormente por outros autores como as duas tendências da promoção. A primeira, que produziu um projeto posteriormente criticado e que teria suas raízes no movimento internacional de promoção da saúde, enquanto a segunda teria suas bases teórico-políticas na reforma sanitária brasileira (FERREIRA NETO et al.,2013).

Vale destacar, que a disputa e tensão entre estas duas direções, ou tendências, passou para dentro do SUS e estão presentes nos movimentos de operacionalização das ações de promoção e atualmente percebo em meu cotidiano a hegemonia da primeira sobre a segunda.

Acho importante marcar aqui, (porque isto me afeta e pega no meu corpo sensível), que este deslocamento acaba reduzindo o foco das ações ao indivíduo (para evitar riscos individuais e ter estilos de vida saudáveis) e fragilizando ainda mais as que envolvem trabalhar nas condições sociais, econômicas entre outras. Ora, fumar, beber, não se exercitar e não comer direito pode ser uma escolha da pessoa, mas pode também estar relacionada com a produção da sociedade, com o modo e condições de vida. Ao trabalharmos mais numa direção do que outra, culparmos e responsabilizarmos o indivíduo, ainda desconsideramos, às vezes de forma radical, sua vida. O modo como vive pode ter sido a única forma que encontrou para suportá-la. Ora, como lidamos com tudo isto???? Como cuidamos???? Vejo pouca conversa e problematização em relação a esta questão nos espaços de discussão no âmbito regional e municipal por onde transito.

Retomando a linha de escrita anterior a estas reflexões, que vieram de meu corpo sensível, continuo a história da PNPS na sequência...

Neste contexto histórico de tensões e disputas ideológicas e políticas é que a PNPS foi aprovada em 2006.

Passados os anos, novos desafios trazidos pelos contextos nacional e internacional demandaram a necessidade de um processo de revisão da política pelo Ministério da Saúde, que se iniciou a partir de 2013, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Comitê Gestor em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Segundo o documento, o debate se deu de forma democrática e participativa envolvendo gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de

instituições de ensino superior e de representantes de instituições fora do setor saúde comprometidos com ações de promoção da saúde das cinco regiões brasileiras (BRASIL, 2014 b).

Como marcos do cenário nacional e internacional que pautaram a motivação para a revisão da PNPS podem ser destacados: Demandas do próprio setor saúde como a Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011) que destaca que as políticas de promoção da saúde devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial, articulando a Vigilância em Saúde com a Atenção Básica e que devem ser financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo para que sejam superadas as iniquidades e as especificidades regionais do País e pela divulgação de novas políticas no SUS como a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011) a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria nº 2.715/2011) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Portaria nº 2.761/2013) (MALTA, 2014; ROCHA et al., 2014) .

Somam-se às demandas apontadas pelo contexto nacional, novos compromissos nacionais e internacionais destacando-se os elencados pela 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a declaração de Helsinque com o tema Saúde em Todas as Políticas (2013), pela Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável – RIO +20 (2012), pela Conferência de Alto Nível da Organização das Nações Unidas – Doenças Crônicas não Transmissíveis, pela Declaração da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde e os apontados pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022. Acrescenta-se ainda mudanças na legislação como o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012 (MALTA, 2014; ROCHA et al. 2014).

Segundo FERREIRA NETO et al., (2013) a tarefa de efetuar uma revisão da PNPS, envolve especialmente dar maior ênfase aos determinantes sociais e atualizar a agenda de prioridades.

Em 11 de novembro de 2014 a Portaria Ministerial nº 2.446 redefine a Política Nacional da Promoção da Saúde que tem como objetivo geral:

> Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015, p.11).

E como objetivos específicos:

> I. Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social; II. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; III. Favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade; o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável; IV. Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios; V. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver; VI. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; VII. Promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão, e também a autonomia de sujeitos e de coletividades, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida; VIII. Promover processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicos em promoção da saúde, de acordo com os princípios e os valores expressos nesta Política, para trabalhadores, gestores e cidadãos; IX. Estabelecer estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis; X. Estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde. (BRASIL, 2015, p.11).

Com olhos de quem procura o tema do cuidado, ao explorar estes territórios até aqui, constatei na Carta de Ottawa que cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde, sem, no entanto, haver discussão sobre eles no contexto da promoção da saúde. Nas declarações das conferências do México, de Adelaide, de Sundsvall, de Santafé de Bogotá e de Jakarta embora reafirmem os compromissos da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), não fazem referência alguma ao cuidado.

A PNPS 2006 aborda, ainda que sem destaque, a integralidade do cuidado, apontando abranger outras dimensões que implicam na ampliação da escuta pelos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades (BRASIL, 2006 b; CASTRO et al., 2010).

Ao olhar a PNPS revisada (BRASIL, 2014 b) e alguns documentos elaborados durante o processo de revisão, percebi que o tema do cuidado assim como o de redes, ganha maior visibilidade que na versão de 2006, embora na redação final do documento alguns elementos, que a meu ver conversam com o cuidado que abordo aqui, e aposto, tenham sido suprimidos.

Em uma conversa com um dos atores envolvidos intensamente no processo de revisão, ao questioná-lo sobre a supressão de alguns elementos, contou-me que durante o processo de revisão, -"*muitas histórias se deram, e que sendo naturalmente um processo com várias tensões e muitas disputas, mudanças ocorreram até a publicação da portaria em novembro de 2014"(Artur - representante ABRASCO).* Segundo ele e outro entrevistado da minha pesquisa (Anésia-gestora estadual), que também participou da revisão, destacaram, que o processo se deu de forma bastante democrática[10] e com "muita tensão, envolvendo atores de diversos segmentos, com interesses e linhas de pensamentos diferentes".

Destacou que no início do processo de revisão apareceu de forma bastante significativa o tema "Redes de produção social da saúde e de cuidado", mas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), o CONASS e o CONASEMS não concordaram em manter o tema afirmando que só reconheciam o termo Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois apenas este era pactuado naquela instância gestora apesar do tema aparecer em documentos do MS.

Na redação final da PNPS revisada o cuidado se expressa na sua introdução, em seus valores e princípios e em seus temas transversais, neste último, no item "Produção de saúde e cuidado" apontado para ser trabalhado na lógica das redes de atenção à saúde e esta última por sua vez, aparece como estratégia nos eixos operacionais para favorecer a produção do cuidado pela promoção da saúde. No entanto também não ganha uma abordagem mais ampla em relação à sua produção no âmbito da promoção da saúde.

Chego neste ponto da viagem tendo iluminado, a tensão em torno do conceito de promoção da saúde influenciada por um embasamento conceitual de saúde e doença que marca um agir em saúde que tensiona para uma certa produção de práticas, as inúmeras tensões e disputas ideológicas e políticas que marcaram e ainda marcam a construção da PNPS no âmbito do SUS e a influência internacional em sua construção para uma direção e não outra.

---

[10] Mais sobre o processo de revisão da PNPS ver ROCHA, et al. (2014).

Tendo visibilizado a forte relação da promoção da saúde com a vigilância em saúde (VS) e com o controle das DCNT (atravessadas pelo significativo olhar biomédico, agir preventivista, prescritivo e normativo), que marca uma tensão em torno do individual e coletivo muito forte no campo da promoção e define planos de produções bem diferentes com hegemonia de um (individual) sobre o outro (coletivo). E visibilizado também a influência desta relação na construção da política.

E por fim, tendo lançado luz ao fato do cuidado, desde o início, ser um tema abordado de forma marginal nas formulações da promoção da saúde e que vem lentamente, entrando no texto e discurso da PNPS sob forte tensão e disputa de linhas de pensamentos distintas.

Sigo o caminho pensando como tudo isto reverbera nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas e no cuidado que produzem.

3.1.3. Alguns elementos para olhar a Política Nacional de Promoção de Saúde como Dispositivo.

Desejo, neste ponto da viagem, procurar elementos que conversem com algumas das questões que trago na bagagem: O que esta Política tem produzido como dispositivo? Que mecanismos de indução ela tem utilizado? O que tem desencadeado nos municípios? Como o cuidado aparece neste contexto?

Me interessa aqui ver movimentos e efeitos desencadeados a partir da PNPS em um plano que envolve uma determinada esfera de gestão, e como atores deste plano tem se mobilizado em relação a ela. Este plano envolve a coordenadoria das DCNT do CVE/SES, responsável pelo fomento e operacionalização da PNPS no Estado de São Paulo, e o DRS VII de Campinas. Mais à frente, procuro ver estes movimentos e efeitos na estação referente ao município selecionado, que constitui um outro plano desta investigação e lugar desta cartografia.

E o que significa tomar a política como dispositivo?

Em primeiro lugar, e como já apontado anteriormente, empresto o termo dispositivo do pensamento foucaultiano e o utilizo nesta pesquisa- viagem como um conceito-ferramenta para ajudar dar visibilidade aos mecanismos de poder, ou seja, estratégias de controle,

disciplina, sujeição, assujeitamento e resistência que operam como linhas de forças na dobra saber/poder/fazer tanto nas produções dos próprios dispositivos quanto nos movimentos que produzem a partir dos diferentes sujeitos e coletivos, e suas subjetividades, produzidas e agenciadas por eles (LIMA, 2014).

Trocando em miúdos, segundo Foucault toda política, lei ou norma funciona como dispositivo. Seus enunciados e apostas são disparadores de falas e agires e como tal provocam diversos efeitos, alguns conforme previstos, e outros diferentes e até mesmo contraditórios ao planejado e desta forma mobilizam diversos atores na produção de falas e ações (MERHY, 2013 a).

Procuro visibilizar linhas de força a partir dos enunciados e outros dispositivos disparados pela PNPS que podem induzir e produzir assujeitamentos e outras subjetividades nos atores envolvidos (usuários e profissionais).

Neste momento faz-me sentido olhar para o texto de REZENDE e BAPTISTA (2011) que discorre sobre a Abordagem do Ciclo de Políticas proposto por Stephen Ball que propõe uma forma não tradicional de analisar as políticas, onde política além de processos e consequências é também texto e discurso. Ao apontar política como texto, Ball refere-se aos documentos oficiais entendidos como produtos inacabados de esforços coletivos em múltiplos níveis de interpretação e tradução e ainda:

> É uma representação, codificada de maneira complexa, que permite uma pluralidade de leituras em função da pluralidade de leitores. Isso significa admitir as políticas como mediações, que são codificadas de formas complexas a partir de embates, acordos e interpretações e reinterpretações por parte das autoridades públicas e decodificadas, também de maneiras complexas, pela interpretação por parte dos atores envolvidos, atribuindo significados em função de suas histórias, experiências e possibilidades (BALL apud REZENDE e BAPTISTA, 2011 p. 175).

Ao trazer política como discurso, o autor refere-se às disputas de poder, pelo controle de bens e de discursos, em termos de vantagens e legitimidades sociais.

> Embora haja variedade de discursos, alguns são dominantes em relação a outros, construindo e permitindo as subjetividades, as vozes, o conhecimento e as relações de poder. Atuam no que pode ser dito e pensado, mas também sobre quem pode falar, quando, onde e com que autoridade. Assim, constroem certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e excluem outras, fazendo com que as lutas sobre a interpretação e aprovação de políticas ocorram e se ajustem dentro de uma estrutura discursiva movente que articula e restringe as

> possibilidades e probabilidades de interpretação e aprovação (BALL apud REZENDE e BAPTISTA, 2011 p. 175).

Esta forma de olhar para uma política abre visibilidades importantes em relação ao jogo de disputas e linhas de força que atravessam a construção de uma política que conversa muito com as formulações de Foucault quando a tomamos como um dispositivo. Diante disto e dos inúmeros tensionamentos e disputas já apontados anteriormente na construção da política da promoção da saúde senti o desejo de olhar para os enunciados da PNPS revisada, que pretendem marcar um lugar e influenciar seus leitores para determinados movimentos e não outros. Vale destacar que os movimentos e as práticas que temos atualmente foram influenciados pela PNPS de 2006 e também pelo discurso da promoção da saúde (não como política de saúde instituída, mas como um território de saber que produz e fomenta agires).

Além de ter como fundamento o SUS, a PNPS revisada apoia-se nas cartas das Conferências Internacionais, reitera em sua base o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida e também considera em sua base os resultados de suas práticas desenvolvidas desde sua institucionalização.

No âmbito da atenção e do cuidado em saúde, aposta na integralidade como uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos trabalhadores e dos usuários, de forma a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida. Aponta a necessidade de considerar a autonomia e a singularidade das pessoas, dos coletivos e territórios, pois as formas como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos, social, econômico, político e cultural em que vivem (BRASIL, 2015).

A PNPS revisada declara que a necessidade de identificar como a promoção vinha se efetivando nos territórios e como vinha mobilizando os atores para sua operacionalização e efetivação prática desde seu início e instituição como política em 2006, evidenciou a necessidade de incluir em seu texto novos “elementos indutores” para sua concretização, que se materializam no documento com a explicitação de valores e princípios, definição de temas transversais, de eixos operacionais e adequação dos temas prioritários.

Sobre a identificação de como a promoção vinha se efetivando nos territórios, PORTO e PIVETTA (2009), afirmam que embora se reconheça que as estratégias da promoção da saúde sejam fundamentais para o alcance da equidade, para a melhoria da qualidade de vida e saúde e introduza em suas diretrizes pressupostos da intersetorialidade e participação comunitária, ela fomenta o desenvolvimento de ações prioritárias nas dimensões individuais e comportamentais estando o foco da mudança mais concentrado no controle das pessoas que nos determinantes socioambientais e seus desdobramentos.

Diante destas questões, senti necessidade de compartilhar aqui os elementos indutores que a portaria da PNPS declara ter incluído e que estão elencados a seguir:

São "valores" fundantes no processo de sua efetivação: I - a solidariedade; II - a felicidade; III - a ética; IV - o respeito às diversidades; V - a humanização; VI - a corresponsabilidade; VII - a justiça social e VIII - a inclusão social.

São princípios: I- a equidade; II- a participação social; III - a autonomia; IV - o empoderamento; V - a intersetorialidade; VI - a intrassetorialidade; VII - a sustentabilidade; VIII - a integralidade e IX - a territorialidade (BRASIL, 2015). Destes foram suprimidos a amorosidade, a criatividade, o sentimento de pertencimento e a reflexividade que apareciam nos textos anteriores à redação final.

Apontados como referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários são "temas transversais": I - Determinantes Sociais da Saúde (DSS); II - desenvolvimento sustentável; III - produção de saúde e cuidado; IV - ambientes e territórios saudáveis; V - vida no trabalho; e VI - cultura da paz e direitos humanos (BRASIL, 2015).

Vale destacar que o tema transversal III "produção de saúde e cuidado" que particularmente me interessa nesta pesquisa, traz em seu texto que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde (BRASIL, 2015).

Entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde são “eixos operacionais” da PNPS: I - territorialização; II - articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial; III - Redes de Atenção à Saúde; IV - participação e controle social; V - gestão; VI - educação e formação; VII - vigilância, monitoramento e avaliação; VIII - produção e disseminação de conhecimentos e saberes; e IX - comunicação social e mídia (BRASIL, 2015).

Em acordo e sinergia com o Plano Nacional de Saúde, com os pactos interfederativos e planejamento estratégico do MS, bem como com os acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, como temas prioritários, a PNPS traz: I - formação e educação permanente; II - alimentação adequada e saudável; III - práticas corporais e atividades físicas; IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; VI - promoção da mobilidade segura; VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos e VIII - promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015).

Sigo em frente refletindo e me questionando o quanto a abordagem sobre o cuidado e a introdução dos elementos indutores no texto da PNPS revisada, que parecem em certa medida, virem de encontro ao que PORTO e PIVETTA (2009) colocam, tem potência para interrogar e propiciar mudanças nas formas que as práticas na promoção muitas vezes vêm sendo produzidas?

Sinaliza para mim a necessidade desta discussão ganhar consistência no debate dentro da promoção da saúde, para que a abordagem sobre o cuidado não fique mais como um clichê do que um tema fundamental para interrogar a produção de suas práticas.

De forma geral a redação da PNPS revisada, me parece mais delicada, mais inclusiva e reconhecedora das singularidades e opções por diferentes modos de vida das pessoas, mais solidária e menos diretiva em seus “temas prioritários”, praticamente os mesmos elencados no item “ações específicas” na PNPS versão 2006, mas abordados de forma diferente, mais ampla e com maior liberdade de operacionalização. Reforça o convite para uma atuação apoiada no conceito ampliado de saúde e mantém centralidade na busca pela equidade, na intersetorialidade de suas ações e na integralidade do cuidado convocando uma postura de cooperação entre os atores envolvidos.

Em minha percepção, embora traga mais elementos solidários que a PNPS 2006, sinto um desconforto ao ler o texto da versão revisada. A mim parece que deixa entrever um desejo, nas entrelinhas, de querer ser a guardiã da vida, da saúde e do SUS. Talvez me afete desta forma pelos elementos biopolíticos que deixa vazar e que me incomodam. Talvez pela

forma como reafirme os princípios do SUS como seus pressupostos, e ainda, talvez, ressonâncias de antigos desejos do início de sua construção para que se constituísse em um modelo de atenção norteador do SUS.

De forma geral, os enunciados apontam mais fortemente para a necessidade de um trabalho focado nos determinantes que potencializem a saúde individual e coletiva ou que as coloquem em risco, com destaque para os macrodeterminantes para favorecer a ampliação de escolhas saudáveis.

No entanto a manutenção de temas prioritários, alguns historicamente relacionados aos estilos de vida saudáveis, embora textualmente não os referenciem desta forma, me remetem ainda a uma aposta biopolítica e de propagar uma visão totalizante de saúde, com possibilidade de produzir captura de diferentes formas de produção de vida. Indicando, para mim, a necessidade de constante problematização e interrogação em relação ao que queremos e podemos produzir na saúde quando trabalhamos com a promoção da saúde.

Além dos seus enunciados textuais, que funcionam como disparadores de inúmeras ações e estratégias a depender do leitor que as lê e interpreta para suas ações, a PNPS também dispara ações legislativas e documentos normativos que desencadeiam e agenciam outras produções que também impactam os diferentes atores envolvidos funcionando como indutores, dispositivos.

Desde que a PNPS foi instituída em 2006, Portarias Ministeriais foram lançadas com o intuito de incentivar os municípios brasileiros a desencadear ações no campo da promoção da saúde mediante a transferência de recursos financeiros.

Neste aspecto interessou-me olhar para a PNPS em seu contexto geral, mas também fazer um certo recorte dos temas prioritários referentes às práticas corporais e atividades físicas e enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados que fazem parte do meu interesse de estudo.

FERREIRA NETO et al. (2013), em sua pesquisa sobre a construção da PNPS 2006, destacam que a indução por organismos internacionais via financiamento demonstrou ter sido um elemento crucial para a construção e definição final da PNPS em 2006. Ressaltam que isso não é um mal em si mesmo, ao contrário, que somente após essa indução a promoção saiu dos textos legais e incorporou-se, mesmo que incipientemente, às práticas de assistência em nosso país. No entanto, o fato do financiamento ofertado vir marcado para desenvolver determinadas ações, como o combate ao tabagismo, e não outras, contribuiu para a

permanência da criticada ênfase na mudança de estilos de vida em suas ações. Um de seus entrevistados aponta que esta indução é muito forte, principalmente quando não se tem recurso para nada, mesmo que se queira fazer de outra forma.

Vale destacar que logo após a institucionalização da Política, as ações priorizadas no primeiro biênio 2006-2007 foram voltadas para a divulgação e implementação da PNPS, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável com estímulo à inserção das ações principalmente na APS (BRASIL, 2011, 3).

Nestes dois anos as ações foram financiadas utilizando-se a modalidade de editais. Em 2007 foram selecionados 209 projetos com ênfase em ações coletivas relacionadas a práticas corporais/atividade física. A partir de 2008, houve avanço no sentido da integração das ações da PNPS com a APS/ESF, mediante a apresentação de projetos selecionados por critérios definidos pelo M.S. Em 2009 e 2010 estabeleceu-se repasse financeiro por duas portarias para as ações específicas da PNPS com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia da Saúde da Família. O recurso financeiro para estas ações onerava o teto financeiro das ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011, 3).

O fato do financiamento das atividades da promoção da saúde onerar o teto das ações de Vigilância em Saúde, que fortemente aposta na vigilância das DCNT na política, me trouxe elementos para pensar que, naturalmente e com mais força, suas ações virão com o viés da vigilância das DCNT.

Ainda como dispositivos indutores, contemplados pelo item das competências do MS em “viabilizar mecanismos para o cofinanciamento de planos, projetos e programas de promoção da saúde”, e que já vinha acontecendo anteriormente ao processo de revisão, destaco o incentivo financeiro aos municípios para adesão ao Programa da Academia da Saúde, que disponibiliza recurso para construção de área física com opção de três modalidades e na sequência, após construção concluída, financia o custeio do programa. O programa contempla o desenvolvimento de atividades nos eixos de práticas corporais e atividades físicas, de produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, de promoção da alimentação saudável; de práticas integrativas e complementares; de práticas artísticas e

culturais; de educação em saúde; de planejamento e gestão e de mobilização da comunidade. Há financiamento também para estratégias similares ao programa desenvolvidas pelos municípios, desde que cumpram os critérios de similaridade apontados pelo MS (BRASIL, 2014 a). O recurso que até então era repassado aos municípios via editais para elaboração de projetos, passa então para os municípios mediante adesão ao programa Academia da Saúde na modalidade fundo a fundo.

Apesar de claramente incentivar as práticas que valorizam os estilos de vida "saudáveis", vinculados ao controle das DCNT, o Programa inclui o desenvolvimento de práticas artísticas e culturais que denota um movimento de interfacear com áreas que ampliam ofertas e possibilitam outras produções. Se por um lado isto é bom, por outro, sendo elas desenvolvidas pela promoção da saúde com todo o viés que a atravessa, há um risco de induzir à captura de produções de vida pela saúde, podendo transformar os convites para estas atividades em prescrições.

Outra estratégia de indução está no apoio aos programas de enfrentamento ao uso de tabaco e derivados com fornecimento de medicamentos para os municípios mediante adesão que se efetiva com a participação de profissionais municipais (gestor e trabalhadores) em uma sequência de capacitações e reuniões no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) da SES -SP.

Ainda para o enfrentamento do tabaco, um forte dispositivo indutor desencadeado pela PNPS com repercussão capilar na sociedade foi a Lei antifumo nº 13.541, de 7 de maio de 2009 do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2009) e mais recentemente a Lei antifumo nacional nº 12.546/2011 e regulamentada pelo decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014.

Soma-se a isto também, como mecanismo indutor, a inclusão do desenvolvimento de atividades/ações de promoção com destaque para as que compõem os temas prioritários da portaria, no elenco dos padrões de qualidade que compõem a avaliação das UBS aderidas ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) que recebem um incentivo financeiro adicional conforme avaliação geral de todos os padrões de qualidade elencados pelo programa.

A PNPS revisada aponta que os temas prioritários terão financiamento mediante aprovação de seus projetos e planos operativos na CIT, ou seja, novos mecanismos indutores, vinculados aos temas prioritários, serão elaborados.

Neste caminhar cartográfico, nos meus encontros e conversas com os atores estratégicos na formulação e operacionalização da PNPS, da gestão da SES/SP do âmbito estadual e regional, um deles também intensamente envolvido no processo de revisão da política, declararam que trabalhar no campo da formação e educação permanente com os profissionais de saúde para fomentar a promoção da saúde e suas práticas é uma forte aposta indutora para o desenvolvimento da PNPS, inclusive suas em seus locais de trabalho. Dois deles entendem que se constitui numa aposta e estratégia indutora mais forte que a própria indução financeira. Sobre isto trago a seguir um trecho de uma conversa com um deles onde conta algumas de suas vivências nesta direção.

Anésia (gestora estadual):

-"*(...)buscando se fortalecer pelos princípios da Carta de Ottawa, porque era através da capacitação, que a gente tem que formar uma massa crítica que trabalhe a questão da promoção (...), pensamos então num evento anual que atualizasse sobre o tema e trouxesse a discussão sobre a promoção(...), criamos o fórum anual e incentivamos as Regionais trazerem trabalhos científicos(...) fazemos então premiações dos melhores trabalhos de promoção da saúde do estado de São Paulo(...)*". *Fizemos um fórum internacional, tivemos convidados de outros países, da Itália, dos EUA, que vieram trazer uma contribuição e de como este tema era pensado lá fora(...) Criamos o Observatório da Promoção da Saúde e estimulamos que todos os municípios do estado de São Paulo cadastrassem seus projetos de promoção da saúde que fossem financiados pelo MS(...) observamos que os projetos eram insipientes,(...), isto nos mobilizou a pensar de que forma a gente vai fortalecer as ações destes municípios para que eles entendam o que é promoção da saúde e consigam desenvolver projetos com melhor qualidade (...) gerou a organização um curso onde tivemos muito apoio de uma professora da FSP-USP(...)"*

Sua fala, evidentemente entusiasmada, proporcionou-me compreender sua grande mobilização e forte aposta na formação e na educação permanente como indutora da PNPS. Acredita que talvez mais desta forma, e menos de outras, influencie e prepare mais os profissionais, e desta forma impacte mais nos serviços de saúde municipais. Considerando todo o contexto da promoção da saúde abordado até aqui, provavelmente esta aposta é influenciada pela relação com a prevenção das DCNT marcando, como já abordado anteriormente, um certo campo de produção de práticas.

Da mesma forma, em minha conversa com o segundo ator sobre este assunto, o mesmo também compartilha seus movimentos e mobilizações na aposta na formação e educação permanente.

Como trabalhadora – gestora, posso dizer que já vivenciei, assim como outros colegas, as ressonâncias desta aposta de várias formas no cotidiano do meu trabalho.

Outra aposta de indução, segundo estes atores, é a indicação de um interlocutor regional, por DRS, indicado por afinidade com o tema segundo um deles, para fomentar, induzir e apoiar os municípios em iniciativas relativas às ações de Promoção da Saúde voltadas as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) à semelhança do articulador da atenção básica e da humanização no desenvolvimento das respectivas políticas, sem, no entanto, ser reconhecido oficialmente como os articuladores citados o são.

Ainda em conversa com estes atores da gestão estadual, os mesmos compartilharam que apesar de entenderem que a PNPS cumpre um papel importante, assim como o seu pequeno financiamento, também sentem muitas vezes que a efetivação das práticas está muito mais vinculada ao desejo e perfil dos profissionais para desencadear as práticas no município do que aos mecanismos e estratégias de indução.

Claudete (gestora estadual) declarou:
- "*Acredito que o incentivo financeiro que a política dá, dá um certo gás, é pouco, mas ajuda os profissionais a realizarem as práticas... Mas acho que a gente deve muito mesmo aos próprios profissionais que trabalham com isto, e que gostam* (...)".

Ao visitar o Observatório de Promoção de Saúde – SP foi possível identificar até o momento 935 projetos cadastrados pelos municípios do Estado de São Paulo envolvendo os seguintes temas: atividade física (399), tabagismo (128), alimentação saudável (envolve as mais variadas iniciativas, desde aleitamento materno, obesidade, segurança alimentar até projeto de horta) (405), acidentes e violências (144), álcool e outras drogas (87), desenvolvimento sustentável (76), promoção da saúde (688), outros (envolve arte educação, práticas integrativas, escovação, câncer bucal, humanização, saúde emocional, prevenção diabetes e hipertensão, hiperdia, papanicolau, dst/aids, bullying, adaptação transcultural, sexualidade, gestante, saúde idoso, combate a dengue, curso de artesanato, reconhecer grupos de risco para influenza, combate à hanseníase, sala de estabilização, planejamento familiar, roda conversa – saúde da mulher (210) (SÃO PAULO, 2016 b). Vale destacar que vários

projetos cadastrados envolvem mais de um tema elencados e são financiados prioritariamente com recursos federais.

Na região do DRS VII, região que o município selecionado faz parte, encontrei 51 projetos cadastrados no Observatório referentes a 42 municípios.

Em uma das reuniões do Grupo Técnico da Atenção Básica (AB) da Comissão Intergestores Regional (CIR) onde participam vários profissionais com formações diversas, que são gestores da AB e da Educação Permanente dos municípios desta região, pude recolher também que nos 13 municípios presentes as práticas da promoção da saúde desenvolvidas na grande maioria espelham os dados do observatório, sendo a maioria atividades na linha da prevenção. Em relação a percepção sobre o cuidado nestas práticas, alguns percebem como possibilidade de fortalecer o vínculo e ampliar a escuta, outros o percebem como algo na paisagem da produção na saúde, como um "clichê importante", declarando que as práticas de promoção compõem a integralidade do cuidado.

Trazendo novamente recortes das conversas com os atores da gestão estadual, que transitam por vários municípios, sobre como percebem e sentem o cuidado nas práticas desenvolvidas, estes colocaram:

Carmem (gestora estadual):

-*"As práticas desenvolvidas são na maioria de prevenção, e são muito impostas ainda e o cuidado produzido de forma muito autoritária(...). Muitas vezes vejo as práticas sendo impostas por meio de trocas ou condicionadas a outras ações como renovação de receitas"(...) falo isto de forma geral tá, mas tem programas interessantes acontecendo, mas depende muito de quem está à frente e no que acredita(...). A gente acaba não conseguindo colocá-la* (a promoção) *na agenda de prioridades para discussão com os municípios, é tanta demanda... e também ela sendo transversal na rede é de todos e aí acaba não sendo de ninguém, mesmo nas UBS, ela é de quem? É de todos, mas quem acaba desenvolvendo é um profissional que se identifica e gosta e acaba ficando responsável(...)".*

Anésia (gestora estadual):

-*"(...) para os profissionais é mais fácil trabalhar numa linha de impor do que permitir coisas que eles acham que vão piorar a saúde da pessoa(...) no tabagismo tem que trabalhar também, em alguns casos, com flexibilização (...)".* Fala em resposta à minha colocação sobre considerar o desejo do outro no cuidado nas práticas de promoção da saúde.

Apesar de perceberem que há uma certa regularidade na produção de práticas atravessadas por elementos biopolíticos, normativos e prescritivos que impactam num possível cuidado oferecido, a problematização sobre esta questão não ganha espaço na agenda destes atores. Com alguns deles em certa medida isto nem ganha luz como um problema.

Como dispositivo a PNPS, desde 2006, produz e induz uma certa regularidade para o desenvolvimento de determinadas atividades, destacando as de cunho preventivo, como aponta os dados do Observatório, onde sem dúvida o financiamento tem um papel importante.

Ao olhar curiosamente para suas várias atividades cadastradas, fui provocada pelos seus títulos (o desejo de olhar e ler todos os pequenos resumos era grande, mas infelizmente o tempo era curto para ler tantas práticas cadastradas) chamando-me atenção a diversidade de atividades que as pessoas consideram promoção da saúde. O que me faz pensar que se tudo aquilo é considerado como promoção da saúde não estariam apontando um forte agenciamento biopolítico em nós profissionais de saúde e uma visão totalizante de saúde?

Sigo, pensando que a PNPS revisada, ao se manter institucionalmente no lugar em que está, manter sua referência nas Cartas das Conferências Internacionais e reafirmar os compromissos do SUS, a mim, como leitor - trabalhador do SUS, parece manter as mesmas apostas de até então nas duas vertentes da promoção que a literatura aponta, carregando a representação das correntes conceituais e os vários interesses vigentes.

No entanto, se antes a vertente pautada na mudança de comportamento tinha mais espaço em suas apostas, na versão revisada senti um maior equilíbrio, com a retirada de alguns elementos textuais e incluídos outros que podem desencadear movimentos em outras direções e fortalecer outras disputas, mas que só observaremos ao longo do tempo. Mas devo destacar que somente as ações de prevenção de doenças e de mudanças de estilo de vida recebem financiamento até o momento. A ação pela equidade, o enfrentamento dos determinantes e a própria perspectiva da promoção do cuidado ficam marcadas apenas no discurso.

Neste mapeamento e caminhar cartográfico que fiz a partir de documentos e dados oficiais, além de conversas com alguns atores, vai se desvelando os muitos jogos de forças desde o início da história da PNPS no SUS. Apesar das intensas disputas evidenciadas entre as duas tendências que influenciam a construção e operacionalização da política, percebi que há muitas linhas de força, que conformam uma força muito grande na PNPS de ainda focar na doença, na prevenção, com grande chance de continuar desencadeando ações prescritivas

focadas no controle e subordinação do sujeito, e principalmente, de continuarem sendo pouco cuidadoras, de desconsiderarem as singularidades e a vida dos sujeitos dentro de um determinado contexto social. Ilumina para mim a grande necessidade de problematização e discussão sobre toda esta questão nos vários espaços de discussão do SUS.

Ainda, a partir de certos elementos recolhidos e análises realizadas até aqui nesta cartografia, reforça-se que o cuidado, até o momento ocupa um lugar ainda marginal na discussão e texto da PNPS e que a problematização sobre isto, seus enunciados e discursos precisam ganhar espaço na agenda dos vários atores envolvidos em sua formulação e operacionalização.

Olhando para além do cuidado nas práticas de promoção, em alguns momentos ao transitar nesta estação, encontrei também questões que me fizeram pensar que a própria promoção da saúde talvez ocupe um lugar marginal no SUS.

Como exemplo destas questões cito o fato do não reconhecimento oficial do interlocutor da promoção da saúde pela SES/SP que acumula esta função junto à outras, e também quando me deparei com o fato da promoção estar em um lugar institucionalmente, que coordena sua formulação e financia suas ações, e ser operacionalizada por um lugar que responde para outro institucionalmente, o que acabou dando sentido para falas como a da gestora Carmem quando diz que a promoção é de todos mas não é de ninguém e que de alguma forma reverbera na sua operacionalização nos municípios.

No entanto nesta estação, nas conversas que tive, ganhou luz a forte aposta dos atores no espaço da micropolítica que se materializa na proposta da educação permanente e formação e, portanto, no encontro que se dá entre os que operacionalizam a política. Aposta que pode ser muito potente e constituir um espaço de disputa bastante interessante a favor da produção do cuidado em suas práticas. Vislumbro como uma saída para a grande necessidade de problematização e discussão sobre as várias questões que apontei anteriormente.

Sigo viagem, com mais estas questões na bagagem em direção à estação que explorarei os territórios da produção do cuidado.

4. SEGUNDA PARADA: ESTAÇÃO “PRODUÇÃO DO CUIDADO”

Um pouco sobre o Cuidado e a Produção do Cuidado...

Encontros com alguns referenciais e memórias...

A doença é a possibilidade da perda,
uma emissária da morte.
A seu toque tudo fica fluído, evanescente, efêmero.
Os sentidos, atingidos pela possibilidade de perda,
acordam da sua letargia.
Os objetos banais, ignorados, ficam repentinamente luminosos
Todos ganham a beleza iridescente
das bolhas de sabão.

Rubem Alves (2000)

Antes de me encontrar com o referencial teórico utilizado neste estudo, me encontrei ao vivo e a cores com dois modos bem diferentes de vivenciar e produzir o cuidado. Foi quando adoeci há alguns bons anos atrás, mas que me marcaram muito.

Um totalmente capturado pelo modo hegemônico de produzir saúde, ou seja, aquele em que a partir de uma queixa, a prática médica diagnostica e trata a doença. É fortemente procedimento centrado e na maioria das vezes é atravessado por uma forma de agir que exclui o outro, ou seja, onde o usuário não ganha centralidade na ação cuidadora. Nele, o profissional de saúde tende a estabelecer relação com a doença e não com a pessoa que além de ser portadora de uma doença tem outras necessidades de saúde e traz uma vida junto com ela que inclui desejos, singularidades, medos, limitações, toda uma existência inserida num contexto de vida e modo de viver que nem sempre são por escolha própria.

Nesta vivência, igual a de muitas pessoas e usuários de nossos serviços de saúde que conheço, foram vários médicos consultados, inúmeros exames realizados, um saldo de vários medicamentos prescritos e comprimidos consumidos diariamente, várias hipóteses diagnósticas, mas nenhum diagnóstico conclusivo.

Cada doutor “cuidando” de um pedaço de mim...

E ninguém “cuidando” de mim!!!!

O segundo, apesar de o ter procurado com a intenção de qualificar e complementar o primeiro, até então sem melhora significativa, produziu um cuidado muito diferente.

Meu encontro com este profissional foi uma experiência especial e provocativa tanto como usuária, quanto como profissional de saúde. Considero que sua primeira ação cuidadora tenha sido me escutar com outros ouvidos, talvez mais interessados em mim, talvez sem filtros, mas que com certeza rompia o limite da minha anatomia e órgãos. Enfim, aquela

escuta que a gente lê em alguns textos sobre cuidado em saúde e fica imaginando como deveria ser a escuta de todos os profissionais de saúde para com os usuários.

Após a consulta, ao chegar em casa naquele dia, passado um tempo, minha mãe perguntou-me se havia tomado algo no consultório, pois eu parecia bem melhor. Respondi-lhe que não, havia apenas conversado. Á este primeiro encontro seguiu-se um intenso movimento para me desterritorializar do lugar de doente que me encontrava. Não ganhei mais nenhuma prescrição de medicamento ou a indicação de mais algum exame sofisticado para fazer. Ao contrário, ganhei a suspensão de parte dos medicamentos que vinha tomando. O que inicialmente me causou uma certa estranheza.

Sem adentrar aos detalhes do forte processo de medicalização que fui submetida anteriormente ao encontro com este profissional de saúde, o que daria algumas páginas, a leitura que faço hoje sobre o cuidado que recebi, após tantos anos, mas ainda com suas marcas em meu corpo e muito vivo na lembrança me fazendo trazê-lo para este capítulo, envolve vários elementos e que gostaria de destacar.

A abertura e conexão do profissional em seus encontros comigo, sua disposição para escutar-me, a delicadeza nas interpretações e falas diante do que eu trazia e a forma como acolhia minha história foram significativamente diferentes de outros profissionais. Me compreendia de forma diferente e isto me fazia sentir segura. Fazia uma escuta ampliada, aberta para a dimensão da minha existência. A forma como se encontrava comigo me afetava e produzia muitas afecções que foram me fortalecendo.

Sem dizer com palavras, mas me dizendo de inúmeras formas, eu compreendia que me ajudaria e cuidaria de mim. Mostrava cumplicidade e responsabilização pelo meu problema e assim o vínculo se fortaleceu. Acredito que a partir do vínculo e da escuta criteriosamente atenta em todos seus encontros comigo, encontrou brechas para outras produções que não só aquela como doente e fortemente reforçada pelos vários profissionais anteriores. Para além da relação médico paciente que estava estabelecida em nosso encontro, nos conectamos também em uma relação que gostaria de destacar, que era de dois profissionais de saúde, vinculados a áreas de interesses comuns, éramos gestores na saúde em serviços distintos implicados com o lugar da gestão e o processo de cuidar. Conversávamos muito sobre isto. Além desta conexão, que acho importante trazer para cá como exemplo, se conectou comigo também em outros planos de produção, onde encontrava canais de intensidades que ajudavam a desmarcar um certo lugar, e a partir daí foi me

desterritorializando do rótulo e lugar de doente e tudo que vinha junto com isso. E conseguiu. Identifico que este foi um cuidado pautado pelos afetos, no sentido de SPINOZA (2013) e DELEUZE (2002).

