**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ROSIMEIRE ANGELA DE QUEIROZ SOARES

**EQUIPE DE ENFERMAGEM E PRODUÇÃO DE CUIDADOS A
PESSOAS QUE SOFREM DO CORAÇÃO: UMA CARTOGRAFIA**

**São Paulo
2016**

ROSIMEIRE ANGELA DE QUEIROZ SOARES

**EQUIPE DE ENFERMAGEM E PRODUÇÃO DE CUIDADOS A
PESSOAS QUE SOFREM DO CORAÇÃO: UMA CARTOGRAFIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Machado

**São Paulo
2016**

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

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Soares, Rosimeire Angela de Queiroz
Equipe de enfermagem e produção de cuidados a pessoas
que sofrem do coração: uma cartografia / Rosimeire
Angela de Queiroz Soares. São Paulo, 2016.
175p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Machado
Área de Concentração: Enfermagem

1. Cuidados de enfermagem. 2. Doenças cardiovasculares
(enfermagem). 3. Cartografia. 4. Enfermagem
cardiovascular. I. Título.

Nome: Rosimeire Angela de Queiroz Soares

Título: Equipe de enfermagem e produção de cuidados a pessoas que sofrem do coração: uma cartografia

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Deleita-te também no Senhor, e ele te concederá o que deseja o teu coração. (Salmos 37:4)

*A Deus, por fazer muito mais do que poderia subir à minha mente e coração, muito
mais do que eu merecesse ou almejasse alcançar:
uma família maravilhosa, amigos valiosos e uma orientadora encantadora que me
fez enxergar além.*

*Aos meus pais, Rafael e Maria de Fátima, e aos meus filhos, razões de minha vida:
Rafaela, Caroline, Daniel e Davi.*

À mestre Aparecida Ferreira Mendes, por ensinar e afetar, pelo exemplo.

Aos usuários e profissionais do Mutúm que tornaram esta tese possível.

AGRADECIMENTOS

*“A vida inventa! A gente principia as coisas, no não saber porquê,
e desde aí, perde o poder de continuação – porque a vida é
mutirão de todos, por todos remexida e temperada”.*
(João Guimarães Rosa)

Esta tese é o produto final de uma obra remexida e temperada por muitas mãos, a elas impossível agradecer.

Uma multidão, verdadeiro mutirão de mãos que oraram, que se estenderam para ajudar na leitura e nos assuntos acadêmicos do mundo da pesquisa, mãos que me encontraram, me ampararam.

Mãos e cabeças que me ajudaram na reflexão do cuidado em saúde. Mãos que me permitiram crescer na vida acadêmica da pesquisa, da produção da tese. Mãos que me seguraram, impulsionaram. Aqui externo minha gratidão, admiração e meu afeto.

Aos habitantes do Mutúm: usuários e profissionais que protagonizaram e construíram esta tese pelo acolhimento, pela dedicação e pelos afetos! Inominados, por questões éticas, mas cujas personalidades estão impressas em cada página, que vocês sejam capazes de se reconhecer nos encontros de cuidado!

À Profa. Dra. Ana Lúcia Machado, por me conduzir no mundo da pesquisa desde a época da graduação, até o doutorado. Pela arte espinosiana de provocar bons encontros, produzindo alegrias. Por sua firmeza o suficiente para que eu não perdesse o rumo, por sua bondade e generosidade em dividir tamanho conhecimento e sabedoria! Foi difícil e árdua esta trajetória, mas sem você teria sido impossível. Você será sempre inesquecível em minha vida! Minha sincera gratidão, admiração e carinho.

Aos meus sobrinhos Anderson Rafael, Mariana e Alice, por suavizar minhas tensões e ansiedades, e por me tirarem do foco, mesmo quando eu precisava muito... muito... escrever! Vocês são minha alegria!

À minha família, maravilhosos saltimbancos: meus pais, Rafael e Maria de Fátima; meus irmãos: Regiane, Roselaine, Rafael, Reinaldo, Renam, e por extensão à Ely, Pâmela, Jefferson. Todos juntos somos fortes!

À minha fada-madrinha, sempre inesquecível, insuperável, Maria das Graças Gadem Alves (tia Graça) pela superação, por compartilhar sonhos e me mostrar um mundo colorido, ainda que o seu fosse em preto e branco.

À mestre Aparecida Ferreira Mendes, amiga querida que me ensinou pelo exemplo (de ser humano, líder, enfermeira, mulher)!

Amigas doutorandas do Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde: Pâmela Lamarca Pigozi, Livia Giubilei Santos, Sara Giubilei Santos e Karen Roberta Steagall

Bigatto, e às Profas. Dras. Cinira Magali Fortuna e Luciana de Almeida Colvero, companheiras nas reflexões do mundo da pesquisa e cartografia!

Ao Prof. Dr. Edemilson Antunes Campos, pelos encontros antropológicamente acolhedores, pela disposição e pelo carinho, por disparar outras leituras possíveis no mundo do cuidado em saúde.

À Profa. Silmar Maria da Silva, amiga que, na angústia, fez-se irmã! Obrigada pelas leituras atentas e considerações carinhosas à minha tese! Meu profundo amor e respeito! (E ao Mário, por dividi-la comigo!)

Às amigas de fé: Patynurse (Patrícia de Freitas) e Érikinha (Érika Guedes de Souza), companheiras atentas e carinhosas, pelas valiosas leituras e sugestões que muito enriqueceram meu pensar e minha escrita!

Às amigas Vanessa Papparela de Jesus, Selma Cerqueira Rocha e Rosana Regina Cozzani da Silva, pela colaboração, torcida e pelo afeto, sempre!

À enfermeira mestre Carla Cristina Buri da Silva, pelo delicado e competente auxílio nos trâmites para submissão do projeto à coordenação de Enfermagem do Incor!

Às demais colegas enfermeiras, auxiliares, aos técnicos de enfermagem, às supervisoras de enfermagem, escriturárias, oficiais administrativas do Mutúm, pelos auxílios e compreensão neste momento intenso e muitas vezes “dramático” em minha vida!

Aos profissionais da EEUSP: Betânia, Fernanda, Lúcia, Edivaldo, Juliana Akie Takahashi e outros tantos que tornaram este sonho, possível!

À Vanessa Silva pelas valiosas contribuições e por iluminar pensamentos e escrita, com a competente e detalhada revisão e formatação dessa tese.

Ao Rhenam Geraldo Pereira de Queiroz, desenhista, caricaturista, cenógrafo, dramaturgo (e irmão nas horas de folga), que, com muito carinho e competência, fez ilustrações que deram vida a esta tese!

Aos maiores amores da minha vida, pelas ausências: Rafaela, Daniel, Caroline e Davi! Fonte de inspiração e força, por vocês tudo valeu a pena!

Ao Valdemir, paixão da minha vida, que, com seu silêncio e paciência, soube esperar e me compreender! Por acreditar em mim, por não desistir e me amar como sempre!

A todos que, mesmo nos bastidores, mexeram, remexeram, temperaram esta tese, dando-lhe cheiro, cor, sabor! Vocês contribuíram para que este sonho se tornasse felicidade!

A todos vocês, muito obrigada será sempre pouco, rogo então que Deus os abençoe!

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.
(Paulo Freire)

RESUMO

Soares RAQ. Equipe de enfermagem e produção de cuidados a pessoas que sofrem do coração: uma cartografia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2016. 175 p.

Esta pesquisa teve como objetivo cartografar a produção de cuidados da equipe de enfermagem a usuários que têm o coração em tratamento. Acreditando no trabalho em saúde como uma produção, fruto das interações entre profissionais e usuários, enfatizou-se o cuidado produzido nesses encontros, nas entrelinhas da assistência de enfermagem, no falar e no agir de seus protagonistas. O método escolhido foi o da cartografia, pela potência em acompanhar processos de produção de subjetividades, sob o referencial teórico da esquizoanálise, por suscitar movimentos de autoanálise dos coletivos. Emprestamos de Rosa (2001) o nome do cenário onde aconteceu a pesquisa, o Mutúm, que corresponde a uma unidade de internação médico-cirúrgica de um hospital especializado em doenças cardíacas e pulmonares do Estado de São Paulo. Nesta região específica do ambiente hospitalar, com suas especificidades e complexidades, foram acompanhados os habitantes (profissionais-pássaros e usuários-plantas) numa atenção vibrátil e vibrante, com todos os sentidos aguçados, permitindo afetar e ser afetado, junto a esses atores em sua vida diária de cuidados, emoções e afecções. Para isto, os dispositivos utilizados foram o diário de campo, a observação participante e o fluxograma analisador. O diário de campo permitiu o registro e a análise reflexiva de cenas e fatos rastreados durante a pesquisa, numa atenção urgente de que nada escorresse pelas mãos da pesquisadora-cartógrafa. A observação participante possibilitou descobrir os mapas traçados pelos habitantes do Mutúm durante esse trajeto. Pelas lentes cartográficas de Migulim (Rosa, 2001), avistaram-se os mapas de tecnologias, dobras e ruídos, de onde emergiram um cuidado subjetivo, criativo, permeado por múltiplas tecnologias, emoções, subjetividades, afetos, ressentimentos e potencialidades. Esta análise foi complementada pelo fluxograma, que atuou como “máquina de fazer falar”, possibilitando um movimento de reflexão, pessoal e conjunta dos profissionais-pássaros acerca do cuidado produzido aos usuários, permitindo surpresas e estranhamentos e um olhar sobre o território Rizoma. O território de produção de cuidado, como no Rizoma (Deleuze, Guattari, 2011), é dinâmico, permite múltiplas entradas, saídas, recortes, conexões, desconexões. Ao acompanhar seus habitantes, em linhas intensas, molares-fixas, moleculares-flexíveis e de fuga, percebe-se que, como usuários, eles se movimentam em muitas direções e sentidos, alguns entram, outros saem; uns só de passagem, outros passam e ficam na lembrança de todos, afetando-os. Pela multiplicidade de conexões, vislumbra-se a oportunidade de suscitar bons encontros, na produção de um cuidado ampliado, na potência de produzir vida e alívio em um local muitas vezes visto pela ótica da dor e do sofrimento. O fluxograma analisador, além de permitir traçar o território, atuou como potente ferramenta para suscitar a reflexão e autoanálise dos profissionais, provocando surpresas, conexões, movimento esquizoanalítico, aberto à diferença e a todo o tipo de devires, revelando uma equipe até então fragmentada, com o potencial de afetar-se em torno do cuidado de Buriti, um usuário-rizoma, articulando saberes e fazendo emergir a essência de uma produção de cuidado em equipe.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Cartografia. Enfermagem cardiovascular. Assistência à saúde.