Me fez grande sentido o que MERHY e FEUERWERKER (2009) abordam sobre as ações de saúde estarem perdendo sua dimensão cuidadora. Apesar dos contínuos avanços científicos, os quais todos reconhecemos serem muito importantes na produção das ações em saúde e cuidado, elas têm perdido potência e eficácia. Só medicalizar e medicamentalizar, nem sempre dá conta de cuidar em toda sua potência...

Tempos depois, e já com um forte vínculo construído, este profissional, me sugeriu uma leitura sobre "cuidado" de Leonardo Boff. Emprestou-me seu livro que ficava em sua pequena biblioteca no consultório. Curiosamente a primeira citação que trago nesta estação sobre cuidado é de Leonardo Boff...

Talvez esta vivência tenha me afetado fortemente e subsidiado também posteriormente, minha identificação com o referencial teórico que trago aqui e minha relação com o processo de adoecer, com a produção da saúde e do cuidado sob a perspectiva do lugar de usuária, com necessidade de ser cuidada, e também sob a perspectiva do lugar de profissional de saúde/trabalhadora-gestora que necessita cuidar e fomentar a produção do cuidado no seu local de trabalho. Na verdade, minha vivência como usuária ganhou língua e compreensão com muitos dos referenciais que trago aqui e ajudaram a compreender melhor o que se passa com muitos usuários dos nossos serviços de saúde.

Segundo BOFF (2005), nós não temos apenas cuidado, nós "somos cuidado". Isto indica que cuidado possui uma dimensão ontológica, ou seja, entra na constituição do ser humano, sendo um modo singular de ser. Sem cuidado, deixamos de ser humanos. Cuidado implica um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e se encerra no outro com desvelo e solicitude onde a atitude de cuidado por uma pessoa pode provocar preocupação, inquietação e o sentido de responsabilidade por ela.

Para HEIDEGGER (apud BOFF, 2005, p.28), realidades tão fundamentais como o querer e o desejar se encontram enraizadas no cuidado essencial. Em *latim* cuidado significa cura, em seu sentido mais antigo, cura se escrevia *coera* e se usava em um contexto de relações humanas de amor e amizade.

Esta referência me fez lembrar que na estação visitada anteriormente Promoção da Saúde, me deparei com dois princípios suprimidos (elementos indutores) da redação final da

PNPS revisada, amorosidade e sentimento de pertencimento, que a mim conversam com o que Heidegger traz acima. Me faz refletir novamente e reforça a percepção da não aposta no tema do cuidado como central na PNPS revisada.

AYRES (2003/2004) traz uma construção conceitual sobre o cuidado abordando-o sob a perspectiva de uma compreensão filosófica, ontológica e existencial, e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se solicita uma ação terapêutica, problematizando-o para demonstrar a necessidade de reconstrução e renovação das práticas de saúde pautadas por um cuidado sensível às necessidades das pessoas. Para isso é necessária uma mudança radical no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos filosóficos.

FEUERWERKER (2014, p.42) coloca que:

> No campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos esperados. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção.

MERHY (2013 c) coloca que o cuidado é um acontecimento no qual há a presença de três valises tecnológicas, ou caixas de ferramentas tecnológicas. Para sua produção, MERHY (1997, 1998, 2007, 2013 c) aponta a necessidade do uso destas ferramentas às quais denomina de tecnologias duras, leve-duras e leves. As duras correspondem aos elementos disponibilizados para serem usados de determinado modo (equipamentos, medicamentos, protocolos); as leve-duras correspondem aos conhecimentos estruturados como da clínica e da epidemiologia, mas que contemplam um componente leve exatamente porque supõe a possibilidade de “uma contextualização” por quem as utiliza; e as leves, correspondem às tecnologias relacionais, que possibilitam ao trabalhador escutar, comunicar-se, compreender, estabelecer vínculos e cuidar dos usuários.

O autor destaca que todas são importantes para a produção do cuidado, o que importa analisar é sob a presidência de qual desses grupos de tecnologias as ações de saúde se efetivam. Na presidência pelas tecnologias duras ou leve-duras diminui a chance de escuta, de singularização do cuidado para cada usuário. No entanto a presidência pelas tecnologias leves clama pela singularização e modifica o modo como as demais são utilizadas e caracteriza a aposta em um cuidado usuário centrado. Ainda aponta que todo profissional de saúde é sempre um operador do cuidado e como tal deveria ser capacitado, pelo menos para atuar no

terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo.

Ainda segundo este autor, os diferentes modelos de atenção variam na situação relacional entre as valises, mas a valise que permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de permanente disputa de jogos de capturas impedindo que as finalidades dos processos produtivos em saúde sejam de uma única ordem é a valise das tecnologias leves, do espaço relacional trabalhador-usuário. É nesse encontro entre trabalhador e usuário, que se dá um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado (MERHY, 2013 c).

> Entretanto, é um encontro que o trabalhador também procura capturar. É só verificar para esse momento produtivo a importância que as regras sobre a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador-usuário adquirem, para se ter noção do quanto o trabalho vivo em ato do trabalhador também está operando sobre esse espaço, tentando, com a valise da cabeça, impor seu modo de significar esse encontro, e ampliando-o com saberes além dos da clínica.(...). Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. (...) É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro lugar. Esse momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato, é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. Não perde nunca sua tensão de espaço de disputa, e mais que isso, não perde nunca a demonstração de que as forças, mesmo interditadas, estão operando em ato com sua presença, sempre. É nesse espaço que a busca capturante do usuário apresenta maior chance de conquistas para impor “finalidades” ao trabalho vivo do trabalhador. A relação particular que essa valise adquire com as outras duas, define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do “seu modo de andar na vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho (MERHY,2013 c, p. 176).

MERHY (2013 c), ainda coloca que há muitas possibilidades de produção na micropolítica dos encontros, nos processos relacionais entre sujeitos, individuais e/ou coletivos, entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. E emprestando o termo autopoiese da biologia, refere estes encontros como autopoiéticos, expressando um movimento que tem

que construir o sentido de um viver, de modo contínuo, um movimento da vida produzindo vida, que assim permite ressignificar as cenas dos encontros na produção do cuidado em saúde, que passam a ter outro sentido. Assim um mesmo lugar ocupado pela interdição é também espaço de encontro autopoiético.

Identificamos hoje no mundo do trabalho em saúde, práticas de cuidado das diferentes profissões de saúde orientadas pela clínica do corpo com órgãos. Seja na medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, odontologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, e na educação física, observamos que o modo como as diferentes profissões da saúde olham o campo do cuidado, onde atuam, é fundamentado pela compreensão de que a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico disfuncionalizando-o, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo (MERHY, 2007; FEUERWERKER, 2014).

Mesmo quando se fala no conceito ampliado de saúde que leva em consideração os determinantes e condicionantes da saúde, percebe-se que o núcleo das práticas de cuidado está assentado na compreensão do fenômeno saúde doença como instalação de processos patológicos nos corpos biológicos, ou seja, nos "corpos com órgãos". Vale destacar que a combinação da clínica do corpo com órgãos e a epidemiologia configura um conhecimento-ferramenta tecnológica que dá substrato para a conformação dos campos produtivos na saúde e, portanto, para a construção dos processos de cuidado onde o foco está no corpo biológico-anatômico que se patologiza, no plano individual e/ou coletivo, e onde, por dentro dos saberes que estão operando, está o olhar que torna visível o corpo de órgãos (MERHY, 2007).

Donnangelo (apud MERHY, 2007, p.3) coloca que:

> A lógica é de que o processo saúde e doença é localizável no corpo de órgãos, expressando-se pela disfunção do mesmo, provocado pela lesão no nível mais basal da constituição desse mesmo corpo. E a clínica que aí se acopla é a que permite ver nos sinais e sintomas o acesso aos quadros lesivos patológicos. Esse processo social, prático e discursivo, quando se institui de maneira hegemônica como modo de se fazer o cuidado em saúde e de compreender o processo saúde e doença, passa a produzir para si intensa subjetivação nos vários grupos sociais, além da formação de seus próprios soldados: os novos profissionais de saúde, em especial os médicos e enfermeiros.

Retomando a questão do sofrimento humano MERHY et al (2010) colocam que ele tem expressão muito singular e complexa, muito além de expressar o resultado de um fenômeno mais geral, pedindo para ser olhado de outros ângulos de modo a considerar

aspectos históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada construção de vida. Desta forma a clínica do corpo de órgãos entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas, pois é disto que se trata a vida.

MERHY (1998) no texto A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência, aborda o esvaziamento de ações cuidadoras nesta maneira de produzir saúde pelos diferentes e vários profissionais de saúde e que isto tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos. Aponta que na ótica hegemônica do modelo assistencial medico procedimento centrado a dimensão cuidadora fica claramente subordinada a um papel irrelevante e complementar. Para ele, um modelo em defesa da vida necessita garantir a ampliação da dimensão cuidadora nos diferentes núcleos profissionais da saúde.

FRANCO e GALAVOTE (2010) em “Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde” falam sobre o campo conceitual do corpo “anátomo-clínico” definido assim por Foucault em o “Nascimento da Clínica” e do Corpo sem Órgãos - CsO, discutido por Deleuze e Guattari no livro “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia” e colocam que olhando pela dimensão do cuidado a percepção é de que, o corpo tal como concebido inicialmente no século XVIII, como uma estrutura biológica ou um sistema em funcionamento, é insuficiente para uma intervenção eficaz sobre os problemas de saúde, no que concorda AYRES (2003/2004).

Os autores buscam então, por meio do conceito de CsO, pensar em outras práticas de cuidado, capazes de operar pelos afectos. O CsO fala pelos afectos de que é capaz e busca por outras formas de viver e se expressar, ou seja, outras formas de sentir a vida, aumentar o prazer de viver, de sentir, de experimentar, produzir, afetar e ser afetado. É sempre revolucionário porque deseja tomar o que é dele: a potência de existir.

> (...) seria preciso dizer: vamos mais longe, não encontramos ainda nosso CsO, não desfizemos ainda suficientemente nosso eu. Substituir a anamnese pelo esquecimento, a interpretação pela experimentação. Encontre seu corpo sem órgãos, saiba fazê-lo, é uma questão de vida ou de morte, de juventude e de velhice, de tristeza e de alegria. É aí que tudo se decide. (DELEUZE e GUATTARI, 1996, p. 10)

Para AYRES (2003/2004) é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de produção de vida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.

Empresto deste mesmo autor questões, que traz em seu texto, que conversam de certa forma com o que já vivi como usuária e com meus questionamentos neste trabalho e que contribuíram para meu olhar diante das práticas no município selecionado. Como aparecem ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser e precisa de cuidado? Que papel desempenhamos, nós os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos? A verdade é que raramente chegamos sequer a nos indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua formulação.

E ainda acrescento: Em que medida as práticas desenvolvidas tem produzido encontros cuidadores, abertos aos afetos que aumentem a potência de agir de profissionais e usuários?

Minhas explorações até aqui iluminam que o cuidar, a produção do cuidado, vai muito além do que a racionalidade biomédica e muitos de seus profissionais gostariam que fosse. Mesmo diante de uma excelente competência técnica e saber científico, se o cuidado oferecido não for presidido pelas tecnologias relacionais e não colocar o usuário no centro da atenção, sem subordiná-lo aos preceitos da medicina, reconhecendo suas necessidades de saúde, de vida e suas singularidades com uma boa escuta e construção de vínculo, estará correndo grande risco de perder sua potência diante do outro que necessita ser cuidado.

Ainda sobre esta centralidade do usuário na cena do cuidado, para compreendê-la melhor, entendo ser importante olhar mais de perto para as necessidades de saúde.

CECÍLIO (2001, 2012[11]) aponta a potencialidade que é tomar as necessidades de saúde para ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/redes a fazer uma melhor "escuta das pessoas" que buscam "cuidados em saúde", tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas (AYRES, 2003/2004).

---

[11]Texto escrito a partir de duas produções anteriores do autor, enriquecida com discussões com alunos e trabalhadores da Saúde. **1**. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, p. 113-126; **2**. CECILIO, L. C. O.; MATSMUTO, N. F. Uma taxonomia operacional de saúde. In: Roseni Pinheiro; Rubem Mattos. (Org.). Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 35-39.

Ao abordar sobre as necessidades de saúde, CECÍLIO (2001, 2012[12]) as organiza em quatro grandes conjuntos: 1-Necessidades de boas condições de vida, compreendidas tanto pelo referencial que aponta que os fatores do ambiente, externos, determinam o processo saúde doença, quanto pelo referencial que enfatiza que os diferentes lugares ocupados pelos indivíduos no processo produtivo nas sociedades capitalistas interferem nos modos de adoecer e morrer. Ambas consensuam que "a forma como se vive" produz diferentes necessidades de saúde. 2- Necessidades de se ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida**:** A partir dos conceitos de tecnologias leve, leve-dura e dura (MERHY, 1997) abandonar qualquer intensão de hierarquizá-las, ou seja, trabalhar com a ideia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada momento singular que vive. 3-Necessidades de se ter a insubstituível criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional: Vínculo enquanto referência e relação de confiança, reconhecendo-o mais do que a simples adscrição a um serviço ou inscrição formal a um programa. Significa estabelecer uma relação contínua no tempo onde se dá o encontro de subjetividades. 4- Necessidades de cada um ter graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida. Essa necessidade coloca que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. Implica a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no modo de viver.

Penso que ao reconhecermos as diferentes necessidades de saúde das pessoas que nos procuram, estaríamos nos aproximando de um cuidado mais centrado nelas e mais reconhecedor de suas singularidades. Percebo que muitas vezes as pessoas chegam até nós nos serviços de saúde sem também saberem direito porque nos procuram. O cardápio de ofertas dos serviços restringe ao que o usuário pode se encaixar para ser atendido/cuidado. Dores da vida precisam se encaixar em dores do corpo. Percebo que nós, profissionais da saúde, temos uma dificuldade enorme em traduzir o que o usuário traz realmente em sua cestinha de necessidades. E volto a falar, nossa sociedade medicalizada e medicamentalizada está no pano de fundo deste cenário, produzindo uma subjetividade em todos nós,

[12]Texto escrito a partir de duas produções anteriores do autor, enriquecida com discussões com alunos e trabalhadores da Saúde. **1**. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, p. 113-126; **2**. CECILIO, L. C. O.; MATSMUTO, N. F. Uma taxonomia operacional de saúde. In: Roseni Pinheiro; Rubem Mattos. (Org.). Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 35-39.

profissionais de saúde e usuários, onde o cuidado e a produção da saúde se resumem apenas em medicalizar e medicamentalizar.

Segundo FEUERWERKER (2011), tomar as necessidades de saúde do usuário como referência para a produção do cuidado traz muitas implicações, a começar por um desencontro de expectativas. O que um considera problemas e necessidades nem sempre coincide com o que o (s) outro (s) considera (m). Muitas vezes os trabalhadores de saúde olham para os usuários utilizando diferentes filtros como risco, vulnerabilidades, prioridades entre outros. Muitas vezes o usuário deseja o apoio dos trabalhadores de saúde para que seu problema incomode o menos possível os modos como organiza sua vida e o ajudem a diminuir seu sofrimento. 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.

Segundo MERHY (1998), apesar de todo o avanço tecnológico, sob o ponto de vista do usuário, pode-se dizer que em geral, ele não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema em particular, sentindo-se inseguros, desprotegidos, desinformados, desrespeitados, desamparados e desprezados. Os usuários buscam nos seus encontros com os profissionais de saúde nos serviços de saúde, espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo. Ainda buscam relação de confiança, a certeza que seu problema vai ser entendido e resolvido e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde. Assim como nós quando viramos usuários.

Há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador/equipe que o conheça, ou venha conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com ele pela construção de um plano de cuidados (FEUERWERKER, 2014).

Os usuários se orientam a partir de diferentes planos: seus saberes, história de vida, valores, religião, trabalho, dificuldades, medos, fantasias, desejos e possibilidades. Muitas vezes, os trabalhadores nem imaginam que “essa vida” vem junto com a queixa e com certeza são fundamentais serem consideradas para apreciações e tomadas de decisões. Dependendo do cenário, do grau de sofrimento, da instabilidade clínica, do risco de morte, as relações entre usuário e trabalhadores de saúde se produzem de modos muito diferentes. É neste plano das relações entre usuário e trabalhador que se constroem as relações de confiança e que interfere

de modo significativo na efetividade do encontro e nas possibilidades de haver benefício para o usuário em relação à sua saúde. Uns cenários oferecem mais tempo e várias possibilidades de encontro, nem sempre aproveitadas; outros são mais duros, proporcionam encontros pontuais e tensionados (AYRES, 2003/2004; FEUERWERKER, 2011, 2014).

> De todo modo, sempre há intensidade e há que se produzir estratégias para que, direta ou indiretamente, "a vida" que sempre vem junto com o usuário possa ser percebida e levada em consideração e para que o usuário (e suas razões, desejos, possibilidades, apostas) sejam parte fundamental da agenda que deve ser construída de modo cooperativo. Relações mais horizontalizadas, mais mobilizadas pelos encontros e agenciamentos mútuos do que por uma relação sujeito-objeto orientada fundamentalmente por um certo recorte do saber técnico-científico. Aliás, é na vida (na produção de vida e na vida concreta do usuário) que deve desembocar o processo de cuidado. Ou melhor, é no plano da vida, e da produção de vida, que o cuidado se efetiva (FEUERWERKER 2011, p.101).

Após os encontros nesta estação, algumas reflexões, tendo visibilizado a importância da centralidade no usuário e em suas diferentes necessidades de saúde para que o cuidado aconteça em sua maior potência, e iluminado também, que a clínica do corpo com órgãos muitas vezes com um olhar e agir reducionistas, esvaziada da possibilidade de produzir bons encontros que se pautem no fortalecimento das existências, nem sempre dá conta de produzir o cuidado, continuo viagem levando o questionamento, "que cuidado/descuidado as práticas vinculadas à promoção da saúde vêm produzindo no município selecionado", sob dois olhares, um no usuário e outro nos trabalhadores:

Um cuidado com centralidade no usuário? Que considera suas singularidades, os diferentes modos de existir, as diferentes necessidades de saúde, os projetos de vida e felicidade das pessoas, ou um cuidado que subordina o outro aos preceitos da ciência e da medicina? Ou, perguntando de uma outra maneira, quem são os usuários na cena do cuidado destas práticas? Sujeitos subordinados? Ou reconhecidos como portadores de desejos e autônomos em suas escolhas?

Estariam as equipes e os profissionais de saúde vislumbrando as práticas desenvolvidas no campo da promoção da saúde como um lugar de potência para reconhecer as diferentes necessidades de saúde das pessoas e para a produção de encontros mais cuidadores? É possível produzirem um cuidado que potencialize a vida das pessoas sem subordiná-las a estratégias prescritivas, disciplinares, de controle dos modos de cuidar de si?

5. TERCEIRA PARADA: ESTAÇÃO UM LUGAR ONDE MUITAS COISAS ACONTECEM...

Nesta parada a intenção foi olhar para um município do Estado de São Paulo que desenvolve práticas de promoção da saúde procurando entender que cuidado/descuidado tem sido produzido, o lugar ocupado pelo cuidado, cartografar os movimentos produzidos para sua produção, as apostas de gestores, trabalhadores e usuários envolvidos em relação ao objeto da pesquisa.

A opção foi trabalhar com o município em que estou inserida e aproximar-me, como já apontado anteriormente, dos lugares responsáveis por desenvolver práticas relacionadas à promoção da saúde, que neste caso envolve o Núcleo de Educação em Saúde (NUESA), a Atenção Básica (AB), lugar privilegiado para seu desenvolvimento segundo literatura e documentos ministeriais, e a Vigilância em Saúde (VS), no entanto, neste estudo me detive aos dois primeiros.

5.1. UM MUNICÍPIO CONHECIDO, UM SUS VIVENCIADO, UM LUGAR QUE ME IMPLICA E QUESTIONA.

Neste ponto da viagem, tão importante quanto ver e experimentar novas paisagens, é ver e experimentar as mesmas paisagens com outros olhos e sentidos, é questionar o que elas me dizem e me fazem sentir, entender por que me afetam e como podem produzir novos sentidos, novos sabores e movimentos a partir delas...

Qual a história desta história de práticas de promoção da saúde e cuidado neste lugar? Hora de abrir a caixa de memórias, de reencontrar histórias e vividos...

Como um guia de viagem, já marcado pelo tempo, olho para suas páginas - memórias com sentimentos misturados, de saudade de coisas já vividas, de espanto diante de tantos caminhos percorridos, mudanças de trajeto, perdas e conquistas, tristezas e alegrias, milhares de encontros, desencontros e acontecimentos inesquecíveis...

Além do roteiro de preocupações de que fala ROLNIK (2001) é também com este guia no bolso que vou explorar esta estação neste momento da viagem.

O Município de Cosmópolis situa-se na Região Metropolitana de Campinas (RMC) e possui limites com os municípios de Artur Nogueira, Paulínia, Holambra, Americana e Limeira. Com população estimada em 66.807 habitantes (IBGE, 2015) e base econômica agroindustrial. Caracteriza-se por intenso fluxo migratório de trabalhadores e suas famílias, provenientes de estados do norte e nordeste, Paraná e Minas Gerais devido ao polo petroquímico existente na cidade de Paulínia, que atrai pela perspectiva do mercado de trabalho da região. No entanto a expectativa por trabalho se frustra, na maioria das vezes, devido à baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional. Sem condições de retornar ao seu local de origem, fixam-se no município, tornando-se trabalhadores informais e potencialmente vulneráveis aos riscos sociais. Há também que destacar a presença de uma população sazonal para o trabalho com a cana de açúcar visto que Cosmópolis possui uma grande usina açucareira. Soma-se a esta situação, a proximidade a Hospitais de grande porte e excelência técnica referenciada como o Hospital das Clínicas da Universidade Campinas (UNICAMP) e Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCC), que acabam atraindo familiares, residentes em outros estados, que se fixam no município temporariamente para realizarem exames e tratamentos de saúde no município e região. Na maioria das vezes são tratamentos longos, de alta complexidade, gerando um aumento de demanda para transporte sanitário, medicamentos, consultas, procedimentos cirúrgicos como muitos partos e exames laboratoriais que comprometem os poucos recursos municipais e debilitam a rede de saúde municipal.

O município pertence à região administrativa de saúde do DRS VII Campinas e à Comissão Intergestores Regional - CIR da Região Metropolitana de Campinas (RMC).

Sua Rede de Atenção à Saúde conta com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 02 Centros de Especialidades Médicas (CEM), 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) 01 Programa de Atenção Domiciliar (PAD), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VISA) e Zoonoses, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 Laboratório de Análises Clinicas, Imagens e Métodos Gráficos, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Farmácia Municipal, Central de Regulação, Núcleo de Educação em Saúde (NUESA) e 01 Hospital Beneficente Santa Gertrudes (HBSG).

Resgatando um pouquinho da história e evocando minhas memórias, é importante lembrar aqui neste momento da viagem, que a grande demanda por tratamentos diversos de saúde, a dificuldade de acesso vivenciada por grande parte da população, somada a

impossibilidade de implementar e ampliar os serviços de saúde existentes, foram fatores importantes que sensibilizaram e mobilizaram, no início da década de 1990, alguns profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), jovens, recém formados e agenciados pelas apostas que o SUS carregava, a construírem um trabalho pautado por atividades preventivas e de educação em saúde e que o Município era totalmente desprovido.

Soma-se a isto, a aposta do gestor da SMS, na época uma médica sanitarista, e do prefeito, na época uma gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), no desenvolvimento deste trabalho. Destaca-se naquele momento atividades na área de saúde bucal, enfrentamento a dengue e em seguida na área das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Em meados dos anos 90, com o início da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil como estratégia prioritária da Atenção Básica (AB), o município passou a ter algumas equipes de saúde da família. Com isso algumas outras atividades na área de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que de forma bem incipiente, se somaram às que já vinham sendo desenvolvidas. Vale destacar que o desenvolvimento deste trabalho pelas equipes de saúde da família estava diretamente vinculado às apostas que os médicos das equipes faziam, ou seja, se apostavam faziam, se não apostavam não faziam, muito embora, como já apontado anteriormente, os documentos oficiais apontassem que a Estratégia de Saúde da Família seria o lugar privilegiado para seu desenvolvimento, inclusive como aposta para a mudança do modelo de atenção médico hegemônico.

Os anos passaram e este cenário não mudou muito no âmbito municipal até o início dos anos 2000. Em meados desta década, novamente sob uma administração petista e gestão da SMS sob o comando de outra médica sanitarista com muita vivência na área da vigilância em saúde, promoção, prevenção e educação em saúde e que já havia trabalhado na SMS na década de 90, apostou-se fortemente no desenvolvimento destas ações, apoiando e incentivando profissionais, que haviam desenvolvido estes trabalhos anteriormente, a pensar sobre um setor que acolhesse e desenvolvesse mais intensamente estas atividades.

Assim em 2004 foi criado o Núcleo de Educação em Saúde (NUESA), inicialmente com forte influência da vigilância em saúde nos trabalhos desenvolvidos.

Na mesma época no MS, envolvendo o campo da educação na saúde, havia o movimento de formulação da Educação Permanente em Saúde (EPS) fomentada como estratégia para organização de novos processos educativos dirigidos aos trabalhadores e de

mudança no âmbito da formação e do trabalho em saúde (MERHY e FEUERWERKER, 2011) e que inicialmente não fez parte deste setor, mas logo foi agregado pela aproximação com o tema dos mesmos profissionais que criaram o NUESA.

Hoje com 12 anos e sede própria, o Núcleo responde diretamente para o Secretário de Saúde. Durante estes anos teve suas atividades interrompidas por um ano e meio, sendo retomado em 2007 por solicitação do Conselho Municipal de Saúde e também por proposta aprovada na Conferência Municipal de Saúde realizada naquele período.

Durante o ano de 2009 o NUESA articulou, em parceria com as Secretarias de Cultura e Promoção Social, a Política de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do município, que até então fazia parte do plano de governo do prefeito eleito, também do PT, que carregava a bandeira de "Mais qualidade de vida para a população". O trabalho se articulava com reuniões periódicas e envolvia, além das secretarias apontadas, as de Meio Ambiente, Esporte, Educação, Planejamento, Obras, Trânsito e Segurança Pública e algumas atividades eram desenvolvidas em conjunto. Este movimento assegurava em certa medida o desenvolvimento de uma promoção da saúde com articulação intersetorial que considerava e trabalhava, dentro das possibilidades, alguns determinantes e condicionantes dos problemas de saúde do município. Este movimento e trabalho intersetorial durou dois anos e foram desarticulados por diferenças políticas e disputas entre algumas das secretarias participantes.

Atualmente o NUESA é o setor da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela articulação e desenvolvimento de práticas das políticas de Promoção da Saúde e de Educação Permanente e Humanização da Atenção e Gestão da Saúde no município, constituindo assim dois campos de trabalho onde os pressupostos da Educação Permanente e da Humanização atravessam as atividades desenvolvidas no campo da promoção o tempo todo. Vale destacar que a promoção da saúde do NUESA contempla atividades de Prevenção e Educação em Saúde, reforçando o que a literatura aponta sobre estas atividades se encontrarem misturadas no cotidiano dos serviços.

Construído institucionalmente desta forma e atravessado por elementos trazidos por minhas vivências com alguns coletivos, o NUESA desenvolve os seguintes programas:

- Programa de Incentivo à Atividade Física - Exercita Cosmópolis (instituído em 2009)
    - ✓ Caminhada, Lian Gong, Xiang Gong e Tai Chi Chuan e práticas de cinesioterapia

- Programa de Apoio a Cessação do Tabagismo - PACTA (instituído em 2009)
- Programa Mais Qualidade de Vida
    - Oficinas de pintura em tela (início em 2012)
    - Oficinas de pintura em tecido (início em 2012)
    - Cuidando do Cuidador (início em 2014)
- Programa de Prevenção e Educação em Saúde para Gestantes e Puérperas- Programa Mãe Coruja (instituído neste formato em 2009).
- Programa Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente – Prevenção da Exploração Sexual e Uso de Drogas - PAPO JOVEM (instituído em 2009).
- Projeto Boquinha-Programa de Prevenção e Educação em Saúde Bucal (instituído 1992).
- Programa Saúde na Escola (instituído em 2013)
    - Programa Bem Te Ver
    - Programa Conversas com a Rede Escolar
    - Programa Conversando com Pais

Para o desenvolvimento destes programas, conta com uma equipe composta por três psicólogos, um pedagogo, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um enfermeiro, um médico, dois cirurgiões dentistas, três técnicos em saúde bucal, seis auxiliares em saúde bucal, um motorista, um professor de artes e também com apoio de um educador físico da Secretaria de Assistência Social, de três agentes comunitários de saúde e de algumas UBS da rede, algumas mais parceiras que outras.

Ainda tem como parceiros o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), Conselho Tutelar e as Secretarias de Cultura, Esportes, Educação e Promoção Social, o Hospital Beneficente Santa Gertrudes e a Rede de Atenção à Saúde da SMS, realizando algumas atividades em conjunto.

Todos os programas constam do Plano Municipal de Saúde e têm sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

A Atenção Básica do município é composta por dez UBS, sendo seis com Estratégia de Saúde da Família- ESF habilitadas, uma funcionando na lógica da ESF sem habilitação ou parametrização e três com modelo tradicional, sendo que sete delas contam com Equipe de

Saúde Bucal. Atualmente a AB conta com uma Coordenação Municipal que divide sua carga horária com a coordenação de outro serviço de saúde.

Em relação ao desenvolvimento de práticas que vinculam à promoção da saúde, atualmente algumas UBS desenvolvem trabalho de grupo como o hiperdia, algumas oferecem as atividades disparadas pelo NUESA, outras entendem que desenvolvem a promoção da saúde em sua rotina de trabalho na assistência e na realização de atividades em datas comemorativas como palestras realizadas em comemoração ao dia da mulher e atividades durante o mês do outubro rosa e novembro azul.

5.2. INCÔMODOS E DESCONFORTOS DA TRABALHADORA-GESTORA: O QUE O CORPO SENSÍVEL SENTIA E PEDIA PROVOCANDO O PENSAMENTO RACIONAL E ESTRUTURADO A BUSCAR.

Para entender um pouco mais sobre meus movimentos. Nestes anos muitas insatisfações e desconfortos me habitaram. Por mais que buscasse nas teorias da racionalidade científica elementos e certezas para a composição da minha terceira perna (LISPECTOR, 2009), algo sempre me incomodava. Se minha terceira perna teimava em produzir cegueira, meu corpo sensível incomodava, me fazia insatisfeita e provocava meu movimento. A eterna sensação de estar sempre remando contra maré. Primeiro a insatisfação com o que a clínica geral produzia. Me encontrei muito na odontopediatria, mas me sentia muito insatisfeita com a relação que a clínica privada produzia. Ora, o que acontecia que eu me realizava na clínica odontopediátrica no serviço público, mas não no consultório privado? Não tinha dificuldades com a estrutura e manutenção do consultório, que foi montado conforme meu desejo. Minha sócia era muito parceira, a casa era dela e todo equipamento era meu, tínhamos pouquíssimos gastos. Não trabalhávamos com convênios odontológicos...Não entendia o que acontecia comigo. Foi pelo corpo sensível que descobri muito tempo depois a origem de meu desconforto com a produção na clínica privada. Meu corpo sensível marcava e pedia um outro lugar ético político na produção da saúde como profissional de saúde. Minha insatisfação estava em trabalhar na lógica de saúde como mercadoria. A clínica privada não era o meu lugar, embora havia sido formada quase que exclusivamente para atuar nele.

Trabalhar no serviço público, no SUS, era mais prazeroso para mim. No entanto outros desconfortos começaram a brotar. Me sentia desconfortável como outros profissionais se relacionavam com os usuários e como muitas vezes era obrigada a agir para não causar

conflitos e tensionamentos com vários colegas. Isto me incomodava muito, sabia que a clínica podia ser melhor produzida. Vivenciei cenas onde o usuário era usurpado em seu direito de receber diversos procedimentos, eram considerados muitas vezes como pessoas com demandas de menor valor, muitas vezes recebiam tratamentos falsos, ou recebiam apenas medicamentos... Eu sabia que em seus consultórios particulares aqueles profissionais não tinham a mesma conduta. Usuários sendo dispensados pelas dificuldades que proporcionavam para o tratamento, muita desconsideração pelas vidas que tinham... Nem todos profissionais eram assim, mas muitos eram e haviam muitos tensionamentos. Além disso toda aquela demanda de pessoas precisando de tratamento e aquela clínica feita daquela forma, que para mim era fadada ao fracasso. Não havia acompanhamento dos usuários, era um cuidado muito empobrecido. Era muito ruim e meu corpo sensível me jogava a procurar fazer alguma coisa diante daquele contexto. A odontologia coletiva e preventiva parecia me proporcionar perspectivas de contribuir para mudanças naquele cenário. Sim, encontrei ali um lugar que produzia menos desconfortos. Sentia que a odontologia sozinha não dava conta e fui me encontrando com profissionais, cursos e referenciais que ajudaram muito nas diversas produções, mas, novamente outros desconfortos foram aparecendo...

Me lembro de um dia, em uma atividade de prevenção em saúde bucal na sala de aula de uma escola, desenvolvendo bem o be-a-bá da prevenção odontológica, aquele que a gente aprende durante a formação, e prestando atenção na reação dos alunos diante da atividade me questionei qual era o sentido daquilo que estava fazendo? Saí aquele dia me convencendo que pelo menos eu havia cumprido o cronograma e que pelo menos o recurso financeiro para aqueles procedimentos coletivos viria com as atividades desenvolvidas. A eterna insatisfeita. Muitas vezes meu corpo sentia que faltavam coisas, ou que algo estava fora de sintonia. O que eu via e sentia me pediam coisas que muitas vezes eu não entendia. Desconforto gerando movimento e desejo de encontrar respostas.

O encontro com o campo de formulações da educação me ajudou muito. As formulações da educação permanente em saúde, somadas as formulações de uma pedagogia libertadora, o construtivismo, todas foram ferramentas preciosas que confortavam meu corpo sensível e agenciavam querer saber mais. Parecia que meu corpo sensível combinava com aquelas formulações e caminhavam na mesma direção. Somado ao que vivenciava com meus filhos em uma escola construtivista, me ajudaram a construir estratégias e linhas de fuga onde meu corpo sensível se sentia mais confortável em várias experimentações e o que desenvolvia parecia fazer mais sentido.

O lugar da e na gestão, tanto de serviço quanto na gestão central provocava muitos desconfortos com a forma pouco participativa que se produzia. Queria e procurava vivenciar outra forma de fazer gestão. Me intrigava por que muitas vezes os profissionais da minha equipe pediam a gestão vertical e pouco participativa? Outras buscas para sossegar o corpo sensível insatisfeito com o que vivenciava. Alguns encontros respondiam ao que procurava, outros não. A eterna insatisfeita. A busca pelo curso Gestão da Clínica, o encontro com as formulações da produção do cuidado e micropolítica me trouxeram mais desconfortos com minhas produções como profissional de saúde. Mas era diferente. Ao mesmo tempo que me provocava e angustiava, me fazia querer entender mais sobre aquelas formulações. De alguma forma fazia sentido, respondia à algumas inquietações e conversava muito com meu corpo sensível que parecia eternamente insatisfeito. Este desconforto é o que compõem minha implicação neste trabalho e que já abordei anteriormente.

Comecei a entender os nós de vários de meus desconfortos e qual era meu lugar ético político na produção da saúde. Ainda não domino e não compreendo muito das formulações com que venho me encontrando, mas meu corpo sensível pede para ficar.

Agenciada por muitos desejos, desconfortos e insatisfações fui produzindo e catalisando o desencadeamento das várias práticas que compõe parte do cotidiano do meu trabalho.

5. 3. UM POUCO DAS HISTÓRIAS DAS PRÁTICAS DO NUESA. UM PANORAMA GERAL

Aqui neste trecho da viagem conto um pouco sobre as histórias das práticas, ou seja, dos programas desenvolvidos pelo NUESA que neste município vincula-se ao campo da promoção da saúde, suas apostas e a relação com a PNPS. Me apoiei em documentos do NUESA e da SMS, em minhas memórias e vivências com estes programas. Eu como fonte narrativa (EPS EM MOVIMENTO, 2014 d)

Programa Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente - PAPO JOVEM

Este programa tem um aspecto peculiar que gostaria de destacar e registrar que é a paixão e dedicação que as duas profissionais tem pelos adolescentes e este trabalho que tem nas histórias de suas vidas sua razão. A tentativa de implantar este tipo de trabalho tem uma história antiga desde o início dos anos 2000 com uma forte solicitação do Conselho Municipal

de Saúde (CMS), do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA), do setor que trabalhava com DST/AIDS, que possui as prerrogativas e recurso financeiro marcado e direcionado para atividades desta natureza, e o desejo das escolas e Secretaria de Educação, desde que não tivessem elas que desenvolver o trabalho com os adolescentes. No entanto o forte juízo moral e o preconceito em relação a desenvolver o tema na escola, tanto da comunidade de pais, como de parte dos professores e da comunidade religiosa somadas a mudanças de gestão na SMS acabaram dificultando sua continuidade de forma mais sistematizada.

O NUESA acabou acolhendo esta demanda em 2007. Várias tentativas foram feitas, mas o programa não conseguia passar de atividades pontuais em formato de palestras para os estudantes. No entanto ninguém discordava ser um tema importante para ser trabalhado diante da problemática de tantas adolescentes grávidas no município e onde a história de uma menina de 11 anos chocou a rede pelo risco de vida que correu por ter um corpo ainda muito imaturo para suportar a gravidez. Uma das histórias que me marcaram e que me levou a procurar um trabalho que fortalecesse os adolescentes a olharem para si de outra forma, que os apoiasse a viver sua sexualidade e seu corpo de forma a contribuir com a produção de suas vidas, que os ajudasse a lidar criticamente com as informações que encontravam pela vida, que viam nos sites e com os assédios frequentes que começavam ocorrer na frente de algumas escolas por trabalhadores de empreiteiras que trabalhavam nas plantas do polo petroquímico da REPLAN e que moravam em repúblicas até o término da obra, algumas estrategicamente montadas próximo às escolas. Mobilizados por este desejo acabamos conhecendo um trabalho com adolescentes que usava como estratégia oficinas de sentimentos que fomentava a conversa e reflexão sobre o assunto entre os adolescentes. O trabalho foi apresentado para os vários atores envolvidos com o cuidado dos adolescentes, inclusive o CMDCA que apoiou o desenvolvimento do programa durante todos estes anos. Um projeto piloto foi realizado em duas escolas e desde então continua sendo desenvolvido no município. O reconhecimento, respeito e as produções do programa tem na conexão e abertura das profissionais com os adolescentes durante os encontros a sua maior aposta. Os adolescentes gostam das discussões nas oficinas e frequentemente voltam no horário do intervalo para alongarem algumas conversas. Atualmente o programa trabalha com adolescentes dos 8º e 9º anos de quatro escolas entre municipais e estaduais que representa 80% do total de escolas que envolvem estas séries.