ABSTRACT

Soares RAQ. Nursing team and care production the peoples who suffer from heart: a cartography [thesis]. Sao Paulo: University of São Paulo, School of Nursing; 2016. 175 p.

This research objectified to map the care production of the nursing team to users undergoing cardiac treatment. Believing in the healthcare job as a production, stemming from the interactions between professionals and users, the focus was care production in such encounters, between the lines of the nursing care, in its protagonists' speeches and actions. Cartography was the chosen method, by its power in following up processes of subjectivity production, the theoretical framework of schizoanalysis, raising self analysis of collective movements. We borrowed the name where the research study took place, Mutúm, from Rosa (2001), corresponding to a medical-surgical admittance unit at a hospital specialized in cardiac and lung diseases in São Paulo State, Brazil. In this specific region of a hospital environment, we followed up its dwellers (professionals-birds and users-plants) in vibrated and vibrating care, with all their sharpened senses, enabling to affect and be affected by these actors in their daily life of caring, emotions and affections. For that, the devices used were a field diary, participant observation and analytical flow diagrams. The field diary enabled to record and reflect upon the recorded scenes and facts during the research, in urgent attention so that nothing could escape through the researcher-cartographer's hands. The participant observation enabled to find out the maps outlined by Mutum's dwellers along their trajectory. Through Miguilim's (Rosa, 2001) cartographic lenses, we could see the maps of technologies, folds and noises, where subjective, creative care emerged, permeated by multiple technologies, emotions, subjectivities, affections, resentments and potentialities. This analysis was complemented by the flow diagram, which acted as a "speaking machine", enabling a movement of personal and joint reflection of the professionals-birds on care produced to the users, allowing surprises and strangeness as well as a look over the Rhizome territory (Deleuze, Guattari). The care-production territory, such as the Rhizome (Deleuze, Guattari, 2011), is dynamic, allowing multiple entrances, exits, divisions, connections, disconnections. Following its dwellers in its intense, molar-fixed, molecular-flexible, escape lines, we perceive them as users moving around in many directions, some get in, others get out; some are just passing by, others pass by and are remembered by all, affecting them. Through the multiplicity of connections, it can be seen the chance to provide nice encounters, in an expanded care production, in the power of producing life and relief in a place often perceived under the focus of pain and suffering. The analytical flow diagram, besides allowing to outline the territory, acted as a powerful tool to bring about professionals' reflection and self-analysis, generating surprises, connections, schizoanalytic movement, open to the difference and all kinds of developments, unfolding a formerly fragmented team with the potential to be affected around Buriti's care, a rhizome-user, articulating knowledge and enabling to emerge the essence of a team's care production.

Key words: Nursing care. Cartography. Cardiovascular Nursing. Health Care.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO	11
1.1 MOMENTO DE REFLEXÃO	12
1.2 UM COMEÇO POSSÍVEL	15
1.3 JUSTIFICATIVA	29
1.4 OBJETIVO	35

CAPÍTULO 2

REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	36
2.1 ESQUIZOANÁLISE E CARTOGRAFIA	37
2.2 O MUTÚM DENTRO DO HOSPITAL	46
2.3 OS HABITANTES DO MUTÚM	48
2.4 DISPOSITIVOS DE PRODUÇÃO COLETIVA	49
2.4.1 A observação participante	50
2.4.2 O Fluxograma Analisador	54
2.4.3 O diário de campo	58
2.5 SOBREVOANDO E DESCOBRINDO O MUTÚM	61
2.6 EXPLORANDO O MUTÚM PELO “OLHAR VIBRÁTIL”	65
2.7 CUIDADOS ÉTICOS	67

CAPÍTULO 3

UM COLETIVO EM PRODUÇÃO	69
3.1 CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	70
3.2 MAPAS	73
3.2.1 Mapa 1 – “Os grãosinhos de areia” ou Mapa dos Ruídos	74
3.2.2 Mapa 2 – “As pedrinhas menores” ou Tecnologias de Cuidado	95
3.2.3 Mapa 3 – “A pele da terra” ou Mapa de Dobras	103
3.3 O FLUXOGRAMA	113
3.3.1 Fluxograma de Buriti	118
3.4 RIZOMA: TERRITÓRIO DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS	126

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES CARTOGRÁFICAS	133
--	-----

REFERÊNCIAS	145
--------------------------	-----

APÊNDICES	163
------------------------	-----

ANEXOS	166
---------------------	-----

Coração cresce de todo lado. Coração vige feito riacho colominhando por entre serras e varjas, matas e campinas. Coração mistura amores. Tudo cabe!
(Rosa, 2001)

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Um certo Miguilim morava com sua mãe, seu pai e seus irmãos, longe, longe daqui, muito depois da Vereda-do-Frango-d'Água e de outras veredas sem nome ou pouco conhecidas, em ponto remoto, no Mutúm, no meio dos Campos Gerais...
(Rosa, 2001, p. 27)

1.1 MOMENTO DE REFLEXÃO

Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais - a gente levanta, a gente sobe, a gente volta! [...] O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. (Rosa, 2001, p. 343)

O texto citado foi escrito por João Guimarães Rosa¹, que, em sua carreira como médico, andou pelos vilarejos mais distantes do sertão de Minas Gerais, avistou e descreveu cenas do cotidiano, e tornou-se um célebre escritor.

Mas o que Guimarães Rosa tem a ver com a minha pesquisa? Não é sobre ele que vou falar. Empristo sua criatividade e ousadia para contar, nas próximas páginas, a minha trajetória como pesquisadora, utilizando uma de suas obras como pano de fundo para minha escrita.

Múltiplos devires compõem esta tese e me compõem como trabalhadora da saúde, enfermeira, pesquisadora e, também filha, esposa, mãe, aluna. Às vezes sou paciente, outras vezes sou profissional, às vezes passiva de cuidado, em outras, responsável por ele. Nesses múltiplos devires, (re)componho-me para dar forma e vida à tese escrita nesta trajetória como pesquisadora.

Segundo Deleuze e Parnet (1998, p. 9), “os devires são geografias, são orientações, direções, entradas e saídas. Há um devir-mulher que não se confunde com as mulheres, com o seu passado, seu futuro”.

Permita que eu me apresente, sou então uma enfermeira e pesquisadora, que desenvolveu sua pesquisa acerca da produção de cuidados da equipe de enfermagem a pessoas com o coração em tratamento em um hospital especializado.

A questão de cuidados sempre esteve latente em minha vida. Na infância, ajudei a cuidar dos cinco irmãos menores. Cresci cuidando, permeada por muito

¹ Faz-se necessário pontuar que, na elaboração desta tese, foram respeitadas a grafia das palavras nas citações diretas da obra de João Guimarães Rosa, reconhecido por seus neologismos e por sua escrita poética.

cuidado e carinho e, desta forma, familiarizada com a palavra cuidado. Um cuidado artesanal, informal, um cuidado sentimental, intuitivo, quase instintivo.

No campo da saúde, esse cuidado envolve afetividade e requer ser efetivo, técnico e racional, sem desconsiderar as questões subjetivas que singularizam usuários e profissionais.

Tocada por ele, fiz o curso de instrumentação cirúrgica e atuei em um centro cirúrgico, no qual foram partilhadas várias cenas. Momentos de cuidado (ou descuido), de medo, de tensão, de alívio, de dor, de esperança. Momentos que pela intensidade me mobilizaram. Encontros alegres e tristes, talvez imperceptíveis, sobre os quais hoje tenho a sensação de ter afetado e ter sido afetada.

Desde a graduação, desenvolvi trabalhos nas temáticas saúde mental, relacionamento interpessoal e subjetividade em saúde. Concluí essa formação em 2001 na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e me especializei em Cardiologia, em 2003.

Durante mais de dois anos, tive a oportunidade de atuar em dois hospitais simultaneamente: um com clientes da saúde suplementar e particulares; e outro atendendo a clientes exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora com realidades socioeconômicas opostas, um ponto de intersecção entre eles intrigava: eram extremamente ansiosos, solicitantes e as demandas de cuidados subjetivos eram mais evidentes do que aquelas previstas, ou seja, prescritas ao corpo biológico propriamente dito.