Programa Saúde na Escola -PSE

- Programa Bem Te Ver
- Programa Conversas com a Rede Escolar
- Programa Conversando com Pais

O PSE tem no escopo de suas atividades essenciais, definidas pelo MS, atividades na área de saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva, o trabalho com pais e professores que já eram desenvolvidos no município por necessidade apontada anteriormente pelos atores envolvidos com as questões do cuidado na infância e juventude, inclusive a comunidade geral. Em Cosmópolis os Conselhos procuram ser bem ativos. Em virtude disto em Cosmópolis ele acabou ocupando o lugar de programa guarda-chuva abrigando os programas que já estavam em andamento. Até o momento da adesão ao programa nada era desenvolvido na área de saúde ocular do escolar, outra atividade essencial apontada pelo MS.

Implantamos então o programa "Bem Te Ver" que foi importante pois encontramos crianças com diagnóstico de distúrbio de aprendizagem que na verdade não aprendiam por não enxergarem e que ninguém até então havia desconfiado desta possibilidade, uma inclusive cega de um olho e o outro bastante comprometido. A menina portadora deste problema estava no quarto ano do ensino fundamental I e obviamente teve perdas importantes em seu processo de alfabetização com comprometimento significativo em seu processo de aprendizagem.

Fala da professora diante da constatação da deficiência visual da menina:

"Meu Deus, é por isso que ela enterra a cabecinha no caderno da colega, ela quer enxergar ..."

Este caso foi um fato importante para todos nós da saúde e da educação e nos remeteu a várias reflexões e conversas. Como assim diagnóstico de distúrbio de aprendizagem e a menina era quase cega??? Nos preocupou muito, pois se relacionavam com ela a partir deste diagnóstico, ou rótulo, limitando as ofertas para seu desenvolvimento.

A adesão ao PSE, com o programa Bem Te Ver ampliou o cuidado oferecido às crianças e trouxe benefícios para o NUESA pois propiciou o reconhecimento de várias atividades que já vinham sendo desenvolvidas e que precisavam ser fortalecidas e legitimadas como necessárias para as crianças.

Com exceção do programa "Conversando com Pais", que embora sejam pais identificados e direcionados pela Secretaria de Educação para nós pelo fato da escola ter dificuldade em lidar com seus filhos, se desenvolve numa linha de conversas, reflexões e

trocas, com certa centralidade nas crianças e pais, os outros dois seguem na linha da prevenção de doenças. Atualmente, com os professores o trabalho desenvolvido tem sido na direção do diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil. Aproximadamente 45% dos casos de câncer infanto-juvenil não tem tido cura no Brasil devido à falta de diagnóstico precoce e tratamento tardio da doença. Sabemos que a porcentagem de cura chega aos 95% quando diagnosticado e tratado precocemente.

Programa de Prevenção e Educação em Saúde para Gestantes e Puérperas- Programa Mãe Coruja.

No início dos anos 2000, o trabalho com gestantes no município era dividido em dois programas, um desenvolvido pela odontologia e o outro pela enfermagem e outros profissionais; a partir de 2009 foram unificados. Atualmente é fomentado e apoiado pelo NUESA para articulação entre os profissionais das UBS e da maternidade do Hospital. As ações ocorrem duas vezes por ano com quatro encontros semanais e uma visita ao Hospital. Os encontros são realizados por profissionais da enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia e em algumas UBSs envolvem também os médicos. O programa procura acolher as angústias das gestantes, conversar sobre suas preocupações e as mudanças que vão surgindo no corpo, diminuindo sua ansiedade em relação ao hospital e a hora do parto, mas firmemente apoiado na vertente preventiva-educativa com transmissão de conhecimentos. Não há uma homogeneidade de apostas entre os profissionais: uns apostam mais na produção do encontro e trocas com as gestantes com maior espaço de escuta durante o desenvolvimento de suas atividades; outros apostam mais nas atividades educativas preventivas e prescritivas. Normalmente os diferentes profissionais envolvidos se encontram previamente ao início do módulo para alinhar conteúdos, agenda e logística. A discussão sobre o cuidado em si da gestante a partir do programa não ganha destaque nestas reuniões. No entanto, mais recentemente, em algumas situações, de muita vulnerabilidade ou fragilidade emocional, a gestante é visitada antes e após o parto por um profissional do NUESA em parceria com a UBS a que ela pertence, procurando fortalecer a articulação da rede de atenção à saúde, e para além dela, para seu cuidado.

Programa Mais Qualidade de Vida

Envolve o Programa Fazendo Arte, com oficinas de pintura em tela, de pintura em

tecido e o Programa cuidando do cuidador. São atividades com uma forte aposta na produção de encontros, ampliação das conexões e redes de apoio dos participantes. Os convites são abertos a todos, sem nenhuma obrigatoriedade ou condicionamento a atendimentos ou consultas nas UBS. Apesar da abertura do programa para todos, há um movimento e incentivo maior no convite para usuários que vivenciam uma fase de maior sofrimento, fragilidade e despotencialização de suas vidas. Há uma forte aposta em contribuir para fortalecer a autonomia dos participantes em outros dos seus territórios existenciais.

Projeto Boquinha-Programa de Prevenção e Educação em Saúde Bucal.

O mais antigo dos programas instituído em 1992, mas fomentado e articulado desde o início de 1991, por mim e duas fonoaudiólogas, diante do desconforto provocado pela grande demanda de crianças para tratamentos odontológicos e fonoaudiológicos complexos, por situações que facilmente seriam resolvidas com medidas preventivas simples envolvendo essas duas áreas de conhecimento da saúde. Apoiadas por alguns atores e gestores, começamos como um projeto, que terminou se instituindo como programa, que foi fortemente incorporado pela comunidade, mas manteve no nome a categoria projeto pela própria comunidade.

O programa inicialmente tinha como referência a Norma 198 de 1991 que orientava os Procedimentos Coletivos (PCs) em odontologia, posteriormente passou para a resolução SS-39 de 16/03/99 - Procedimentos Coletivos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e atualmente tem como referência a Resolução SS-159 de 23/05/07. A Norma 198 de 1991 teve um papel indutor importante no início do programa, foi um dispositivo importante, especialmente porque a ela vincula-se o repasse de recurso financeiro para o desenvolvimento das ações para o município. No entanto, assim como as resoluções, sempre serviram apenas de referência pois não previam o trabalho conjunto com a fonoaudiologia. Todas as atividades e estratégias desenvolvidas foram criadas pelos próprios profissionais.

O programa trabalha na linha da prevenção e educação e recolheu até hoje bons resultados em relação a saúde bucal das crianças. Conquistou o reconhecimento da comunidade que entende que o programa cuida da saúde bucal das crianças de uma forma divertida e leve. Seus resultados e estratégias lhe proporcionaram receber alguns prêmios, um em Congresso de Odontologia e outros três pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP). Há uma expectativa dos pais de que seus filhos participem do Projeto Boquinha, pois muitos o vivenciaram em seus tempos de escola e trazem isto na memória

como uma atividade importante e desejam o mesmo para os filhos. Já ouvi inúmeras vezes *"Olha eu não tive nenhuma cárie e eu escovo até hoje como vocês ensinaram... bolinha, trenzinho..."*

É comum presenciarmos cenas de alegria e euforia nas escolas quando o Boquinha chega para desenvolver suas atividades que acaba sendo momentos de quebra na rotina escolar, de "saída da sala de aula" para brincar.

O programa trabalha em duas vertentes, uma terapêutica preventiva-curativa em que o trabalho preventivo é realizado na escola com escovação, uso de fio dental, evidenciação de placa e aplicação de flúor e para o trabalho curativo é feita articulação entre escola, família e clínica odontológica com dois cirurgiões dentistas de referência para o tratamento dos casos mais graves.

A outra vertente do programa é educativa, apoia-se na pedagogia construtivista, usando estratégias lúdicas realizadas principalmente "na escola" e que não se repetem durante um ciclo de anos, que varia do ensino infantil para o fundamental, para que as crianças não vivenciem brincadeiras/atividades iguais nos anos seguintes. Há estratégias educativas de apoio no ambiente escolar disparadas pelos teatros e outras utilizadas para trabalhar com as crianças fora do ambiente escolar. Essa é a famosa *Boquita vai para Casa*: uma boneca mascote e uma sacola com seus pertences vão para a casa das crianças. Crianças de diferentes faixas etárias levam para casa diferentes jogos da mascote do Programa. As atividades não se restringem à conteúdos em saúde bucal e buscam olhar para as crianças de forma integral trabalhando vários aspectos de seu desenvolvimento e viver.

Programa de Incentivo à Atividade Física - Exercita Cosmópolis

Suas atividades se iniciaram no município antes da atividade física ser fomentada pela PNPS em 2006 como uma das linhas de trabalho prioritárias. Partiu da mobilização de um profissional da coordenação da odontologia que acreditava fortemente nos benefícios das atividades físicas, especialmente as práticas chinesas. Em conversa, este profissional relatou que estas práticas proporcionam a ele um equilíbrio emocional muito grande e que sua ligação com a atividade física de modo geral vem desde os tempos de infância, de suas atividades ao ar livre, na rua, e quanto isto era produtor de vida para ele. Com o desejo de oferecer essa experiência a outros, articulou movimentos para a sua própria formação e de vários profissionais de saúde, incluindo vários agentes comunitários de saúde. O programa foi

instituído oficialmente em 2009, inclusive descrito e incluído no plano municipal de saúde e reafirmado pela conferência municipal.

A oferta e desenvolvimento destas práticas são abertas para qualquer ponto da rede de atenção, incluindo AB, atenção especializada e o Centro de Reabilitação.

Apesar de envolver fisioterapeuta, cirurgião dentista, educador físico e já ter envolvido terapeuta ocupacional, atualmente a maioria dos monitores são agentes comunitários de saúde.

Em Cosmópolis a PNPS respaldou e legitimou a discussão e o reconhecimento do programa, bem como sua inclusão no plano municipal de saúde e relatórios das Conferências Municipais de Saúde. Também proporcionou apoio financeiro em 2009, 2010 e 2011 mediante elaboração e aprovação de projeto via editais. Atualmente o município encontra-se em processo de adesão ao Programa da Academia da Saúde com 01 Polo do programa em construção.

São oferecidas caminhada, lian gong, xiang gong e tai chi chuan três vezes por semana em média por cada grupo sendo que as atividades se intercalam. Em uma das Unidades Básicas além destas atividades são oferecidas exercícios terapêuticos, como cinesioterapia. Atualmente aproximadamente 110 pessoas frequentam as atividades.

O grupo que coordena o Exercita Cosmópolis é composto por três Agentes Comunitários em Saúde (ACS) e um fisioterapeuta e conta com meu apoio. Nos encontramos mensalmente para realizarmos nossa educação permanente e conversar sobre as atividades desenvolvidas na rede.

Programa de Apoio a Cessação do Tabagismo - PACTA

Programa instituído oficialmente em 2009, mas em desenvolvimento anteriormente. Articulado pelo interesse de uma enfermeira que trabalhava no NUESA e que anteriormente coordenara o CEM (onde especialmente o cardiologista, a endocrinologista, e urologista se estranhavam com o hábito de fumar de vários usuários), pela necessidade apontada e solicitação em especial de um médico cardiologista do CEM, por um desejo que também era meu como cirurgiã dentista preocupada com a prevenção do câncer bucal e por uma demanda da comunidade, provavelmente já bastante influenciada pela mídia sobre os malefícios do cigarro e “incentivos” para adotarem um estilo de vida saudável sem cigarro, pela necessidade do enfrentamento do tabagismo como um problema de saúde pública e pela restrição social que

em 2009 se intensificou pela lei antifumo nº 13.541 de 07 de maio de 2009 do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2009).

Da mesma forma que o Exercita Cosmópolis e os demais programas, o PACTA foi incluído nos dois últimos planos municipais de saúde e também foi foco de propostas nas últimas Conferências Municipais de Saúde, no sentido de sua manutenção e ampliação de oferta para horários noturnos e não comerciais. Vale destacar que tanto a lei antifumo do Estado de São Paulo como a PNPS contribuíram para legitimar o desenvolvimento do programa no município, mas não foi por indução delas que se deu o seu desencadeamento.

O programa segue o modelo do Programa do Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que trabalha com abordagem psico - educativa e motivacional com objetivo de esclarecer sobre a dependência do tabaco e nicotina e motivar para a cessação do tabagismo. Para desenvolver o programa, a equipe do Programa fez e faz sua formação no ASPA e também no CRATOD, sendo que neste último a formação é obrigatória, constituindo uma etapa obrigatória para adesão do Município ao programa do Ministério da Saúde e poder receber os medicamentos necessários ao tratamento dos usuários.

A entrada no programa é livre, sem necessidade de agendamento ou outra burocracia, sem qualquer critério restritivo, podendo ser por procura espontânea ou por encaminhamentos de outros pontos da rede de atenção.

O programa trabalha com grupos motivacionais e terapêuticos, ambos com encontros semanais com uma hora de duração. No grupo motivacional, os encontros não se baseiam em métodos coercitivos, educativos e informativos sobre os malefícios do cigarro, mesmo porque eles sabem melhor do que todos nós sobre isto. Têm como objetivo acolher as diferentes histórias, dificuldades e desejos de cada participante em parar de fumar, procura fomentar conversas sobre as diferentes necessidades e relações com o consumo do tabaco, se por hábito, por necessidade psicológica ou dependência física, e as diferentes estratégias que os usuários utilizam para lidar com elas. Os usuários são orientados a participar no mínimo em quatro encontros no grupo motivacional, porém, caso desejem, podem frequentar por mais vezes até se sentirem preparados para enfrentar o processo de cessação tabágica ou até sentirem que estão preparadas para experimentar sua vida sem a companhia do tabaco ou em uma outra relação com o mesmo, ou como diz um profissional da equipe *"(...)até estarem dispostos e encorajados a vivenciar uma outra identidade que vão procurar construir sem o tabaco"*.

A partir desta decisão e após vivenciarem o grupo motivacional, os usuários passam por consulta médica e odontológica e iniciam seu acompanhamento com médico e equipe com frequência ajustada para cada caso com suporte e apoio psicoterapêutico individual quando necessário em situações mais complexas. É neste momento que iniciam tratamento medicamentoso, ou não em alguns casos, e passam a frequentar o grupo terapêutico, que tem como objetivo lidar com as dificuldades, angústias, medos, sentimento de perda, que muito frequentemente surgem neste novo momento do processo e que as vezes é bem difícil.

Ao pararem de fumar os usuários são encaminhados para o tratamento odontológico, mas caso seja identificada alguma lesão com suspeita oncológica é imediatamente encaminhado para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Frequentam em média oito encontros no grupo terapêutico, mas há usuários que necessitam frequentá-lo por mais tempo. Neste momento é oferecido também acupuntura como um apoio a mais para ajudar a trilharem esta fase nova e difícil para muitos. Parados, após esta fase, e se tudo transcorrer sem grandes problemas passam a frequentar o grupo motivacional como forma de prevenção de recaída quanto tempo desejarem e na frequência que acharem adequada e em relação a isto a coordenadora do programa relata:

-*"É interessante como muitos pacientes já estão há mais de um ano sem fumar e continuam a frequentar as reuniões semanalmente pois veem ali uma oportunidade de ajudar as pessoas que estão começando e acabam se tornando "atores" no processo de parada de outras pessoas..."*.

O PACTA possui protocolo que orienta seu fluxo e desenvolvimento. A medicação utilizada segue o protocolo do CRATOD e do ASPA no entanto a terapia medicamentosa e os arranjos entre os medicamentos são ajustados à necessidade de cada paciente. De acordo com estudos científicos internacionais e com o protocolo do CRATOD os medicamentos atualmente considerados eficazes e que são fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) do MS são os seguintes: Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), através de adesivo transdérmico ou goma de mascar e Bupropiona, considerados medicamentos de 1ª linha.

A média de participantes atualmente no programa oscila entre 70 e 80 usuários. Aproximadamente 75 a 80% dos usuários param de fumar, dos 25 a 20 % que não conseguem parar ou voltam a fumar, aproximadamente 08% procuram o programa novamente. Do universo atual de participantes, 9 usuários foram identificados com lesões bucais suspeitas e encaminhados para o CEO para seguimento.

A equipe é composta por uma fonoaudióloga, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, duas técnicas em saúde bucal, uma psicóloga, um fisioterapeuta e uma médica. Conta com o apoio do CEO para o cuidado em saúde bucal e seguimento de usuários com lesões suspeitas com especialista em patologia bucal.

5.4. MINHAS CAMINHADAS E ENCONTROS PELOS LUGARES DESTA ESTAÇÃO. UMA EXPLORAÇÃO RIZOMÁTICA.

> Investigar o cotidiano é colocar em análise uma realidade em construção,
> móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas,
> tratá-lo como um campo de problematização,
> proporcionando novas possibilidades de
> apreensão e de produção do real (...)
> (BERTUSSI et al., 2011 p.313)

Neste momento, procuro trazer meus encontros, parte das minhas conversas, cenas vivenciadas, falas e movimentos interessantes, minhas afecções e algumas reflexões suscitadas. Pelo tempo restrito acabamos optando por aprofundar e trazer mais elementos e movimentos cartográficos de alguns programas do NUESA.

Trago meus movimentos, já com vários recortes necessários, mas destaco que os vivenciei no campo sem uma linearidade ou estruturação previamente construída. A exploração do campo foi se dando de forma misturada entre os diferentes programas e a Atenção Básica.

Muitas vezes em uma vivência, ou em um encontro, as afecções e o desejo afloravam e apontavam para uma nova direção e um próximo movimento. Não raramente diferente ao que pensara anteriormente. Às vezes foi necessário dar um tempo e começar outro caminho de exploração com outro programa e outros sujeitos para depois voltar. E assim foi se dando, realmente como uma exploração rizomática com várias entradas e saídas, rupturas e retomadas e também várias intersecções. Muitas vezes me via numa mistura de várias idas e vindas agenciada pelo que me afetava no cotidiano do meu trabalho. Às vezes em uma situação do trabalho algo acontecia e despertava meu corpo sensível, como se ele captasse

intensidades que conversavam com meu campo de pesquisa e então lá ia eu, experimentando o campo. Neste momento me fazia muito sentido a frase Gilles Deleuze,

"Jamais interprete, experimente"

No entanto aqui, procuro organizar um pouco a escrita, trazendo as vivências e as pessoas envolvidos nas práticas por programas para facilitar a compreensão e resolver uma dificuldade minha em construir uma escrita que abrigasse a complexidade deste movimento rizomático e ao mesmo tempo fosse clara e desse visibilidade ao que queria mostrar.

Para ajudar a compreender melhor como andei no campo, mas diferente de como procuro organizá-lo aqui, empresto como analogia a trama da bucha natural que me lembra um rizoma, várias conexões, uma mistura danada de fibras. Era assim o meu andar pelo campo. Misturando os encontros com os diferentes atores, diferentes espaços e programas, em diferentes tempos, sem uma linearidade ou organização do campo, bem diferente como vivenciava em outras pesquisas quantitativas que participei no passado.

Pensando cada movimento e encontro como as fibras da bucha, como poderia contar sobre certas fibras todas misturadas umas com as outras sem causar confusão para o leitor?

Pensei então como se as fibras tivessem receptores para determinadas cores e a cada cor usada na bucha, apenas certas fibras se colorissem e se visibilizassem. Foi isto que pensei em fazer aqui para organizar a escrita. Ou, lembrando que estou em viagem cartográfica, empresto a imagem de uma malha ferroviária, onde cada linha de estrada de ferro desta malha, que conta uma história em seu percurso, se colorisse com uma cor diferente.

Neste momento de escrita é hora de trazer para a cena investigativa, como já apontado anteriormente por FRANCO e MERHY (2011), os próprios sujeitos imersos no seu cotidiano produtivo, trabalhadores, usuários e gestores com quem me encontrei, pois somente a partir deles podem se revelar os processos de subjetivação, a potência das relações entre os sujeitos e como o cuidado vai se configurando e o lugar ocupado nesta trama complexa que é a produção na saúde.

Destaco que nesta narrativa usei nomes fictícios para identificar usuários, profissionais de saúde entre trabalhadores e gestores.

Devo destacar que ao trazer elementos e reflexões não pretendo compor uma verdade revelada pelo campo. Pensar na existência de uma verdade única em uma realidade sempre em construção é um equívoco e uma perigosa armadilha que as vezes nos captura. Muitas

vezes vivenciei situações e ouvi falas paradoxais, cenas em que seria impossível e um erro apontar qual seria a verdade verdadeira.

Minha intenção é trazer para cá, a partir dos sujeitos envolvidos, falas, cenas, situações que me afetaram, elementos que me disseram coisas, “naquele momento e naquele encontro”, e que me fizeram pensar sobre as produções e sentimentos dos envolvidos como possibilidade de apoiar novas produções, fortalecer algumas e problematizar outras, coisa que inclusive realizei ali em ato. Como anunciei anteriormente, o verbo provocar também compunha meu desejo nesta viagem.

Por vezes a mesma cena, situação, caso ou fala me remeteram à elementos de análise, provocações e reflexões distintas e que se repetiam em outras situações nos diferentes programas. Desta forma, optei por compartilhar aqui minhas vivências fazendo reflexões tomando como foco central para minhas discussões alguns elementos de análise que se desvelaram no campo, que chamo de analisadores.

Peço desculpas ao leitor, mas não consegui ser concisa ao trazer os sujeitos, as cenas e algumas vivências para cá. Talvez influenciada pelo que FRANCO e MERHY (2011) trazem em seu texto sobre a importância de dar voz aos atores em uma cartografia, talvez por ser detalhista, talvez pela dificuldade em ser sintética, talvez por me causar desconforto resumir a fala do outro, talvez por querer garantir a visibilidade de algumas coisas que me afetavam achando importante compartilhar o máximo com o leitor oportunizando se afetar como eu, apesar de saber que cada um se afeta de um jeito diante das mesmas cenas.

5.4.1. Sobre os Analisadores, apoio para minhas reflexões e análises sobre o Campo.

Como uma viajante-cartógrafa que passou por muitos lugares, visitou e conversou com muitas pessoas, explorou alguns territórios, afetou e se afetou nos vários encontros, procuro na sequência, ao olhar para as cartografias do caminho, registrar com maiores detalhes o que os olhos da cartógrafa conseguiram captar e sentir em suas experimentações e vivências no campo.

FRANCO e MERHY (2007) dizem que o olho do cartógrafo não deve ser só o olho fisiológico, o retina, mas também o olho vibrátil de um corpo que vibra com as intensidades, que se abre para as afecções e afetamentos, e por isso pode percebê-las como expressões do mundo da produção no campo da saúde. Ainda sobre o olho do cartógrafo estes autores trazem formulações de Rolnik onde,

> A autora evidencia duas formas de percepção do mundo, que se produz às voltas daquele que olha. Um primeiro olhar, é processado através do "olho-retina", que consegue perceber diante de si as representações da realidade, suas simulações fabricadas pelos personagens da cena social real, ou seja, este olho vê máscaras superpostas à uma certa realidade. Mas que a apresenta como verdade e é percebida como tal. Um segundo olhar se processa através do "olho vibrátil", que pertence ao "corpo vibrátil" e capta a realidade através da percepção, das afecções que essa é capaz de produzir no corpo de quem olha. Esse é capaz de captar a ação dos sujeitos em seus fluxos de intensidades, a dimensão subjetiva e desejante, os afetos produzindo a realidade e os sujeitos ao mesmo tempo. O cartógrafo é afetado pela realidade a qual ele está observando, e isso aguça sua sensibilidade em perceber a dinâmica dos processos relacionais e subjetivos presentes no processo de produção (FRANCO e MERHY, 2007, p.8).

Para catalisar a ação desses olhares diferentes e constitutivos de uma cartografia, me apoiei na construção de analisadores que foram se constituindo a partir de elementos que se desvelavam nos encontros e nas situações vividas no caminho cartográfico. Ou seja, a identificação dos analisadores foi fundamental para analisar e dar visibilidade ao cuidado produzido e interrogar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas naquele município a partir do referencial da produção do cuidado e da biopolítica.

Entendo que meus questionamentos durante esta caminhada subsidiaram meu movimento no campo e contribuíram para a identificação dos analisadores.

FRANCO e MERHY (2007, p.2) fazem uma analogia bem simples e interessante ao falarem sobre o que seriam os analisadores:

> (...) podemos imaginar como nos testes de química, quando temos um vidro com um líquido que não conhecemos e podemos usar uma gota de um outro que conhecemos bem e que sabemos que em contato com certas substâncias ficam de cores bem reconhecidas. Que podemos pingar esse segundo líquido no primeiro e conforme a cor que for produzida podemos dizer o que tem no líquido que não conhecíamos. Assim, mostramos como o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali mas não tão visíveis. Como diz Lourau: um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo.

Ainda estes autores apontam que a aposta nos analisadores busca alargar os campos visuais sobre os territórios existentes, procurando ao mesmo tempo escapar destes. Dar visibilidade para os territórios "não estruturados", que também permitem significar novos mundos do trabalho para os seus atores. Os analisadores que o cartógrafo busca nesse caso,

pretendem revelar as expressões de ações e manifestações da subjetividade, no contexto da produção do cuidado.

A partir de certos elementos que encontrei durante a vivência e processamento do campo acabei identificando dois analisadores, ou duas condições analisadoras que se conectam e estão relacionadas entre si, “O convite que as práticas fazem para os usuários” e “Quem são os usuários nas práticas desenvolvidas”. Eles visibilizaram um leque de situações que ajudaram tornar mais visível o cuidado produzido, como trabalhadores e gestores percebem e vivenciam o cuidado nas práticas desenvolvidas no campo da promoção da saúde, como as pessoas que participam dos programas da promoção da saúde percebem e vivenciam o cuidado produzido nas práticas oferecidas e como os aspectos e capturas biopolíticas atravessam as práticas e os agires dos profissionais envolvidos. Um visibiliza mais elementos relacionados aos profissionais e ao desenvolvimento das práticas, o outro mais relacionados aos usuários.

“O convite que as práticas fazem para os usuários”

Ao questionar que convite as práticas desenvolvidas fazem para os usuários, este analisador abriu um leque de situações/questões a serem visibilizadas importantes para analisar o cuidado produzido. Visibilizou se o convite que as práticas fazem tem propiciado incluir o acolhimento, escuta, construção de vínculo e ainda se contribuem para produzir autonomia ou produzem dependência/necessidade de tutela?

Ainda, se são autoritários e prescritivos provocando movimentos de disciplinarização da vida das pessoas ou se fazem convite à outras possíveis produções que incluem fazeres que gostam e desejam? Ainda, a depender da prática, se os convites são flexibilizados ou restritivos, selecionando e encaixando alguns usuários em detrimento de outros.

Permitiu perceber em que medida os convites, as práticas em si, proporcionam espaços de convivência, espaços para novas conexões entre as pessoas e espaços para novas produções, considerando usuários e profissionais.

Este analisador possibilitou visibilizar também como os profissionais entram na cena para o convite, no encontro com os usuários, se abertos, “convidadores” e parceiros ou normatizadores, prescritivos e disciplinadores? Visibilizou em que medida conseguem negociar a partir do convite que fazem, como fazem uso do saber da ciência, a favor de quem ou do que, do usuário ou do protocolo, da norma... Visibilizou também a diferença entre os profissionais em suas apostas dentro da equipe para produzir o cuidado.

Ora, se venho há tanto tempo incomodada querendo questionar que práticas na promoção da saúde estamos produzindo, dar visibilidade à estas questões me parecem fundamental.

"Quem são os usuários"

Ao questionar quem são os usuários, este analisador ajudou durante o caminho a visibilizar e perceber o lugar que ele ocupa, central ou não, nas cenas e encontros com os profissionais nas práticas e no cuidado produzido. Ou seja, se são reconhecidos como portadores de desejos, em suas singularidades, o que invariavelmente inclui o contexto familiar e a vida que vem junto, se são reconhecidos em suas fragilidades e também em suas potencialidades e em como fabricam sua existência.

Este analisador iluminou em que medida os profissionais consideram processos de negociação e outras ofertas como possibilidade para o cuidado e o viver dos usuários. Ou se a condição é não fazer nenhum tipo de negociação, não se encontrar com o outro, não reconhecer a sua produção e querer que o outro siga a vida de acordo com certos preceitos. Enfim permitiu perceber quem é o outro nas práticas oferecidas, alguém que deve se submeter ou que quer e precisa ser reconhecido? E também visibilizou se os profissionais reconhecem e respeitam, ou submetem e disciplinarizam os usuários?

Vamos lá.

5.4.2. Encontros e Vivências. Entre capturas e produções: Reflexões sobre o campo à luz dos Analisadores.

5.4.2.1. O Programa de Atividade Física- Exercita Cosmópolis.

Começo por este programa pois foi por ele que comecei oficialmente minhas experimentações para a pesquisa, embora já tivesse elementos de outras práticas que comporiam meu campo. Identifiquei os participantes, profissionais de saúde e usuários, com nomes fictícios.

Já há algum tempo tinha vontade de acompanhar grupos mais antigos deste programa, que possuem um número significativo de participantes assíduos, onde percebo que os monitores têm um carinho especial e uma preocupação para que as atividades aconteçam em caso de se ausentarem. Sempre dão um jeito de cobrirem um ao outro. Frequentemente vejo seus combinados e movimentos em relação a isto em nosso grupo de whatsapp.

Combinei então que iria acompanhá-los em alguns dias. Como era tempo de frio o primeiro grupo estava sendo realizado em um salão da igreja.

Eram 28 participantes, entre homens e mulheres, a maioria de meia idade e idosos. O monitor saudava todos e era nítido que se alegravam quando chegava. Faziam uma grande roda e acompanhavam os movimentos da prática chinesa com ele ao centro ao som de música oriental. Alguns chegavam atrasados, mas logo se posicionavam na roda. Engana-se quem pensa que estas práticas não cansam. Suei muito. Me chamou atenção um participante ao centro ao lado do monitor muito alegre, mais novo que todos, que animava muito o grupo e mexia muito com o monitor a quem carinhosamente chamava de "professor". Fazia interferências durante os exercícios, mas percebi que eram autorizadas pelo grupo, como se já fizessem parte da rotina. Havia nitidamente uma grupalidade construída ali.

Acompanhei este grupo várias vezes, inclusive quando esquentou e aí as atividades eram realizadas ao ar livre. Conversei com vários deles em dias e momentos diferentes e com o monitor/professor também e que trago fragmentos de suas falas na sequência:

Dona Cida (usuária):

-*" Comecei a vir aqui em 2010 e foi para melhorar a saúde mesmo, desejo meu mesmo, não foi médico não... Quando eu cheguei em 2011 para o tai chi chuan eu estava muito estressada...estava muito mal, eu achava que ia morrer... (silêncio), me ajudou muito fazer esta atividade. Eu não tenho família sabe, sou viúva e não tenho filhos, mas eu tenho irmãs com muuuuuuitos problemas. E eu me envolvia muito com os problemas delas. Nossa eu adoro o professor, que benção que é este menino, é um anjo no meu caminho... O que eu já desabafei com ele... Quando ele se ausentou as pessoas que substituíram ele nos exercícios, também são muito boas, se esforçaram muito para substituí-lo, mas ninguém consegue substituir outra pessoa, digo "a pessoa" sabe...*

Sr. João (usuário):

- *"Eu comecei a vir aqui porque eu não gosto de jogar baralho na praça, nem de ir em boteco, nem de ver tv, é muito ruim, só coisa ruim, coisa ruim...não faz bem. Eu gosto de andar, eu chego aqui 6:30h todo dia e fico caminhando até começar a aula. Ou fico andando de bicicleta até a hora da aula, vou até Artur Nogueira ou até o pedágio na REPLAN. Adoro minha bicicleta. Eu não tenho pressa de voltar para casa não. Graças a Deus eu estou ótimo, a única coisa que não está boa é a parte elétrica.*

Erica: - "Como assim sr. João"?

- *"Eu fiz cirurgia de catarata e o médico estragou meu olho, agora vejo umas manchas. Tenho que fazer no outro olho, mas não sei não se vou fazer não. Quando cheguei aqui eu estava todo travado, já andava de bicicleta, mas estava todo enferrujado. Antes eu não conseguia nem agachar, nossa depois que eu comecei a fazer estes exercícios... Óh,* (e faz uma porção de demonstrações, agacha, levanta a perna para frente para trás. Tem 83 anos), *hoje tá tudo destravado. E meu equilíbrio melhorou muito. Não gosto de ficar sem vir não".*

Dona Neuza (usuária):

- *"Além daqui eu também caminho 3 vezes por semana, comecei tem muuuito tempo* (ênfase na entonação do muito)*, foi quando eu aposentei, aí sobrava tempo".*
- *"Não mãe, foi por causa do seu problema da perna lembra?* (Interferência da filha)

Erica: - "Ah então foi por orientação médica"?

- *"Nãoooooo!!!*(dá grande entonação no não) *Imagina que médico manda em mim!!! Manda nada!!!* (fala em tom alterado e de discordância). *Ninguém pode mandar na gente. A gente faz o que a gente quer. Falei para minha vizinha, ela o médico mandou andar todo dia e não comer umas coisas. Falei para ela perguntar para o médico se ele anda todo dia e se ele não come o que mandou ela não comer.... Eu falei para ela falar para ele que a gente vai andar e fazer atividade o dia que a gente quiser. Eu vou o dia que eu quero, venho aqui porque "EU QUERO!!*(em tom assertivo), *e porque é muito bom, as aulas são diversificadas, eu também quero perder uns quilinhos rs,rs (risos)".*

Marcelo (usuário, o rapaz alegre do centro da roda é portador de uma dificuldade cognitiva e trabalha na padaria da APAE):

- *"Ah Erica..., eu me sinto tão bem aqui, tô melhorando. Fico o dia bem sossegado, o dia que eu não venho eu sinto falta. Eu me sinto bem com eles aqui. Gosto de fazer todos os exercícios".*
- *"A gente fica preocupada quando o Marcelo e Sr João não vem, porque eles nunca faltam"* (interferência de uma participante em minha conversa com Marcelo).

Alda (usuária):

-*"(...)Você sabe Erica, quando ele* (monitor) *se afastou, o grupo diminuiu, é muito bom fazer com ele, ele diversifica bastante, agora que* (ele voltou) *o pessoal tá voltando mais".*

Alda, Marcelo e Dona Cida visibilizaram a importância, para eles e outros usuários, do vínculo construído proporcionado por estas práticas com este profissional e entre eles.

Conversei algumas vezes com Fernando, monitor/professor, sobre as práticas, a entrada e procura das pessoas, na e por aquelas práticas, sua relação com eles, pois era nítido que gostavam muito dele e sentiram sua falta quando se ausentou.

Monitor/professor Fernando (profissional de saúde):

- *"Acho que são duas coisas que mobilizam as pessoas procurarem estas práticas: O medo da doença, de ficar doente, você já reparou como o infartado tem tempo para um monte de coisa? Depois que ele tem um problema como este, normalmente muda a relação com a vida... Na praça, boa parte das pessoas, que são de meia idade ou já passaram por alguma situação de problema de saúde ou alguém muito próximo já passou por uma situação assim, um pai, um irmão, um tio, até um filho... O que leva eles lá muitas vezes é o contato com uma situação desta que muitas vezes funciona como um choque. A outra gama de pessoas que vão lá, busca se sentir bem, muitos entendem a atividade física como um BRINCAR...(pausa na fala) nossa e como era bom brincar... Parece que muitas pessoas relacionam a atividade física como um brincar, este é o meu caso, perdi meu espaço de brincar na rua. Quando eu faço atividade eu sou uma pessoa, quando não faço sou outra (...) Eles percebem a diferença que é quando param de fazer. Não é só fisicamente não, é de cuca mesmo, algumas pessoas vão para a atividade física para se sentir bem independentemente de uma experiência ruim(...).*

Erica: Você procura conversar com eles Fernando?

- *"Eu me misturo com esse modo oriental da prática chinesa, de respeitar o outro, de não invadir... Ah eu não invado eles não, tem uns que vão lá e não abrem a boca para nada, eu procuro não perguntar nada não, deixo rolar. Agora tem uns que chegam e eu percebo que tem dor, aí eu vou conversar para entender e poder ajudar, orientar melhor, mas você sabe que tem aqueles que querem contar a vida, aí eu deixo sabe, e eu gosto de ouvir e também conto de mim, é bacana fazer a troca, a gente acaba se tornando amigo... Tem aquelas pessoas que vêm por um motivo e depois de uns meses continuam vindo por causa de outras coisas, acho que é o social, mas tem aqueles que vem por alguma indicação, as vezes médica e quando terminam não voltam(...) Eu adoro a promoção(risos)".*

Esta conversa apontou para mim a centralidade e respeito que o usuário ganha nas cenas com este profissional e o reconhecimento das diferentes necessidades que trazem nos

encontros com ele. Além disto há uma clara aposta dele na liberdade dos ires e vires dos usuários para participarem das práticas.

Ao acompanhar outro grupo, com aproximadamente 18 participantes, entre homens e mulheres, estas sempre em maior número, novamente senti alegria e leveza durante a realização das atividades. O grupo se iniciava 7:00h da manhã e continuava frio. Faziam a atividade na praça e os participantes iam chegando. Além do grupo, muitas pessoas caminhavam na praça. Primeiro faziam atividade de alongamento com um monitor e depois a prática chinesa com uma monitora. Um dos monitores me chamou atenção pelo carinho que tratava os participantes além de fazê-los rir o tempo todo. Chegava cumprimentando e brincando com todos de uma forma muito acolhedora provocando meu desejo em conversar com ele sobre seu fazer. Também tive vontade de conversar com a monitora e por algumas vezes acompanhei as atividades e fizemos algumas conversas após as atividades.

Monitor Fabrício (profissional da Secretaria da Promoção social, parceira do NUESA):

-*"Eu me sinto útil aqui, gosto de conversar com eles, contar piada enquanto faço as atividades(...) Eu vejo novela só para conversar com eles na hora da aula (risos)(...). Escuto cada história de vida aqui, eles contam muita coisa para mim, eu gosto de interagir com eles, tem gente que precisa mais de conversa e convívio do que da atividade física sabe(...). Eu sou um profissional de custo baixo, minhas aulas são baratas e tenho prazer em proporcionar estes momentos para estas pessoas, eu vejo cada transformação aqui, você não imagina"(...).*

Claramente este profissional declara aquele espaço como um importante lugar de encontro, e que as pessoas precisam de espaços para se encontrarem, para serem escutadas e fazerem conexões possíveis que contribuam em seus viveres.

Monitora Cátia (profissional da saúde):

-"*Eu amo fazer isso"(...) "Olha, eles pegam uma confiança na gente... contam cada coisa que as vezes eu até penso que não sei se eles deviam contar certas coisas, mas é a confiança que vai sendo construída né. Cinco a dez voltas na praça dá para saber muuuuuita coisa... se você vê como as pessoas melhoram..., é muito gratificante, é muito interessante. Às vezes minhas colegas tiram sarro de mim, falam que eu tenho perfil para fazer isto e que elas não têm. Uma coisa é a dificuldade de chegar nas pessoas né...Eu não tenho esta dificuldade, eu chego e converso, cumprimento, beijo. Tem colega que não gosta que eu faço isto. Nós somos em vários aqui, só eu vejo que este jeito de ser faz diferença para os pacientes... Bom, eu também gosto de ouvir história, eu adoro ouvir as histórias das pessoas. Eu sou uma boa*

ouvinte, às vezes a pessoa só quer falar, ela não quer ouvir, só quer ser ouvida... Sinto que os pacientes que participam das atividades acabam tendo uma relação diferente com a UBS, parece que dão menos trabalho, não sei, mas é diferente a relação (...)A gente procura incentivar eles participarem(...)".

Estes vários fragmentos de conversas, cada um a seu modo, neste momento da pesquisa, trouxeram elementos que ao questionar que convites estas práticas e estes profissionais têm feito para estes usuários e quem são eles nas vivências destas práticas, ganharam visibilidade: que estas práticas estão funcionando como um potente espaço de encontro e escuta, que elas têm proporcionado a construção de vínculo entre usuários e monitores, bem como entre eles próprios, a liberdade dos usuários em realizá-las por desejo próprio e não por mecanismos coercitivos ou prescritivos, a abertura dos profissionais para o encontro com os usuários reconhecendo-os e também suas várias necessidades de saúde inclusive acolhendo-as em vários momentos e de várias formas, incluindo tanto as dores físicas como as da alma.

Ainda com monitora Cátia (profissional da saúde):

-*" A gente precisava ter um mecanismo de trazer aquele pessoal que fica na praça fazendo atividade para o nosso grupo".*

Erica: Por quê? Eles não estão fazendo atividade física? Não é isso que nós queremos? Por que eles precisam se vincular ao grupo? Melhor deixar eles fazerem como querem, o horário que querem, sozinhos se quiserem... Eu adoro fazer atividades física mas detesto fazer com gente junto. Gosto de fazer sozinha, fico comigo mesma. Tem aqueles que gostam de vir no grupo, cada um gosta de um jeito.

Apesar de visivelmente se encontrar com os usuários com significativa abertura, ser disponível para escuta e parecer reconhecer os usuários em sua singularidade e mesmo de construir vínculo com eles, aquela fala me pareceu trazer um desejo deste profissional em querer que as outras pessoas na praça, se vinculassem às atividades da mesma forma que seu grupo. Talvez um desejo de normatizar a forma como fazer a prática. Em certa medida, parecia não reconhecer os usuários como sujeitos portadores de desejos e quereres de autonomia e a importância de estarem fazendo aquelas atividades independentemente de sua tutela. E autonomia deveria ser um ponto a ser trabalhado com os usuários se trabalhamos com saúde e promoção.

Nestes encontros fui sentindo a implicação que aqueles profissionais tinham com o desenvolvimento daquelas práticas e com o relacionamento com os usuários me dando vontade de conversar mais com outros profissionais. Desta vez marquei para conversar com dois profissionais de duas UBS diferentes. Com um, fui até a UBS, com o outro conversamos um dia no NUESA.

Monitora Flávia (profissional da saúde):

-*"Nas conversas na caminhada e nos desabafos eu vejo como as dores da alma se transformam em dores da carne, em doenças crônicas e dependência de muitos remédios... Os momentos na atividade física ajudam a cuidar das minhas meninas...Eu me realizo mais aqui como profissional de saúde do que como agente de saúde. Como ACS eu tenho que ser metódica, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, e aqui no Exercita, não. É um projeto de felicidade para mim trabalhar com o meu grupo, com as minhas meninas. Eu vejo que elas são tão carentes de escuta...E eu também sou a menina delas...(risos). Eu só consegui esta minha plenitude no trabalho, aqui* (fala com certa ênfase)*, coisa que eu não consigo no meu trabalho nas casas, lá é um trabalho diferente eu tenho que levar meu conhecimento para as pessoas e as vezes eles não querem. No exercita eu sinto sabor em ser agente comunitária... Algumas vezes percebo que para algumas pessoas participar do grupo ajuda construir uma identidade, tem uma* (usuária) *que fala assim "antes eu era só dona de casa, agora além disso eu faço parte do grupo de práticas chinesas lá da UBS"...É como se dissessem eu tenho um grupo, eu pertenço à um grupo".*

Durante nossa conversa Flávia compartilhou o depoimento que duas usuárias trouxeram sobre o sentido de participarem das práticas conduzidas por ela. Contou que uma era portadora de uma depressão que não respondia mais aos medicamentos e que procurou o programa por indicação médica. Assim Flavia trouxe os depoimentos:

-*"Antes eu era a Cida que não conseguia amarrar nem o cadarço do tênis, não andava um quarteirão, hoje eu sou a Cida que anda 1km por dia, que pratica 40 min de atividade física e agora até corro".*

-*"Fiquei viúva cedo, criei meu único filho com muita dificuldade, era ali nas caminhadas que eu desabafava e conversava sobre a prisão do meu filho, sobre seu envolvimento com as drogas e o mundo do crime, foi ali que eu fui melhorando e consegui ficar até sem os medicamentos, e foi ali também com o grupo que eu compartilhei a felicidade de receber a notícia que ele havia saído da prisão".*

Falas que me fizeram pensar em quanta produção o convite para aquelas atividades estava proporcionando. Reforçava que além da convivência, as práticas estavam proporcionando espaço para escuta, para falar das dores da alma e também de construção de alteridades e auto estima dos usuários.

Ops! Uma fala, um elemento de análise atravessando sem qualquer programação, em meio ao meu trabalho quando voltava da visita à uma usuária acamada do Programa do Tabagismo durante a conversa com a nova enfermeira do NUESA, antes coordenadora de uma UBS com ESF, agenciada pelo que viu na visita lembrou de uma usuária e contou:

-*"(...) lá na UBS a gente tinha uma usuária, jovem ainda, devia ter uns 30 anos, passou por situações difíceis, seu esposo teve um AVC ficou em uma cama e ela teve que se ver com toda a complicação da situação, estava se acabando e a pressão dela não baixava de jeito nenhum, sempre 200/110mmHg, não sabíamos mais o que fazer, muito deprimida. A pressão dela não controlava menina... Aí ela começou a praticar as atividades chinesas com o Fernando. Nossa!!! Menina!!! Ela foi se refazendo. Olha foi o Fernando que conseguiu resgatar a auto-estima dela, fazer ela voltar para a vida. Precisa ver como ela está hoje, arranjou até um namorado a pouco tempo..."*

Esta fala possibilitou fazer uma análise destas práticas a partir do olhar de um profissional que falava de outro lugar, sem relação direta com as mesmas. Ela trazia a mudança positiva de uma usuária da UBS que coordenara a partir da participação na prática chinesa e ainda apontou a relação e o trabalho do monitor junto a ela, como um elemento importante a ser considerado, denotando a construção de vínculo propiciada e também a possibilidade que as práticas pareciam proporcionam para acessar outros territórios existenciais.

Ainda com desejo de conversar com mais profissionais, ao conversar com mais uma monitora de um outro grupo de uma UBS, esta trouxe de forma muito intensa sua relação com as práticas desenvolvidas e o que sentia em relação aos usuários que compartilho a seguir:

Monitora Ana (profissional da saúde):

-*"(...)Exercita está nos meus poros* (fala com entusiasmo), *faz bem para mim. É o momento de desabafar brigas com o marido, do trabalho, que o filho tá usando e traficando drogas... É um espaço para isso* (falar sobre questões duras e difíceis da vida). *Eu me sinto útil e produtiva, eu sinto emoção quando faço as práticas chinesas, mas tem usuário que não gosta*

muito, gosta mais das caminhadas, eu acho que é porque eles querem conversar... (risos). (...) a gente convida eles, aqueles que a gente vê que estão precisando, mas não forçamos(...) é aberto, tem gente que vem fazer e nem é do nosso território".

Esta fala, assim como a de Flavia e de outros profissionais, sinalizou para mim que para alguns trabalhadores desenvolver estas práticas também permite acessar um outro território de produção, existencial/profissional, no trabalho em saúde e que os potencializa a produzirem-se de forma distinta de como se produzem normalmente em seu cotidiano, como se funcionasse como uma linha de fuga. Há um nítido sentimento de alteridade fortalecida.

A partir destas conversas, do que e vi e senti a luz de meus analisadores, tive elementos que me apoiaram a pensar que as práticas fazem um convite sem restrição ou prescrição que acolhe diferentes interesses e necessidades dos participantes não se constituindo em si como um dispositivo de controle e disciplinarização em suas vidas.

Os usuários são livres para participar e chegam por diferentes desejos e interesses. Conversando com eles compreendi que há os que buscam se sentir melhor fisicamente e que simplesmente chegam aos grupos, os que chegam pelo convite feito nas UBS, há também os que vão por prescrição médica, mas depois de um tempo acabam encontrando outros sentidos nas práticas e continuam. Mas há os que vão por prescrição e encerram sua participação ao término da terapia prescrita. Pude perceber em nossas conversas que há os que usam o grupo como forma de acessar outros territórios existenciais em suas vidas, os que usam para construir redes de apoio e novas conexões, e ainda há os que encontram nestas atividades oportunidade para desabafarem e falarem sobre as dores e intempéries da vida.

Ao serem questionados se entendiam aquelas práticas como uma forma de cuidado ofertada pelos profissionais de saúde, achei interessante que alguns até percebem o efeito cuidador daquelas práticas, no entanto isto não fazia parte da procura por aquelas práticas. Iam porque queriam e se beneficiavam delas de inúmeras formas.

Baixar a pressão, melhorar equilíbrio entre outras coisas era consequência, efeito colateral, não objetivo. Não buscavam ser cuidados naquelas práticas, embora muitos precisavam ser e a mim pareciam buscar isto inconscientemente pelas conversas que tiveram comigo. Mesmo os que vinham por orientação médica, que neste caso a ação prescritiva vem de outro lugar, têm liberdade de irem e virem quando quiserem.

Durante minhas reflexões, apesar de não ser o foco de minha investigação, fiquei pensando que apesar desta liberdade proporcionada nestes grupos por estes profissionais, seria interessante, mas difícil visibilizar, quanto tem na procura destas pessoas por estas práticas o

efeito de estratégias biopolíticas em suas subjetividades, como por exemplo o forte apelo para um estilo de vida saudável em nossa sociedade.

De fato a aposta do programa é na participação livre e não vincular nenhum mecanismo coercitivo ou de obrigatoriedade do usuário participar por ser portador de algum desequilíbrio orgânico onde a prática da atividade física seja fundamental para seu controle como por exemplo ser portador de diabetes ou hipertensão ou fazer parte dos chamados "grupos de risco". Este critério não faz parte do convite feito às pessoas para participação nestas práticas. Também não há punição em caso de ausência nas atividades. Há sim em alguns casos o interesse de alguns monitores em saber sobre ausências seguidas como forma de esclarecer se algo aconteceu com o participante e não como forma de controle e cobrança. Normalmente, nestes grupos, percebi o hábito dos próprios participantes comunicarem suas ausências.

Me chamou a atenção a implicação dos profissionais, como entendem o cuidado ofertado, como significam seu trabalho a partir destas práticas e a relação com vários usuários que elas propiciam. Além de alguns verbalizarem o quanto lhes fazem bem fisicamente, senti em suas falas uma forte identificação e prazer em desenvolvê-las. Há um desejo que os move, um brilho nos olhos e afecções que vazam quando falam sobre o que fazem, por que fazem e sobre o que percebem de benefícios e melhora em seus usuários, ou como alguns se referem, em "suas meninas". Senti a satisfação em perceberem a construção de autonomia e fortalecimento de alteridades em seus usuários a partir das produções proporcionadas por estas práticas.

Em várias falas os usuários são reconhecidos e respeitados em seus desejos, inclusive em suas maiores ou menores aberturas no encontro e necessidades de trocas e escuta, a partir destas práticas. Também ganhou visibilidade uma certa homogeneidade dos profissionais com quem conversei, em reconhecer as diferentes necessidades dos usuários e a vida que trazem junto em seus encontros com eles. Reforço que denota para mim abertura para o encontro, grande disposição para a escuta, possibilidade de acolhimento e construção de vínculo.

Apoiada pelas visibilidades que os analisadores proporcionaram pelas vivências no campo, para além da produção de afetos, intensidades, que vazam no encontro entre usuários e monitores, penso que estas práticas neste município vêm proporcionando espaços de encontro, convivência entre diferentes pessoas e construção de redes vivas. Têm proporcionado acessar outros territórios existenciais e agenciado diferentes produções tanto nos usuários quanto nos profissionais.

No entanto há profissionais na rede que pensam e sentem diferente, visto que muitos tensionamentos já ocorreram entre eles no cotidiano dos serviços para o desenvolvimento destas práticas. O que me fez sentir o desejo de conversar com alguns deles. E fui.

Foram conversas que fiz em momentos que estava nas UBS por outras demandas e aproveitei que estavam reunidos e o momento não formal de pesquisa. Compartilho parte da fala de um profissional em uma UBS:

Sílvia (profissional que representou os demais reunidos pois endossavam o que dizia):
-*"Não acho que somos nós que temos que fazer isso, acho que tem que ser um educador físico, alguém que tenha capacidade para fazer isto e que tenha estudado para isto. Imagina só, você faz um curso de não sei quantas horas durante umas semanas e começa fazer com os pacientes??? Acho errado, a secretaria tinha que entender que isto não se faz, e se acontece do monitor ensinar o exercício errado, machucar o paciente, um idoso, a família virá em cima da gente e a secretaria não vai ajudar a gente, vai arrebentar na gente, eles não estão nem aí (...). No começo eu até fiz mas machucou tudo minha coluna, eu e minha colega ficamos com dor, para mim foi exercício errado, ou não souberam corrigir a gente. A fulana faz porque ela adora, mas eu falo que ela não devia fazer, onde já se viu fazer uma coisa sem estudar menos que um ano..."*

Saí desta conversa pensando o que aqueles profissionais estavam me dizendo, sobre a necessidade de um saber científico especializado para conduzir atividades simples como aquelas que podem ser desenvolvidas por qualquer profissional de saúde conforme Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006 (BRASIL, 2006 a). Fiquei pensando como realmente a racionalidade científica opera nos processos de subjetivações das pessoas e como a partir disto produz agires distintos. O "empoderamento" que ela traz, visível na fala do profissional, me remeteu a pensar na fragmentação do processo de trabalho em saúde por categorias profissionais especializadas e em uma visão empobrecida da produção em saúde. Parece restringir a autonomia de ação do trabalhador por falta da legitimação de um saber científico especializado e o quanto isto produz captura. Falas como estas trazem elementos para pensar o quanto a produção do cuidado por estes profissionais parece estar sendo presidida pelas tecnologias duras e leve-duras e o quanto as tecnologias relacionais podem estar relegadas à um plano secundário.

As falas de Dona Cida e Alda, usuárias, de Flávia, monitora que se refere às usuárias de seu grupo como suas meninas, as quais também se referem a ela como a menina delas, visibilizam a importância do vínculo para elas e portanto, das tecnologias relacionais. Ao vivenciar esta cena nesta UBS, ganha luz para mim, o descompasso entre o que é importante para uns e para outros. Para uns é prioritariamente a qualificação técnica, para outros, em especial alguns usuários, apesar de reconhecerem que a técnica é importante, declara que nada substitui o vínculo construído (fala de Dona Cida).

Estas práticas para além dos benefícios orgânicos, ampliam a possibilidades de outras produções pelos participantes, como visibilizado anteriormente e podem constituir-se em estratégias que favorecem o encontro entre trabalhador e usuário e dar mais espaço para as tecnologias relacionais potencializando o cuidado. Visível nos encontros que se dão com trabalhadores que se identificam com estas práticas e as vislumbram como uma possibilidade de cuidado e outras produções com os participantes.

No entanto isto não fazia parte das possibilidades vislumbradas por estes profissionais. Apesar de colocar como via a questão que me traziam, e também questionar se não estavam sendo rígidos demais, pois haviam outras atividades que não precisavam de formação alguma, como caminhada, não consegui avançar e produzir mais diálogos com eles.

Em outra UBS que sabia também haver ruídos sobre a condução da atividade física acabei decidindo conversar sozinha com um profissional. Cheguei na Unidade para falar com a coordenadora sobre determinada demanda, mas também com o desejo de conversar com a equipe sobre a pesquisa. Demanda resolvida fui então conversar com os profissionais, mas acabei mudando de ideia ao entrar na sala onde estavam. Resolvi conversar sozinha com a profissional que sabia, ter antipatia por aquelas práticas, mas que nunca tive oportunidade de conversar sobre a questão. Senti que deveria fazer diferente da UBS anterior. Ao conversarmos, o profissional esclareceu seu sentimento em relação àquele trabalho.

Marcia (profissional da saúde):

-*"Não gosto de atividade física, não faço e acho muito ruim fazer isto com os usuários, fico de cara feia. Acho que está dentro das nossas atribuições, mas eu detesto fazer, prefiro não fazer se tem outra pessoa que gosta de fazer, melhor deixar ela fazer... E a gente tem tanta coisa para fazer aqui na Unidade(...) percebo que muitas pessoas melhoram quando fazem".*

Conversamos sobre alguns casos, algumas situações e a conversa foi mais produtiva. Pudemos trocar mais ideias e pensamentos sobre as práticas. Tenho dúvida se a conversa seria

tão produtiva se os demais profissionais da sala estivessem juntos. Mas ainda sentia o desejo de ouvir mais sobre isto de outros profissionais. Segui minhas vivências pelo campo.

Ao final de um momento de EP em uma outra UBS onde conversávamos sobre as práticas da promoção da saúde, uma fala me surpreendeu. Quis trazê-la para cá pois somada à fala da profissional anterior, me fez pensar sobre os convites que fazemos aos profissionais para a condução destas práticas.

Lurdes (profissional da saúde):

-"*Não gosto destas coisas que ficam obrigando você fazer isso ou aquilo, não gosto nada que é da promoção da saúde* (fala em tom de irritação), ***tem que*** *fazer atividade física,* ***tem que*** *comer isso, não pode fazer aquilo!!!* (fala em tom de muita irritação*). Eu não faço estas coisas nem para mim! Bastou querer me obrigar a fazer alguma coisa para eu não fazer(...)".*

Parei por aí mesmo, sentia que tinha elementos para refletir sobre a questão. Naquele dia e já afetada por outros encontros, saí sentindo que estas atividades precisam ser realizadas por quem vê sentido nelas, gosta de fazê-las e as entendem como possíveis produtoras de outras relações. Do contrário, tenho dúvidas do que pode ser produzido e reproduzido.

Várias vezes desconsideramos o perfil do profissional e sua identificação com a atividade para sua realização. No entanto se minha aposta era para determinadas produções e não outras, precisaria considerar o que estava vendo e sentindo a partir destas conversas. Que convites os profissionais que não gostam daquelas atividades fariam para os usuários? Que usos fariam do espaço do encontro com eles? Que escuta e vínculo conseguiriam fazer? Que produções seriam possíveis? Também fiquei pensando que convites estaríamos nós, enquanto gestores, fazendo para os profissionais realizarem estas atividades? Que conversas estávamos fazendo?

Me questionava internamente sobre isto, agenciada principalmente pelo que vi na mesma reunião de EP que conversávamos sobre a promoção da saúde. Onde a médica e uma técnica de enfermagem, a partir de nossas conversas e vídeo apresentado e discutido sobre uma vivência em uma UBS em Campinas, se sentiram convidadas e agenciadas a participarem e conduzirem também aquelas práticas entendendo como um potente lugar de

produção de cuidado, escuta e construção de vínculo. O que até então não vislumbravam com a mesma potência.

Profissionais de uma outra UBS reunidos

Neste dia estava na sala com vários profissionais esperando um profissional para conversarmos sobre o grupo de cuidadores. Enquanto esperava, fui conversando sobre as práticas da atividade física com os profissionais onde foram contando...

-*"Eu gostava de fazer, não faço mais porque sinto muitas dores".*

-*"Eu também! Não aguento de dor, (...)mas nosso grupo é bem bom aqui, tem quase trinta pessoas(...)".*

Erica:- "Mas tantas pessoas fazem por causa das dores que sentem e depois se sentem tão melhores, por que vocês não fazem para vocês se sentirem melhores também"?

-*"Para mim era bom fazer antes, mas não posso fazer por ordem médica, até operar minha coluna (...)".*

-*"A Flávia adora fazer(...)".*

Saí dali desconfortável aquele dia. Quase todo mundo sentia dor ou tinha algum problema de saúde ali. Quase todos impossibilitados de fazerem alguma coisa, inclusive para si mesmos, por causa de problema de saúde, mas todos achavam importante... O que isto queria me dizer?

Fiquei pensando nestes profissionais como usuários e como o discurso da doença parece capturar para um lugar onde as pessoas vão se despotencializando, pelo menos em seus discursos. Novamente me vem à cabeça os processos de subjetivação, agenciados por este lugar, que o trabalho na saúde e o foco na doença parece produzir.

Ao olhar para meu campo me fez pensar como o foco na doença pode aprisionar e limitar as pessoas a acessarem e vivenciarem outras dimensões da vida e quanto o espaço intercessor, que se constitui no encontro pode ser potente para agenciar a experimentação de outros territórios existenciais e a construção de novas alteridades mas isto também vincula-se ao modo como as atividades são ofertadas e como os trabalhadores se colocam neste encontro, de forma mais aberta, livre e a favor da vida ou não sendo disciplinadoras e prescritivas.

Me fez pensar no grande número de trabalhadores da saúde com limitações por problemas de saúde, talvez aprisionados por este lugar como vários usuários, com fortes capturas em seus viveres por este lugar da doença.

5.4.2.2. O Programa de Apoio à Cessação do Tabagismo- PACTA

Aqui, em minhas narrativas, também fui identificando os diferentes profissionais e usuários com nomes fictícios.

Em meio às conversas e encontros com os diferentes profissionais e usuários envolvido com o meu campo, combinei com um profissional, que já está há algum tempo no PACTA, e conduz alguns grupos, para conversarmos sobre sua vivência no programa.

Olívia (profissional de saúde)

- *"Olha Érica o que mais vale mesmo é entender a pessoa e por que ela foi procurar a gente. Em um centro de reabilitação é tudo muito técnico e mecânico, você não tem muito tempo para o paciente. Nestas atividades a gente tem mais oportunidade de conversar com as pessoas, às vezes elas ficam no final da atividade só para conversar com a gente(...). Eu precisei quebrar o protocolo* (do PACTA) *algumas vezes porque eu sentia que eu ia perder a pessoa, se fosse seguir o período de encontros para passar com o médico* (para programar a parada e iniciar a medicação), *eu sei que eu ia perder a pessoa, eu sentia isso sabe. Tem alguns pacientes que chegaram na consulta já parados. Tem gente na equipe que não aceita fazer isto* (dar o adesivo antes). *Mas tem situação que pede. (...) Às vezes eu penso que não é só a forma do médico pensar que deve prevalecer, eu queria me sentir mais à vontade para falar o que eu penso sobre alguns casos, mas eu fico sem saber se devo falar sabe (...)".*

Esta conversa mexeu comigo e de certa forma fortaleceu meus pensamentos e apostas. Remeteu à questão sobre a escuta do profissional em reconhecer o que o usuário traz em nossos encontros e a percepção sobre a necessidade de flexibilização do protocolo ou de se reconhecer a necessidade de se trabalhar com outras estratégias para o cuidado.

À luz dos analisadores, visibilizou que o programa tem uma norma a ser seguida, o convite de início é para subordinar os usuários a seguirem uma determinada norma. No entanto, visibiliza também que os profissionais não são homogêneos e se uns apostam nesta direção há os que, ao se encontrarem e escutarem os usuários reconhecendo suas necessidades e singularidades, quebram o protocolo para flexibilizar as ofertas e oportunizar outras formas de cuidar

Há uma certa divisão da equipe em relação a isto, não é só o médico que pensa assim, conforme o profissional aponta e esta conversa apareceu em várias discussões nas reuniões de equipe durante o período do campo. E ainda vem aparecendo.

A fala deste profissional mostra sua abertura para escuta do usuário e o reconhecimento do que ele traz me fazendo perceber sua disposição em negociar e flexibilizar o protocolo apesar do tensionamento que isto provoca na equipe.

Uma cena que conversa com isto:

Era uma reunião de equipe, durante nossas conversas veio para discussão uma situação em que o usuário nos procurou, já parado e muito ansioso, conforme fala de um profissional, precisando apenas passar com o médico para iniciar a medicação, e então seguir o tratamento nos grupos, invertendo o caminho inicial de entrada no programa. Como não havia vaga para consulta, foi orientado a voltar a fumar para então participar do grupo motivacional...

Situação que me deixou muito incomodada. Suficiente para discutirmos sobre outras possibilidades diante de situações como aquelas que não são tão raras. Esta cena reforçou que os profissionais não são homogêneos em suas apostas no programa onde uns negociam e flexibilizam mais que outros.

Diferentemente do Programa da atividade física, ao olhar aqui para que convite o programa e os profissionais fazem, e quem é o usuário na cena com eles, começa visibilizar para mim que no tabagismo o território de produção é outro. A prescrição parece falar mais alto e as capturas biopolíticas também.

Há um tempo mínimo, protocolar, de participação no grupo motivacional antes de passar com o médico, que causa muito tensionamento na equipe quando em alguns casos especiais, é necessário modificá-lo. Por exemplo, como o caso citado ou quando a pessoa já chega preparada para parar, e que, se não acolhermos e intervirmos, perdemos o usuário ao fazê-lo seguir o protocolo e participar dos quatro encontros para então passar com o médico para somente aí receber a medicação oral e o adesivo.

É interessante observar a construção de uma regra por um determinado grupo de profissionais, que se deu num certo contexto e realidade e que é adotada por vários outros grupos e pessoas como verdades únicas sem questionamentos para seus contextos mesmo diante de tensionamentos e conflitos evidentes que desencadeiam ao usá-las. Como é difícil deslocá-los para questionarem se a regra adotada é boa mesmo e serve em todas as situações. Me fez pensar também na possível presidência sistemática pelas tecnologias duras e leve-duras, protocolo e saberes científicos, no cuidado oferecido por parte de alguns profissionais.

E portanto, o lugar que o usuário e seu reconhecimento ocupa na cena com estes diferentes profissionais.

Não há limite máximo para participação nos grupos, diferindo radicalmente do programa preconizado pelo Ministério da Saúde e replicado pela SES de São Paulo por meio do CRATOD onde o usuário é submetido a um protocolo de tratamento que limita o número de sessões e define seu intervalo para o tratamento. Ou seja, sem vislumbrar a flexibilização do convite e possibilidade de negociação, a singularidade e reconhecimento do usuário parece não ganhar destaque nas cenas de cuidado.

O que tenho vivenciado e sentido no cotidiano do programa é que o tratamento e o cuidado no tabagismo pedem flexibilização e singularização o tempo todo. Percebo que é bastante complexo e exige uma delicadeza da sensibilidade na relação com usuário para o seu cuidado. Escuta, acolhimento e reconhecimento do usuário, que fala e tem vida própria, são fundamentais, do contrário a chance de fracasso é enorme neste tratamento.

Nossa conversa me fez pensar também no lugar marcado, de poder e de centralidade do médico na equipe, embora, pela vivência que tenho com os profissionais do programa, sinto que aquela fala tenha sido produzida muito mais pelo plano de representação, pelos processos de subjetivação e subjetividades produzidas em torno da figura do médico por aquele profissional do que de fato é. Sinto no médico uma evidente sensibilidade e abertura para este trabalho. No entanto há capturas do mesmo por este lugar de poder em determinadas situações em que sua fala acaba prevalecendo especialmente quando ele é o protagonista da ação em pauta.

Acho interessante registrar, que os analisadores me fizeram perceber também que diante de situações semelhantes os profissionais agem diferente ao que verbalizam defender.

Trago em seguida outra conversa com um profissional que agrega outros elementos à esta discussão.

Marcio (profissional de saúde):

-*"A gente vive entre o céu e o inferno do paciente tabagista, mas é gostoso ver os resultados, ver trazerem a melhora deles..., melhoras que às vezes parecem ser coisas bobas, que melhorou a aparência, melhorou a pele, o sorriso, a mão não está mais preta, que agora está fazendo a unha, conseguindo ficar cheirosa..."*

Erica: - "Eles conseguem perceber mesmo estas mudanças"?

-"*No dia a dia é o que eles mais percebem. Uma semana sem fumar eles já percebem a mudança no cabelo, já sentem o paladar. A melhora na saúde em si demora mais para*

perceberem, mas estas coisas é bem legal ver eles trazerem, a grande maioria traz isso já muito felizes (fala demonstrando satisfação e entusiasmo)!!! *Isto é muito gostoso, na verdade é oito ou oitenta. Hoje mesmo tive aquele caso difícil da paciente com AVC hemorrágico, com sequela grande e paralisia do 3º nervo, acho que ela vai perder a visão de um olho, a pálpebra caiu, vai ser muito difícil recuperar, é uma paciente bem difícil, que chegou com o encaminhamento da UNICAMP para nós. Para fazer ela entender que é importante ela vir no grupo que não é só dar medicamento e adesivo foi difícil, foi mais de uma hora de consulta, foi bem desgastante, porque imagina???(*entonação de interrogação*), de uma hora para outra você tem que parar de fumar...é difícil!!! Ela não queria participar do grupo não! Não está fumando mas a irmã que veio com ela acabou incentivando também e aí ela concordou com muita resistência mas veio. E tem os pacientes bons, como te falei, que chegam numa alegria porque pararam de fumar, dizem que estão ótimos, que não precisam de mais nada, numa alegria contagiante. E tem também aqueles que não entendem..., você fala mas eles não entendem o que você está falando. Tem a dona Angelina que eu ia dar alta viu!! Mas fiquei com dó... ela fumava um maço de cigarro por dia, ela acha que parou de fumar, mas não parou!!!(ênfase na fala). Não dá para dar o adesivo com ela fumando... Eu falei para ela: - "A sra. não parou de fumar!??! Se ainda está fumando"um cigarro", então não parou"!?! Não vou dar o adesivo para a sra se a sra. não parou"!!! Ela insistiu e falou -"Mas eu parei"!! E eu disse - "Não, a sra. disse que fumou ontem! Por que a sra. fumou ontem??"*(em tom de descontentamento com a usuária ao me contar)*? Ela respondeu - "Ah... por que deu vontade, mas foi* ***UM SÓ****"!!!*(grifo meu).

Passado um tempo, questionei o mesmo profissional sobre como estava Dona Angelina, ao que me respondeu:

- *"Ela não voltou mais depois daquela consulta Erica".*

E eu pergunto: Quem não entendeu quem mesmo?

Obviamente o acontecido com Dona Angelina, me despertou o desejo de conversar com ela. E fui.

Fiz o contato e marquei para ir à casa dela. Chegando lá fui bem recebida, e convidada a sentar para conversar, seu esposo estava junto. Havia um cheiro muito forte de cigarro na casa. Aliás ele, o cigarro, e o isqueiro também estavam ali marcando presença na mesa central da sala, que segundo eles era do Paraguai. Naquela visita tive uma verdadeira aula sobre os tipos de cigarro no Brasil. Contei sobre meu estudo e que estava conversando

com várias pessoas, entre usuários e profissionais de saúde, que participavam das atividades do NUESA. Logo de início, o esposo de Dona Angelina, contou que era ex-tabagista e ex-alcoolista, e que havia parado os dois vícios por vontade própria. Decidiu num dia, parou no outro (numa fala e entonação tipo "fui porreta", batendo com uma mão na palma da outra). Falou que queria muito que Dona Angelina parasse também, pois ela não estava nada bem de saúde e que ele também não aguentava mais o cheiro dela e que a noite para dormir pedia para ela virar do outro lado. Dona Angelina, 61 anos tossia muito, mas muuuito mesmo, que até a atrapalhava falar. Pensei até em voltar outro dia. Disse que estava gripada, mas que a tosse era também por causa do cigarro e de uma medicação que tomava. Contou que fumava há 49 anos e que era hipertensa e tinha problema de coração e que o médico do posto deu pouco tempo de vida caso ela não parasse de fumar, e que se ela parasse daria então ainda uns 10 anos de vida. Contou que naquele dia voltou para casa bem pensativa e então resolveu procurar o programa. Participou dos encontros, que segundo ela ajudaram e ela entendia que tinha praticamente parado. Mas sentia que faltava alguma coisa em sua vida e destacou, para mim, que havia falado sobre o que estava sentindo para o médico como se isto fosse um detalhe importante não considerado pelo profissional. Contou que sentia muita vontade de fumar UM cigarro por volta das duas horas da tarde e que depois não sentia mais, mas que o médico não quis dar o adesivo para ela e aí ela desistiu, não voltou mais. Disse que agora estava fumando mais que na época que passou na consulta, mas menos do que quando começou a frequentar o programa quando fumava mais de um maço por dia. Agora estava fumando uns dez cigarros por dia. Neste momento entra seu filho na sala e começa a conversar também. Foi ele quem deu a aula sobre os tipos de cigarros no Brasil e as diferenças com os do Paraguai. Contou que também era tabagista, que havia participado do PACTA e parado, que inclusive havia parado antes da consulta com o médico e que quando passou com ele já estava usando o adesivo que um profissional do programa havia dado.

Estava ali na minha frente o filho contando sobre como foi importante a escuta do profissional para flexibilizar o protocolo para o seu tratamento e cuidado, e sua mãe contando sobre o abandono do tratamento por não considerarmos a possibilidade de flexibilizar o protocolo naquele momento da consulta, por não considerarmos possibilidades de negociação. Pessoas diferentes, profissionais diferentes, escutas diferentes, cuidados diferentes. Olhares e escutas diferentes em relação sobre quem é o usuário na cena, portador de desejos, de fragilidades, de potencialidades e direito de escolha. O analisador sobre que convite o programa faz, visibilizou para mim, que nós, profissionais do programa, reconhecíamos

naquele momento apenas um convite possível: Um convite que exigia abstinência, que o tratamento para a cessação do tabagismo tem como pressuposto. Mas seria o único convite?

E quem não consegue? Há usuários como o esposo de Angelina, que decide que vai parar num dia e para no outro. Mas há vários que não conseguem. Temos o direito de impedirmos a pessoa de se beneficiar em consumir menos? Ora, parar ela não consegue, mas diminuir sim. Por que não? Como disse Dona Angelina "Era **SÓ UM** cigarro".

Por que não considerar a diminuição como um convite possível? Por que não um convite que opere com a possibilidade de diminuir danos?

O analisador sobre que convite o programa faz, visibilizava para mim que o território de produção no trabalho com o tabagismo convoca nos profissionais, de forma bem significativa, uma postura prescritiva e disciplinadora e que dificulta reconhecer o usuário como portador de desejos, com direito de escolha, fragilidades e dificuldades e sua vida que vem junto.

Voltando para a história: O filho de Dona Angelina conta que quando a mãe voltou a fumar, foi muito ruim, pois era ele quem ia comprar o cigarro no bar para ela todo dia e que dava muita vontade de fumar. Por um tempo suportou, mas quando brigou com a namorada conta que ficou muito difícil, e um dia ao comprar o cigarro para a mãe voltou a fumar.

A história de Dona Angelina e seu filho visibiliza a diferença de escuta entre os profissionais para reconhecerem a necessidade de flexibilização do protocolo e considerarem outras estratégias para a produção do cuidado. Que empreste por exemplo, em certa medida a ideia da redução de danos[13]. Potente em determinadas circunstâncias por considerar e reconhecedor as singularidades, fragilidades e possibilidades dos usuários em determinados momentos de sua vida.

A história de D. Angelina me fez pensar no que MERHY et al (2010, p. 66) colocam sobre a maneira que nós, profissionais de saúde, muitas vezes nos posicionamos nos encontros com os usuários:

---

[13]A Redução de Danos (RD) é uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. (...). Como prática de saúde pública, está em franca sintonia com todas as experiências sanitárias que buscam a defesa da vida. (...). A Redução de Danos está fundamentada numa ideia muito simples: minorar o efeito deletério do consumo de drogas (LANCETTI, 2014, p. 77). Desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2005b). Implica em intervenções singulares, que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso da droga, a substituição por substâncias que causem menos agravos ou até mesmo a abstinência (VIVA COMUNIDADE, 2009).

> Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o "saber-se" (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o meu saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer. Porque sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a que menos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções unilaterais – como unilateral é o agir do profissional – não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas.

Trago a seguir a história de um usuário, muito querido, as conversas que disparou com alguns profissionais, e que a meu ver, além de reforçarem algumas questões agregam outros elementos nas discussões abordadas até aqui.

Uma história de muitos encontros com nosso querido Sr Roberval.

Tenho um carinho especial por este usuário, desde o início ele parecia bagunçar e nos desestabilizar, por diversas vezes sentia ele tripudiando com meu corpo sensível, agenciava muitas reflexões, movimentos para entender, sentia que sua história nos dizia muitas coisas. Trago aqui recortes de uma longa história de muitos encontros.

Sr. Roberval, 74 anos, usuário bem conhecido no município e em vários serviços de saúde, por seu forte temperamento. Consumidor de cigarro desde os 7 anos, chegou para nós consumindo dois maços por dia. Era alérgico, portador de diabetes, hipertensão e de um problema pulmonar. Havia iniciado seu processo de parar de fumar no programa declarando ser por desejo e "não por estar sendo obrigado" apesar do agravamento de alguns problemas de saúde (renal, pulmonar e diabetes) conforme me contou. Conheci-o no dia em que ele estava na ouvidoria da SMS fazendo uma queixa da profissional que o acompanhava no grupo do programa. Coincidentemente eu estava na Secretaria naquele momento e fui chamada para ouvi-lo uma vez que o serviço que coordeno é responsável pelo programa.