Havia uma resistência em deslocar profissionais de outros setores para a unidade de cardiologia, que os rotulavam como: “pacientes difíceis, exigentes, desconfiados, resistentes ao tratamento”. Embora não demandassem cuidados físicos (auxílio para alimentação, higiene, medicações complexas), eram pessoas solicitantes e descontentes, cheias de questionamentos e incertezas, e como essa demanda (de informação, de atenção, de escuta) não era suprida, porque também não era percebida, representavam um desafio para a equipe, pois pareciam “nunca estar satisfeitos” com o cuidado.

Que cuidado era este que resistia aos protocolos, apresentando demandas outras às quais os profissionais sentiam-se despreparados para atender? Como lidar com isso, questões tão abstratas, num mundo de formação concreta, hegemônica?

Tais indagações saltavam à minha frente e, por mais que eu tentava não vê-las, diversas cenas aconteciam e teimavam a me perseguir. Foi em um curso de verão², ministrado na EEUSP, em 2006, que o professor Emerson Elias Merhy chamou atenção para a possibilidade de discutir cenas inusitadas no cuidado em saúde. Havia uma esperança para além dos protocolos?

As participações e a experiência no Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde, na EEUSP, favoreceram discussões sobre esses e outros temas em saúde e apresentaram a cartografia como um referencial possível para pesquisas sobre produção de cuidados.

Sempre acompanhada por inquietações da minha prática, alimentadas agora por referenciais sobre subjetividade, produção de saúde, cartografia; essa ideia foi amadurecendo e, em 2011, ingressei no doutorado.

Durante a produção desta tese, a cartografia se fez presente em apresentações de trabalhos nacionais e internacionais (Soares et al., 2012a; Soares et al., 2012b; Soares et al., 2011), e na produção escrita (Pigozi et al. 2014; Mancilha, Pereira, Soares, 2012).

Assim, a ideia central deste trabalho foi cartografar a produção de cuidados da equipe de enfermagem, em um ambiente que me era familiar, mas totalmente novo para a pesquisadora. Fazer refletir o olhar da enfermeira nos olhos da pesquisadora. Desenvolver um outro olhar: eis minha proposta e meu maior desafio!

Sair da pele de enfermeira e entrar na de pesquisadora. Sair, no sentido da pele que se (des)dobra, se estica ou enrugam, se mostra e se oculta, não se exclui, antes se complementa.

² II Curso de Difusão Cultural: Subjetividade do Cuidado em Saúde na perspectiva da Enfermagem promovido pelo Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde, com a participação do Prof. Livre Docente Dr. Emerson Elias Merhy.

A noção de dobra, proposta por Deleuze (1991), é compreendida pelo desempenho de vários papéis (dobras) de uma mesma pessoa, filha, mãe, aluna, mulher, enfermeira e pesquisadora, em que nada se exclui, mas se acrescenta, complementa. Faces que se mostram e se ocultam.

Várias foram as dobras que aconteceram na tessitura desta tese: dobras que me fortaleceram como pesquisadora, dobras que me paralisaram ou que me impulsionaram.

Aqui não cabe julgamento, mas sim a constatação de que, como pesquisadora, também (me) reconheço nessas subjetividades e nos múltiplos papéis que desempenho na vida. Dobras que me permitiram o avanço, mas também o retrocesso; ensinaram o sentido de agir com cautela, pensar, calcular, planejar, rever... esperar, respirar, recomeçar. Dobras que aumentaram a minha potência, dobras de subjetividades, experimentações.

No momento em que analisava os dados desta tese, fui atravessada por outra dobra: ser usuária do serviço de saúde, como mãe e como filha de paciente. Impossível não realizar cartografias mentais sobre esse doloroso processo. E pensar o tempo todo, quais eram mesmo as produções em curso no ambiente hospitalar?

Pensar que quase desisti de tudo, perdi-me no caminho e quase não me reconhecia mais. Foi necessário um exercício, um recomeço...

Como conclui Rosa (2001b, p.343) “o que a vida quer da gente é coragem!”.

Acredito que tal coragem foi sendo (re)construída ao longo desta tese.

1.2 UM COMEÇO POSSÍVEL

A ideia de pesquisar o ambiente hospitalar nasceu de várias inquietações a respeito do meu cotidiano profissional e das discussões no Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde.

Nesse grupo, a maioria dos participantes era da saúde mental e coletiva, e eu a única profissional trabalhando em hospital. Seria possível discutir subjetividade no hospital?

Embora, no cotidiano de trabalho, os profissionais afirmassem categoricamente “não terem tempo para essas coisas”, minha experiência dizia que sim: havia tempo e diversas ações nesse sentido aconteciam. Nas passagens de plantão, nas discussões formais e informais sobre casos clínicos, nos conflitos que surgiam na assistência aos usuários e familiares, na interação com a própria equipe de trabalho.

Muitas questões trazidas por profissionais da saúde mental (como a falta de autonomia, de privacidade imposta aos usuários, a rigidez das regras hospitalares, a hierarquização, a falta de liberdade, de participação e de inclusão dos usuários no próprio tratamento), apesar de vindos da política de desinstitucionalização dos chamados **doentes mentais**, faziam muito sentido e remetiam aos cuidados presenciados também no hospital.

Descobri que era um sujeito implicado, nome dado aos pesquisadores que, na produção de conhecimentos, investigam suas próprias práticas e de tão implicados, ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos (Merhy, 2004).

A questão da implicação e do envolvimento do pesquisador com o objeto de pesquisa é uma das pistas que compõem a cartografia (Passos, Barros, 2009). A análise de implicação reconhece que o pesquisador, inserido em seu campo de observação, transforma por definição seu objeto de estudo, levando a necessidade de incluir no processo de pesquisa a subjetividade de quem pesquisa, reconhecendo que sujeitos e objeto de pesquisa participam na construção do conhecimento (Paulon, 2005).

Segundo a perspectiva teórica da Análise Institucional e Esquizoanálise, a pesquisa-intervenção é um processo no qual “o pesquisador

é parte ativa e está implicado e atravessado por instituintes³ e instituídos²” (Fortuna et al., 2012, p. 662).

Estar implicado é sair da zona de conforto e estabilidade, e fazer uma ruptura com a neutralidade do pesquisador e do local que se ocupa. Incomodar-se, buscar uma atitude de estranhamento, reconhecer que no campo se afeta e se é afetado (Merhy, 2004a).

Considerando as implicações, ao revisitar as velhas paisagens do hospital, paisagens já trilhadas há mais de 12 anos como enfermeira (no mesmo serviço), e agora como pesquisadora, percebo que foram muitas as idas e vindas, vários anos até finalizar o projeto de doutorado que deu origem a esta pesquisa-tese.

Ao apresentar os manuscritos iniciais da tese, propriamente dita, a orientadora chamou atenção para a falta da pesquisadora, pois o tempo todo era a enfermeira Rosimeire que falava de trabalho, usuários, rotinas, de seu projeto. Projeto?

Foi aí que entendi: não havia mais projeto a ser apresentado, mas o resultado de uma pesquisa, de uma tese que cartografou a produção de cuidados de uma equipe de enfermagem.

Agora a fase era apresentar essas produções obtidas pela pesquisa. A ansiedade e a dúvida foram inevitáveis, o que e como apresentar? O que recolher, acolher, o que descartar, ou deixar adormecido? Recusar, separar, é sempre difícil, um momento de introspecção quase arbitrário.

Fui dividindo a ansiedade e as dúvidas nas experiências vividas no meio acadêmico: estudo, leituras, discussões e seminários nas disciplinas do doutorado, eventos, congressos, grupo de pesquisa.

Olho e vejo: a enfermeira que (re)fez o percurso como pesquisadora a descrever o seu objeto de trabalho: a produção de cuidados da equipe de enfermagem em um hospital especializado, enquanto **pesquisadora-cartógrafa**.

³ Barembliit (1992) define instituinte como local de produção, criação e transformação do inusitado, imprevisível e aleatório. O instituído é o local de reprodução, do estático, imutável, conservador, das leis, normas e dos protocolos.

Apoiada nas lentes da cartografia, busquei um olhar ampliado que favorecesse a atenção para o sutil, para os detalhes, ao utilizar esse referencial “que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção” (Kastrup, 2009, p. 15).

Segundo Martinez, Machado e Colvero (2013, p. 204-205), a cartografia:

Possibilita o mapeamento de paisagens psicossociais, o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades... Alimenta-se de teorias filosóficas e imagens da literatura, pintura, cinema e música, onde as noções de subjetividade são reconstruídas... atravessando os sujeitos, seus territórios e suas relações.

Ao redigir os dados produzidos na pesquisa, percebo que estou a (re)contar esta história: a trajetória de pesquisa, na qual sou “sujeito epistêmico”, mas, igualmente implicado, instituinte e instituída, que (se propôs) a pesquisar o seu ambiente de trabalho, cenário de produção de cuidados (Merhy, 2004b, p.43).

Considerando a cartografia como método válido para aguçar sentidos, minha empreitada durante esta pesquisa foi desbravar um andar específico do hospital, **Mutúm**, pano de fundo desta. Assim, em muitos momentos, o setor investigado (unidade de internação) foi assim denominado.

Um certo Miguilim morava com sua mãe, seu pai e seus irmãos, longe, longe daqui, muito depois da Vereda-do-Frango-d'Água e de outras veredas sem nome ou pouco conhecidas, em ponto remoto, no Mutúm, no meio dos Campos Gerais, mas num covoão em trechos de matas, terra preta, pé de serra (Rosa, 2001, p. 27).

Mutúm é um vilarejo distante, onde vive o menino Miguilim e sua família. No sertão ao sul de Minas Gerais, cercado por morros, de uma vegetação típica, e “lá chove sempre” (Rosa, 2001, p. 27), metáfora dessa pequenina unidade, em comparação ao hospital na qual está inserida. Uma, entre todas as muitas unidades que o constituem.

No desenvolver da história, adentramos uma paisagem riquíssima habitada por vários tipos de pássaros e plantas nativas.

Aproximar Mutúm do cenário hospitalar foi uma forma de aguçar os sentidos, a curiosidade para (re)visitar uma paisagem nova, talvez já observada sob um olhar certa forma míope, distraído, automatizado.

Deleuze e Guattari (2011) provocam ao (re)pensar a mesmice dos hábitos que se automatizam na nossa vida, em que o simples ato de nomear serve para fazer-nos imperceptíveis.

Diante dessa ideia, nomeei os participantes de maneira inusitada, convidando alguns personagens do Mutúm de Rosa (2001) a batizar aqueles que tão gentilmente cederam seu tempo e suas ideias para que a produção de cuidados fosse aqui apresentada. Desconsideraram-se as características peculiares de cada pássaro ou planta, que foram convocados apenas para habitá-lo, ao invés de utilizar nomes comuns de pessoas, o habitual.

Dos pássaros citados nessa obra, emprestei o nome aos profissionais que participaram da pesquisa – 21 profissionais-pássaros (14 auxiliares de enfermagem e 7 enfermeiros): Arara, Arara-Azul, Bem-te-vi, Coruja, Curiol, Gaviãozinho, Gavião-Pardo, Gaviãozinho-Pintado, Gaturamo, Maitaca, Maria-Faceira, Marreca-Cabocla, Nhambuzinho, Papagaio, Pica-Pau, Pombinha, Rolinha, Sabiá-de-Peito-Vermelho, Sanhaço, Seriema e Tico-Tico (Rosa, 2001, p. 74; 81).

Da mesma forma, foram incluídos na pesquisa, 8 usuários-plantas: Buriti, Cedro, Gameleira, Ipê-Amarelo, Jacarandá, Pau-Brasil, São Caetano e São José.

A ideia foi criar uma atmosfera-cenário, para aguçar a curiosidade, chamar a atenção, estimular os sentidos e, ao mesmo tempo, remeter à imagem do cenário de pesquisa (unidade de internação) como Mutúm, um campo a ser desbravado. Essas opções metodológicas serão apresentadas detalhadamente no capítulo 2.

Existe uma produção de cuidados no cotidiano de trabalho desses profissionais?

A dúvida inicialmente posta sinalizava para uma produção do cuidado. No decorrer da pesquisa, esse questionamento foi se dissipando, ao observar os gestos, as falas e interações dos profissionais com os usuários.

Percebia que essa atitude de cuidar não era via de mão única, quase sentido obrigatório, prescritiva. Mais que mera prescrição de enfermagem, era produzida ao longo do cuidado.

Cuidado compreendido como conexão, expressa nas maneiras do profissional se compor com o usuário, um encontro que resulta na produção de cuidado. Mas a que tipo de cuidado me refiro?

O ato de cuidar desvela o existencial, de onde derivam sentimentos, atitudes e ações, como vontades, desejos, inclinações e impulsos. Ou seja, o homem perante o mundo, os outros, e a si mesmo. Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, em sua complexidade (Souza et al., 2005, p. 266).

Souza et al. (2005) discutem as dimensões relacionais e existenciais do cuidado de enfermagem e as concepções éticas da vida como bem valioso acolhido em sua complexidade, e, por que não dizer, na sua subjetividade. Para esta tese, é esse cuidado profissional que me mobiliza.

Subjetividade entendida como resultado de múltiplas determinações (coletivas, sociais, econômicas, familiares, sociais e tecnológicas), sendo essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos de maneira muito pessoal, em sua singularidade (Guattari, Rolnik, 1996).

Subjetividade não é algo que há *a priori*, mas é histórica e socialmente produzida com base nos encontros de um sujeito com o mundo social no qual está inserido, há neste caso uma produção subjetiva do mundo e de si mesmo (Franco, Merhy, 2012, p. 156-157).

Nesta produção subjetiva, “de si mesmo e do mundo”, a busca foi por ampliar olhares acerca das produções que envolvem o cuidado em enfermagem, produções objetivas e subjetivas.

Subjetividade, não no sentido de referente a aquilo que é particular a um “si mesmo”, mas sim, subjetividade enquanto tentativa de apreender aquelas linhas fugidias que transpassam e constituem os fluxos produtores do nosso mundo vivido. Aquilo que é menor e mutável, que se encontra invisibilizado por representações gerais, tampões da diversidade, como as definições de normal e patológico (Costa, Galli, Fonseca, 2008, p. 519).

Uma subjetividade que não é restrita a um sujeito, mas que é da ordem do singular, que tenta captar, apreender linhas fugidias, que escapam no dia a dia do cuidado em saúde, no contexto hospitalar, com tantos protocolos, normas de

segurança, (imprescindíveis à assistência) mas que requer atenção e cautela, podendo levar à descaracterização do protagonista do cuidado (que deveria ser): o usuário.

Conceito que faz muito sentido à tese que busca cartografar as produções, dentro do hospital, fluxos de contradições, contrastes: saúde e doença, satisfação e ressentimento, alegria e tristeza, alívio e dor, sofrimento e esperança, vida e morte: “tampões da diversidade, como as definições de normal e patológico que transpassam e constituem os fluxos produtores do nosso mundo vivido” (Costa, Galli, Fonseca, 2008, p.519).

Tomando essa subjetividade constitutiva, produzida e ampliada, vislumbro a possibilidade de suscitar reflexões sobre a prática e desenvolver um olhar atento a respeito das manifestações dos usuários e das demandas de cuidados percebidas pela própria equipe de enfermagem. Demandas percebidas, mas também produzidas nesses encontros. Encontros com o outro, encontros em produção.

Considerar a subjetividade em saúde é ampliar o olhar para além das aparências. É abrir um leque de características, vivências, experiências que conectam a pessoa com o mundo, singularizando-a.

Dessa forma, acredita-se que a produção de cuidados de enfermagem aconteça a partir do encontro entre profissionais e usuários, povoado de subjetividades. Neste sentido, meu interesse pelo campo da subjetividade em saúde foi um dos pontos de partida para esta escrita-tese.

Adentro o Mutúm com aguçada curiosidade. Com sentidos ampliados, num estado de alerta, de abertura para o novo, de abrir-se para experimentações.

Ayres (2004), em seu artigo sobre humanização das práticas de saúde, fala sobre os encontros inusitados que podemos produzir com o outro. Encontros em que o profissional afeta e é afetado.

Nas suas atividades como clínico, certo dia, cansado de atender a mesma paciente poliqueixosa e amargurada de sempre e limitar-se à prescrição médica, rompe com essa rotina protocolar e sugere que a paciente fale de si. Após o aparente susto inicial, ela se põe a falar de si, não somente da doença e dos sintomas, mas da sua vida, suas alegrias, expectativas, e passa a ser protagonista

da consulta. O autor conclui então que “seus encontros nunca mais foram os mesmos” (Ayres, 2004, p. 20).

Agir com uma criatividade libertadora das práticas biotecnológicas e transformar-se em um dispositivo de encontro com o usuário, como propõe o autor, podem ser escolhas possíveis. Tal qual escolher acolher, cuidar ou tratar, curar, segregar.

Escolhas que emergiram durante o convívio diário nesta pesquisa com os atores, profissionais e usuários habitantes do Mutúm. Cenas que envolveram, que surpreenderam, ecos que produziram ressonância, mesmo sem decifrá-los de pronto, ficaram na memória.

E como desde o início da minha permanência no campo foi consciente de que como sujeito implicado eu afetaria, mas também seria afetada (pois em cartografia o pesquisador não é neutro), em algumas cenas, também fui surpreendida por isto.

Surpreendida por Jacarandá (usuário muito sério e enérgico), ao interromper bruscamente a passagem de plantão e convidar a equipe para comemorar seu “primeiro aniversário de vida” (após o transplante cardíaco) e descobrir então que ele providenciou um grande bolo de aniversário para os profissionais, mesmo estando em jejum para um procedimento!

Pelos profissionais que “quebram o protocolo”, ao permitir que Buriti, como seu último desejo, permaneça de óculos na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), mesmo estando entubado. Ou, ainda, pela auxiliar de enfermagem que se emociona ao ser reconhecida pelo usuário em um intenso quadro de agitação e confusão mental.

Para esta tese, busquei dar visibilidade a essas questões, mostrando que é possível um cuidado profissional ampliado que “abre a possibilidade para discutir o fato de que há uma produção subjetiva do cuidado, pois o agir cotidiano de cada um é dado também por esta dimensão” (Franco, Merhy, 2013, p.162).

E o que faço (e proponho) agora é justamente isto: olhar para trás e apresentar os resultados de minha pesquisa. Quais as teorias utilizadas, em que referencial me apoiei, os dispositivos de produção de dados, o que foi produzido.

Para isso, recorro novamente à criatividade de Rosa (2001), na pele do menino Miguilim, que fará sentido ao longo da tese que agora se mostra.

Miguilim é um menino de 8 anos, como tantos de sua idade, com brincadeiras, curiosidades, lembranças alegres e tristes, sonhos; com ele aprendemos a enxergar a vida sob uma nova dimensão, para além do olho retina!