A queixa: Desrespeito, bate boca com Cristiane (profissional de saúde) que o insultou dizendo que ele "não queria parar de fumar coisa nenhuma", visto que "não acatava suas orientações". Mas que não era verdade, ele desejava parar... e tinha direito de participar do programa e ter a medicação, como ele mesmo esbravejava:

-*" Quem aquela menina pensa que é para falar para mim que no fundo eu não quero parar de fumar? Quem disse que tem que ser do jeito que ela quer, acha que é muito sabida"!*

Conversamos muito, ele estava muito bravo. Escutei-o e comecei a compreendê-lo e entender o que havia ocorrido, visto que também conhecia a profissional que conduzia o grupo que ele participava. Convidei-o então a frequentar outro grupo com outro profissional. Discutimos muito seu caso na equipe e Cristiane (profissional) dizia naquela época:

-*"Ele tumultua a reunião, só ele sabe, não aceita o que as outras pessoas falam no grupo, quer toda atenção só para ele. Ah, ele não quer parar de fumar gente!!!".*

Participar em outro grupo com outro profissional agenciou "muitas outras possibilidades em seu tratamento". Inclusive a possibilidade de reconhecer e expor seu conflito entre "precisar parar" de fumar e o "desejo em continuar" fumando, que então começou a se desvelar. No encontro com este outro profissional foi acolhido e começou a ser escutado de outra forma e ganhar reconhecimento na cena para o cuidado.

Assim como Sr. Roberval, vejo vários usuários no programa, portadores de sérios problemas de saúde agravados pelo cigarro, vivenciarem o mesmo conflito apesar de motivados pelo desejo de ainda viverem outras coisas na vida onde a opção em continuar fumando, naquele momento, parece poder inviabilizar.

O encontro com outro profissional proporcionou descobrir "outros" Srs Roberval naquele homem que até então carregava o rótulo de usuário problemático, propiciando a construção de um forte vínculo e estabelecer outra relação com o tratamento do tabagismo. Em uma de nossas conversas Dani (profissional que conduzia o outro grupo) contou:

-*"Sr Roberval é um homem extremamente sensível, é impressionante a sensibilidade por trás daquela braveza que o povo fala. Agora ele virou meu amigo no facebook também, eu gosto de conversar com ele, ele compartilha cada coisa (sorrisos)".*

Sr. Roberval parou de fumar e já de alta passou a frequentar o grupo mensalmente para dar apoio aos que desejavam ou precisavam parar de fumar compartilhando sua história e dificuldades no processo.

Quando completou um ano encontrei-o novamente na Secretaria de Saúde, mas desta vez encontrei-o muito abatido, trêmulo e quando o cumprimentei assustada questionando como estava e se havia acontecido alguma coisa, respondeu-me que não estava bem e que se sentia "um homem imprestável e sem vontade de viver". Nem vontade de pescar, paixão antiga, tinha mais. Sr Roberval estava evidentemente deprimido, despotencializado em sua existência, em seu viver.

Após conversarmos bastante, novamente comentei que parecia que fumar era bem importante para a vida ele e questionei-o sobre o que achava sobre a possibilidade em voltar a fumar. Jamais esquecerei sua reação...

Me olhou com espanto, como se eu tivesse falado algo descabido, um verdadeiro desaforo. Foi como se tivesse acordado do estado depressivo com o choque provocado por minha fala ao que prontamente respondeu indignado:

-*"De jeito nenhum"!!* (com expressão facial brava, espantada, cabeça levantada e coluna retificada)

Ainda questionou como eu poderia propor aquilo, pois já estava um ano sem fumar!!

Talvez tenha entendido minha oferta como uma provocação e não como uma possibilidade a considerar. Disse que apesar de estar daquele jeito, (se sentindo imprestável), que naquele momento sentia cheiro, estava melhor de saúde, a família não brigava mais com ele, além de seu exemplo em parar de fumar ser motivo de orgulho para toda a família. Ainda acrescentou que tinha muito orgulho dele mesmo por ter parado de fumar e que o pessoal do PACTA tinha feito até festa para ele na UBS em comemoração ao seu 01 ano sem fumar.

Aquele dia eu fiquei com muitos pontos de interrogação na cabeça.

Estava achando o máximo a proposta para ele. Como assim, aquela reação diante daquela oferta ousada? Estava propondo e reconhecendo como possível uma linha de fuga para a captura biopolítica, que nosso programa reforça ao ajudar as pessoas a não fumarem, mas que não querem parar. Achei que o ajudaria sair daquela situação sem culpa, ainda mais vindo de alguém que é profissional de saúde como eu... Ledo engano... E agora? O que aquela cena e reação diziam para mim? Falta de sensibilidade a minha...

Acredito que internamente havia realmente decidido que não fumaria mais. Era seu desejo, por mais difícil que fosse...E havia conseguido. E estava eu ali naquele momento não reconhecendo seu feito, seu esforço. Mas a que preço penso eu.

Novamente veio a meu pensamento sobre o convite, único, que o programa estava ofertando. Convite para abstinência!!! Ora eu estava ali diante de uma cena que me fazia pensar que para algumas pessoas parecia que parar de fumar fazia mais mal do que bem, apesar de todos os benefícios orgânicos que a cessação tabágica traz. Precisávamos ajudá-los a enfrentar a nova condição que a opção em não fumar trazia para a suas vidas.

Discutimos o caso em equipe e Dani, profissional que mantinha maior vínculo com ele, também reconheceu sua depressão. Acordamos que naquele momento, apesar de já um ano parado, fazer psicoterapia individual poderia ajudá-lo. Continuou sem fumar e com a

psicoterapia foi se refazendo e se fortalecendo novamente. Acompanhamos e ajudamos Sr Roberval em várias necessidades com a rede de atenção até próximo ao seu falecimento.

Conversando recentemente com Cristiane, primeira profissional que se encontrou com ele no PACTA, ela conta:

- *"Talvez no fundo eu não acreditasse que ele fosse parar de fumar mesmo, acho que não apostei nele e ele percebeu, pois quando ele chegou, ele só queria o medicamento, dizia –"eu não preciso deste tratamento, ficar aqui!! Eu só preciso do medicamento, não é essa conversa aqui que vai me fazer parar de fumar, eu já fiz isto aqui uma vez, e não dá resultado".*

"Ele não acreditava no grupo... só depois de um tempo ele passou a acreditar. Tanto que depois ia ajudar o grupo. Acho que eu enfrentei ele no começo, disse que não daria só a medicação para ele e ponto final"! (fala com ênfase).

Sua fala revela claramente a relação de subordinação que tentava se estabelecer entre a profissional e o usuário.

A partir das conversas com estes profissionais me questionei quem é o usuário para cada um deles? Para um, é reconhecido como uma pessoa sensível, com muitas histórias, fragilidades, conflitos, desejos, conhecedor de seus direitos, com muito potencial e desejo de vida. Com este topou o convite feito e resolveu experimentar a vivência no programa de outra forma. Para o outro, é alguém que tensiona, desprovido de desejo, do direito de questionar, de se posicionar, de escolher, que desobedece e não se comporta e que não topou o convite feito daquela forma. O convite feito por um proporciona acolhimento, escuta e construção de vínculo. Com o outro não.

Interessante analisar como cada um destes profissionais entra na cena do encontro com este usuário. Um entra como um convidador, que aposta na potencialidade dos vários Sr Roberval com quem se encontra e comemora sua vitória com festa e bolo. O outro entra como disciplinador de seu modo de ser, prescritivo em seu caminhar no programa, entra sem apostar em sua potencialidade, sem acreditar em seu desejo e ainda define quem manda no encontro entre eles. Produção de cuidados e abertura para fabricar outras possibilidades bem diferentes.

Conversando com sua esposa, esta contou-me sobre seu arrependimento em tê-lo incentivado a parar de fumar. Disse que nunca mais incentivaria ninguém a fazê-lo. Contou que sua irmã havia infartado e que teve forte indicação médica para parar de fumar por conta da gravidade do caso. Teoricamente, para todos, sua irmã havia parado. No entanto a encontrou fumando escondida. Conta que o que vivenciou com Sr Roberval a fez ter outra

atitude com a irmã. Para ela, parar de fumar naquele momento da vida fez mais mal do que bem ao seu esposo. Em nossa conversa contou-me.

- *" Eu achei que não foi legal, depois que ele parou de fumar a paciência dele ficou por um fio, ele já não era fácil né...ele gostava muito de fumar, ele sentia prazer de fumar. Quando ele fumava...*(pausa) *a carinha dele era que ele tava amando aquilo...*(fala mansa e pausada), *eu falava: "Bemmm, que delícia né? Parece que é a melhor coisa do mundo...é igual comer um pudim"? Ele falava, -"Num enche o saco"! Ficava bravo* (fala com ênfase)*!!! Não admitia que era gostoso não. Não falava que gostava. Eu tinha receio dele parar de fumar... ele ficou muito parado depois* (de fumar) ... *Ele foi procurar parar de fumar principalmente por causa da asma, quando o médico disse que ele ia ter que usar bombinha todo dia pela manhã pelo resto da vida. Foi aí que pegou, e eu acho que bateu o desespero sabe. Ele disse para mim: -"eu não vou usar este remédio Rosa, eu vou é parar de fumar". Ele estava cansando muito... Aí ele foi procurar vocês e no começo eu ficava me perguntando por que será que vocês não estavam aceitando ele no programa, ele falava...*(sobre os desentendimentos com o profissional). *(...)Nossa ele adorava fumar..., eu acho que quando ele parou já era muito tarde. O moço que embalsamou ele veio perguntar quanto tempo ele fumava, pois nunca havia visto um pulmão daquele jeito. (...)Hoje eu penso diferente sabe, pensando nestes dois anos dele sem cigarro e olhando como foi...(pausa)".*

Conversando sobre o cuidado do Sr Roberval com outro profissional do programa, que também construiu forte vínculo com ele, este contou-me sobre o desconforto que ter parado de fumar trouxe em sua vida. Não que tivesse se arrependido e tivesse o desejo de voltar a fumar, mas pelo que percebeu sobre sua vida quando parou. Tomou consciência de muitas coisas. Entendia que o cigarro foi a forma que encontrou para protegê-lo de ver sua vida de frente, funcionando como uma importante e necessária bengala. O pesar que trazia se relacionava a um questionamento interno que se tivesse parado de fumar antes, talvez pudesse ter feito outras coisas da sua vida. Foi preciso ajudá-lo a construir uma outra identidade sem o cigarro e a enfrentar com o que se deparava. Assim foi se refazendo e saindo da depressão.

Diante disto, questionei o profissional que se tivéssemos como voltar no tempo, sabendo de tudo aquilo, se ainda apoiaria Sr Roberval parar de fumar? Respondeu que sim apesar de tudo, pois havia sido desejo dele parar de fumar e que não achava justo tirar o direito dele de viver aquilo, mesmo trazendo outros sofrimentos em sua vida.

No caso do Sr Roberval a decisão em parar de fumar firmou-se pelo desconforto provocado pela "necessidade" de usar uma medicação pelo agravamento de seu estado de

saúde, que em seu modo de pensar poderia se reverter com a cessação do tabagismo. Usar aquela medicação, conforme contou sua esposa, parecia lhe fragilizar mais do que parar de fumar. Ele não queria usar a medicação. No entanto com a parada desvelou-se outros problemas em sua vida que despotencializou seu viver. Cuidar neste caso vai muito além de cuidar da dependência e da parada do vício em si. Ledo engano acharmos que o cuidado e nosso papel se encerra ao finalizar o tratamento do tabagismo.

Esta história me fez pensar que se acreditamos estar cuidando no tratamento do tabagismo, ajudando a parar de fumar, por outro lado, às vezes, podemos estar provocando outro problema na vida do usuário a depender do lugar que olhamos por mais difícil que possa ser reconhecer isto diante de tantas evidências científicas da medicina em relação aos malefícios orgânicos que o cigarro produz. Mas o que tenho visto no PACTA também se constitui num fato evidente. E como lidar com isto?

Até que ponto os serviços estão preparados para cuidar dos usuários que adoecem diante dos problemas que o parar de fumar traz para suas vidas. O cigarro ajuda muitas pessoas a suportarem seus problemas, a vida que vem junto. Cada um fabrica sua existência e alivia seus problemas como pode. Hoje, diante de várias histórias que tenho vivenciado, inclusive as que trago aqui, tenho clareza que muitas vezes ao parar de fumar, o cuidado pode estar apenas começando.

Mas esta consideração é válida numa lógica de produção de saúde onde o cuidado é usuário centrado, quando considerar “quem é o usuário” ganha destaque na cena do cuidado.

Como diz MERHY (1998) um processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser procedimento centrada e não usuário centrada onde a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota por exemplo em um usuário diagnosticado, ou no caso do tabagismo, a depender de como o programa vê quem é o usuário, se encerraria ao cumprimento do protocolo para o tratamento e pronto. Me faz pensar na condução de alguns de nossos casos.

Sinto que muitos casos são semelhantes a este. Sr Roberval expôs novamente as diferenças entre os profissionais na forma como fazem o convite para os usuários vivenciarem o programa, na forma como fazem o acolhimento, a escuta, constroem o vínculo e reconhecem suas singularidades e as diferentes apostas que fazem neles. Enfim expôs as diferenças na forma como se encontram e utilizam um potente espaço intercessor para produzir o cuidado. Deu visibilidade à importância do acolhimento e da construção do vínculo para que o cuidado aconteça em sua toda sua potência, de reconhecer ou não a singularidade e

o desejo do usuário mesmo sendo muitas vezes paradoxal. A depender de como nos conectamos com o usuário podemos acessar movimentos e produções muito diferentes nele, paixões alegres ou tristes (SPINOZA, 2013) podendo potencializá-los ou despotencializá-los.

Me fez pensar muito sobre os efeitos biopolíticos na produção da subjetividade das pessoas na contemporaneidade, na sociedade de controle em que vivemos. A demasiada pressão e importância dada ao parar de fumar que, se por um lado organicamente não há como negar os benefícios com a prevenção de doenças e não abreviação da vida, por outro, ao olhar para o que isto representa na produção de vida de vários usuários pode ser um desastre se os serviços de saúde não tiverem isto claro e não estiverem preparados para ajuda-los. Desde é claro, que estes serviços se pautem em produzir um cuidado que tenha como princípio ético a reafirmação da vida.

Do contrário, poderemos estar matando o usuário e sua família de outra forma. Muitas vezes de forma velada pelos benefícios que a biopolítica introjeta e agencia fortemente na produção de nossas subjetividades, por exemplo para se ter estilo de vida saudável que alimenta o desejo de ampliar o tempo e a qualidade de vida das pessoas a qualquer preço.

Não é meu foco neste trabalho discutir sobre os motivos que levam, nós humanos ao uso de diversos tipos de drogas, lícitas e ilícitas, mas sabemos que é de tempos imemoráveis o costume do homem, sob as mais diversas justificativas, o uso de substâncias que alteram o estado de consciência e percepção da realidade (ou seja, altera a percepção de nossa existência, e também de nossos problemas). A necessidade de transcender a experiência imediata, observada desde a antiguidade nas mais distintas culturas, muitas delas incomunicáveis entre si, parece ser inerente ao homem, assim como a curiosidade humana levou ao conhecimento e desenvolvimento do homem, da cultura e dos meios de sobrevivência (ROSEMBERG, 2003; NIEL e SILVEIRA, 2011). Na história da humanidade, parece que isto também compõe a forma do homem buscar produzir-se no mundo.

Todas estas são questões importantes que precisam ser consideradas nos convites que fazemos aos usuários. Me remete a pensar neste caso, “bem sucedido” de cessação do tabagismo, que comporá a porcentagem de casos de sucesso do programa, como lidar com tudo isto no cotidiano de nosso trabalho.

Em seguida trago outras cenas e histórias que vivi no campo que também me fizeram pensar muito sobre estas questões e que produziram outros tensionamentos na equipe.

Reunião de equipe do PACTA: Só estes cinco não se encaixam!!

Sandra (profissional):

-"*Olha só Erica* (e mostra os prontuários em cima da mesa de reunião)*, destes oitenta e poucos pacientes só estes cinco aqui* (e mostra o outro volume*) não se encaixam ao que a gente oferta(...) Eu acho que o que nosso programa se propõe a fazer atende todos estes, ajuda a maioria, mas para estes tem que ser em outro serviço, o que o PACTA se propõe a fazer não atende estes*".

Erica: -*"Eu não acho, se eles procuram por nós, pedem ajuda, temos que tentar ajudar, somos nós os responsáveis por este trabalho no município, eles vão procurar quem? Não seria nossa dificuldade em lidar com estes que fogem do que estamos habituados a oferecer e que normalmente dá certo? Eu acho que estes apontam que temos que trabalhar com outras estratégias, outras possibilidades de cuidar. Como este caso que estamos falando. É um usuário terminal com câncer morrendo em casa e a família vem nos procurar desesperada para "fazermos" ele parar de fumar. Como a gente pode ajudar? Onde estaria o cuidado? Em fazer ele parar de fumar? Agora? Eu não acho! Eu acho que este é um caso que podemos até ajudar ele diminuir, se isto tornar este momento menos sofrido organicamente para ele,* ***e se ele desejar*** (falo com ênfase)*, mas e o emocional? O cigarro não é importante? Vai tirar o cigarro dele agora? Temos que ajudar estes familiares a lidarem com a culpa em relação ao uso do cigarro, para não aumentarem a culpa do usuário por estar naquela situação por ter fumado. E até com a deles mesmo por acharem que deveriam ter sido mais rigorosos em relação a fazê-lo parar de fumar antes. Precisam entender que o cigarro neste momento pode ser terapêutico (...). Mais um caso que mostra que precisamos começar a trabalhar com estratégias que reconheça a redução de danos como uma possibilidade para ajudar a cuidar de outra forma. Como este, outros casos estão aparecendo(...)".*

Sandra:

- *"Éhh.., pensando por este lado acho que você tem razão, mas eu não sei trabalhar com redução de danos, vamos ter que procurar quem nos ajude..."*

Erica: -*"Estou pensando nisto(...)"*.

Mais uma vez os analisadores visibilizaram nossa pobreza em ofertar um único convite que, apesar de único, contempla uma grande maioria de usuários. Aqueles que se enquadram para a abstinência!!! Mas me deixa incomodada com aqueles, que diante de nossa pouca abertura para outras possibilidades, não se encaixam. No entanto a possibilidade de

conversar sobre isto durante a pesquisa tem provocado questionamentos e desejos de oferecermos outros convites.

Interessante que quando conversei com este mesmo profissional sobre o programa, ele trouxe elementos que me fizeram perceber que apesar da rigidez da sua aposta no programa, em outras situações, mas sem muita clareza para si, o mesmo considerava outras possibilidades, inclusive a redução de danos como uma possibilidade para cuidar melhor do usuário colocando-o no centro da cena do cuidado. Me fez reconhecer que somos paradoxais em nossos agires e que precisamos parar para pensar sobre o que fazemos e por quê fazemos...

Sandra:

- "*Como profissional de saúde eu até suporto a escolha do usuário que nós (...) colocamos como inadequada, mas como parente não (...). Se for alguém da minha família eu não respeitaria a escolha, por gostar da pessoa e não querer perdê-la(...) onde a escolha por determinado hábito poderia colocá-la em risco"(...) O cigarro mudou seu lugar de status na sociedade e muitos procuram o programa pressionados por isso* (pela mudança de status e pressão). *(...) hoje tivemos um caso assim, com o Felipe, ele recaiu. Chegou tenso no grupo, sentou do meu lado, disse que ia sentar do meu lado por que não sabia como ia ser aquele dia... e cê sabe que um participante do grupo não acolheu a sua recaída!?! Todos acolheram e deram força, falaram que fazia parte, deram depoimentos, mas uma não. Depois o Felipe falou para o grupo que não tinha dormido a noite de preocupação e medo da reação do grupo diante da sua recaída. Por isso o trabalho de grupo é rico demais, é maravilhoso, muito mais que o individual... o grupo tem uma força!!! Uma participante falou para o Felipe assim: -"sabe porque você ficou preocupado com a gente? Porque você parou muito mais por causa dos outros do que por você mesmo"(...). Tem usuários que falam assim sobre o grupo: – """Ah eu achava que não ia parar de fumar com estas conversinhas não, mas hoje eu reconheço que ajuda muito""". (...)Eu vejo que estas práticas têm potencial de cuidar sim, elas podem facilitar o vínculo, mas eu acho que os profissionais veem estas atividades como de menor valor, até mesmo em segundo plano, até mesmo porque não são muito palpáveis".*

Estas falas e cenas evidenciam como está presente nas pessoas, na construção de sua subjetividade, a cobrança por um estilo de vida saudável colocando o sujeito como único responsável por isto, culpando e punindo-o quando não consegue atingir as metas consideradas saudáveis e aceitáveis. Efeitos evidentes de estratégias biopolíticas de controle que estão no pano de fundo da mudança do status do hábito de fumar na sociedade. Há outro ponto que gostaria de destacar que diz respeito à potência que o grupo pode ter para acolher e

apoiar os usuários em suas dificuldades durante o tratamento, ou não, a depender de quem conduz e participa do grupo. Me remeteu a pensar que apesar de ser um programa atravessado em certa medida por apostas e capturas biopolíticas, ele também pode ser um espaço de encontro para novas conexões e construção de redes vivas de apoio importantes entre os usuários. Ouço de vários usuários sobre a importância para si em vivenciarem os grupos e das amizades que conquistaram nesta luta. Alguns contam que somente o uso do remédio e adesivo não funcionariam em seu tratamento e que sentem muita falta das conversas quando precisam se ausentar no grupo. Os grupos acabam sendo um espaço de troca, de desabafo e de acolhimento potente para muitos que chegam.

Resgatando a questão da redução de danos e continuando a conversa com Sandra (profissional de saúde) sobre os usuários com quem ela se encontra questionei:

Erica:-"Teve algum deles que você conversou sobre a possibilidade de continuar fumando"?

-*"...teve uma, a Carmem, que fumar era a única coisa que tinha restado para ela, porque ela era uma pessoa muito rica, tinha uma vida com muitas atividades, cheia de coisas assim...e ela... perdeu tuudo, tuudo!! Ela perdeu dinheiro, perdeu trabalho, perdeu a relação conjugal, o filho mudou de cidade, então o quê que sobrou para ela...?Basicamente fumar né... neste momento de se reconstruir, de encontrar uma outra identidade, um outro papel. Então com ela ficou muito claro que não era a hora dela parar de fumar e a gente chegou a esta conclusão na terapia e aí ela continuou fumando(...)".*

Erica: - Você tem notícia dela?

-*" Não. Vi na rua outro dia, me cumprimentou mas senti que não quis se aproximar, e eu respeitei né..."*

OPS!!Cena fora do script atravessando meu trabalho de escrita da dissertação:

Fui surpreendida recentemente por Sandra, meses depois desta nossa conversa, ao sair da minha sala no NUESA. Sandra me chamou para conhecer uma pessoa cuja história eu já conhecia. Era a Carmem!

Contaram então que ela havia voltado para o PACTA e que havia parado de fumar. Carmem parecia estar bem e contente.

Me faz pensar que a possibilidade em continuar fumando construída junto com a usuária propiciou um cuidado apoiado no reconhecimento que a abstinência do cigarro provocaria um dano muito maior em sua vida naquele momento. A opção em continuar

fumando foi uma escolha para a reafirmação da sua vida naquele momento. A opção foi reduzir danos, de outra ordem, como possibilidade de cuidar. Hoje seu cuidado tem se dado de outra forma, mas num primeiro momento, a partir da escuta e do olhar centrado em suas necessidades com reconhecimento do que trazia em sua história inicialmente, possibilitou um outro convite, não prescritivo e não pautado na abstinência. Com certeza Carmem, enquanto usuária, foi reconhecida em suas fragilidades naquele momento proporcionando outro arranjo para seu cuidado. Aponta a centralidade em Carmem para seu cuidado, evidencia a escuta o reconhecimento de suas necessidades e de sua vida.

Ainda sobre pensar na redução de danos como uma possibilidade, tenho vivenciado o cotidiano do PACTA onde uma usuária tem tensionado bastante a equipe de profissionais para seu cuidado. Falo de Rita de Cássia.

Os encontros e a história com Rita de Cassia

Fui atropelada por Rita de Cássia durante a vivência nesta viagem cartográfica. Me encontrei com sua história em uma conversa com a coordenadora do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) em uma reunião de coordenação onde solicitou nossa ajuda para a cessação do tabagismo de uma usuária de seu serviço. Como a equipe do PACTA estava com sua coordenadora afastada, havia perdido e trocado alguns profissionais e estava se reestruturando, acabei participando mais das atividades no cotidiano da equipe e acabei visitando esta usuária para conhecer sua história e saber como poderíamos ajudá-la.

Conheci Rita de Cassia, 40 anos, em sua casa, sentada e limitada à sua cama, ou melhor, limitada ao comprimento da mangueira de seu concentrador de oxigênio. Havia uma colega fumando e conversando com ela na janela do seu quarto, pois mora em um apartamento no andar térreo de um condomínio de moradia popular. Cena que foi muito frequente em nossas visitas. Rita contou-me que precisava parar de fumar pois tinha um grave problema no pulmão com indicação recente do Hospital das Clínicas da UNICAMP para fazer transplante no Instituto do Coração (INCOR) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Contou que fazia acompanhamento no ambulatório de pneumologia do Hospital da UNICAMP e que os médicos só dariam seguimento ao processo de tratamento para o transplante após parar de fumar, e que, segundo ela queria muito. Fumante de dois maços de cigarro por dia, chegou a verbalizar que seu sonho era parar de fumar e que já havia parado uma vez com o próprio programa em 2012 ficando um ano sem fumar. Nesta época não era acamada. Em virtude de problemas familiares entrou em uma

grave depressão e voltou a fumar. Atualmente é portadora de DPOC gold IV, asma persistente e grave entre outros problemas de saúde. Usa oxigênio 24 horas e só fica deitada/sentada na cama, pois além da mangueira do aparelho ser curta relata não ter força nas pernas para andar. Consegue apenas andar até o banheiro, mas se sente muito cansada. Contou ser muito nervosa, que já havia sido internada por problemas psiquiátricos e ainda tratar de depressão com psiquiatra do ambulatório de saúde mental do município. Ao questioná-la sobre o acompanhamento do PAD, contou-me que não a visitavam regularmente e que há tempos a fisioterapeuta não a acompanhava.

Levando o caso para a reunião de equipe, soube que no início do ano o programa havia sido contatado pelo PAD para fornecer adesivos para Rita. Como havíamos pactuado com a rede e informado que o programa não seria apenas um dispensador de medicamentos e adesivos, a equipe contou que então foi visitá-la várias vezes para tentar dar seguimento ao tratamento em casa. Após algumas visitas e conversas com Rita de Cassia, e sem muito progresso no tratamento do tabagismo, entenderam que o acompanhamento psicológico seria fundamental, pois acreditavam que de fato ela não queria parar de fumar e que seria perda de tempo investir no caso, pois não atendia às orientações da equipe para avançar no tratamento e frequentemente recusava algumas ofertas feitas. Haviam solicitado o psicólogo ao PAD para psicoterapia domiciliar, mas isso não se efetivou e contam que até a fisioterapeuta do PAD havia parado de ir lá na época pois ficou com medo do cigarro aceso próximo ao cilindro de oxigênio com risco de tudo explodir pois ela já havia incendiado o colchão uma vez. Como o programa não apenas forneceria adesivo, pararam de atendê-la pois entendiam que não podiam fazer nada sem ajuda de um psicólogo.

Após a segunda solicitação fomos visitá-la várias vezes, e frequentemente nos dizia:
-*"Ai Dra Erica, nossa eu quero muito parar de fumar, é meu sonho!!! Mas não sei o que acontece agora, da primeira vez foi tão fácil, eu parei já com adesivo de 7 e eu ia em todos os grupos participar, mas agora tá difícil parar..."*

Sempre que pode Rita reforça o sonho e o desejo em parar de fumar. Novamente a equipe não apostava e não investia em Rita. Era como se o veredito daquele caso já estivesse dado há muito tempo e estávamos (eu) só perdendo tempo.

Rita de Cássia é uma usuária bem conhecida por vários profissionais da rede, do hospital municipal, do transporte, da regulação e da gestão central, não só por sua condição de saúde que requer atenção especializada mas também pelo seu forte temperamento e pelos

vários tensionamentos e confusões que os profissionais relatam que ela e a filha produzem. Mas tanto com o PAD quanto conosco nunca tivemos problemas.

Sua história clínica era muito confusa com registros e informações desencontradas. A prescrição dos vários medicamentos era confusa, não conseguíamos ter clareza de seu quadro clínico pelos relatórios e prontuário. A condição física que observámos nas visitas não correspondia à gravidade informada. Precisávamos entender o quadro clínico e as medicações para poder pensar em possibilidades de ajudá-la. Continuávamos visitando-a, solicitamos que o PAD voltasse a atendê-la, pois apesar deste serviço ter nos contatado inicialmente, de repente parecia que Rita era somente usuária nossa, e precisávamos do acompanhamento deste serviço para nos ajudar em seu tratamento. Por algumas vezes precisamos solicitar a visita do PAD para seu cuidado e acompanhamento médico, enfermagem e fisioterapia. Precisava de fisioterapia respiratória e motora. Acabamos envolvendo o PAD em algumas de nossas reuniões e discussões sobre Rita, surtindo efeito no retorno de seu acompanhamento.

Após muitas conversas, análise da situação e história pregressa, acabamos entendendo que talvez Rita fosse um caso em que teríamos que trabalhar oficialmente de outro jeito se quiséssemos ajudá-la. Exigir de Rita abstinência total do cigarro para uso do adesivo, apesar de reiniciarmos o tratamento com esta intenção, inclusive com assinatura de termo de responsabilidade e esclarecimento sobre uso de adesivo e consumo de cigarro concomitantemente, parecia pouco potente para algum resultado positivo.

De fato, novamente a sensação que tinha era de xeque mate!

Acabamos entrando com adesivo com uma dosagem de nicotina que fosse compatível com uma certa quantidade de cigarros que possivelmente ela continuaria consumindo, pois não conseguia ficar abstinente. Suas medicações psiquiátricas e seu histórico psiquiátrico não permitiam naquele momento entrar com outras medicações. E o surpreendente foi que ela conseguiu reduzir significativamente, pelo menos era o que parecia.

Fomos ao ambulatório de pneumologia do HC da UNICAMP algumas vezes para entender o caso e atualizar a condição de saúde de Rita. Seu prontuário não era nada modesto. De fato seu quadro era grave com indicação para transplante e parar de fumar seria condição obrigatória. Lá descobrimos que havia perdido a última consulta e que há 6 meses não a viam e que em breve precisaria realizar novos exames. Mobilizados em ajudar Rita e apoiar nosso tratamento a agendaram rapidamente para atualização do seu quadro clínico e da prescrição medicamentosa e mantivemos contato com o médico que a atendia naquele momento.

Em uma reunião de equipe com os profissionais de saúde do PACTA:

Olívia:

-*“ Ela não dá indicativos que quer parar de fumar gente”*(desejava abstinência total de Rita).

Marcio:

-*“Olha eu acho que ela quer parar para se sentir melhor, mas não acho que ela quer sair daquela cama, daquela condição. Ela somatiza de forma exacerbada sua condição”. Tenho pacientes em condições físicas bem piores que a dela e que deambulam, saem de casa. Ela teria condição de andar mais”.*

Olívia: -*“Ela tem condição física e motora de andar sim”.*

André:

-*“Ela disse que a fisio do PAD foi lá e que seria bom um andador para ela conseguir andar com mais liberdade e ir exercitando andar”.*

Erica:

- “Gente mas ela pede para ajudá-la a parar de fumar. É inconsciente este desejo de se manter naquela condição. Como podemos ajudá-la? Não tenho a expectativa que ela pare de fumar, mas se ela diminuir já ajuda sua condição de saúde. Acho que ela põe tantas coisas para dificultar o tratamento que a gente desiste fácil, mas a gente pode ajudá-la a diminuir. Sinceramente eu ficaria satisfeita se conseguíssemos diminuir o número de cigarros, mesmo que ela ficasse usando adesivo um tempão. Ela é muito jovem. O Dr. Pedro da UNICAMP também falou que se ela diminuísse a quantidade de cigarro e continuasse usando adesivo já melhoraria sua condição. E olha só gente, ela já diminuiu bastante, de dois maços de cigarro, já passou por períodos de fumar três, quatro cigarros, agora está com meio maço. Já tá bom. Se ela conseguir ter um pouco mais de autonomia e conseguir se produzir diferente, porque de verdade? Não acho que conseguirá fazer o transplante, são muitos pré-requisitos para serem cumpridos e para falar a verdade eu acho até um risco de vida maior. Acho até que deveria abandonar esta ideia...”

Minha vivência nesta história somada as falas que trago para cá e apoiada pelos analisadores, visibilizam que diante deste caso a equipe quase se torna homogênea na produção de um descuidado ou não cuidado. Por vivências anteriores mal sucedidas com Rita, por rótulos reforçados, a aposta da maioria da equipe era não cuidar dela. Não conseguiam se encontrar com ela, apenas com seus rótulos, e por pouco não arranjaram mais um. Não havia movimento ou aposta dos profissionais para seu acolhimento, para escuta, para construir

vínculo... Me sentia sozinha. Quase me diziam: Não temos o que fazer, ela não quer ser tratada, ela não quer realmente parar de fumar.

De fato Rita tensionava o tempo todo e não correspondia a praticamente nenhuma das estratégias e ofertas do programa e dos profissionais. Produzia e ainda produz muito desconforto na equipe. Um caso que pede muita abertura dos profissionais e flexibilização das estratégias o tempo todo. Exigir abstinência de Rita neste momento produz mais descuidado do que cuidado. Tem sido um caso que pede reconhecer outras estratégias para cuidar. Pede conversa com a estratégia da redução de danos, redutiva nos danos mas reafirmadora da vida na sua preciosa simplicidade (LANCETTI, 2013).

Acredito que assim como outros usuários não há como cuidar de Rita neste momento se não for pelo caminho da redução de danos, onde o plano de produção do cuidado se dá de outra forma e coloca a expectativa dos profissionais em outro lugar, mas requer atenção e sensibilidade para captar pequenos movimentos, brechas e intensidades.

Parece que o cigarro cumpre um papel protagonista na forma como Rita se produz a partir de sua doença e esta, tem um papel em como sua família funciona, se organiza e se relaciona, especialmente na relação com uma filha que também procuramos ajudar convidando-a para participar do programa de cuidadores. No entanto a vivência em um encontro do grupo não se constituiu em um convite para continuar participando. A história de vida de Rita é bem complexa e envolve muitas questões familiares, hoje bem mais claras para nós e que não tenho intenção de aprofundar nesta pesquisa.

Diferente de outros usuários do programa, a vida de Rita não ganhava destaque nas discussões para seu cuidado.

Desde que retomamos seu tratamento a vimos passar por problemas e momentos tensos, e que apesar do apoio e das medicações psiquiátricas acaba deprimindo voltando a fumar de forma intensa, mas que depois volta para a condição de consumo anterior mais reduzida. Atualmente consome em média 7 cigarros por dia, uma redução significativa na inalação de substâncias tóxicas. Com a fisioterapia do PAD e o andador que arrumamos está se exercitando e deambulando mais. Conta a filha que foi surpreendida com sua mãe no pátio do condomínio conversando com outras pessoas.

Pequenos movimentos, mas para mim ganhos significativos em sua vida...

Como frequentemente refere que gostava de participar do grupo motivacional da primeira vez que frequentou o programa, e também por entendermos que parte de seu tratamento e cuidado compreende ajudá-la a construir uma outra identidade em relação ao

lugar de produzir-se como doente, estamos construindo possibilidades para frequentar os grupos, interagir com outras pessoas, como forma de possibilitá-la acessar outros territórios existenciais e desmarcar o lugar de se produzir na doença com necessidade de transplante e tudo que vem junto com isto, ou seja, de dependência da filha e do arranjo familiar em torno de si. Temos procurado trabalhar a construção de sua autonomia.

Frequentemente Rita faz inúmeros agradecimentos à equipe, mas o que chama atenção é quando verbaliza:

-*"(...) obrigada por não desistirem de mim..."*

Esta e outras falas de Rita, com a ajuda dos analisadores, parecem visibilizar que sente que estamos apostando nela, que estamos reconhecendo suas dificuldades, que está sendo escutada e acolhida. Eu e Rita temos hoje um forte vínculo construído e tenho apostado nele.

Em alguns momentos de tensão e volta ao padrão de fumo intenso, chegou a pedir desculpa por achar que estava nos decepcionando, ao que pelo menos eu procurei esclarecer que não era decepção alguma e que se ela resolvesse continuar fumando não a recriminaríamos, e que reconheceríamos como uma opção de vida com o cigarro e contava que alguns usuários nossos já haviam optado em continuar fumando.

Para além do que o *"obrigado por não desistirem de mim"* possa significar no seu caso, e não pretendo discutir isto aqui, pois Rita tem correspondido à vários convites nossos a seu modo, isto me faz pensar quantas vezes nós, profissionais de saúde desistimos de usuários que a sua maneira, às vezes de forma contraditória e confusa, nos pedem ajuda, mas nós não compreendemos seus pedidos e ainda os julgamos.

Ao ficarmos presos em preconceitos, rótulos dos usuários e em apenas algumas ferramentas e protocolos, acabamos deixando de cuidar por não reconhecermos vários outros sujeitos que há ali naquela mesma pessoa e que podem se conectar conosco e com o tratamento ofertado de outra forma. Deixamos de experimentar outras formas de cuidar, outros convites que podem ser feitos. Além disso, desconsideramos que acontecimentos podem mudar o rumo da história de cada usuário e que nossa convivência e persistência pode fazer diferença no cuidado de cada um. Somos seres em incessante e constante produção, passíveis de diversos movimentos a depender dos acontecimentos intercessores proporcionados pelos encontros do caminho que nos afetam e agenciam novos movimentos.

Ajudá-los a desterritorializar de um lugar marcado, cristalizado, dado às vezes como verdade ou única possibilidade em suas vidas para a construção de outros territórios

existenciais, ou como nosso profissional diz, ajudá-los construir novas identidades, e apostar neles, em seus desejos e em suas capacidades de se afetarem com outras possibilidades na vida que aumentem suas capacidades de viverem, é também uma forma de cuidar.

Me faz lembrar de algumas falas em um curso sobre Ética e Produção de Si que teve SPINOZA (2013) como um dos seus referenciais teóricos:

“ -(...) a gente acontece se modificando, Spinoza diz que somos preenchidos por afetos (...), a modificação, (esse algo que acontece com a gente), que nos atinge aumenta ou diminui nossa capacidade de existir. (...) É este aumento ou diminuição de nossa capacidade de existir que Spinoza nomeia de afetos”.

Precisamos apostar nos encontros intercessores, nos afetos que aumentem nossa capacidade de existir na produção do cuidado na saúde.