João Guimarães Rosa, médico e escritor, retratou com delicadeza a realidade das pequenas (grandes) coisas da vida, e, especialmente nesta, quando conta a história desse menino e de sua família numa região afastada e distante no sertão de Minas Gerais, o Mutúm.

Narrada pelo próprio menino, sob sua ótica, a história se aproxima de tantos outros meninos, com dores e alegrias. Histórias... que, espero, se entrelacem com outras histórias de pessoas, com saúde, doenças, alegrias, tristezas; como essa escolhida como pano de fundo (Rosa, 2001).

Descubro por acaso que esse escritor morreu de infarto aos 59 anos, doença do coração. Talvez não por acaso elegi esse como um dos autores para embalar a pesquisa.

As doenças do coração são a principal causa de morte no mundo, motivo de grande preocupação por parte das políticas públicas de saúde. Estima-se que em 2012 foram causa de quase a metade (46%) dos óbitos no grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2014). As DCNT são classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: doenças do aparelho circulatório, representadas pelas doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (Malta et al., 2015).

Entre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil. Apesar da diminuição da mortalidade ao longo dos anos, as taxas se mantêm altas graças ao aumento das taxas de sobrevivência, contribuindo para o aumento da demanda dos serviços de saúde nesta área (Malta et al., 2015).

Bielemann et al. (2015) apontam que as DCV no Brasil, em 2013, representaram o maior custo com internações e inatividade física em pessoas acima de 40 anos, ultrapassando o valor de 8 bilhões de reais em gastos com internações, procedimentos decorrentes e prejuízos pelo afastamento do trabalho.

Além disso, correspondem à principal causa de hospitalizações por DCNT no SUS e, em 2012, as taxas de internação correspondiam a 658,91/100 mil habitantes, muito superior às doenças respiratórias (286,62/100 mil habitantes), neoplasias (279,11/100 mil habitantes) e diabetes (76,98/100mil habitantes), considerando que a elevação dessas taxas é acentuada e progressiva a partir dos 50 anos de idade (Santos et al., 2015).

Estudos realizados em pessoas portadoras de doenças cardiovasculares evidenciaram uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, apontando para a importância de uma equipe multiprofissional empenhada para cuidar destes usuários, em suas múltiplas dimensões (físicas, emocionais, sociais e familiares) (Gorayeb, Facchini, Schmidt, 2012; Püschel, Pinheiro, Perruchi, 2006).

Culturalmente associado ao centro das emoções, o coração traz essa simbologia, ainda que inconsciente em nosso meio.

Como essas pessoas vivenciam o processo de adoecimento e o significado que lhes traz esse coração “fisiologicamente afetado” tem sido motivo de estudos citados em diversas bibliografias no âmbito multiprofissional. Algumas pesquisas enfatizam a preocupação em implementar maneiras para auxiliar esse sujeito a passar por esse processo (Gorayeb, Facchini, Schmidt, 2012; Lima et al., 2010; Susan, Froelicher, Motzer, 2004).

Histórias de pessoas que se entrelaçam nesse cenário de produção de cuidados. Nesta tese, não é meu objetivo apresentar as doenças, apenas situar o cenário, contexto em que foi cartografada a produção de cuidados. Meu interesse está nos encontros que produziram vida, na potência de produção de cuidados, subjetividades, afetos, emoções. Guimarães Rosa (2001) me inspira pelos encontros que sua história produziu, pelo modo como afetam; assim como aqueles que protagonizaram esta tese.

Cuidado de enfermagem, produção de cuidado: tal como cuidar, escrever sobre ele me é algo prazeroso e gratificante. Espero conseguir expressar essa sensação ao longo desta escrita.

A proposta é (re)olhar a paisagem já tão conhecida que, às vezes, passa imperceptível aos olhos do profissional – uma vez que trabalho na instituição

pesquisada – a mim e a todos aqueles interessados em olhar para o cenário de cuidado no ambiente hospitalar com um pouco mais de atenção.

“Cartografar é conectar afetos que nos surpreendem [...] educar os ouvidos, os olhos, o nariz, [...] para além da sua função sensível trivial, ativando algo de suprassensível”, visando captar o imprevisível, abrindo-se para a experiência (Pozzana, 2013, p. 63).

Nesse sentido, esta pesquisa busca ampliar olhares acerca das produções que envolvem o cuidado em enfermagem, produções objetivas e subjetivas. Demandas que são percebidas, mas também produzidas nesses encontros.

A cartografia foi escolhida pelo “desafio de desenvolver práticas para acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades” (Barros, Kastrup, 2009, p.56).

Para Pelbart (2000, p. 37), a subjetividade constitui um jeito de **estar no mundo** (grifo nosso), imprimindo suas características de fazer, trabalhar, falar, escutar, gesticular e, por que não dizer, de cuidar? O autor afirma ainda que a “subjetividade não é algo abstrato”, então como extrair a essência da produção de cuidado destes profissionais?

Ora, sendo considerada uma forma de ser e estar no mundo em contato com o outro, por que não considerar essa subjetividade que parece escapar nas sutilezas do dia a dia, nas cenas do cuidado em um hospital?

Dentre os habitantes do Mutúm, encontrei uma equipe de profissionais séria e comprometida com suas atividades profissionais. Formada majoritariamente por mulheres (havia apenas três profissionais do sexo masculino), de todas as idades e cores (brancas, negras, amarelas), de tamanhos, estilos (gordas, magras, altas, baixas) e devires (casadas, viúvas, solteiras, mães, filhas, avós, irmãs, tias, estudantes, donas de casa). Algumas extrovertidas, outras tímidas, umas mais calmas, outras mais apreensivas, joviais, conservadoras. Profissionais preocupadas, envolvidas e unidas para cuidar, para produzir cuidados.

Ao observá-las em suas atividades, percebia um engajamento, uma preocupação para realizar um cuidado comprometido, técnico, efetivo, exercido de

forma humana, considerando o usuário em sua complexidade (física, mental, emocional, social e familiar).

Em muitos casos, essas profissionais sinalizavam alguns problemas enfrentados com os usuários e até mesmo quando essa assistência era por eles questionada.

Porque ele me disse que ele não queria operar... Ele tava fazendo aquilo pela família, pelo médico, pra satisfazer as pessoas... Mas pra ele tava bom daquele jeito. Eu conversei com ele, falei, conversa com eles, o senhor não precisa operar se não acreditar na cirurgia. Aí aconteceu que ele foi (silêncio) e não voltou! (Sanhaço)

Embora escrita aqui de forma sutil e tímida, a etapa inicial da pesquisa, denominada observação participante, evidenciou que as questões ligadas à subjetividade estão inseridas e são valorizadas no contexto profissional de cuidados dentro do hospital.

Porque, eu acho assim, que estes pacientes mais austeros, bravos, mais chatos mesmos, sabe, estes pacientes mais impicantes, é que é o mais gostoso de cuidar. Porque ele te mobiliza. Sabe, e pelo fato de ser assim, mais... difícil. Parece que ele precisa mais do seu cuidado. Eu penso assim, este paciente é resistente, recusa tudo, não aceita a gente, não aceita cuidado. Reclama de tudo: é este paciente que eu vou cuidar [risos]... [fica pensativa] Porque ele precisa mais, é ele que demanda mais cuidado, mais atenção, mais carinho, porque às vezes nem a família aguenta mais. Estes pacientes são pra mim um desafio. E aí é que eu gosto, eu pego, eu cuido mesmo [risos]... com o São José foi bem assim. (Tico-tico)

Pelos relatos de profissionais, usuários e seus familiares, percebi que, mesmo tendo atendidas as necessidades de higiene, alimentação, conforto e realizados os procedimentos técnicos previstos, as queixas principais giram em torno de aspectos subjetivos (jeito de falar, de tocar, falta de informação, falta de escuta, falta de atenção), ligados à carência de tecnologia⁴, neste caso de tecnologia leve.

⁴ Merhy (1997a, p.71-112) define as tecnologias em saúde como: leves, ligadas ao campo relacional e atitudinal dos profissionais com os usuários; leve-duras (normas, rotinas, protocolos, especializações); e duras, relacionadas a máquinas e equipamentos.

Ah! A gente se comunicava com ele pelo olhar! Porque, no final, o Sr. São Caetano já estava tão deprimido, sabe, e ele não queria conversar com ninguém. Tinha dia que ele estava muito fraco, debilitado, não tinha dormido à noite. Mas a gente se comunicava sempre com ele. O tempo todo. Pelo olhar, pelo toque. Sabe, a gente apertava a mão dele, ele abria os olhos, eu perguntava alguma coisa, ele apertava os olhos dizendo que sim! Enfim, o relacionamento com ele era assim, pelo olhar, pelo toque, pela escuta, às vezes só de ficar perto, ficar junto, a gente percebia que ele tava ali, esboçava um sorriso... sabe assim, naquele momento de banho, higiene. Foi um cuidado muito... [suspiro] intenso! (Rolinha)

Vislumbra-se, em várias cenas, a utilização de tecnologias leves articuladas com as demais tecnologias (leve-duras, duras) prevalentes no complexo ambiente hospitalar. Por outro lado, há a predominância do uso dessas tecnologias, usadas habitualmente para favorecer uma melhor assistência e, em alguns casos, para potencializar a utilização das outras tecnologias duras, leve-duras.

Porque, assim, o Sr. São José ele queria ficar na UTI [Unidade de Terapia Intensiva]. E era difícil de cuidar! Porque ele só acreditava na UTI! [...] depois eu descobri de onde ele vinha, ele era dono de empresa. Estava acostumado a liderar. Aí chega aqui e vai ouvir ordens de uma menina? Não [...]. Fui percebendo que ele gostava de ter o controle da situação, ele não podia perder aquilo de liderar, de dar a última palavra... eu passei a valorizar a autonomia dele, claro, conforme as nossas possibilidades... eu combinava como ia ser o dia dele [...] e no final eu perguntava: “tudo bem pro senhor assim?” E ele topava [risos], ele fazia com a cabeça que sim! E dava certo! (Tico-tico)

Ayres (2004) alerta que, mesmo com o intenso desenvolvimento tecnológico e científico dos serviços de saúde, os profissionais não têm conseguindo responder às demandas reais de saúde dos usuários.

Portanto, apesar de todo o aparato tecnológico disponível, as questões geralmente são atribuídas a aspectos em nível relacional e atitudinal dos profissionais. Alguns conceitos foram emprestados para disparar discussões e reflexões, como lentes que ampliam o olhar. Neste sentido, a discussão sobre as tecnologias em saúde foi uma delas, e é abordada com mais detalhes no capítulo 3.

O olhar! A questão do olhar é que instiga e o apelo é este: olhar! Abrir os olhos para algumas cenas, fechar para outras, para o normal, para o usual, para o clichê, o formatado.

No dia a dia do hospital, esta pesquisa apropriou-se da cartografia como lentes de aumento, na intenção de ampliar o olhar para cenas do cuidado, que, como esta, foram produzidas dentro do hospital. Produzidas, porque só acontecem em ato, no contato entre profissionais e usuários.

E pergunto: se o cuidado é algo essencialmente humano, como não tocar e não ser tocado por ele? Como não mobilizar sentidos para amparar essas vibrações que afetam?

Dessa maneira, este capítulo introdutório serve como uma trilha de entrada para esta tese que procura desbravar o Mutúm, ao cartografar a produção de cuidados de uma equipe de enfermagem a pessoas com o coração em tratamento.

No capítulo 2, apresento os referenciais teóricos e metodológicos que foram construídos ao longo da pesquisa, o cenário e os dispositivos de produção de dados.

Em seguida, todo esse material foi explorado a partir de uma atenção direcionada, “um olhar vibrátil⁵”, dando pistas de como as produções de cuidado no Mutúm foram exploradas. Finalizando essa etapa metodológica, apresento os cuidados com aspectos éticos.

No capítulo 3, as produções coletivas, descritas em formas de Mapas (Ruídos, Tecnologias de Cuidado e Dobras), apontaram para o Território Rizoma, rico em detalhes, múltiplas entradas, saídas, “elementos heterogêneos, abertos ao novo e inusitado” (Deleuze, Guattari, 1995, p. 31-33).

Algumas propostas e implicações da pesquisa para a prática, bem como possíveis contribuições futuras vislumbram as considerações cartográficas apontadas no capítulo 4.

⁵ Termo emprestado de Suely Rolnik (1997, p-25-26), o “olhar vibrátil” é aquele que é tocado pela força do que vê. Ou seja, um olhar que afeta, que provoca emoções e sentidos, permitindo ao cartógrafo “mergulhar nas intensidades”.

1.3 JUSTIFICATIVA

Esta tese busca cartografar a produção de cuidados de enfermagem a pessoas em tratamento do coração⁶. Não é objetivo discorrer sobre as doenças cardíacas, mas há uma inquietação inicial para saber quais eram as produções teóricas a respeito do cuidado de enfermagem a pessoas com cardiopatias. Por isso, apresento sucintamente a revisão da literatura acerca da temática.

As pesquisas iniciais aconteceram durante a elaboração do projeto e foram aprimoradas durante esta escrita. Em 2013, fiz um levantamento bibliográfico acerca da produção de cuidado de enfermagem sobre as doenças cardiovasculares nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), que contempla amplo acervo de referências na área de enfermagem em nível internacional. Não foram encontrados trabalhos com o termo “produção de cuidados”.

Foram utilizadas as palavras “doenças cardiovasculares” e “cuidado de enfermagem”, numa busca integrada, com o operador *and*, entre os meses de fevereiro a abril de 2013, e identificados 20 trabalhos nos últimos 5 anos. Após análise dos resumos, foram acessados 12 trabalhos que efetivamente discorriam sobre cuidados de enfermagem a usuários com doenças cardiovasculares.

Dois estudos levantam necessidades dos usuários em pré-operatório de cirurgia cardíaca, apontando principalmente sentimentos de impotência, angústia e medo na iminência do procedimento cirúrgico. Além disso, ressaltam a importância da atuação do enfermeiro como pessoa disposta a interagir com o paciente (Campognara et al., 2012; Carmo, Sá, 2010). Apenas um trabalho aborda usuários após a cirurgia cardíaca, concluindo que o acompanhamento de enfermagem no pós-operatório auxiliou o paciente a enfrentar o processo cirúrgico com calma, melhorando sensivelmente a adesão ao tratamento neste período (Gaspieri, 2005).

⁶ Como não obtive resultados nas buscas com os descritores “doenças cardiovasculares and cartografia” (BVS); “heart disease and cartography” (CINAHL), esse levantamento foi realizado em momentos distintos.

Em outros dois trabalhos, são listados os agentes estressores identificados pelos usuários na UTI, como: dor, ausência do cônjuge, sentimentos de ansiedade e impotência, dificuldade de dormir, entre outros (Campognara et al., 2012; Marosti, Dantas, 2006).

Seis trabalhos levantam aspectos ligados ao perfil epidemiológico e sociodemográfico, à sintomatologia e a diagnósticos de enfermagem, enfatizando questões sobre prevenção e tratamento das cardiopatias (Bernardinelli et al., 2011; Pereira et al., 2011; Freitas et al., 2010; Guedes et al., 2010; Pascoal et al., 2009; Pelegrino et al., 2009).

Nos estudos que listam sintomas físicos e diagnósticos de enfermagem, a ansiedade e a dor aguda foram relatadas em 70% dos casos, seguidas pela percepção sensorial perturbada, intolerância à atividade, disfunção sexual, sono prejudicado e eliminações alteradas (Pereira et al., 2011; Guedes et al., 2010; Marosti, Dantas, 2006).

Foi possível observar uma preocupação prevalente nesses trabalhos em levantar aspectos biológicos dos usuários. Porém, ao analisar esses sintomas físicos, comprometem o autocontrole e a autoimagem, podendo representar uma condição de dependência para necessidades que são básicas para o ser humano. Essa condição de fragilidade física desencadeia o limitar à vida em várias dimensões: produtiva, sexual, afetiva, emocional, representando a eles a impotência, perda de controle sobre funções humanas básicas. Trata-se de uma percepção evidenciada na leitura de outros trabalhos (Zimmermann et al., 2010; Vila, Rossi, Silva, 2008).

Já na base CINAHL, por meio dos descritores heart diseases “and” nursing care, dos 64 artigos com resumo disponibilizados, foram selecionadas 31 publicações.

Na maioria dos trabalhos, os autores enfatizam a importância do conhecimento clínico e da experiência do enfermeiro, sugerindo a necessidade de aprimoramento constante desses profissionais, além do conhecimento atualizado acerca do perfil clínico e cirúrgico na promoção de uma assistência qualificada, planejamento de cuidados e intervenções direcionadas a pacientes clínicos e/ou cirúrgicos, contribuindo para a melhoria da assistência e diminuição dos agravos no

âmbito hospitalar (Piaskchyk et al. 2011; Moseley, Allen, Martell, 2010). Há também a preocupação em implementação de teorias, métodos e protocolos de enfermagem baseados em diagnóstico e levantamento de necessidades de cuidados, visando à melhoria da prática e fundamentação dos cuidados de enfermagem (Vitor, Lopes, Oliveira, Araujo, 2010; Schneider, Slowik, 2009).

Os artigos também tratam da importância do enfermeiro no seguimento e acompanhamento domiciliar desses usuários por um período de tempo após a alta hospitalar, contribuindo para o aumento do conhecimento do usuário sobre a doença, o autoconhecimento, autocuidado, corroborando para a prevenção de complicações e reduzindo taxas de reinternações, melhoria da qualidade de vida dos usuários, e promoção da saúde (Bertuzzi et al., 2012; Payne, Zeigler, Gillette, 2011; Brennan et al., 2010; DeFelice et al., 2010; Mathew, Young, Shrestha 2010; Miracle, 2010; Stolic, Mitchell, Wollin, 2010; Balduino, Mantovani, Lacerda, 2009; Fernandes, Aliti, Souza, 2009; Vitor, Lopes, Araújo, 2009; Zigmund et al., 2009).

Um dos trabalhos traz fortes evidências do sintoma de depressão entre os usuários pós-eventos cardíacos e sugere que os profissionais considerem também essa condição para promover um cuidado individualizado (Azzopard, Lee, 2009).

Seis artigos apontam a importância de o enfermeiro reconhecer as características dos usuários, considerando valores como sexualidade, cultura, conhecimento e significado da doença cardíaca, e apresentam estratégias para melhor planejamento dos cuidados e orientações de enfermagem, tornando a assistência mais efetiva (Koerich et al., 2013; Colby et al., 2012; Santos, Santos, 2012; Goossens et al., 2011; Lin et al., 2009; Monteiro et al., 2009).