Esta história me faz pensar no texto Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado, onde MERHY et al. (2010) trazem:

> Reconhecer que nessa repetição se constrói diferenças, e por isso mesmo outras possibilidades de construção de planos de cuidados, requer da equipe, de seus profissionais, apostar que no encontro de quem cuida com quem demanda o cuidado, na micropolítica do trabalho vivo em ato, é preciso abrir espaços para olhar a produção de novos acontecimentos. (Merhy, apud MERHY et al., 2010 p. 67)
> É possível produzir diferença naquilo que se repete, assim como diz o poeta: repetir, repetir, repetir, até fazer diferente! O encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali onde, em princípio, nada se movimenta.(...)
> No entanto, para vê-los, é preciso se deixar afetar pelo corpo vibrátil e não somente pelo olho retina, aquele que olha para o lugar onde previamente as coisas já estão prescritas e descritas antecipadamente. Na experimentação do corpo vibrátil, a dupla, significante-significado, dá lugar a outras experimentações, desestabilizando conhecidas representações tais como família resistente ao tratamento, paciente crônico, não há nada a ser feito, entre outras. Representações que muitas vezes produzem zonas de conforto e de desresponsabilização sobre a produção do cuidado. Afinal, é o outro que resiste, é a família que não quer, e eu não tenho nada a ver com isso! É importante reconhecer que no encontro que produz cuidado é necessário desestabilizar toda a certeza sobre o outro e sobre os acontecimentos decorrentes desse encontro. Certeza essa que muitas vezes faz com que o profissional vá para o encontro já sabedor do que irá encontrar, não abrindo espaço para que o outro diga, ele mesmo, do jeito que lhe é possível, de suas ações. Somente o outro é que abrirá espaço para percorrer esse caminho, para indicar os seus movimentos, dar pistas sobre os acontecimentos que contam na sua vida. (Merhy e Batista apud MERHY et al., 2010 p. 67)

Rita tem sido um dispositivo de conversa e problematização importante para colocar a equipe do programa em análise em relação à possibilidade de fazermos outros convites, em

relação ao cuidado oferecido, tensionando a equipe reconhecer a redução de danos como uma possibilidade de cuidar.

Se sua história tivesse nos atravessado antes, se tivéssemos pensado e reconhecido a redução de danos como uma possibilidade, apesar de já fazer parte de nossas condutas em algumas situações, sem no entanto, ter visibilidade e reconhecimento como tal por parte da equipe, talvez dona Angelina estivesse em outra condição hoje, onde exigimos a abstinência total e não demos o adesivo e a medicação por ela ter fumado apenas **UM CIGARRO**...

Seguindo em frente. Trago uma conversa com a profissional Dani sobre o programa e os usuários com quem se encontrava. Era um final de tarde e estávamos só nós duas no NUESA após o atendimento médico dos usuários do PACTA.

Dani (profissional de saúde):

- *"Olha eu achava que era mais simples, é bem mais complexo do que eu imaginava, mas muuuito mais* (fala com ênfase)*(...). E a medida que eu fui percebendo a complexidade eu acho que fui me apaixonando mais(...). Eu acho que acolhimento é a palavra que abrange tudo, não fazer julgamento moral, pensar que é viciado, que fuma porque quer, é importante você conseguir ver a história de vida, ver a relação que ele faz com o cigarro. Eles chegam ambivalentes aqui no PACTA, com desejo de parar porque todo mundo tá parando, eles falam: -"o cerco está se fechando", se sentem acuados, falam que não é em todo lugar que podem fumar. Além da cobrança da família o entorno deles também está ficando mais fechado, só que eles chegam também naquela relação de companheirismo com o cigarro. É um amor bandido, rs,rs,(risos), é gostoso mas eles têm consciência que não é bom(...). Eu consigo enxergar neles o potencial deles mesmo em se ajudarem e eu acho que eu consigo deslocar eles, passar isto para eles, não é uma coisa que depende de mim ou dos remédios, depende deles(...). No grupo é interessante que eles é que mais falam, muito mais do que eu, eu falo muito pouco, são eles que fazem o grupo, mas no primeiro dia eu sempre falo que eles podem ficar quietos se quiserem, que as vezes vão sair de lá angustiados, pois vamos mexer numa ferida, se quiser falar em particular pode falar no final, que a gente conversa(...)O pulo do gato é despertar a força interior que eles têm para conseguir, é isso, nada mais do que isso".*

Esta última frase me fez pensar que este profissional, aposta na desterritorialização dos usuários, apoia e aposta neles como sujeitos com potência de se produzirem de outras formas, de se afetarem no sentido de SPINOZA (2013) na possibilidade de construírem outras

identidades, onde o fumar não faz parte. É um profissional que entra na relação como convidador para os usuários se produzirem de outra forma, o foco não está na abstinência, o foco do olhar é nos usuários em todo seu reconhecimento e potencialidade, como portador de desejo e direito de escolha.

-*"(...)Às vezes tem que ter jogo de cintura entre uso de adesivo e o uso de cigarro(...), em relação às recaídas a gente acolhe e conversa sobre a situação que levou a ela, tem que acolher,* ***nem pensar em criticar****"* (grifo meu, ênfase na fala).

Erica: -"E quando o usuário tem recaída e não volta, ou deixa de vir no meio do tratamento, o que você faz"?

-*"Eu ligo para saber o que aconteceu, chamo para conversar para entender o que está acontecendo, às vezes dá certo deles voltarem, às vezes não".*

Ganha luz a forte aposta deste profissional no acolhimento, na escuta do usuário, na abertura para encontrar-se com ele que reflete na construção de um vínculo poderoso. Apostar no uso flexibilizado do protocolo. Vejo que realmente se conecta com os usuários no plano de existência deles e eles correspondem de uma forma muito intensa e interessante. Nossa conversa visibilizou mais uma vez o espaço do grupo como um lugar produtor de encontros, de conexões e redes vivas.

Seguindo viagem pela escrita, conto parte de uma nova conversa com Cristiane (profissional de saúde), que foi um profissional que tive vontade de conversar mais.

Cristiane (profissional de saúde):

-*"Quando eu comecei a vivenciar o PACTA eu tinha uma visão diferente do que era o fumante, percebi que eles têm outras necessidades, a dependência é mais psicológicas que física(...) eles se referem ao cigarro como "o meu companheiro, é para ele que eu conto tudo"*(se referindo à como os usuários falam sobre o cigarro). *Vejo isto em alguns que chegam, porque têm que parar por conta de uma cirurgia ou porque vão passar por uma situação difícil...*(pausa) *e imagina nesta hora você ainda ter que ficar sem o seu companheiro???(...) . No grupo eles chegam fechados, mas depois vão pegando confiança no grupo e começam a contar suas histórias e a gente percebe a dependência psicológica, e eles também percebem. Uma coisa que faz mal e faz bem ao mesmo tempo(...)*".

Erica:

-" Você e a Dani pensavam bem diferente na forma de lidar com os usuários no programa. Como era isso?

-"*A gente conseguia chegar a um meio termo, mas eu não concordava em trocar o cigarro pelo medicamento* (adesivo) *o tempo que o usuário quisesse. Tem um limite, senão tira o vício do cigarro e fica viciado no medicamento, troca uma droga por outra? Tem que trabalhar o limite do tratamento com os pacientes, porque muitos deles têm medo de parar de tomar a bupi e parar de usar adesivo e voltar a fumar. Teve um paciente que contou que ficou meses usando o último adesivo, ele dizia que tinha medo de ficar sem o adesivo e voltar a fumar. Quando acabou a cola do adesivo ele contou que colou um band-aid no lugar para achar que tinha alguma coisa ali e não voltar a fumar. Então tem que trabalhar o final do tratamento, para uns é fácil para outros não. Como a história da Neide, lembra dela? Também ficou um tempão usando o adesivo, depois quando teve um problema com a filha veio desesperada procurar a gente para dar adesivo porque dizia que não ia aguentar e ia fumar(...). Eu acho que ela voltou a fumar porque nós dissemos que não íamos dar o adesivo para ela porque não fazia sentido e aí ela não voltou mais(...) Mas eu mudei totalmente, depois de um tempo no PACTA, você sabe como eu era né... Eu era uma pessoa antes e depois virei outra e tem outros profissionais que são como eu era. Hoje eu entendo que se não for aberto com eles não vai funcionar".*

Erica: Mas qual foi o click que deu em você que passou a perceber isto?

-*"Não sei..., acho que talvez tenha relação com o meu pai, comecei a observar o que rolava e não rolava, ele saia para fumar escondido...* (risos e expressão de que reconhecia o desejo do pai em outro lugar, e tudo que tentava com ele da forma como acreditava que deveria ser, não adiantava)".

Não consegui descobrir o que aconteceu com a Neide, mas perdemos a chance de dar o adesivo ou outra forma de apoio para ajudá-la naquele momento. Seria um convite que apostaria na redução de danos. Naquele momento a centralidade do cuidado estava em cumprir a norma e não na escuta e o reconhecimento do usuário em um momento de fragilidade pedindo ajuda. Naquele momento acabamos descuidando e não cuidando.

Os analisadores visibilizam novamente as diferentes apostas dos profissionais em relação ao convite que fazem e ao reconhecimento e centralidade do usuário na cena para o cuidado. Interessante uma das profissionais reconhecer que foi mudando a forma de enxergar e reconhecer os usuários tabagistas, no entanto compartilha sua dificuldade em flexibilizar, acolher escutar e sair do protocolo em alguns casos. Somente após a vivência com seu pai conseguiu se deslocar daquele lugar e produzir outras relações com os usuários e reconhecer a importância de outras formas de cuidar. Alguns profissionais ao operarem na clandestinidade

na lógica da redução de danos, causavam incômodos e tensionamentos no restante da equipe, o que tem sido positivo para os profissionais reverem suas apostas e o reconhecimento que fazem do usuário.

Trago agora a conversa com uma usuária, que também conversei mais de uma vez que foi gentilmente no NUESA para conversar comigo e também participou de uma reunião de educação permanente com todos os profissionais da promoção da saúde, dando seu depoimento sobre a vivência no programa e o apoio recebido para parar de fumar.

Valdete (usuária):

-*"Começou assim, com meu netinho trazendo sempre um papelzinho, é que minha nora trabalha lá no posto e ela falava para ele ir lá me levar e falar para eu ir na reunião(...) Eu fumava há 38 anos e eu tinha um pensamento assim: Todo mundo morre, eu vou morrer mesmo, eu vou morrer fumando, por que não? Por que eu vou parar agora? Sabe, todo mundo que morria, a primeira coisa que eu perguntava era: Fumava? Mas no fundo eu pensava, mas se todo mundo morre, uns morrem de câncer e nunca fumou, uns fumam e morrem, então eu vou morrer fumando e acabou! Mas aí eu tenho um namorado que não fuma, e também começou a discriminação(...). Isto ajudou muito, eu gosto muito de dançar e tinha que sair para fumar e quando voltava na mesa...*(faz expressão querendo dizer que as pessoas não gostavam) *e quando eu ia beijar meu netinho ele falava, ai vovó você tá tão fedida, ai vovó para de fumar(...). Com tudo isto fui amadurecendo a ideia de parar, que até então eu não tinha nem pensado(...) Meu neto e a discriminação teve um papel muito grande. Eu frequentei um pouco o grupo, mas não achava que ia conseguir parar, aí eu fui sentindo a força do grupo e dando mais valor(...). Olha eu achava que ia morrer fumando...* (Choro). *Olha eu sinto que a Dani cativa a gente, ela acolhe, porque a pessoa chega no grupo meio que acuada, com vergonha. Se você não tem um bom acolhimento você não volta e infelizmente eu sei que é verdade que muita gente largou de ir no grupo porque dani tirou licença. Por que eu acho que ficou assim, se você fuma o problema é seu, agora se você parar, aí tudo bem...(pausa), ah sei lá viu...(...) Bom eu fui indo nos grupos, fui pegando confiança e fui diminuindo, diminuindo, comecei a tomar a medicação e fui diminuindo bem. Dani falava que a gente precisava marcar para conversar com a médica para parar, mas eu tinha um medo deste dia "D"(risos). Eu acho que a imposição do dia me dava medo. Quando eu parei eu chorava muito no grupo...(pausa) porque eu enterrei o cigarro. Até quase um ano eu ainda chorava(...).É uma sensação de perda muito grande(...). É muito ruim. Eu parei sozinha porque eu tinha medo de marcar uma data. O grupo foi muito importante para mim.*

Por causa do acolhimento sabe(...), mas tem que respeitar a nossa opinião, sabe...(...). Eu troquei o cigarro pela garrafinha de água. Onde eu ia estava com o cigarro, se tocava a campainha de casa eu acendia o cigarro para ir atender, agora onde eu vou, levo a garrafinha de água(...). E assim Erica..., eu me sinto uma outra pessoa e não quero mesmo (fumar), *e eu sempre falo o PACTA me ajudou, e nunca me cobrou e não cobra ninguém".*

Um movimento muito interessante desta usuária foi começar a acompanhar todos os grupos por um bom tempo ajudando e apoiando outros usuários a pararem de fumar. Em certa medida fazia parte da equipe e fortalecia a conexão de vários deles com o programa. Trazia várias situações para nós e ajudou muito na condução de vários grupos em diferentes momentos e se sentia muito útil em fazer isto.

Sua fala, a luz dos analisadores, aponta a importância e satisfação que sente em ser escutada e acolhida, em ser reconhecida e respeitada em seu cuidado e que nem todos os profissionais da equipe conseguem propiciar isto. Reconhece que os profissionais agem diferente no trabalho desenvolvido e no cuidado oferecido. Sente que o vínculo faz grande diferença para ser cuidada. Desvela também a potência que tem o grupo para proporcionar cuidado, encontro, apoio, rede viva de conexões e novas produções.

O acolhimento que o grupo proporciona e o vínculo acabam ajudando em muitos momentos. Mas o programa abre espaço para ser duro e atravessado por estratégias disciplinadoras também, pois há momentos que alguns usuários se sentem pressionados no grupo como Valdete aponta.

Ops! Interferências antes de continuar e mudar de trilho: Um movimento interessante que afeta meu corpo sensível.

Todos os grupos do PACTA possuem whatsapp para propiciar aos usuários contato rápido com a equipe de profissionais e entre si, facilitando compartilhar dúvidas, sintomas entre outras questões relacionadas ao tratamento. Eventualmente os usuários se comunicam por este canal com a equipe para dúvidas, no entanto um dos grupos, que incluiu inclusive uma usuária acamada, que não Rita de Cássia, acabou funcionando como um dispositivo de encontro e intensa conversa entre os participantes, chegando em determinados dias a trocas de mais de 300 mensagens onde compartilham conversas sobre tudo, desde questões relacionadas ao tratamento deles até problemas familiares. Como eu participo do grupo, acabo acompanhando as conversas e me chamou a atenção como ali é também um lugar de fuga, fala, escuta e fortalecimento das conexões e apoio entre aquelas pessoas, um lugar onde as

pessoas também falavam das suas dores e alegrias da vida. De alguma forma ver aquilo me deixa com uma sensação de alegria e satisfação, apesar de não fazer parte do programa e não aumentar sua conta enquanto um lugar que agencia outras produções pelos participantes. Talvez o espaço da acupuntura auricular, este sim, seja um espaço que entra na conta do programa como um lugar que propicia convivência encontro e momento de alegria. Ao conversar com alguns deles em um momento de confraternização no NUESA contaram como dão risadas com alguns participantes na acupuntura, que é um momento de descontração do grupo e que sentem falta quando não podem ir.

Acho que meus analisadores desvelam fortemente como um problema o programa trabalhar com um único convite, ter uma única oferta e às vezes regras inflexíveis, operados por alguns profissionais, onde os usuários acabam tendo que se encaixar. Mas há os que trabalham na clandestinidade de outra forma como o campo visibiliza.

Se o programa tiver como pressuposto considerar a centralidade do cuidado no usuário, reconhecendo-o como portador de desejos, fragilidades, potencialidades e diversas singularidades, se faz necessário fazer outros convites. Pois temos usuários com desejos e necessidades totalmente diferentes. Tem o que quer parar, tem o que quer só diminuir, tem o que deseja parar mas não consegue, tem o que precisa parar mas não quer, tem o que precisa mas não consegue, tem ainda o que quer parar mas consegue apenas diminuir e às vezes esta condição é até melhor para sua vida. Enfim algumas destas condições de desejo dos usuários parecem similares, mas não são. E entendo que o programa poderia procurar ajudar a todos. Uma regra não pode estar acima das diferentes necessidades das pessoas se a aposta é cuidar delas. Olhar a necessidade, a dificuldade e a possibilidade de cada um, o desejo, implica em diferentes convites, diferentes negociações. O problema é oferecer a mesma coisa, o nosso saber e ferramentas do mesmo modo para todos, muitos não vão topar, não vão conseguir e aí perdemos a oportunidade de ajudá-los.

Não há como não trazer para cá parte de um diálogo, ainda do texto Da repetição a diferença, de MERHY et al. (2010), que além de conversar com isto e toda a discussão, conversa com muitas cenas e falas que trouxe do campo para cá.

> (...) acho interessante pensar sobre o que significa alguém ser o dono de um certo saber sobre o seu modo de viver e dizer que esse modo de viver é patológico, que por conta dele você vai ficar doente e irá morrer por isso. Acho que essa “imposição” é fruto de uma relação de poder e se você não tem noção dela, acaba aceitando como única verdade possível e torna-se objeto da decisão do outro. Não participa de nenhuma

> possibilidade de armar a sua própria representação do que faz ou não faz sentido para você e escolher de que modo de viver lhe interessa. Veja que aí o que se passa é a não oferta do saber de um para o outro de modo intercessor, que possibilitaria poder falar de si ou mesmo decidir por si. Pois é, essa tensão já existe mesmo quando o encontro entre um que diz ser dono do saber e o outro que vira seu objeto não é intencionalmente realizado com a idéia de um encontro intercessor, no qual todos entendem e topam sofrer os efeitos desse mesmo encontro e topam falar dele claramente, um para o outro. Porque não são poucos os relatos de experiências nas quais o chamado paciente desse encontro resiste às ofertas que o chamado trabalhador de saúde lhe faz (MERHY et al., 2010, p. 63).

Nesta viagem percebi que a PNPS, os dispositivos disparados por ela, como a lei anti fumo e o programa nacional de antitabagismo, abrem espaço para os programas que trabalham com o tema serem duros, prescritivos e disciplinadores com pouco olhar para as singularidades dos usuários, onde eles não ganham centralidade na cena do cuidado, ou melhor, aqueles que se enquadram no convite ofertado teoricamente ganham a centralidade no cuidado, aí é óbvio. Da mesma forma agenciam dureza na forma de vários profissionais operarem no cotidiano destes programas. Este contexto me remete fortemente à necessidade de espaços de conversa e problematização sobre estas questões no interior das equipes.

Atualmente a equipe se encontra quinzenalmente para educação permanente quando discute em especial os casos que fogem da regularidade e que colocam o protocolo, “de apoio”, e o que o programa oferece em xeque mate diante da necessidade de produzir cuidado. Na verdade, o protocolo é muito mais de apoio para mim e alguns profissionais do que para outros que os usam de forma mais rígida. Além dos encontros formais de educação permanente há muitos outros momentos informais em que parte da equipe conversa sobre o programa e os usuários. Destaco que a ferramenta tecnológica do whatsapp também tem propiciado um importante espaço de conversa entre os profissionais.

Mudando de trilho, falo agora um pouco sobre minhas andanças pelo Programa Mais Qualidade de Vida trazendo um pouco sobre o Programa cuidando dos cuidadores e em seguida Fazendo Arte com as Oficinas de pintura em tecido.

5.4.2.3. Programa Mais Qualidade de Vida.

5.4.2.3.1. Programa Cuidando dos Cuidadores.

Inicio com uma cena que traz parte de minha conversa com o psicólogo que conduz o programa em três UBS para retomarmos as atividades após período de férias e um difícil momento de crise financeira com risco de suspensão destas atividades no município.

Cena 1: Autonomia tutelante ou tutela autonomizante?

Fábio (profissional de saúde):

-*"Erica, não sei como podemos fazer com o grupo da UBS Dona Eulália..."*

Erica: - Por que?

Fábio:

-*"Não vai dar para agregar novos usuários ao grupo que estou há dois anos. Eles avançaram muito nas discussões dos problemas deles, construíram uma relação de confiança e abertura entre eles que acho difícil agregar pessoas novas. Eu tive inclusive que mudar o lugar de nossas conversas para dentro da sala das Agentes Comunitárias de Saúde que é mais reservada, elas (ACS) não gostaram viu* (pausa e risos)*, porque o nível de conversa está bem mais aprofundado* (do que eu havia acompanhado anteriormente). *Sabe o que eles fizeram neste período sem nossos encontros? Mantiveram o grupo (risos). Fizeram reunião cada semana na casa de um, eu achei muito legal (risos)".*

Erica: - "Nossa!!! Que bacana!! (...)".

Fábio:

-*"(...), eu pensei assim, de começarmos um grupo novo e o antigo a gente faria o encontro uma vez por mês para apoiá-los, continuo dando um suporte, acho importante eles perceberem que caminharam, é como se estivessem tendo alta, acho isso importante para construir e fortalecer a autonomia deles".*

Erica:- "Hum(...), não acho que vão topar, vai ser uma ciumeira só(...), melhor conversar com eles".

Fábio:

-*"Tá, vou conversar com eles, porque acho importante também esse movimento que fizeram, na verdade acabaram construindo a autonomia do grupo deles né e isto é muito importante".*

Erica:- "Com certeza..., se eles toparem (...) seria uma ótima alternativa".

E eles toparam.

A aposta deste profissional para produzir cuidado com este coletivo ganha visibilidade nesta cena. A preocupação com a privacidade do grupo, das pessoas, denota o acolhimento e a centralidade que os coloca na cena do cuidado. Da mesma forma evidencia seu desejo em fortalecer a autonomia conquistada pelo grupo dando visibilidade desta

conquista convidando-os a vivenciar os encontros de outra forma, pois já estavam andando com as próprias pernas. Desta forma também desmarca o lugar de necessidade de tutela dele que muitos profissionais de saúde procuram manter na relação com os usuários.

A maior visibilidade da construção de autonomia ilumina também que aquele espaço tem propiciado encontros, convivência, acolhimento, escuta e uma forte construção de vínculo entre eles com construção de uma rede viva de apoio.

Surpreendeu-me o movimento do grupo que havia acompanhado algumas vezes. Provocou em mim grande satisfação pois poderia contribuir para outras produções daquelas pessoas para lidarem melhor com suas dores fortalecendo-as em seus viveres...

Cena 2: Só agora ela consegue olhar e falar de si!

Em meio a outros assuntos com uma médica, uma fala sobre uma usuária no grupo de cuidadores:

Dra. Júlia (profissional de saúde):

-"*Tem uma paciente aqui, dona Sonia, tem dois filhos com problemas, uma tem uns 40 anos e dá muito trabalho para ela. Ela tem uma dependência psicológica do posto muito grande, e dá muito trabalho para a gente, chega ser aquele tipo de paciente que passa a ser (...)* (desgastante) *para o posto. Eu precisei indicar ela para o grupo de cuidador(...). As anotações das minhas consultas nos prontuários dos pacientes são todas organizadas, começo, meio e fim, as da dona Sonia eu nunca conseguia terminar, ela entra e só fala dos problemas com os filhos. Um dia entrou no consultório falou, falou dos problemas com eles e foi embora* (dá ênfase na fala)*! Dali a pouco voltou falando que estava com dor de ouvido e tinha esquecido de me falar na consulta...Ela nunca consegue falar das queixas dela. Agora depois de dois meses no grupo de cuidador, pela primeira vez eu consegui ter começo, meio e fim na consulta dela, pela primeira vez ela conseguiu falar da pessoa da dona Sônia entende?(...). Foi pela primeira vez visitar o túmulo do marido depois que ele morreu, há sete anos...".*

Segundo a médica Dona Sonia, uma senhora, mãe "cuidadora" de dois filhos bem problemáticos, tinha muita dificuldade em se reconhecer como pessoa, se anulava totalmente na cena da vida e isto invariavelmente acarretava vários problemas em seu próprio cuidado ofertado pela equipe. Segundo a médica tem frequentando o grupo mensalmente e está ótima. Teve problemas em um procedimento vascular e precisou ficar internada em outra cidade,

longe dos filhos, mas de forma surpreendente ficou muito tranquila lá, referindo-se ter tirado férias e descansado no Hospital. Comportamento até então inimaginável pelos profissionais da UBS, pois era muito presa aos filhos que apresentavam problemas.

Este relato elucidou mudanças provocadas em Dona Sonia a partir de sua participação no grupo segundo a médica que a acompanha na UBS. Trouxe-o para cá pois, a partir deste recorte focando o usuário, visibilizou a mim que o programa faz um convite e propicia movimentos que agenciou, nesta usuária, outras produções. Desterritorializou e reterritorializou Dona Sônia ajudando-a produzir-se de outra forma. Dona Sonia participa do grupo apontado na cena anterior.

Cena 3: Sobre o convite e a aposta do programa, uma conversa na UBS com duas equipes de ESF.

Recortes da conversa com as equipes para iniciar o trabalho em duas novas UBS:

Fabio (profissional de saúde):

-*"Nós não estamos fechados só para os cuidadores, outras pessoas podem se agregar ao grupo, em especial aquelas que não têm uma rede de apoio, são muito sozinhas, não tem amigos, não têm família e as vezes vão desenvolvendo um transtorno mental leve, uma depressão ou até uma doença crônica e precisam de suporte e um auxílio emocional, então nossa proposta é esta de trabalhar em grupo, mas alguns atendimentos individuais, eles vão poder acontecer, mas não é nosso foco (...)". O foco é as pessoas criarem mais autonomia, terem mais qualidade de vida, para se fortalecerem e se preservarem mais".*

Erica:

- "Os cuidadores muitas vezes ficam esquecidos e são muito sobrecarregados, a gente fica focado nos usuários em si e esquecemos de quem cuida, às vezes eles adoecem"!

Zenira (profissional de saúde):

-*"Deixa eu fazer uma pergunta, seria um grupo? Entraria o luto? Porque tem uma pessoa na nossa área que ela tá bem, mas a mãe dela..., ela tá enlouquecendo todo mundo. Fabio se você quiser ir hoje a tarde lá a gente conversa, ou amanhã, porque ninguém tá aguentando. Foi uma morte de repente assim, ninguém acreditou, ele desceu todo contente do carro, foi guardar as coisas, caiu e morreu. A mulher não come, não dorme e tá agredindo eles, (...)".*

Regina (profissional de saúde):

-*“Bom vocês já sabem qual vai ser o caminho né, psiquiatra medicação... já pediram encaminhamento”.*

Fabio:

-*“O grupo acaba sendo uma forma e ferramenta de enfrentamento, porque a troca com o outro faz com que algo em você se desperte, se identifique com aquilo, às vezes uns se identificam mais rápido outros mais demorado, porque às vezes a gente se fecha em nosso sofrimento, achando que é o mais difícil de todos, tem uns que demoram mais para escutar o outro de verdade, mas quando começa a fazer isto percebe que a vida é assim, tem hora de alegria, tem hora de tristeza, e começa a não se cobrar tanto(...). Normalmente a pessoa tem tendência em não aceitar que está sofrendo, que está mal (...) e aí entra esta questão, tudo a gente medicaliza. Hoje a gente quer comprar felicidade em comprimido, e não é por aí, precisa entender as nuances da vida e se reconhecer. Por isso o trabalho em grupo ele faz com que eles criem esta identidade e possam se fortalecer através das trocas. Igual lá na UBS Dona Eulália, tem dois anos né* (este é o terceiro)*, tivemos uma grata surpresa, eles foram estimulados e trabalhados para criarem autonomia própria e por conta de não reiniciarmos bem no comecinho do ano eles começaram um processo de se reunir cada semana na casa de um do grupo, então, eles criaram esta identidade, eles criaram este vínculo, e eles podem ser os multiplicadores daquilo na comunidade. Por isso que a gente não se limita só no cuidador, é lógico, vamos dar atenção para o cuidador que fica esquecido, ele se anula, não tem vida própria, que cria uma co-dependência com o doente (...), que carregam muita culpa, que se eles levarem para fora, para algum vizinho ou parente que não aguentam mais, que eles têm raiva, eles são criticados. Porque a gente cria a ideia que eles têm que ser não humanos né, então se eles reclamam eles são criticados, eles são julgados, então o grupo é um espaço legítimo para que qualquer tipo de sentimento venha, tanto de raiva ou qualquer outro, como aquela pessoa que você falou do luto, ela não conseguiu processar isto, está contra todos (...). Então tudo isto vai englobar, não só o cuidador mas pessoas sem rede de apoio. E os assuntos são diversos, com reflexão da própria existência humana..., qual minha potencialidade? Qual o meu limite? Qual o meu papel, o que eu quero para minha vida? Independente da idade, tem sido muito interessante o trabalho que a gente tem feito, pessoas da melhor idade fazendo projetos de vida, com muita coisa para alcançar, mas que partiu delas próprias. Pessoas que não conseguiam falar de si próprias... Que é outro ponto importante, que é não conseguir nomear sentimento né, principalmente as pessoas mais antigas, muitas não conseguem entender que sentimento ela*

tá sentindo, se eu tô sentindo raiva... às vezes também pela questão de criação, de religião, se podam, que não podem sentir aquilo, aí aumenta a culpa (...). Então é amplo, o que vocês têm visto mais na área de vocês, o que tem sido mais gritante? Você trouxe o luto(...)".

Esta cena e falas além de reforçar algumas questões discutidas, agrega elementos às minhas reflexões anteriores. Trouxe mais detalhes sobre o olhar do profissional para os usuários, sua percepção sobre os processos de medicalização da vida e mecanismos biopolíticas em nossa sociedade contemporânea. Sua forte aposta no grupo como espaço para o encontro, potente para as trocas e construção de vínculo entre as pessoas. Me fez pensar no efeito cuidador que um grupo como aquele pode ter quando aposta nos encontros como intercessores, que agenciam, que afetam e produzem movimento em seus participantes.

Nesta e em outras conversas chamou-me atenção a alegria e satisfação do profissional em contar sobre a aposta que fazia nos usuários, "nas pessoas" e em seu trabalho para ajudá-las a construir ferramentas para fortalecê-las para seguirem a vida apesar das intempéries do caminho. Visibilizando facilmente que acredita e gosta do que faz.

Diferentemente do programa do tabagismo este programa opera em outro território de produção, de entender e fortalecer as existências. A centralidade nos usuários entra como pressuposto do programa, como se fosse inerente ao trabalho onde a regra é reconhecer quem é o usuário para cuidar.

Apesar do trabalho em grupo, as singularidades e diferentes necessidades dos usuários ganham destaque, que em determinados momentos demandam maior atenção do profissional. Quando não são atendidas no espaço do grupo, o programa possibilita outro convite, que é o espaço de conversa individual, que não se constitui em uma psicoterapia individual, mas sim como um trabalho de escuta e apoio mais singularizado que se efetiva em espaços de conversa individual, na UBS ou no domicílio a depender da complexidade do caso.

Compartilho em seguida de forma resumida outra vivência, muito simples, envolvendo o Programa Mais Qualidade de Vida - Programa Fazendo Arte com a Oficina de pintura em tecido em uma UBS.

5.4.2.3.2. Programa Fazendo Arte - Oficina de pintura em tecido.

É muito comum ouvir em reuniões de equipes de saúde relatos de casos difíceis de pacientes "poliqueixosos" com vários diagnósticos, refratários aos tratamentos propostos e que a equipe não sabe mais o que fazer para restabelecê-los em sua saúde e autonomia para

levar a vida adiante. Situação vivenciada também por uma equipe de uma UBS – ESF que visitei nesta pesquisa, onde o caso, descrito a seguir, evoluiu de forma surpreendente diante do envolvimento da paciente com a oficina de pintura oferecida.

Dona Maria José de 62 anos, identificada pela equipe como diabética, hipertensa, depressiva, com problema renal, dificuldade de andar e histórico de várias internações psiquiátricas e entradas no Pronto Socorro devido a crises hipertensivas e glicemia descompensada, frequentadora assídua da UBS e do grupo de hipertensos e diabéticos. Sempre demandou muita escuta, cuidado e paciência da equipe que, apesar de seguir todas as condutas protocolares, ter todos os recursos e medicamentos necessários disponíveis para seu cuidado, nunca conseguiu controlar as recorrentes intercorrências em relação à sua saúde. Era uma paciente que a equipe "não aguentava", sempre reclamavam dela ou de suas intercorrências que frequentemente acabavam em internações estressantes para a equipe. Filha mais velha de sete irmãos, não constituiu família própria, vivendo sempre em função da mãe. Contam que sempre foi superprotegida pela mãe que sempre a requisitou para os trabalhos domésticos e para o cuidado com o irmão mais novo com sequelas graves de um acidente vascular cerebral. Creditam sua grande dependência e falta de autonomia a este contexto familiar. Em 2012, a convite da coordenadora, começou a ensinar um grupo de mulheres a pintar em tecido na UBS. Desde então a equipe percebeu melhoras radicais em seu quadro. A hipertensão e diabetes foram controladas e sua relação com a UBS mudou muito de foco. A equipe também passou a enxergá-la de outra forma. Passou a se considerar parte da equipe se apresentando como a "profª" do grupo de pintura em tecido da UBS. Durante este processo sua disposição para atividade física também foi aumentando chegando a caminhar até 4 km com grupo sem as dificuldades iniciais, tornando motivo de orgulho para a agente comunitária que a acompanhava. Quando questionada por mim sobre ensinar a pintar, D. Maria José mostra suas produções e retorna com o questionamento de como sua família pôde achar que era louca e interná-la um dia? Como puderam não vê-la? (querendo dizer que não conseguiam enxergar outras Marias Josés ali com potencial de se produzir de outras formas).

Em uma de nossas várias conversas contou:

-"Minha vida foi só cuidar de doente, meu avô, minha avó depois meu pai, ele e meu avô morreram na minha mão (...).Eu fui vendo que a pintura foi me transformando, foi me acalmando. Este grupo foi uma benção. Minha mãe fala: -"Só falta você pegar sua cama e ir dormir lá no posto, você não sai deste posto!!" Aqui eu acalmo sabe, fico em paz. Eu já tive muito acesso de nervo em casa, e minha irmã e minha mãe me internaram, fui internada nove

vezes em sanatório e numa destas vezes fiquei em coma com problema no rim. Depois disso eu falei que nunca mais ia para sanatório e que não ia mais colocar uma gota de calmante na minha boca. E nunca mais coloquei... Só tomo os remédios da pressão e diabete... Que agora tá controlada...Eu amo estas pessoas do posto...”

Esta história me encantou desde o começo, pois acabei acompanhando seus movimentos e acontecimentos de perto. Me chamou atenção por me fazer pensar que a experiência vivida por Dona Maria parece ter propiciado a ela acessar outros territórios existenciais que acabaram ajudando-a a se reconhecer com outras potencialidades em sua forma de viver e como consequência acabou contribuindo para mudar sua condição de saúde e seu cuidado junto a equipe. E isto eu acho ótimo. No entanto comecei a ficar incomodada novamente... A eterna insatisfeita... De novo, outro desconforto.

Este é um programa que opera na mesma lógica do de atividade física onde o convite é aberto, vai quem quer, contribui para a construção do vínculo com a equipe, propicia convivência, trocas, construção de rede de apoio, fortalece autonomia, alteridade, enfim também acessa outro plano de produção.

No entanto comecei a pensar se estas atividades deveriam estar sendo desenvolvidas em uma UBS. Se por um lado isto poderia ser interessante para ajudar os profissionais a se deslocarem do lugar marcado pelo modelo médico procedimento centrado na produção da saúde e poderem vislumbrar um alargamento nas ofertas aos usuários para outras produções que contribuem para seu cuidado e seu viver, por outro poderia estar contribuindo para uma visão totalizante de saúde. Para uma captura biopolítica de uma atividades que é da vida, do viver e de se produzir para uma “atividade de saúde e que neste município está entrando pela promoção da saúde”**. . .**

Fazer pintura, produzir arte daqui a pouco poderia estar compondo o elenco de atividades produzidas pela saúde. Me faz pensar de novo a saúde disputando o lugar da vida.

Minhocas na cabeça à parte, esta viagem cartográfica dissertativa tem me provocado a pensar diferente sobre isto... Por enquanto procuro me convencer que é melhor estas atividades serem ofertado pela UBS do que não tê-las em nenhum lugar.

5.4.2.4. Programa de Prevenção e Educação em Saúde Bucal- Projeto Boquinha.

Mudança de trilho: Entre memórias, vivências e conversas com os envolvidos no Projeto Boquinha. Começo com alguns trechos de conversas que fui realizando com profissionais.

Aline (profissional de saúde):

-*“ Olha Erica, apesar de todas as nossas dificuldades, diante do que o Boquinha se propõe a fazer eu acho que a gente tá produzindo muitas coisas aqui (...), quando eu saí da clínica e vim para ficar só no Boquinha, meu horizonte aumentou mais*!!!!!(dá ênfase na fala), *mas eu já tinha um pouco esta visão, eu comecei enxergar e ver outras coisas que eu não via e que o dentista de consultório, de clínica de serviço público não enxerga né, por exemplo a gente vê o paciente, que ele tá precisando do tratamento,...você vai pela produção (...) e muitas vezes a gente não vê a real necessidade do paciente para o cuidado dele, né, não são todos assim claro, mas quando o paciente tá lá ele tá precisando de você (...) então quando a gente tá na clínica, dependendo de como tá a sua cabeça você vai atender todo mundo* (querendo dizer que o foco é atender e cumprir a produção*), mas o projeto..., ele ampliou esta visão porque a gente só via dente, doenças de boca e algumas doenças relacionadas com a boca, doenças sistêmicas como diabetes, hipertensão, gravidez que a gente tinha que ter alguns cuidados, mas hoje em dia eu vejo de outra forma. Por que? Porque hoje eu vejo a dificuldade que o paciente tem de conseguir o serviço de ter acesso ao serviço, eu vejo a dificuldade dele entender a importância disto. E a dificuldade dele entender não é dele, é nossa! Nós é que não orientamos a população, a educação é que está deficiente. Às vezes ele precisa fazer tratamento de canal mas ele não tá nem aí, ele não tá com dor, às vezes tá com resto de raiz na boca e não tá nem aí, porque ele não sabe os outros problemas de saúde que ele pode ter problema cardíaco, você pode morrer!!!* (dá ênfase na fala) *(...), falta orientação para ele, a gente explicar para ele, porém tem paciente que têm outras prioridades, e você passa a enxergar isto, pois você dá vaga e ele não vai!!!(...)”.*

A diferença do olhar para o usuário que a profissional passou a ter ao participar do programa visibiliza que ele agencia um outro olhar para os usuários, que pede reconhecer as diferentes necessidades do usuário e que a clínica muitas vezes restringe colocando no centro do cuidado a doença, ou às vezes nem a doença e sim a produção.

Reconhecer que o usuário traz uma vida, a sua vida, junto com ele parece ocupar um outro lugar na forma como este profissional vê hoje o cuidado. No entanto aposta fortemente na educação, e na orientação para disciplinar ou instrumentalizar os usuários como uma

estratégia para resolver seus problemas especialmente quando estes parecem não ser por escolha do usuário e sim por não terem recebido orientação adequada.