Apenas dois estudos enfatizam que o enfermeiro, estando na linha de frente do cuidado, tem possibilidade de propiciar apoio psicológico, alívio da dor, sono e repouso, com potencial para minimizar a ansiedade e a dor, melhorar o padrão do sono, bem como contribuir para que os usuários (e familiares) enfrentem a situação de uma forma mais otimista, incluindo nos resultados na sua satisfação e melhoria da qualidade de vida (Santos, Santos, 2012; Balduino, Mantovani, Lacerda, 2009).

Cinco artigos tratam sobre cuidados de enfermagem específicos a crianças, em tratamento clínico ou cirúrgico. Apontam a enfermeira como profissional com potencial para desenvolver estratégias educativas e integrar a família aos cuidados

da criança na pós-alta hospitalar (Monteiro et al., 2012; Rocha, Zagonel, 2009), e a importância da alta especialização e experiência clínica dos enfermeiros como fatores primordiais para melhoria da assistência e redução de mortalidades nas UTIs (Payne, Zeigler, Gilette, 2011; Medeiros et al., 2010; Pye, McDonnell, 2010).

A análise dos artigos mostrou que ainda é prevalente a preocupação com questões ligadas ao corpo biológico, com predomínio do papel educativo da enfermagem ligado a estratégias e ações educativas e preventivas. Essa ênfase faz sentido e vem ao encontro da necessidade de elaboração de estratégias de prevenção das DCV, com base na promoção da saúde e medidas para tratamento primário da doença, prevenindo complicações e internações.

Entretanto, nas entrelinhas dos artigos, é possível perceber que os usuários têm limitações físicas, transtornos físicos, biológicos e certas dificuldades ao passar por algum processo cardíaco. Para o enfrentamento das doenças, os usuários buscam apoio na família, na religião (espiritualidade) e nos profissionais de saúde. O papel fundamental da enfermagem é promover cuidados integrais, e a prática mostra a dificuldade em dissociar esse corpo biológico (objetivo) das características subjetivas da pessoa que influenciarão no modo como vai reagir à doença e ao tratamento e, portanto, às demandas de cuidado. É notória a dificuldade em separar o coração “fisiológico” do coração “emocional” e tratar somente do físico.

Situados então nesse contexto, pode-se inferir a complexa relação que representa o cuidar de pessoas que sofrem do coração, com todas as angústias e ansiedades que a própria situação lhes traz, reconhecendo que muitas delas encontram-se no âmbito subjetivo.

Torna-se importante ao profissional reconhecer essas limitações e enxergar que tais manifestações, embora indesejadas, são limitações impostas pelo contexto do adoecimento e não correspondem ao âmbito pessoal, influenciado por questões da subjetividade de quem cuida e é cuidado. A subjetividade é constituída por múltiplas linhas e planos de forças que atuam simultaneamente (sexo, profissão, camada social), elementos heterogêneos, constituído pelas relações que estes sujeitos estabelecem entre si. (Romagnolli, 2009).

“Ela se manifesta e opera ao verificarmos certas condutas na relação entre usuários e trabalhadores, e vemos que interfere decididamente no modo como se produz o cuidado” (Franco, 2009, p158).

Por acreditar nessa premissa, articulando conhecimentos técnico-científicos e éticos de enfermagem, pautados na promoção de um cuidado ampliado, este estudo busca cartografar o processo de trabalho construído pela equipe de enfermagem durante a interação com o usuário que sofre do coração, na perspectiva do cuidado das subjetividades. Pensando nesse cuidado produzido em ato, no encontro entre esses atores, optamos pela cartografia.

“O método da cartografia opera pesquisas pela frequência das mediações, negociações, experimentações complexas, na dinâmica das subjetividades em formação e em jogo nas cenas já postas e a serem construídas” (Pigozi⁷ et al., 2014, p.81). E por ser um referencial recente nas pesquisas de enfermagem, sentiu-se a necessidade de um levantamento bibliográfico acerca da sua utilização na Enfermagem.

Assim, foram acessados artigos indexados nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), com as palavras-chaves “enfermagem” e “cartografia”, separadas pelo operador booleano “and”. Definiu-se como critérios de seleção um período de 8 anos, compreendido após 2005, e artigos com textos completos, em busca avançada com as palavras: cartografia e enfermagem, cartografia e cuidado, cartografia e saúde.

A cartografia foi utilizada em trabalhos que pretendiam acompanhar e descrever processos de produção do cuidado, nas áreas de saúde coletiva (Catrib, Oliveira, 2012; Catrib, Olivera 2010; Oliveira, Gomes, Acioli, 2007; Bischuetti et al., 2005;) e de saúde mental (Gonçales, Machado, 2011; Mororó, Colvero, Machado, 2011; Caçapava et al., 2009). Observou-se uma construção conjunta com os sujeitos pesquisados, criando reflexões e produzindo novas potências no trabalho e subjetividades diferenciadas, provocando a vibração da vida. Apenas um artigo evidencia o uso da palavra cartografia

⁷ Essa revisão de literatura foi mais detalhada e publicada sob a forma de artigo de revisão integrativa sobre o uso da cartografia na enfermagem (Pigozi et al., 2014) realizada em conjunto com outras doutorandas, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Lúcia Machado, durante a escrita do projeto de pesquisa.

em alusão ao mapeamento das legislações nacionais e internacionais sobre direitos das crianças (Gomes, Caetano, Jorge, 2008).

Apesar de seu uso tímido nas pesquisas de enfermagem, a cartografia foi utilizada preferencialmente para acompanhar processos de cuidado. Dos trabalhos publicados, apenas um foi realizado no hospital (Catrib, Oliveira, 2012), com foco em doenças infecciosas e parasitárias em crianças, ou seja, também ligado à saúde coletiva. Além disso, a falta de publicações utilizando a cartografia no ambiente hospitalar foi um dado estimulante e desafiador, ao pensar nos cuidados produzidos no hospital, um cenário propício e movido por essas produções. Provocada por cenas como essas, a busca foi olhar para a essência do cuidado como um processo de produção.

Além de minha familiaridade na área, por trabalhar como enfermeira nesse cenário (onde aconteceu a pesquisa), e pela experiência no Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde, para mapear as produções de cuidados dos profissionais de enfermagem a usuários que sofrem do coração, a cartografia foi utilizada por seu potencial de acompanhar processos de produção de cuidados, considerando as múltiplas tecnologias utilizadas pelos profissionais, incluindo aspectos subjetivos e objetivos inerentes à produção de cuidado.

Nesta proposta, o referencial metodológico foi adotado como lentes para ampliar o olhar, um olhar aparentemente míope, desajeitado, limitado: “[...] O pai arrelhiou. E no mais, arrelhiava sempre, porque Miguilim não enxergava onde pisasse, vivia escorregando e tropeçando, quase caindo nos buracos: - ‘Pitosga...’” (Rosa, 2001, p.127-128). Ampliar o olhar para que o próprio profissional possa estar sensibilizado a essas questões emergentes do cuidado diário, por vezes árduo, porém intenso, deslizando nas subjetividades, objetividades, saberes e fazeres tecnológicos, apostando na potência para a reflexão, permitir o estranhamento, a dúvida, a surpresa.

Uma opção em enxergar o cuidado de enfermagem enquanto produção, no contexto em que ele acontece, apostando na construção coletiva entre pesquisador e pesquisados, profissionais e usuários, na prática.

“E o senhor tirava os óculos, e punha em Miguilim, com todo o jeito. – Olha agora!”.

1.5 OBJETIVO

“Miguilim queria ver mais coisas, todas, que o olhar dele não dava.”
(Rosa, 2001, p. 86)

Esta tese tem como objetivo cartografar a produção de cuidados dos profissionais de enfermagem durante a assistência a usuários com o coração em tratamento.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Miguilim queria ver se o homem estava mesmo sorrindo para ele, por isso o encarava.
Por que você aperta os olhos assim? Você não é limpo da vista?
[...] Miguilim espremia os olhos.
[...] Este nosso rapazinho tem a vista curta. [...]
E o senhor tirava os óculos e punha-os em Miguilim, com todo o jeito. Olhe agora!
(Rosa, 2001, p.86)

2.1 ESQUIZOANÁLISE E CARTOGRAFIA

Na cartografia, são muitas as possibilidades: conexões, rupturas, criação de saídas, linhas de fuga, elementos heterogêneos, sem posições hierárquicas, abertos ao novo e inusitado (Deleuze, Guattari, 1995, p. 31-33).

Para cartografar movimentos reais e sutis de sensações, sentimentos e produções dos profissionais de enfermagem ao cuidar de pessoas em tratamento do coração, adoto o referencial de investigação ampliado da pesquisa qualitativa e pesquisa-intervenção.

As pesquisas qualitativas nasceram nas áreas das ciências humanas e ganharam *status* científico há aproximadamente um século, sendo uma prática consolidada em vários campos do conhecimento (Frigato, Carvalho, 2011).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1994, p.22).

Pode ser caracterizada como “aquela que busca entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta” (Turato, 2005, P. 509). Segundo este autor, investiga acontecimentos para a compreensão cultural dos fenômenos ligados à questão da doença-saúde, individuais e coletivos, partindo de recursos teóricos, sociológicos, antropológicos, até a compreensão psicológica dos fenômenos. Nela, o pesquisador percebe em si angústias e ansiedades de âmbito pessoal, deixa-se mover por elas para compreender ou apresentar as questões humanas, identificando-se com o outro nesses sentimentos.

A cartografia é um percurso metodológico, formulado e baseado na Esquizoanálise (Deleuze, Guattari, 2012, p.85), referencial teórico também conhecido como análise da diferença:

A esquizoanálise não incide em elementos nem em conjuntos nem em sujeitos, relacionamentos e estruturas. Ela só incide em lineamentos que atravessam tanto os grupos quanto os indivíduos. Análise do desejo, a esquizoanálise é imediatamente prática, imediatamente política, quer se trate de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade.