Mas muito mais pelo meu corpo sensível do que por suas palavras em nossa conversa, me fez pensar ali naquele momento em nossa dificuldade em aceitar a escolha de alguns usuários, pautada em outros valores, por mais contrária que seja aos nossos preceitos como profissional de saúde. É difícil darmos conta, enquanto profissionais de saúde, que para muitos usuários o que falamos e apresentamos como verdades científicas, as quais deveriam tomar para si e agir de acordo com o que anunciam, não valem nada para muitos deles. Ora, quantas vezes nossas ofertas não são descoladas da vida do usuário?

Me faz pensar no que MERHY e FEUERWERKER (2009) apontam:

> (...) a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-la. Mais ainda, a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia. Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo "tratado". Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da "iluminação" técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil "conquistar a adesão" às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas (MERHY e FEUERWERKER, 2009, p. 31)

Por outro lado, também me fez pensar, pelo que senti e vejo no cotidiano de trabalho deste profissional, que se por um lado sua aposta na educação/orientação pode ser usada como uma ferramenta de iluminação e disciplinarização pela racionalidade científica, por outro poderia fazer parte de negociações com os usuários para seu cuidado servindo como uma ferramenta. A depender de como faz seu uso, sua entrada na cena para o cuidado será mais convidadora e negociadora ou prescritiva e disciplinadora.

Ao trazer o cirurgião dentista da clínica, este profissional me fez pensar em algumas memórias trabalhando no Boquinha e alguns conflitos marcados provavelmente por este olhar diferente para os usuários, onde um o reconhece centralmente para o cuidado, e o outro coloca

o saber no centro cuidado. Trago para cá, agenciada por esta fala, fragmentos desta memória. Fala de um cirurgião dentista para mim:

- *"Eu sou contra essa orientação de você permitir o uso da chupeta e da mamadeira! Eu não concordo! Tem que tirar de uma vez(...) Você fala uma coisa para os pais numa sala e eu falo outra na outra" Isto é ruim"!*

Mas bastava escutar as histórias e as dificuldades dos pais, para ver que as orientações restritivas e normativas para uso de chupeta e mamadeira como única possibilidade não funcionariam. Alguns pais falavam para mim, que as crianças choravam muito durante a noite, que não dormiam sem a chupeta ou sem a mamadeira da madrugada, e eles não aguentavam, se sentiam muito cansados. Era óbvio que não cumpririam as "prescrições/orientações teoricamente corretas". Para as orientações não ficarem no plano da utopia, eu achava melhor negociar e acompanhar. Era mais próximo da realidade dos pais. E quando temos filhos pequenos e trabalhamos entendemos o que os pais estão dizendo. No Boquinha negociar outras possibilidades durante estes anos provocaram alguns tensionamentos e desconfortos com profissionais que passaram pelo programa.

De uma forma geral, mas não uniforme, a depender de qual profissional trabalhava no programa comigo, em nossas orientações era possível,

> ***Negociar****: a troca do dedo pela chupeta, trocar a fralda pendurada na chupeta por uma fita colorida (mais leve e menos prejudicial), usar a mamadeira sem aumentar o furo do bico, usar a chupeta, mas agora neste caso, furando seu bico, dar a mamadeira noturna com menos açúcar, menos farináceos fazendo a substituição do leite por água gradativamente, comer a mesma quantidade de doces, mas menos vezes ao dia, trocar o salgadinho por pipoca e amendoim, chupar bala ou pirulito no lugar de bala e doce grudento, fazer "uma" higienização bucal com escovação e fio dental caprichada no lugar de várias higienizações ao longo do dia (que muitas vezes sabemos que no corre corre da rotina da vida não são adequadas. Orientação esta, que a própria ciência, a cariologia, me legitimava e autorizava com tranquilidade orientar os pais inclusive no consultório).*

Neste programa os profissionais também nunca foram homogêneos. Há profissionais com apostas e convites diferentes, um mais disciplinador e o outro mais negociador, e reconhecem de forma diferente quem são os usuários e o que trazem para a cena do cuidado. Um flexibiliza o convite e aposta em diminuir dano, o outro exige o cumprimento da regra.

Outra causa de questionamento entre os profissionais era o Boquinha não seguir as técnicas de escovação preconizadas pela literatura. Muitas vezes isto apareceu em discussões de equipe e foi trabalhoso visibilizar porque fazer diferente da técnica preconizada talvez fosse melhor para as crianças. Ao observar as crianças escovarem livremente, inclusive no consultório, era notório que seguir uma técnica preconizada era mais difícil para elas. Muitos higienizavam adequadamente sem seguir técnica alguma. Pensava que talvez fosse possível construir uma forma de escovar que contemplasse mais as singularidades e dificuldades inerentes da idade e estágio de maturação neurológica e que, contribuísse para o hábito de escovar e também ajudasse a higienizar suas boquinhas. A técnica no Boquinha agrega às condições das crianças um misto entre técnicas preconizadas na odontopediatria.

Embora, nesta última memória narrada, ao olhar para a construção de uma outra técnica de escovação pareça estar trocando seis por meia dúzia, e, apesar da natureza preventiva e educativa do programa, estas são memórias que denotam certa flexibilização do convite e um olhar mais singularizado para as necessidades dos diferentes usuários envolvidos,

O fato de ter sido coordenadora do programa durante muitos anos talvez tenha tensionado mais para que a lógica majoritária no programa tendesse para as minhas apostas, que se pautavam em movimentos decorrentes de meus desconfortos com o que via no cotidiano.

Outro tensionamento, principalmente com outros cirurgiões dentistas, foi o fato de trabalharmos no Boquinha com outros assuntos que não só de saúde bucal. A resistência foi muito grande, mas da mesma forma que observar as crianças durante suas escovações me provocava a fazer de outra forma, olhar para as crianças na escola e seus contextos de vida, me apontava fortemente a trabalhar em relação a outros assuntos. Me incomodava muito fazer um trabalho focado apenas na “boca”. Por que trabalhar só a saúde bucal? Também foi uma questão que tencionou a equipe, mas os profissionais da Secretaria de Educação, professores, coordenadores e diretores me apoiaram fortemente e hoje trabalhamos vários assuntos, tudo junto e misturado, onde o cuidado em saúde bucal “também” faz parte. Desmarcar o lugar de poder do saber da odontologia, se por um lado trouxe a meu ver muitos benefícios para as crianças, por outro trouxe muitos tensionamentos. Acho que talvez o Boquinha, e a forma como o entendia, tenha sido um dispositivo de desmarcar determinados poderes da odontologia e marcar outros quando penso em um dispositivo operar na dobra saber/poder/fazer como diz FOUCAULT (2011 c). Abriu espaço para reconhecimento de

outros saberes e fazeres. No entanto ao olhar para o programa, não há como negar sua aposta preventiva e educativa que marca certos poderes e agencia certos fazeres.

Ao olhar para o convite que o programa faz, me faz pensar que, se por um lado ele acaba funcionando como um dispositivo de disciplinarização com conteúdos de higiene e prevenção, por outro lado a maneira de trabalhar com as informações procurando não trabalhar com a imposição de verdades (possibilitando a negociação de outras possibilidades com pais e crianças em relação aos hábitos deletérios e alimentares), somadas a problematização de situações de forma lúdica nos teatros com as crianças, mais as vivências em outras estratégias lúdicas construídas, sinaliza que ele também faz um convite aos envolvidos para produção de outras possibilidades. Isto me faz pensar talvez em um equilíbrio de convites e de apostas.

Penso que a dor, o medo e o sofrimento provocados por alguns problemas de saúde bucal somados à agressividade de seus tratamentos, exposição à riscos e iatrogenias, que observamos inúmeras vezes, ocupam uma dimensão muito grande no desejo de profissionais e de alguns usuários de quererem evitá-los principalmente em quem já os vivenciou, produzem subjetividades que desencadeiam certos agires.

Sou odontopediatra, vivenciei anos a clínica com todo seu aparato de tecnologias duras, leve-duras e leves e a complexidade de alguns tratamentos atravessados inevitavelmente pelo sofrimento de crianças e pais. Vivenciar a violência da dor de uma pulpite (dor de dente que indica necessidade do que usualmente chamamos de tratamento de canal), de exodontias (extração dentária), de exposições a anestesia geral para alguns tratamentos, faz naturalmente alguns profissionais buscarem por alternativas para algumas situações que, em se tratando de crianças, parece ampliar nossa mobilização enquanto profissionais de saúde.

Desenvolver um trabalho que propicie desencadear reflexões, negociações e que requer procedimentos simplificados, mesmo se constituindo em estratégias higienistas, mas que podem evitar ou intervir em situações como as apontadas anteriormente constitui uma possibilidade muito sedutora pela potência que traz em sua simplicidade, baixíssimo risco e ausência ou pouquíssimo sofrimento. Não me refiro ao sofrimento inerente ao nosso viver como abordado em outras paradas desta dissertação, me refiro ao sofrimento provocado por dor física. O desejo de desenvolver um trabalho nesta direção habita muitos profissionais, inclusive fortemente em mim.

O Boquinha trabalha e cuida atravessado por este desejo. Somado a isto não há como desconsiderar o baixo custo destas práticas, que embora não seja o que mobilize os profissionais envolvidos no programa, constitui um argumento e aposta nas negociações com a gestão.

Penso que a forma de trabalhar, de fazer o convite de um programa ou profissional, pode ser mais ou menos disciplinadora, mais ou menos coercitiva a depender do uso que fazemos do saber da ciência e a serviço de quem o colocamos, ou seja, da centralidade em que colocamos o cuidado, no usuário e na reafirmação da sua vida ou em seu problema de saúde (ou na possibilidade de adoecer).

Usar o saber da ciência a favor do outro que cuidamos sem subjugá-lo negociando possibilidades que possam pelo menos minimizar danos pode ser muito potente a depender do caso. Talvez seja uma possibilidade para considerar "o outro" dentro de um forte contexto biopolítico, em nossa sociedade contemporânea.

Sigo trazendo fragmentos de conversas com outros profissionais do Boquinha.

Claudia (profissional de saúde):

-*"Tem as crianças que levam a sério e as crianças que não, geralmente as que levam a sério são as que não tem em casa* (ela quis dizer a pasta, a escova, o fio e condição de vida de melhor)*, essas que a gente abraça. Tem criança que não tem nenhuma escova em casa(...), ah é difícil heim, ver aquela criança que quer escovar, que tem vontade e não escova em casa porque não tem (...)".*

Pausa para agregar elementos à esta fala: Muitos professores pedem escovas e pastas de dente a mais para as crianças que sabem que a família não tem condição de tê-las em casa.

Claudia:

-*"Acho importante nosso trabalho porque a gente não tá lá só para ensinar, a gente também oferece, a gente dá pasta, escova, fio dental, a gente leva o flúor(...) e tem criança que abraça isto, acham que é importante, agora tem criança que já tem isto em casa e não dá tanta importância (...). Tem criança que quer saber, quer entender por que que fica daquele jeito, agora tem criança que não (...). E a gente vai mostrando, vai contando que nem na mesa clínica, coisa que não dá tempo de conversar quando a gente faz escovação com eles.(...). Eu gosto de trabalhar com o lúdico, de mostrar que o que a gente tá falando é verdade, como em relação à placa bacteriana que a gente faz evidenciação e eles veem onde tem placa e o dente está sujo e que aquilo é que dá cárie, que faz a gengiva sangrar, e porque é importante escovar, isto com os maiores né(...)".*

Erica:

-"Mas você sabe que nem sempre isto é verdade, como meu sobrinho, a gente já conversou sobre isto, tinha uma higiene péssima e nunca teve absolutamente nada disso, ou o cigarro, como uma senhorinha que nos procurou para parar de fumar com 92 anos, fumando há quase 80 anos e nunca teve nada... Como você tem lidado com isto? Esta verdade que não é bem uma verdade em alguns casos"?

Claudia:

-*"(muitos risos), fica uma verdade mentirosa, né (risos), então, às vezes eu tento fazer perguntas para eles pensarem, para em vez de ir com uma verdade deixar eles pensarem, mas às vezes não dá tempo e aí eu vou com a minha verdade* (risos)*, nosso tempo é curto Erica, não dá para deixar a mesa clínica toda eles pensando...Seria muito bom né se deixasse eles pensarem sobre tudo (...)".*

Claudia:

-*"(...)Quando entrei no Boquinha eu tinha muitos por quês...Perguntava... mas por que que a gente faz aquilo, será que tinha necessidade? E vejo que alguns por quês foram respondidos e fazem sentido hoje para mim*".

Erica: - "Como assim? Fala mais. Você lembra"?

Claudia:

-*" Âhã, da APAE. Eu achava desnecessário, sabe..., não fazia sentido para mim. Eu falava mais por que que a gente vai lá, eles não entendem nada, eles nem fazem direito, tem uns que não deixam nem a gente escovar. Ai teve um dia que o Sergio, sabe?, sentou para conversar com a gente, ele gostava de sentar para conversar com a gente, ele teve um acidente e ficou com o pensamento, com o raciocínio mais lento, (...) e ele falou que o nosso trabalho era importante para as crianças, que a gente levava alegria para elas... E isto foi o que começou a fazer sentido para mim, por mais que o nosso trabalho vai lá para levar uma escovação, que talvez para eles não faça muito sentido, mas se fizer sentido em forma de teatro e eles verem uma alegria nisso, se fizer eles darem risada naquilo, já tá bom. Depois que ele falou isto começou a fazer sentido, aí tipo pra mim, eu comecei a ver que como traz alegria para eles e aquilo me fazia feliz também(...). Porque eu comecei a pensar que às vezes também não entra na cabeça de uns que não tem problema nenhum, (...) e aí pensei, independente se faz ou não sentido pra eles, mas se não tiver fazendo sentido para eles e a gente tiver levando alegria, se fizer eles darem risada, já tá ótimo...Nossa, aí veio um filme na minha cabeça..., a*

vida já é tão cruel para estas crianças(...). E eu acho que se a gente perguntar para as crianças, não só as da APAE, o que eles mais gostam eu acho que eles vão responder que é esta parte mais lúdica, mais divertida, que eles saem daquela regra, do todo dia, do maçante sabe (...)".

Apesar da aposta nas verdades do saber da ciência que este profissional parece se apoiar em determinadas situações, denotando momentos de disciplinarização que o projeto produz, em outras situações parece entender e gostar do que produz com as crianças a partir de outros convites, outras estratégias e ferramentas que os afetam e movimentam suas produções. E neste movimento, acredito que o que levamos em relação ao cuidado em saúde bucal e geral vai entrando e se misturado no cotidiano das crianças, e assim vão sendo afetados e vão construindo um cuidar de si mesmos.

Me fez pensar com muita alegria no que o programa produzia no encontro com aquelas e as demais crianças. Em muitos momentos os encontros eram intercessores no agenciamento de paixões alegres (SPINOZA, 2013) e isto provocava em mim também muita satisfação (paixão alegre), era como se de alguma forma contribuísse para a produção de vida com aquelas crianças, minha e delas.

Fragmentos de minha conversa com Cidinha, outra profissional do Programa.

Cidinha (profissional de saúde):

-*"Olha eu sou outra pessoa desde que entrei aqui há dez anos atrás, não sei nem dimensionar. É um trabalho grandioso, eu nunca imaginei que a gente conseguisse fazer tanta coisa com tão pouco. Assim..., tinha coisa que achava que era impossível e a gente fazia. Eu acho que a gente cuida não só ao que diz respeito ao serviço, do protocolo sabe, mas a gente cuida também quando a gente observa a criança, percebe alguma coisa e acaba interferindo sabe, com professor também. Às vezes o professor está tão desgastado, quando a gente conversa com ele, parece que abre e ele vê outras possibilidades. Eu acho que no nosso trabalho a gente inconscientemente vai tendo um treino de ver, de ouvir diferente... a gente é muito assim aqui, você sabe, a gente é muito de reparar, então a gente foge mesmo daquele foco, daquele nhê, nhê, nhê de escovação. Apesar da gente achar que a escovação se torna mecânica, a interação com as crianças, com a vida das crianças, com o que eles fazem e dos professores com eles, então acaba não sendo mecânico, a gente entra muito nisso e acaba sendo um crescimento muito grande para a gente e para as crianças. Principalmente daqueles que parecem ter auto estima muito baixa, os mais agressivos. Eu me identifico mais*

com os agressivos (risos), não sei por quê. Às vezes eles me xingam, mandam eu tomar naquele lugar e depois se tornam meus amigos (...). Teve uma menina na Escola Dona Mercedes que usava droga e transava com um monte de menino, era muito agressiva e não deixava a gente trabalhar, não deixava a gente fazer escovação com os outros, perturbava demais e aí a gente foi conversando bastante com ela, bastante mesmo, e cê sabe que eu comecei a perceber que o que eu tava falando com ela não estava entrando por um ouvido e saindo por outro? Ela começou a ver possibilidade diferente daquilo que eu tava falando...Eu gosto desta parte sabe, eu acho que a escovação em si não é tão importante quanto a oportunidade de conversar com eles(...). Eu acho que as crianças gostam muito do nosso trabalho. Eu acho que eles absorvem a informação, mas o que eles mais gostam é a diversão. Acho que eles enxergam a gente como uma fuga daquilo que eles têm dentro da escola, a gente é diferente (...). Antes eu queria e tentava fazer eles ficarem quietos de todo jeito, hoje eu tenho uma outra visão. Antes eu queria condicionar eles, mas hoje eu não tenho mais esta visão(...)".

Lurdinha (profissional de saúde):

-*" Eu conheci o Boquinha como mãe. A escola das minhas meninas era campeã em convidar os pais, né* (risos). *Nossa eu achava maravilhoso o trabalho, mas não sabia direito como era o trabalho, a gente assinava a autorização na matrícula sem saber muito como era o trabalho(...). Nossa eu entrei já fazendo teatro, bem aquilo que eu mais admirava como mãe. E depois a gincana...Erica a gincana quase acabou comigo, eu tive que tomar dorflex na semana para dormir* (risos). *Hoje eu me divirto muito. Eles gostam dos personagens, mas quando entra a Boquita, meu Deus!! Eles querem pegar ela, eles gritam. Teve teatro que eu fui a Boquita todas as vezes e como eu sou pequenininha a Boquita aí fica mais perto deles, aí eles vêm com aqueles olhinhos e dizem Boquita eu te amo* (muitos risos*), ai, eu adoro os pequenininhos, a inocência (...). Teve um menino que uma vez perguntou quando a gente voltaria na escola, eu achei que ele estava querendo saber porque gostava e perguntei por que? Ele disse assim, -" porque eu vou faltar". Ele disse que não gostava, mas não consegui entender porque...(...) A escovação, os grandes não gostam muito não, muitos têm vergonha, eles acham que quem sai é porque tá com o dente ruim(...), mas a gente não obriga eles saírem.*

A conversa com os profissionais me fez sentir novamente o quanto são envolvidos afetivamente naquele trabalho e o quanto agregava valor em suas alteridades como trabalhadores de saúde. Senti claramente a preferência pelas atividades divertidas que o

programa oferece, e um certo desconforto com as atividades de higiene (nhe,nhe nhe da escovação). Demonstram que também não gostam de determinados convites que o programa faz, mesmo entremeados com estratégias lúdicas, que minimizam o efeito disciplinador e higienista. Talvez mobilizados pela preferência das crianças, ou quem sabe, são também mobilizados pelo mesmo desconforto meu em alguns momentos.

Era notória a satisfação em falar sobre o que faziam e como enxergavam o que faziam, o cuidado que entendiam oferecer para as crianças. Me chamou atenção o quanto estão abertos para o encontro com as crianças e professores, e se isto obviamente não é uma constante em todos os momentos, pelo menos trouxeram isto para mim com muita satisfação pelos seus corpos que falavam. Me deixa afetada em perceber o Boquinha realmente como um dispositivo que além de disciplinarização parece estar produzindo outras coisas nos profissionais e nos usuários. As conversas com os profissionais, minhas vivências e memórias, iluminou que ele parece estar sendo um dispositivo que também propicia o encontro, conversa entre os diferentes participantes e o reconhecimento de suas vidas, fragilidades. Visibilizou que nele há brechas com intensidades que produzem muitos movimentos e a partir daí tem fomentado inúmeras produções com os envolvidos.

Cena fora do script da pesquisa:

No meio desta viagem, um encontro inesperado ...

-"Como assim? Não existe infância em Cosmópolis sem o Boquinha e sem a Boquita!"

Tenho um ritual em Cosmópolis, de passar numa padaria para tomar café expresso e comer meu um quarto de pão com uma dose mínima de manteiga que as meninas de lá já sabem e colocam numa colherinha de plástico, na medida certa (em respeito às minhas capturas biopolíticas em relação a obesidade, ou em relação a vaidade? Não vem ao caso). Naquele dia havia uma outra pessoa no caixa que não me era estranha e que questionei de onde a conhecia. Como era jovem logo pensei que poderia ser de alguma escola. Algumas crianças marcam a gente, elas crescem, mas não esquecemos de suas carinhas. E de fato era da escola. Perguntei se lembrava do Boquinha e da Boquita, ao que me respondeu:

-"Como assim? Não existe infância em Cosmópolis sem o Boquinha e sem a Boquita!"

Este encontro me fez parar e lembrar de outras cenas: As mães que batiam na sala do Boquinha querendo comprar a sacolinha da Boquita, o jogo da memória, o dominó... A

professora contando sobre uma criança que adoeceu porque teve que devolver a Boquita na segunda feira e pediu mais tempo para aquela atividade para que as crianças pudessem ficar com a Boquita em casa mais dias. A mãe que contou que a criança dormiu no chão para a Boquita dormir na cama... As crianças perguntando que horas chamaríamos a sala delas para brincar na escola.

Pensando na dissertação, nas conversas que tive, em minhas vivências, em minhas atuais críticas às nossas estratégias higienistas e disciplinadoras no NUESA e também na produção de afetos especialmente nas paixões alegres de que fala SPINOZA (2013) que frequentemente observo sendo produzido a partir do programa, me pergunto: E agora? Afinal, que negócio é este que a gente inventou aqui? Quão disciplinadores, reprodutores de estratégias biopoliíticas somos e quão produtores de encontros, de vida entre outras possibilidades somos?

De fato, como minha orientadora e outras pessoas já me apontaram, não vou resolver todas as minhas questões com esta dissertação.

5.4.2.5. Territórios da Atenção Básica.

Começo com as equipes de quatro UBS – ESF nos espaços de Educação Permanente.

Foi muito interessante, a conversa que fizemos sobre a promoção de saúde e como vinha a questão do cuidado para a roda com estas equipes. Em uma das Unidades um profissional da gestão, também monitor da atividade física e facilitador de EP naquela UBS me acompanhou. Ao sairmos da UBS me questionou?

-*"Mas Érica, você não vai falar para eles o que é a Promoção da Saúde? Você não acha importante?*

Erica:- "Não. Não é minha intenção definir para eles o que é promoção nesta conversa. Quero deixar eles livres para falarem sobre o que pensam e entendem em relação à Promoção da Saúde no cotidiano deles, dita tão importante na AB".

Ao conversarmos como compreendem e vivenciam a promoção da saúde, me trouxeram falas interessantes que me apoiaram na discussão neste item. Resolvi reunir em um item as falas das quatro equipes que procurei registrar exatamente como apresentaram para mim. Excluí apenas aquelas praticamente idênticas e que se repetiam muitas vezes. No

entanto mantive algumas semelhantes em repetição na intenção de sinalizar sua maior frequência no conjunto. Na sequência compartilho as falas:

- *"Ter uma alimentação saudável; faz parte do dia a dia e faz parte da minha vida; ter lazer; fazer vacinação; nas pré e pós consultas e nas diversas formas de orientação dentro da unidade e nas visitas domiciliares; orientando os pacientes irem no posto e nas palestras; é qualidade de vida; é fazer exames periódicos; ter vida social; fazer caminhada; fazer consultas médicas; na triagem de pacientes; o grupo de caminhada prosperou a vida e os encontros dos pacientes que participam; cuidar; viajar e ler; é ter o olhar mais humano ao próximo; no cuidar e ajudar; facilitar o atendimento no dia a dia dos pacientes; é não ter filas de marcação de consultas e exames; fazendo recepção; quando fazemos uma boa acolhida e escutamos realmente as necessidades dos pacientes; cuidar dos usuários e também do cuidador; promover trabalhos de grupos com a população ligados a cuidados com a saúde como Saúde da Mulher; EXERCITA (caminhadas e práticas chinesas), o PACTA, o HIPERDIA, Mãe Coruja, Oficinas de pintura em tela e tecido, Artesanato, Grupo cuidando do cuidador; reunião de equipe; nas festas; orientações da população sobre prevenção; toda ação que colabora para o bem estar físico, mental e social das pessoas; tudo que é feito para melhorar a saúde; saneamento básico; nos atendimentos médicos, no acolhimento onde o profissional abre a escuta para o paciente não somente para seus problemas de saúde; na orientação dos pacientes sobre consultas, medicamentos, palestras; cuidar do espírito é uma forma de prevenção; cuidar com medidas concretas (prevenção + cuidados); promover acesso; qualidade de vida para usuários e trabalhadores; acolher e dar atenção; respeitar o próximo; toda informação que passamos ao paciente visando prevenir ou curar uma doença; seguimento e rastreamento de ca de mama e de colo do útero".*

Os profissionais presentes nestes encontros eram agentes comunitários, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e recepcionistas.

Fiquei surpresa com a gama de atividades, situações, atitudes e produções próprias do viver que os profissionais trouxeram em suas falas, e que, em seus entendimentos, eram encampadas pela Promoção da Saúde, ou se encaixavam nela. Ademais quase todas as atividades desenvolvidas na AB estavam descritas ali, e na conta da promoção da saúde. Como a literatura traz, e já abordado anteriormente, há uma infinidade de compreensões em relação à promoção da saúde e que se reafirmavam para mim nas falas destes profissionais.

No entanto, ao tentar categorizar estas falas percebi que muitas pareciam se alinhar com os dois grupos de tendência na Promoção da Saúde trazidas pela literatura. Contudo a

concepção comportamentalista, que envolve na maioria das vezes estratégias disciplinadoras, educativas, preventivas e de fomento aos estilos de vida saudáveis, de longe parecem fazer mais parte do cotidiano daqueles profissionais.

Ao pensar nos analisadores, me questionei se esta evidência estaria me sinalizando também os convites que aqueles profissionais estariam fazendo para os usuários. Da mesma forma me intrigava saber como enxergavam o usuário nas cenas em que desenvolviam aquelas atividades, o que muito provavelmente visibilizaria de forma geral quem é o usuário na cena do cuidado na AB de forma geral.

Ao olhar novamente para o elenco geral daquelas falas e sua evidente variedade, fiquei pensando... Tudo é promoção da saúde? Até respeitar o próximo? A Espiritualidade? Ter vida social? Cuidar bem é promoção da saúde?

Novamente um desconforto, pois estavam sinalizando para mim uma visão totalizante de saúde. Tudo é saúde? Saúde antes da vida? Indica a mim um forte agenciamento biopolítico pelo menos na produção de suas falas. Me fez lembrar do desconforto em relação ao documento da PNPS onde em vários momentos sentia que a promoção parecia querer ser guardiã da vida. Ou disputar a produção da vida e do viver?

Um profissional da gestão fala durante nossa conversa em um destes encontros:

- *"Para mim, tudo é promoção de saúde e tudo é cuidado..."*

Penso novamente: Tudo é promoção da saúde e tudo é cuidado?

Não, não é. Estas falas são frutos de agenciamentos biopolíticos que vivemos.

Em certa medida as falas me fazem pensar novamente que a promoção da saúde, enquanto discurso, agencia agires e falas com uma visão totalizante da saúde que parece disputar o próprio lugar da vida.

Volto a questionar, que convites estariam fazendo para as pessoas a partir deste agenciamento? Senti o desejo de conversar com alguns profissionais da AB individualmente para entender melhor as falas vindas naquelas EPs. Fui conversar e também vivenciar um daqueles momentos apontados, uma reunião do grupo do Hiperdia, o mais comum na AB quando se fala na promoção da saúde.

Conversas com profissionais da AB de UBS diferentes:

Karina (profissional de saúde):

-*"Vejo a promoção em várias atividades na AB, é bem ampla. Vejo na busca ativa, nos grupos, nos programas do NUESA, na produção do cuidado em especial da enfermeira, no cuidado humanizado. A promoção ajuda a qualificar o cuidado, está relacionada com a*

integralidade do cuidado. Atualmente as conversas sobre isto ficam em segundo lugar, apesar da importância que tem. Os problemas da equipe de relacionamento interpessoal, do processo de trabalho são tantos que ocupam grande parte das reuniões de Educação Permanente(...). Trabalhamos de forma invertida. Deveríamos trabalhar a promoção e a prevenção para diminuir os indicadores, mas não conseguimos. A ESF ainda se aproxima um pouco da promoção, mas na AB tradicional é mais difícil ainda. É muita tarefa a ser cumprida. Os grupos de hipertensos e diabéticos são difíceis de se manterem. Eu fazia em quatro sessões pois são muitos assuntos, nos dois primeiros encontros haviam em média 20 pacientes, depois ficavam 2 ou 3. São muitas coisas a serem faladas nas consultas e não dá tempo(...). Então aproveitamos estes encontros para falar com eles. Muitos profissionais procuram conscientizar bastante os pacientes, mas eles não aderem, a gente tem muita dificuldade em fazer uma conscientização que dê impacto nas mudanças de comportamento. É muito difícil! A médica explica sobre como a glicose entra na célula. (...)Trabalho pouco as questões subjetivas do cuidado... é fechamento disto, daquilo, planilha e mais planilha, é muita coisa para cumprir. Não dá tempo para se debruçar sobre estas questões que são super importantes (...)".

Para além desta conversa iluminar que a promoção da saúde ocupa um lugar marginal na AB, ilumina que quando é realizada valoriza, nos encontros, a transmissão de conhecimento com centralidade no saber científico e na conscientização/disciplinarização dos usuários com pouco espaço para trabalhar as questões subjetivas e singulares da produção do cuidado.

Heitor (profissional):

- "*O grupo do hiperdia foi diminuindo até que a gente perdeu ele. Aí para recuperar a gente pensou no grupo vinculado à renovação de receitas, então aí ele é obrigado a vir, entendeu? Se ele quer renovar a receita ele vai ter que vir no grupo, ou mesmo se ele quiser mostrar um exame alterado, vai ter que vir no grupo e só depois de participar do grupo que renova a receita ou mostra o exame para a Dra... Às vezes acontece do paciente não querer vir mais na consulta, só fica trocando a receita no grupo. Tem que monitorar porque ele tem que vir na consulta também. A gente também está usando a estratégia de não ficar falando só de hipertensão e diabetes no grupo, a gente fala sobre tuberculose, dengue, zika e dá um informativo para eles levarem embora. Acho que assim está dando certo(...)".*

O que senti e o que esta conversa visibilizou para mim?

Controle, controle, controle!

Se não obedecer, fica de castigo e não ganha nada!

Deixo aqui registrado para reflexão os questionamentos:

Que convite este hiperdia e este profissional tem feito para os usuários?

Quem reconhecimento ganha o usuário na cena do cuidado neste grupo do hiperdia?

Que cuidado estão produzido neste hiperdia?

Sigo em meus encontros e conversas.

Zenira (profissional de saúde):

-"*Agora com a agenda apertada, estamos sem um dos médicos aqui e não dá tempo de fazer mais o grupo* (do hiperdia)*, por isso paramos"...*

Aldeíde (profissional de saúde):

-*"Ah, agora com o Dr. Henriques (médico cubano) estão fazendo alguns grupos, na escola com parceria de uma ONG, de hipertensos e diabéticos, ele gosta de fazer grupo (...)".*

Marilda (profissional de saúde):

-*"A Dra Carmelas (médica cubana) está fazendo grupo de hipertenso e diabéticos".*

Rúbia (profissional de saúde):

-"*Na AB está difícil desenvolver o que eu considero promoção da saúde. Eu queria desenvolver mais um trabalho de vigilância em saúde, fazer grupos para acompanhar mais os pacientes, mas ali na UBS quem sabe chegar mais nos pacientes, se aproximar mais deles, quem escuta e conversa bastante é a Isabel... e a Cassandra, esta parece que nasceu para fazer isto. O restante da equipe pode até fazer isto dentro das casas, mas na Unidade não ajudam, não consigo contar com apoio do restante da equipe, aí fica meio deficiente o trabalho da promoção. Eu queria trabalhar com grupos, mas eu preciso contar com o apoio delas para trazer os pacientes... elas não ajudam a organizar sabe. Aí vem 2 ou 3 pacientes só... mesmo assim a gente conversa, mas é um grupo que acaba não trocando muito, acaba não evoluindo, o grupo começa e pára, começa e para (...)".*

Estas falam iluminam como estas atividades ganham mais espaço na agenda dos médicos cubanos do que na dos profissionais brasileiros. Há unidades destas de saúde, onde estes profissionais trabalham, que em quase três décadas, pouquíssimas vezes desenvolveram trabalhos desta natureza, quando muito algumas vezes de forma pontual, mesmo com nossa oferta de apoio enquanto profissionais do NUESA para serem realizadas. E atualmente por

solicitação dos médicos cubanos, passaram a realizá-las. No entanto quem as executam são os próprios médicos cubanos. De forma geral o restante da equipe não se envolve muito visibilizando a pouca aposta das equipes da AB nestas atividades que indicam ser de promoção da saúde.

Continuando minha conversa com Rúbia:
-*"Uma coisa que a gente queria fazer era grupo de mulheres mas houve uma quebra aí... Então a gente não consegue controlar o paciente*".

Érica -"Mas controlar o quê"?

Rúbia:
-*"A frequência deles na unidade para controle, para acompanhar* (querendo dizer controlar a saúde/doença do usuário). *Igual o grupo das gestantes, está super falho, eu convido elas dentro do consultório, mas o restante da equipe tem que se organizar, a gente marca o grupo para dia tal, e elas acabam esquecendo de convidar os pacientes. E eu sinto dificuldade em atrair estes pacientes. A gente só consegue atrair quando falamos que vai ter um café, aí eles vêm. Eu sinto muita dificuldade em fazer esta promoção na UBS. No grupo de mulheres, quando fazia era mais aberto, elas traziam muitas dúvidas gerais, conversávamos sobre vários assuntos, vinham várias. Era um grupo bem interativo. Já no grupo de hipertensos e diabéticos é mais difícil, era mais passagem de informação, na verdade todo mundo sabe o que tem que fazer, mas não faz, eles não perguntam muito, às vezes eles comentavam algumas coisas do dia a dia deles, mas sem muitas dúvidas".*

Érica –"E o que você acha disto"?

-*"Então, isto é outra coisa que veio mudando um pouco com a abordagem dentro do consultório, eu acabo explicando na consulta algumas coisas que eles trazem que poderiam ser levadas para o grupo, por exemplo, tem coisas que eles fazem, mas não sabem por que fazem, por que tomam o medicamento X e Y. Outra coisa, chegam no consultório e falam que o diabetes não melhora apesar de não estarem comendo doce. Mas continuam comendo gordura, e aí aumenta o tecido adiposo que aumenta a resistência periférica a insulina e o remédio X que ele deveria tomar ajuda nisso.... Não sabem que o aumento do tecido adiposo contribui para o diabetes não controlar. Quando a gente explica aí faz sentido para o paciente e ele começa a entender... Eu não sei ainda qual é o segredo para a aderência de um paciente. Teve um paciente o Sr. Jair com diabetes e hipertensão, muito difícil de aderir ao*

tratamento, na consulta eu ia orientando e ele só falava, "- eu não vou tomar, eu não vou tomar". Ai pensei que daquele jeito não dava...Falei para ele "vou mudar o tratamento do sr., agora nós vamos conversar é da sua vida! Me conta de você(...)". Aí descobri um monte de coisa. A paixão pelo neto, quando falava do neto o olho brilhava e foi pela paixão pelo neto que ele começou a refletir sobre aderir ou não ao tratamento, foi pelo neto que ele começou a ver sentido em aderir ao tratamento, primeiro da diabetes. Eu falei para ele, vamos pensar primeiro no diabetes depois a gente pensa na hipertensão? Ele já trouxe o neto umas quatro ou cinco vezes para eu ver(...)".

À luz dos analisadores, este relato foi muito interessante e elucidativo. Apesar da aposta inicial deste profissional ir na direção do controle e do foco na doença, o usuário a instigou a experimentar outra possibilidade de cuidado, ou seja, a instigou fazer outro convite e se encontrar com ele de outra forma. Inicialmente o convite que fazia ao usuário agregava, disciplina, controle, era prescritivo. Ela entrava na cena do cuidado de forma mais prescritiva do que convidadora, denotando um encontro que fabricava certos agenciamentos e não outros no usuário e que não contribuíam para sua adesão ao tratamento e seu cuidado.

Ao mudar a forma de fazer o convite, ao olhar para quem é o usuário, para sua vida reconhecendo suas singularidades, colocando a centralidade do cuidado nele, outros elementos nesta história ganharam visibilidade. A partir de outra escuta abriram-se outras possibilidades de conexão, um neto. A relação, o vínculo e o cuidado ganharam outro colorido agenciando outro plano de produção. O encontro foi outro, os agenciamentos foram outros e acabaram contribuindo para a adesão ao tratamento e cuidado do usuário.

Me senti afetada com o que havia ouvido e também em ver a disposição do profissional em querer experimentar outros convites e outras possibilidades no encontro com o usuário para seu cuidado, sua satisfação e alegria em conseguir. Assim como nos outros programas, os profissionais na AB também não são homogêneos em suas apostas, convites e agires. Da mesma forma há usuários que se subordinam facilmente aos mecanismos disciplinadores e assim são cuidados, há outros que não.

Nildo (profissional de saúde):

-"*A promoção na UBS é mais prevenção, educação, não é muita cuidadora não, esse cuidado que você fala... Teve aquele grupo com aqueles profissionais que eles faziam roda de conversa, ouviam os usuários aí sim, eu via cuidado, do contrário era tudo muito engessado,*

fazemos o arroz com feijão na UBS... aferia a pressão, glicemia, consulta...Não consigo conversar com as pessoas, não dá tempo...Acho difícil algum lugar conseguir, viu...”

Erica -“Mas você não acha que nas atividades oferecidas pelo Exercita, e pelo grupo de pintura há uma possibilidade maior dos profissionais conseguirem conversar e escutar as pessoas”?

- “*Eu acho que dá para conversar mais nestes espaços sim, mas tem que ver como fazer porque, olha, se são dez pacientes talvez não dê tempo para conversar com todos e também tem aqueles que não querem conversar então tem que ver como fazer isso...”*

Nesta conversa assustei com o profissional que parecia estar pensando em uma forma de organizar, normatizar os encontros bem como organizar e prever a produção que se tem neles com os usuários. Quais seriam as regras que ele elaboraria para escutar o outro nestes espaços? Os usuários com mais histórias, dez minutos para cada um, os com menos histórias cinco minutos, os que não querem falar deverão receber três vezes o convite para falar, depois disso não terão mais direito a falarem de si...

É claro que há um exagero e ironia de minha parte colocada acima, mas a exemplo deste profissional, percebo que facilmente os profissionais escorregam para convites prescritivos, onde a inclusão do acolhimento, da escuta e a construção do vínculo perdem espaço. E o usuário, com sua vida, não ganha centralidade na cena do cuidado.

A fala deste profissional mostra como a produção do cuidado em seu local de trabalho está capturada e centrada na produção de procedimentos distanciada da possibilidade de produzir acolhimento, vínculo e de reconhecer os usuários em suas singularidades.

De forma geral pelas conversas que tive, pelo que vi e ouvi, os convites na AB, e portanto, nas práticas que envolvem a promoção da saúde, têm sido muito mais prescritivos do que convidadores para outras produções que reconheçam os usuários como portadores de desejos, donos de suas escolhas, com fragilidades e também potencialidades.

Diante da fala do profissional novamente voltava a pensar em nossas oficinas de pintura oferecidas em algumas UBS. Desenvolvê-las em um equipamento da saúde, realmente parecia trazer grande risco de convocar nos profissionais agires com convites e produções prescritivas. E a depender de quem faz e como faz o convite o risco aumenta.

Faltava acompanhar o encontro do grupo do hiperdia. Cheguei em uma Unidade e fui para o local onde a atividade estava acontecendo.

Cena vivenciada por mim: Uns oito usuários sentados um ao lado do outro, uns com receita na mão e o médico em pé na frente daquela fileira falando sobre os cuidados que deveriam ter e o que não deveriam fazer. Na sequência deveriam aguardar para passar por consulta.

Fiquei incomodada e pensando qual seria o sentido daquele momento para os usuários? Ao conversar com alguns deles, senti que para eles estava tudo bem, pareciam adaptados aquela atividade, como se me dissessem: é assim que funciona... e tudo bem! Estavam sendo cuidados.

Estas vivências e conversas com os profissionais da AB, visibilizam que apesar de reconhecerem verbalmente que são práticas importantes elas não ganham espaço na agenda de prioridades da AB. Os convites, de modo geral, são mais prescritivos do que convidadores para outras produções junto aos usuários. Da mesma forma os profissionais conduzem suas práticas pela lógica biopolítica. Mostraram que o usuário, na maioria das vezes não tem ganho centralidade na cena do cuidado. Em certa medida estas percepções vão de encontro às percepções relatadas nas conversas que tive com profissionais do nível estadual e que transitam pelos municípios da RMC. Mas o que iluminaram com certa intensidade foi o empobrecimento da aposta no uso das tecnologias relacionais na AB.

5.4.2.6. As Conversas com os Gestores do Nível Central.

Meu último trilho a ser compartilhado nesta estação. Em meio às várias andanças no campo fui fazendo também conversas com gestores do nível central.

Novamente trago alguns fragmentos de nossas conversas e recorte de uma cena:

Henrique (gestor):

- *"O investimento é pequeno e o custo benefício muito positivo, e que daria para fazer muitas atividades(...) A gente precisa ofertar estas práticas para dar acesso à população mais carente, pois eles praticamente só vão no posto para buscar medicamento, exames e consulta, acho que assim ajudaria a mudar a cultura, o que está embutido na cabecinha deles... precisaria viu(...)Em conversa com alguns médicos eu perguntei por que eles não orientavam o paciente frequentar algum grupo, ou sessão de psicoterapia. Sabe o que eles me responderam? Que o paciente não aceita... que eles querem "o exame" e "o medicamento" e que se fizessem o encaminhamento para um grupo ou sessão de terapia com psicólogo iriam sair falando que eram péssimos médicos. E é verdade porque em várias ouvidorias que a*

gente faz, o paciente reclama que o médico negou o exame "x" e não quis dar o medicamento "y". Tá na cultura dos pacientes ir no posto buscar por isto. Sabe, eu acho que é um desafio para nós mudar isto. Temos que ofertar mais espaços com outras atividades para as pessoas cuidarem antes de adoecer. Para mim promoção da saúde é isto "cuidar antes de adoecer". Eu percebo nestes espaços, como do PACTA, das rodas de conversa, como as pessoas estão muito mais adoecidas emocionalmente e como isto acaba desencadeando no físico. Eu percebo que nestes espaços da promoção da saúde as pessoas não cuidam só da saúde em si fisicamente, mas principalmente emocionalmente, psicologicamente. Tem paciente que passa por 10 especialistas... Muitas vezes ele não quer o especialista ele quer alguém que fique ouvindo ele... Entendo como um desafio ofertarmos mais coisas, além das consultas. Conheço vários pacientes crônicos, 10, 12 anos que não saia de "N" consultas, especialistas, que só reclamavam do sistema, aí foi para a prática do liang gong e virou outra pessoa... outra pessoa assim, diminuiu a procura por consulta nas especialidades, ficou uma pessoa melhor para se lidar, parece que a pessoa se resolveu com ela mesma. Eu percebo muita diferença nos pacientes que conseguem entrar nos trabalhos de grupo. Dá resultado. Eu lembro o quanto atendi o Talneir, a mãe dele... meu Deus que desgaste era, e agora percebemos a diferença... Como mudaram... Eles frequentam o grupo de cuidadores lá na UBS dona Eulália né... Eu sei que não é um milagre, que eles continuam precisando de atenção, mas a necessidade mudou muito, melhorou muuuuuitooo. Nosso desafio seria mudar a mentalidade dos pacientes e dos profissionais de saúde também. Procurar partir para os trabalhos em grupo e práticas alternativas, pois são mais baratas dão excelente resultados e a longo e médio prazo diminui custos com exames e consultas. Os pacientes precisam ser escutados, eu lembro quando fazia atendimento na assistência social, tinha paciente que vinha e falava, falava e falava, e eu escutava mesmo, aí muitas vezes depois de falar um tantão falavam que não precisavam mais do que tinham ido lá procurar. O maior desafio é a mudança da mentalidade das pessoas, dos gestores, dos profissionais e dos usuários(...). Ofertar serviço de assistência projeta mais que ofertar "este serviço de cuidado". Então este tipo de atenção, de dar cuidado, de prevenir e promover saúde é visto como supérfluo dentro da assistência, nesta mentalidade que muitos gestores e profissionais estão. Sabe, vejo muito pouco olhar e atenção para isto... e pouco incentivo também. O resultado é abstrato né... já o exame, está lá... o laudo... é concreto (...)Veja Erica, como você vê ou mede o resultado de uma roda de conversa, de um liang gong, por mais terapêutica e produtora de boas coisas que elas sejam? Os resultados são difíceis de serem reconhecidos, além de demorados. Há uma fala assim

"Ah, é um bonito trabalho..." Até a fala é vazia... e nossa, eu vejo o resultado que dá a médio e longo prazo, além do resultado na economia para o próprio sistema. Gestão fica olhando muito para o financeiro. E a economia e o benefício com estas práticas é muito grande. Vejo um descuido para este olhar em todas as esferas de gestão. Veja o nível federal, o incentivo que dá para os programas de prevenção e promoção é muito baixo (fala com ênfase)*!! Lembra quando os projetos concorriam disputando o mesmo recurso? Era um projeto ou outro, a gente tinha que escolher. Imagina... Todos podiam ser feitos, é muito barato, olha o que se gasta na assistência? Não há uma aposta consistente nem no nível federal que sustente que este é o caminho. O incentivo é muito baixo em todas as esferas. Fala-se tanto da AB, que seria o espaço privilegiado para fazer o cuidado, a prevenção, a promoção e a gente não vê um movimento forte para isso... As três esferas, federal, estadual e municipal, deveriam contratualizar metas para trabalhar estas questões. Tá mais do que provado que trabalhar nestas questões é que vai de fato modificar os nossos indicadores para diabéticos e hipertensos, não tem outro caminho Erica!! É uma cadeia!!(...)"*

Maria Aparecida (gestora):

-*"É fundamental o apoio do gestor para a manutenção e reconhecimento destas práticas. Reconheço que o restante da rede não se co- responsabiliza com as atividades da promoção. Ajudam no desenvolvimento e cuidado das práticas, mas nitidamente se comportam mostrando que o filho não é deles não.(...)".*

Cena na SMS: Os programas do NUESA no olho do furacão da crise financeira

Lá estava eu, em meio ao meu trabalho de campo e as demandas do trabalho no cotidiano, negociando a ampliação dos programas e no mínimo a manutenção.

Hélio (gestor):

- *"Então numa situação desta que estamos passando, neste contexto de crise aguda, por mais que eu acredite na importância destas práticas, elas acabam desaparecendo do cenário... É horrível né...".*

Maria Aparecida (gestora):

- *"É, estamos totalmente sem recurso, o gabinete e o finanças avisaram sobre o corte (...) Absurdo o ponto que chegamos... Sem a menor possibilidade de reposição dos profissionais que saíram da rede... Não estou começando assim a conversa por conta dos seus programas ok Erica..."*

Mostrei os cálculos com os custos das oficinas e programas e a diferença do custo com os médicos no atendimento aos pacientes, não com intensão de substituição de um atendimento por outro, mas como complementar para o cuidado dos usuários e possível redução nos números de consulta a exemplo do paciente x e y que o gestor havia falado na conversa comigo anteriormente. Após conversarmos sobre os programas, Maria Aparecida se comprometeu dizendo que se dedicaria e faria o possível para ampliarmos os programas, pois mesmo com a ampliação aquilo era muito pouco comparado ao gasto geral. E reforçou que esta era uma área que gostava muito. Em breve me daria uma resposta...

Resposta: Programas mantidos, mas não ampliados.

O que estas falas e cena iluminaram para mim?

Apesar dos gestores com quem me encontrei reconhecerem que de fato estas práticas são secundárias no cenário da AB e também da gestão em seus vários níveis, federal, estadual e municipal, verbalizaram reconhecer sua importância que se confirmaram com a manutenção dos programas num momento de crise financeira acentuada.

Há um reconhecimento de seu potencial cuidador para muitos usuários, compreendendo que se constituem em espaços para escuta, para cuidar de outra forma reconhecendo inclusive mudanças em usuários crônicos, e bem conhecidos no município, ao participarem destas práticas.

Especialmente a primeira fala visibiliza a compreensão do processo de medicalização e medicamentalização a que usuários e profissionais estão submetidos em nossa sociedade e como tem sido difícil mudar isto, entendendo que muitas destas práticas do município seriam uma alternativa e um movimento para começar a mudar esta situação.

No entanto, para eles, as práticas operam muito mais na lógica da prevenção de agravos e principalmente na redução de outras demandas para o serviço de saúde do que numa lógica que reconheça os usuários em toda sua singularidade e coloque estas práticas a favor da reafirmação de suas vidas.

6. UMA BREVE PARADA PARA PENSAR A PNPS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO DISPOSITIVOS NO MUNICÍPIO ANALISADO E AS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS. QUAL A RELAÇÃO?

Tomando como referência os lugares por onde andei e as visibilidades que consegui produzir nesta pesquisa-viagem, muitas coisas me passam pelo pensamento neste momento ao olhar para alguns aspectos da história da promoção da saúde, para a PNPS como dispositivo e alguns de seus desdobramentos desde sua institucionalização.

Considerando a noção de texto e discurso e os contextos da influência, da produção de textos na análise de uma política (REZENDE e BAPTISTA, 2011), dialogando com o que DELEUZE e GUATTARI (1995) nos dizem sobre a força das práticas discursivas, dos enunciados como palavra de ordem que tomam sentido de lei, e ainda conversando com FOUCAULT (2011 c) sobre a força dos dispositivos que opera na dobra saber/poder/fazer, ao olhar para o campo em minha pesquisa não há como não perceber que a PNPS, o discurso e referenciais que vem colados à ela, desencadeiam em certa medida regularidades nos agires e falas de vários atores atravessados por agenciamentos biopoliticos e de medicalização da vida, perceptíveis de forma mais significativa no programa do tabagismo, de saúde bucal e mais significativamente ainda no terreno da AB, muito embora sejam atravessados por outras linhas de força e tensionamentos que agenciam outros movimentos e produções pelos atores envolvidos.

No município estudado, como apontado anteriormente, a maioria das práticas vinculadas à promoção da saúde não tiveram a PNPS como um dispositivo indutor, no entanto se beneficiaram e se legitimaram de forma significativa com sua criação, bem como com alguns de seus mecanismos indutores, em especial os que de alguma forma viabilizam o repasse de recurso financeiro e fornecimento de insumos e medicamentos, me fazendo pensar que lá ela operou como dispositivo para determinadas questões e não outras.

Como nos diz FOUCAULT (2011 c) em suas reflexões, os dispositivos podem se apresentar de várias formas entre elas como um discurso, me fazendo pensar que muito mais o discurso e enunciados da promoção de saúde, e não a política em si, funcionaram como dispositivo para o desencadeamento e produção das práticas apontadas. Talvez por marcarem também a formação dos profissionais de saúde envolvidos, que acaba sendo uma importante linha de força que atua em seus agires e falas.

Ainda conversando com FOUCAULT (2011 c), um dispositivo é antes de tudo heterogêneo e o sendo, como LIMA (2014) aponta, é atravessado por diferentes linhas e segmentariedades, é interativo e em constante devir, dialógico, em movimento, sempre aberto às transformações e as forças externas.

Desta forma, penso que o discurso da promoção da saúde e a PNPS como dispositivo e ainda considerando seus vários dispositivos, disparados a partir de sua institucionalização (Leis, Portarias), seriam também espaços heterogêneos no interior dos quais se articulam diferentes linhas de força e agenciamentos em constante movimento, que possibilitam produções e movimentos inesperados, produto das resistências, também constitutivas dos dispositivos uma vez que sendo atravessados por relações de poder, as mesmas são inerentes. Mostrando que os dispositivos têm suas fissuras, seus efeitos inesperados. Neste espaço heterogêneo de disputas acabam vazando produções interessantes, ou não, a depender de quem olha e no que aposta.

Diante do exposto e vivido percebo que uma política, e não só ela como dispositivo, é também fruto do uso e interpretação que os atores fazem de seu texto e seu discurso na prática, no cotidiano do trabalho, mobilizados por suas multiplicidades e agenciamentos.

Ou ainda, analogamente ou olhando por um outro lado, tomando emprestado o que FRANCO e MERHY (2007) dizem, que uma organização qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento. Ela se desloca e entra em atividade com base no rico e poderoso processo de atividade dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado. Nas “instituições” há todo um movimento, criações coletivas, que se distingue ao mesmo tempo das leis e dos contratos (DELEUZE, 2010 a)

Diante disto acho importante destacar aqui de forma mais evidente que neste município, neste momento, a promoção tem servido de janela de oportunidades e possibilidade de alargamento para o cuidado em saúde, mas não a política de promoção em si. Pois, como observado, a política é empobrecida em relação ao cuidado, embora em sua recente revisão faça certos movimentos que apontem para isto, ainda que de forma tênue.

7. HORA DA CHEGADA! BAGAGEM CHEIA! CORPO SENSÍVEL MARCADO, AGORA SE ENTENDENDO COM O PENSAMENTO. MINHAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Neste momento da chegada, não há como não olhar para trás e não reconhecer que iniciei esta pesquisa - viagem bastante implicada levando junto aos meus objetivos muitos questionamentos na bagagem e que a eles se agregaram muitos outros pelo caminho. No entanto durante a viagem, os encontros que tive, as visibilidades que se deram somadas à várias reflexões que fiz, se encarregaram de iluminar as respostas que esperava encontrar e que estavam pelo caminho e que estão registradas nas páginas desta escrita. Não tenho intenção de resumi-las nesta estação final, mas tenho intenção de a partir delas no texto trabalhar minhas considerações finais de outra forma.

Hoje entendo vários de meus desconfortos e insatisfações que se traduzem pelo lugar ético e político que compreendi que ocupo na saúde. Intensamente marcado, definido e com apostas (mais) claras, muito mais agenciado pelo corpo sensível do que pelo pensamento racional e estruturado, que foi se desvelando para mim e que aponto também aqui ao final desta viagem**.**

Ainda que num contexto de cenário político brasileiro difícil que fragiliza mais uma vez o SUS, minhas apostas seguem vigentes e a postos...

A promoção de saúde neste município, fomentada pelo Núcleo de Educação em Saúde (NUESA), tem operado como um dispositivo para produzir outras possibilidades de cuidar, para fomentar discussões sobre uma maneira de produzir saúde e cuidado que se pautem na defesa radical da vida individual e coletiva conforme aborda MERHY (1998) e no referencial sobre a micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde no qual tem procurado se apoiar. É assim que tem se dado neste município.

Assim como MERHY (2004 a), enquanto profissional de saúde, entendo saúde como uma capacidade de gerar mais vida e manter autonomia com o caminhar na vida.

Como gestora procuro fomentar, como diretriz norteadora em todos os programas e atividades do NUESA, o desenvolvimento de um trabalho que seja cuidador e possua centralidade no usuário e em seus ganhos de autonomia, que considere as possibilidades de seu viver e não seja focado em seus diagnósticos ou em sua possibilidade de adoecer. O que nem sempre é fácil, pois pessoa e seu problema de saúde estão imbricados, sendo difícil distinguir um do outro, tornando o deslocamento desta centralidade muito sútil. Soma-se a isto a dificuldade em se conectar com a vida dos usuários, aceitar suas escolhas e como se produzem na vida. No entanto, quando conseguimos fazê-lo, a mudança na produção do cuidado é radical.

Abrem-se possibilidades que conversam com outras estratégias também cuidadoras como o trabalho com redução de danos, que possibilita a oferta de um cuidado, em muitos casos, mais potente e interessante que os tratamentos prescritivos e restritivos anunciados por muitos protocolos e instituições como os únicos certos e válidos. Muitas vezes colocamos na conta do usuário que não adere a nossa dificuldade, enquanto trabalhadores da saúde, em vislumbrar outras possibilidades de cuidado como válidas. Dar visibilidade a outras possibilidades que podem ser mais cuidadoras para alguns usuários tem sido um desafio. Tensionamentos e disputas que venho experienciando, principalmente no programa de tabagismo.

Para vários profissionais do NUESA é difícil reconhecer que o saber da ciência utilizado por eles como principal ferramenta para o cuidado nem sempre cuida, que muitas vezes fica desconectado da realidade das pessoas e por isso acaba não acontecendo, pois o usuário não se vê naquela possibilidade "de cuidado ofertado", indo na direção oposta à de cuidar com foco na singularidade das pessoas, produzindo às vezes mais descuidado do que cuidado e que se traduz na resumida fala dos trabalhadores:

"Ele não quer tratar...Não faz nada que a gente fala... Não sei por que vem aqui..."

Como dar conta, enquanto profissional de saúde, de que nem sempre o saber da ciência, cuida a contento das pessoas? Como dizem FRANCO e MERHY (2003), reconhecer a insuficiência das prescrições e das receitas não é tarefa simples.

Mesmo por quê, como nos dizem MERHY et al. (2010), temos que reconhecer que esses saberes da ciência, como o da medicina hegemônica, que muitas vezes vem colados a estratégias bem sucedidas de disciplinarização da vida, também produzem resultados positivos

Então, como não cair na armadilha de defender e produzir um cuidado disciplinador higienista centrado nos problemas de saúde e desvinculado das pessoas?

Cuidar com centralidade no usuário exige mergulhar em seu mundo, respeitá-lo em toda sua singularidade, compartilhar e negociar poder e saber (saber da ciência x saber legítimo da vida do outro), exige escutar e compreender seus projetos e arranjos de vida, despir-se de qualquer forma de julgamento. Exige outrar-se, aqui entendido como uma experimentação do eu como um outro, ou ainda, entendido como experimentar o outro em nós (EPS EM MOVIMENTO, 2014 b). É necessária muita conversa, se colocar constantemente em análise bem como o trabalho-cuidado que se oferta.

Fica claro que há sem dúvida uma forte aposta, minha, enquanto gestora deste lugar, no trabalho vivo presidido pelas tecnologias relacionais ou leves (MERHY e FRANCO, 2003).

Como FRANCO, MERHY (2003) e FEUERWERKER (2014) apontam, sem as tecnologias relacionais a chance de continuarmos operando o cuidado de forma prescritiva, disciplinadora e higienista constituindo nossas estratégias de trabalho em dispositivos biopolíticos é muito grande. Mudar o cuidado e as práticas em saúde requer mais que novos conhecimentos e tecnologias. É necessário mobilizar saberes sobre a vida do usuário que são acessados a partir do território das tecnologias relacionais.

Percebo que as práticas desenvolvidas por este ponto da rede podem ter um potencial enorme para dar mais espaço para as tecnologias relacionais, para possibilitar o encontro trabalhador – usuário, possibilitando sua escuta com menos disputas pelas demais tecnologias para produzir o cuidado. Elas podem se constituir em um local de escuta poderoso para o cuidado de alguns usuários.

O grupo de profissionais não é homogêneo em suas apostas e em relação à compreensão da radicalidade que a mudança da centralidade na doença para a centralidade no usuário traz para a produção do cuidado.

Considerando esta heterogeneidade e a necessidade de trabalhar com a diretriz apontada, a utilização da educação permanente como ferramenta de trabalho tem sido uma aposta que se materializa com a garantia de espaços de encontro entre os profissionais que contribuem também para o fortalecimento do trabalho em equipe, da grupalidade e a construção de uma identidade coletiva pautada em determinados pressupostos ético-políticos.

A forte aposta na educação permanente se faz por ela possibilitar ampliar os encontros e conversas para dentro do coletivo, entre os diferentes profissionais, e para fora dele na relação com os usuários e outros serviços. Se constituindo assim num espaço privilegiado para problematizar, desterritorializar, disputar projetos, produzir novas negociações e trazer nosso agir cotidiano e o nosso campo de intervenção para discussão e análise, colocando em foco a compreensão e problematização do nosso agir individual e coletivo implicado política e organizacionalmente com a conformação de um certo campo de práticas e não outro. Sendo portanto fundamental para os que desejam transformar o atual modo de se produzir saúde. A EPS seria uma das estratégias para concretizar a aposta no trabalho vivo e na construção de pactos éticos – políticos que colocassem os usuários e suas

necessidades como foco da organização do trabalho em saúde (MERHY e FEUERWERKER, 2011).

Neste sentido, para reforçar, empresto reflexões de FRANCO e MERHY (2003) que, ao discorrerem sobre necessidade de mudanças dos modelos de atenção, afirmam que para que elas ocorram é preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas de uma nova forma de cuidar, sendo necessário uma outra micropolítica e uma nova ética que o conduza. E para mim, enquanto gestora deste lugar, a EPS é indispensável para isso. Reforçando minha aposta em usá-la como estratégia.

Por que apostar no encontro a partir da EPS?

Em primeiro lugar me refiro a encontros pautados por uma certa abertura para a vida, despidos da instrumentalidade que o modo hegemônico de produzir saúde normalmente carrega. Encontros que reconheçam a multiplicidade, o diverso, a diferença como potência para produção de outras possibilidades e como oportunidade para a produção de novos planos inventivos de vida tanto entre os trabalhadores, como junto aos diferentes usuários. Ao se abrirem para o encontro, trabalhadores e usuários se afetam mutuamente e reconhecem como legítimos seus saberes e expectativas, possibilitando a construção compartilhada de projetos que, invariavelmente, poderão estar em disputa pois ali é espaço do múltiplo e do diferente. Faz-se necessário reconhecer nestes encontros os afetos que se revelam, que o ambiente de trabalho não é harmônico em si mesmo, nem em muitas relações com usuários, que os processos de formação das subjetividades atravessam o tempo todo, que as diferenças são potência produtiva e a riqueza desta prática (MERHY e FEUERWERKER, 2011).

> Aposta-se, assim, em encontros entre os trabalhadores de Saúde, e entre os trabalhadores de saúde e os usuários, que possam promover cada vez mais possibilidades de produção de um outramento em si em quem deles participa. Que esses tenham potência para abrir planos de experimentação, agenciando outras saúdes e possibilidades de vidas outras, afetadas pelo movimento sempre inevitável ao andar de quaisquer vidas. Pensar a educação na saúde e a saúde como capacidade de outrar-se, ou seja, capacidade de descobrir/produzir/acolher outros dentro de nós mesmos, instiga nossa capacidade de criação, de desbravamento, de curiosidade diante do mundo, ativando nossa potência diante da vida (EPS EM MOVIMENTO, 2014 b, p. 4).

A aposta é que o encontro seja um espaço intercessor, ou seja, um espaço comum entre os que se encontram onde um intervém sobre o outro, em que se afetam mutuamente e, por isso, é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém em sua constitutividade micropolítica a lógica da produção de um no outro sem a

mudez ou interdição de nenhum dos atores envolvidos (MERHY, 2013 c). Intercessor no mesmo sentido usado por DELEUZE (2010 b), de um interferindo no outro, desacomodando antigos territórios existenciais e possibilitando a criação de outros novos.

Os programas possuem espaços formais de conversa e/ou reunião de equipe próprios com uma periodicidade quinzenal ou mensal e quando necessário envolvem atores de outros serviços. Há programas em que os espaços de conversa para os profissionais se produzirem são quase que diários como o de saúde bucal e saúde do escolar. Além destes, mensalmente há um encontro com todos profissionais envolvidos nos programas para discussão das práticas realizadas, em que o outro e o cuidado são temas centrais. Como disparadores de conversa são utilizadas histórias e depoimentos de usuários, vídeos, textos, questões problematizadoras entre outras. Este espaço de encontro é chamado de Vida e Saúde em Cena.

Os espaços de conversa têm sido fundamentais para propiciar a gestão e construção compartilhada dos programas, envolvendo inclusive atores que não somente da saúde, que constitui outra aposta enquanto coordenação deste coletivo.

E aí destaco que esta aposta se faz importante porque nenhum dos programas apontados esteve livre de problemas até o momento. Pelo contrário, já passaram por inúmeras dificuldades, mas as inúmeras linhas de fuga que as equipes foram buscando e principalmente o apoio da comunidade, incluindo a comunidade escolar e de outras Secretarias, contribuíram para que os trabalhos se mantivessem em momentos difíceis, inclusive de disputas políticas.

O trabalho envolvendo a comunidade e outras Secretarias sempre foi uma aposta forte, concretizada por meio de inúmeras estratégias que possibilitam encontros e conversas entre os atores para construção, planejamento, avaliação das atividades ou simplesmente para vivenciarem e participarem das atividades desenvolvidas.

Além do campo em certa medida desvelar, especialmente no território da AB, observo poucos espaços e redes ativas conversando sobre o cuidado nesta rede de atenção. Da mesma forma, os poucos espaços que existem ainda são muito esvaziados de conversas sobre o cuidado e a necessidade da produção da saúde e o cuidado serem presididos pelas tecnologias relacionais.

Desta forma, minhas apostas seguem também com o objetivo de tensionar este cenário na AB, ou pelo menos em certa medida provocar algum movimento de interrogação e reflexão sobre as práticas que vem sendo produzidas, a partir do que temos conseguido fabricar com os programas fomentados pelo NUESA, os quais têm procurado flexibilizar os convites aos usuários para além de prescrições rígidas e de disciplinarização de seus modos de

viver, procurado incluir acolhimento, escuta, construção de vínculo e autonomia. Soma-se aos convites, o olhar que acolhe a singularização do usuário e o coloca centralmente na cena para seu cuidado. De alguma forma são práticas que têm propiciado espaços de encontro e construção de outras possibilidades de cuidado.

As ações na AB parecem estar significativamente atravessadas por agenciamentos biopolíticos e de biomedicalização da vida e que de alguma forma parecem atravessar o SUS de maneira intensa atualmente.

Retomo aqui uma questão que levava no início desta viagem em relação às práticas de promoção da saúde, no entanto, neste momento, amplio o questionamento: É possível neste momento de vida contemporânea, nesta sociedade em que vivemos, construirmos uma política de saúde que atue contra os agenciamentos biopolíticos e de biomedicalização da vida individual e coletiva?

Por enquanto a resposta que tenho para mim, é que talvez ela não seja uma utopia na medida em que acontece micropoliticamente em vários movimentos, pequenos ou não.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs**). Pesquisadores IN-MUNDO:** um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.155-170.

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? **Revista Outra Travessia 5**. Ilha de Santa Catarina, n. 5, p. 9-16, jul./dez. 2005.

ALVES, R. **Sobre o tempo e a eternidade**. Edição 9ª. Campinas: Papirus, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003-fev. 2004.

BARREIROS, D.P. **A alegoria da viagem em Virginia Woolf e Clarice Lispector**. Odepórica, viagens literárias, reais e imaginárias, 2010. Disponível em:< http://odeporica.blogspot.com.br/ >. Acesso em 26 abr. 2016.

BERTUSSI, D. et al. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde.** 2011. p. 306-324. Disponível em: http://www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 28 jan. 2015.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo Ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v.1, n.1, p. 28-35, 2005.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011,3. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 3)

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Vigilância em Saúde -** Parte 1**.** Brasília: CONASS, 2011,5,1. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 5,1)

BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde:** Brasília, DF, 2014 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 01 jul. 2005 b. Disponível em Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006. Dispõe sobre a necessidade de identificar integralmente os procedimentos da PNPIC SUS relativos a Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Práticas Corporais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 nov. 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS:** revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006 b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático:** Promoção da Saúde/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2012.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, n.6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039 >. Acesso em: 18 abr. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2010.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.59-81.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**. Sujeito e Mudança. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

CASTRO, A.M. et al. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília, 2010. Curso promovido pela parceria entre Ministério da Saúde- MS e Universidade de Brasília-UnB/CEAD/FUB.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: PINHEIRO,R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Pactos pela Saúde.** Série Pactos pela Saúde 2006. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>. Acesso em 23 mar. 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde.** Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. p.43-57.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

DA MATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter anthropological blues. In:_____ NUNES, E. O. (Org.). **A aventura sociológica:** objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. p.23-35.

DELEUZE, G. **Espinosa**: Filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. Controle e devir. In:_____ **Conversações.** São Paulo: Editora 34, 2010 a. p.213-222.

DELEUZE, G. Os intercessores. In:_____ **Conversações.** São Paulo: Editora 34, 2010 b. p.155-172.

DELEUZE, G. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In:_____ **Conversações.** São Paulo: Editora 34, 2010 c. p. 223-230.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs:** Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, v.2 , 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs:** Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, v.3, 1996.

EPS EM MOVIMENTO. **Entrada, Apresentação**. 2014 a. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/entrada-apresentacao/>. Acesso em: 02 mar. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **O aprender e o engendramento de um novo campo de possibilidades**: outrar-se. 2014 b. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/o-aprender-e-o-engendramento-de-um-novo-campo-de-possibilidades-outrar-se>. Acesso em: 10 jan. 2015.

EPS EM MOVIMENTO. **Relação entre arte, saúde e educação**. 2014 c. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/relacao-entre-arte-saude-e-educacao>. Acesso em: 14 mar. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Uma conversa sobre fontes narrativas**. 2014 d. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-conversa-sobre-fontes-narrativas-1/>. Acesso em: 14 jun. 2016.

FERNANDEZ, J.C.A.; MORAES, M. A. de. **Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2014.

FERREIRA NETO, J.L. et al. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, vol.29, n.10, oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000016 >. Acesso em: 18 abr. 2016.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL,L.D.; CARDOSO,M.H.C.A.. **Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança.** Disponível em:< http://www.cbce.org.br/docs/cd/resumos/023.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J; REGO, S. (Orgs.). **Educação Médica:** gestão, cuidado e avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011, p.99-113.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em Saúde. In: FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B; CARVALHO, M. S. (Orgs). **Caderno de Textos do VER-SUS/ Brasil:** Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p.43-57.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In:

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde,** 2011. p. 290-305. Disponível em: http://www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 05 fev. 2015.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de Março de 1976. In:_____ **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2005. p. 285-315.

FOUCAULT, M. O. **Nascimento da Medicina Social.** In:_____ Microfísica do Poder. São Paulo: Graal, 2011 a. p.79-98.

FOUCAULT, M. Soberania e Disciplina. In:_____ **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2011 b. p.179-192.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In:_____ **Microfísica do Poder.** São Paulo: Graal, 2011 c. p.243-276.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p.176-99.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In:_____ **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/ > . Acesso em: 10 jun. 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E., et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: experienciando o SUS no cotidiano**.** São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 55-124.

FUGANTI, L. **Agenciamento**. Disponível em: http://www.luizfuganti.com.br/escritos/textos/74-agenciamento. Acesso em:14 fev. 2016.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-81, 2006.

HAESER, L. M. et al. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis-Revista de Saúde Coletiva,** v.22, n.2, p.605-620, 2012.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br >. Acesso em: 28 abr. 2016.

ILLICH,I**. A expropriação da saúde**. Nemesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

LIMA, F. As leis enquanto dispositivos- para pensar as normas, suas fissuras e efeitos. In: **Seminário de Pesquisa do Coletivo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**, 2014, Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Pesquisa- IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014. p. 1-6.

LISPECTOR, C. **A Paixão segundo G. H.** Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

LUPTON, D. Technologies of health: Contemporary health promotion and public health. In: **The imperative of health public health and regulated body.** London. Editora SAGE Publication Ltda, 1995. p.48-75.

LUZ, M. T. A disciplina das doenças e a razão social: categorias médico-sociais no século XIX. In: _____ **Natural, Racional, Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988. p.83-116.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M .G. Dizer, Escutar, Escrever: Redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v.7, n.2, p.111-116, 2002.

MALTA,D. C.; MERHY,E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.**Interface-Comunic.,Saúde, Educ**., Botucatu, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, D.C. A revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde e experiências exitosas. In: Seminário sobre a revisão da PNPS, 2014, Brasília. Slides power point. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In:_____ **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** - Reescrevendo o Público. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. **Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde**. CHAMADA MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013 a.

MERHY, E. E. **Cuidado com o cuidado em saúde**. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Campinas, 2004 a. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf >. Acesso em 20 maio 2016.

MERHY, E. E. **Educação Permanente em Movimento** - uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. Texto escrito como contribuição para o DEGES – SGTES – MS, 2013 b. Disponível em:

<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-cotidiano-das-praticas-de-saude>. Acesso em 10 abr. 2016.

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: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos:** novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf. Acesso em: 07 jul. 2014.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In:_____ FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.(Orgs) **Acolher Chapecó.** Uma experiência de mudanças do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec Editora, 2004 b. p.21-45.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013 c. p.172-182.

MERHY, E. E. et al. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. (Org). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60 -75.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER,L.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: SOUZA,A. C.; MANDARINO, E. G. (orgs). **Informar e Educar em Saúde:** experiências e análises. Salvador, Editora UFBA, 2011.

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

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set/dez. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www:bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2015.

MOEBUS, R. L. N. Pesquisa Interferência desde Heisenberg. **Diversitates,** Rio de janeiro, vol. 07, n. 1 jul. 2015. Disponível em: <http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/93>. Acesso em 07 ago. 2016.

NIEL,M.; SILVEIRA,D.X. da.(Orgs). **Drogas e redução de danos**: Uma cartilha para profissionais de saúde. 2008. Centro de Referência de Combate ao Crack e outras Drogas-UECE/SENAD. Reprodução autorizada da cartilha pelo Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)-Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)-Ministério da Saúde. São Paulo: 2011.

OLIVEIRA, J. R. **Silêncio**. Belo Horizonte, 2009.
PASSOS, E. et al. Apresentação. In:_____ **Pistas do método cartográfico:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.7-16.

PORTO, M. F.S; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2009. p. 207-229.

PRADO FILHO, K.; TETI, M. M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói,** Santa Cruz do Sul, n.38, p.45-59, 2013.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A Análise da Política proposta por Ball. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 173-180.

ROCHA,D. G. et al. **Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**: múltiplos movimentos simultâneos, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>. Acesso em 16 mar. 2016.

ROLNIK, S**. Cartografia Sentimental.** Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.

ROSENBERG,J. **Nicotina:** Droga Universal. São Paulo: SES/CVE, 2003.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. **Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa,** São Paulo, 07 maio 2009. Disponível em: <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/usr/share/documents/legislacao.pdf > . Acesso em 30 de maio de 2016.

SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE-SES/SP. Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE. **Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/aconteceu/observatorio-de-promocao-de-saude-do-estado-de-sao-paulo-cadastre-seu-projeto-inscricoes-para-o-iv-forum-de-promocao-da-saude>. Acesso em 08 de ago. 2016 a.

SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE-SES/SP. Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE. **Observatório de Promoção de Saúde do Estado de São**

Paulo. Disponível em: < http://sistema3.saude.sp.gov.br/observatorio/projeto.pesquisa.logic> Acesso em: 13 abr. 2016 b.

SEEDHOUSE, D. **Health Promotion**. Philosophy,Prejudice and Practice, England: JohnWiley&SonsLtd.1997.

SOARES, L.B. e MIRANDA, L.L. Produzir subjetividades: o que significa? 2008. Disponível em:<http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/html/v9n2a10.html>. Acesso em: 02 fev.2016.

SPINOZA, B. **Ética.** Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013.

TALLEMBERG,C.A.A. **Passagens de uma prática clínico-política menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Clínica Médica, Rio de Janeiro, 2015.

VIVA COMUNIDADE. Área de Educação Permanente. Prefeitura do Rio de Janeiro- Saúde e Defesa Cível. **Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde**. Diminuir para somar. Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: < http://vivario.org.br/wp-content/uploads/2014/09/cartilha_ACS1.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

WESTPHAL, M. Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Cepedoc, 2007.

WESTPHAL, M. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva** . São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ZOURABICHVILI, F. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2009.

Citações em textos e Referências de acordo com as instruções descritas na Atualização da 2ª. Edição do Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2014.

9. APÊNDICE

9.1. APÊNDICE 1

TERMO DECONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: A produção do cuidado nas práticas da promoção da saúde. Reflexões sobre algumas vivências no âmbito do SUS

Pesquisador Responsável: Érica Ferrazzoli Devienne Leite cel (019)9960166-20

Este projeto tem por objetivo analisar a produção do cuidado nas práticas da promoção da saúde em serviços do SUS.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: análise dos documentos dos serviços que desenvolvem atividades de promoção da saúde (como relatórios de produção, fichas de acompanhamento, prontuários, cadernos atas de reuniões de equipe), entrevista semi-estruturada e aberta com os trabalhadores, usuários e gestores, oficinas com os trabalhadores para discussão de casos com possibilidade de gravação de áudio, elaboração de um diário de campo pela pesquisadora a fim de registrar informações e os principais acontecimentos.

Durante a execução do projeto, poderão ser utilizados recursos de gravação, da entrevista e oficinas, que serão de uso exclusivo para auxiliar na transcrição das mesmas pelo pesquisador. De forma alguma serão utilizados para fins comerciais. E serão descartados após o estudo ser concluído.

Esta pesquisa inclui riscos mínimos para o participante. Caso haja alguma dúvida, entrar em contato com o responsável pela pesquisa.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e concordo em participar deste projeto de pesquisa.

São Paulo, _____de_____ de _____.

Nome do sujeito/ ou do responsável:_____

Assinatura:_____

Eu, *Erica Ferrazzoli Devienne Leite*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data:___/____/____.