Esse referencial é uma das correntes da análise institucional, constitui uma leitura ampliada da realidade em múltiplas superfícies: natural, subjetiva, social, industrial e tecnológicas, um movimento que se propõe a promover, precipitar, estimular processos de autoanálise e autogestão, nas comunidades, coletivos ou conjuntos de pessoas (Baremblytt, 1992, p. 14).

Deleuze e Guattari (apud Baremblytt, 1992, p. 94) consideram-na “como uma nova forma de pensar”, um modo de ser e de viver que possibilita um permanente processo analítico, podendo ser feito por qualquer pessoa, em qualquer lugar. Para eles, as coisas não precisam ser decifradas, mas propiciar movimentos que disparem a potência da produção, da diferença e do desejo⁸ (Baremblytt, 1992, p.94).

Esse movimento valoriza atitudes que produzem uma vida vibrátil e pulsante, portanto infinitas formas de existência, abolindo rótulos e pré-julgamentos, privilegiando a concepção da vida a partir dela mesma, em sua produção, possibilitando experienciar e perceber diferentes sintonias, numa perspectiva da cartografia (Peres, Borsonelo, Peres, 2000).

Adoto o termo “método cartográfico” pela definição de Passos, Kastrup e Escóssia (2009) e Passos, Kastrup e Tedesco (2014), também considerado um percurso metodológico no qual o cartógrafo não preestabelece todos os passos da pesquisa, possibilitando uma abertura para possíveis transformações, acolhendo o novo e inusitado, contrariando a linearidade da pesquisa tradicional.

Embora seja descrita como referencial metodológico, é um modo de fazer pesquisa e produção de conhecimento, uma outra possibilidade de conhecimento e de encontro do pesquisador com seu campo de atuação. Modo este que se faz com o caminhar do cartógrafo junto aos sujeitos e objetos de pesquisa, na tendência de acompanhar processos. Caracterizada também pela capacidade de não se prender a um modelo preestabelecido.

⁸ Deleuze e Guattari consideram o desejo “uma natureza intrinsecamente revolucionária, que só precisa ser veiculada, liberada de suas constrições”, ou seja, libertada (Baremblytt, 1992, p. 97).

Em primeiro lugar, a cartografia não comparece como um método pronto, embora possamos encontrar pistas para praticá-lo. Falamos em praticar a cartografia e não em aplicar a cartografia, pois não se trata de um método baseado em regras gerais que servem para casos particulares. A cartografia é um procedimento *ad hoc*, a ser construído caso a caso. Temos sempre, portanto, cartografias praticadas em domínios específicos. [...] O método vai se fazendo no acompanhamento dos movimentos das subjetividades e dos territórios (Kastrup, Barros, 2009, p.76-77)

Possibilita deflagrar a reflexão sobre o sujeito e objeto, partindo-se de uma fundamentação própria, para reencontrar o conhecimento diante da complexidade, favorecendo a articulação de um conjunto de saberes além do científico e a “revisão de concepções hegemônicas e dicotômicas” (Romagnolli, 2009, p.170).

Entendo o Mutúm como um cenário povoado por essas concepções dicotômicas: doença/saúde, alegria/tristeza, vida/morte, certo/errado, bom/mau, esperança/sofrimento, dor/alívio, entre outras, corroborando para a escolha da cartografia como referencial, meio e modo de fazer pesquisa.

Segundo Martinez, Machado e Colvero (2013, p. 204-205), a cartografia:

Possibilita o mapeamento de paisagens psicossociais, o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades... Alimenta-se de teorias filosóficas e imagens da literatura, pintura, cinema e música, onde as noções de subjetividade são reconstruídas... atravessando os sujeitos, seus territórios e suas relações.

Uma cartografia busca traçar os movimentos presentes em um ambiente subjetivo, “provocado por intensidades que o invadem, atravessam, abalam, transformam”, dando-lhes sentido e visibilidade. Busca por um território subjetivo, numa investigação interventiva, processual (Gonçales, Machado, 2011, p.68), buscando percorrer este território.

Ou seja, cartografar é acompanhar os movimentos dos sujeitos no desenvolvimento da pesquisa, movimentos que foram sendo experienciados pela inserção da pesquisadora no cenário, mediante o olhar sobre as interações entre profissionais e usuários, sobre os gestos, o verbal e o não verbal, durante a observação participante e também na reunião de realização do fluxograma analisador, disparando a sensibilização, movimentos de reflexão sobre a produção de cuidado, apresentados no capítulo 3.

De saída, a ideia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo, no estudo da subjetividade, se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc* (Kastrup, 2009, p. 15).

Embora seja entendida como um método *ad hoc*, ou seja, que não preestabelece todos os passos *a priori*, representa um percurso metodológico de pesquisa-intervenção porque desmancha as relações dicotômicas entre pesquisador e pesquisado, estabelecendo uma relação de “coprodução ou coemergência” (Passos, Kastrup, Tedesco, 2014, p.27).

Trata-se de um referencial de uso recente na enfermagem, utilizado “em pesquisas de campo para o estudo da subjetividade”, que requer um rigor, assegurado pelo seu “caráter criativo, inventivo e pela utilização dos conceitos” (Romagnoli, 2009, p. 166).

Os conceitos devem ser utilizados para estabelecer associações de ideias, provocações, leituras, entrecruzar linhas e pontos flexíveis para se conectarem e desconectarem, incorporando-se ao processo de pesquisa, contextualizando, produzindo conexões e sentidos (Romagnoli, 2009, p.173).

“[...] os conceitos são exatamente como sons, cores ou intensidades que lhes convêm ou não, que passam ou não passam” (Deleuze, Parnet, 1998, p.12).

Cores, sons, são intensidades que mobilizam os cinco sentidos, sintonias produzem ressonância, têm o potencial de nos tocar, sensibilizar, afetar de diferentes maneiras e provocar estímulos, sensações, percepções.

Os conceitos que me sensibilizaram, produzindo percepções e ressonância com encontros teóricos, reflexões, escritas para esta cartografia, inicialmente, foram: afetos, subjetividade, intercessores, mapa, rizoma e tecnologias em saúde.

O conceito de afetos utilizado para discussão e análise se baseou no referencial de Baruch de Espinosa (1992), para o qual um corpo se define pelos afetos de que é capaz e pelo poder de ser afetado. Assim, nossa capacidade de ação e criatividade é modulada pelos encontros que nos afetam: quando encontramos afetos que produzem alegria, nossa potência de ação e criatividade aumenta; quando esses afetos produzem tristeza, nossa potência de criação e ação é diminuída. O filósofo adverte que não sabemos de antemão o quanto podemos afetar e ser afetados, pois os afetos são da ordem da experimentação.

Deleuze (2002) traduz de forma prática este termo. Para ele, afecção é essa capacidade de afetar e ser afetado a partir do encontro. Encontros que nos afetam positivamente aumentam nossa potência de agir, produzindo alegria; e os que nos afetam negativamente diminuem nossa potência de agir, de criar, produzindo tristeza.

Fonte de inspiração para outros autores expressarem as produções de cuidado.

Passamos a vida em encontros, sendo **afetados** por eles e **afetando** os outros. Afecções que nos movimentam para a vida, para a produção de um cuidar próprio com mobilização de elementos vitais... que potencializam a vida [...]. (Abrahão, Merhy, 2014, p.317)

Na intenção de recolher e acolher cenas, pensamentos, gestos, reflexões, estar junto, (con)viver com os profissionais de enfermagem que produzem o cuidado, busquei pesquisar as produções que ocorrem nesse encontro e os afetos decorrentes (Barros, Kastrup, 2009).

Dessa forma, entendo o cuidado em enfermagem produzido no encontro entre profissionais e usuários, com demandas e expectativas diferentes, mas que convergem na sua produção experiências singulares, modos de olhar e sentir que vão se encontrar para produzir o cuidado.

Outro conceito que alimentou este referencial foi o conceito de subjetividade. O referencial esquizoanalítico entende a produção de subjetividade como necessariamente social, cultural, histórica, política e micropolítica. Pode ser tomado como um sistema aberto, constituído de muitas entradas e diferentes forças, no cruzamento de múltiplos componentes de subjetivação que se conectam, influenciando a constituição da subjetividade (Pereira, 2007).

Subjetividade representa o resultado da intersecção entre esses múltiplos aspectos de vida que vão influenciar os modos como as pessoas se apresentam no mundo (pessoal, profissional, social, etc.), fruto de representações, vivências prévias que constituem o indivíduo, tais como “emoções, informações, afetos” (Parpinelli, Souza, 2005, p. 479-480).

“A subjetividade não é algo que há a priori, mas é histórica e socialmente produzida com base nos encontros de um sujeito com o mundo social no qual está inserido”, coproduzindo-se (Franco, 2009, p.156-157). Ao falar de subjetividade, o autor se refere ao modo próprio de cada pessoa atuar, produzir e relacionar-se, determinando uma maneira singular de agir, construindo-se na realidade conforme os sentidos e as relações que estabelece com o mundo à sua volta. Ou seja, subjetividade é construída por meio das conexões, interseções, diferentes conexões nas múltiplas áreas da vida. Vida?

E a vida
E a vida o que é?
Diga lá, meu irmão
Ela é a batida de um coração
Ela é uma doce ilusão (Gonzaguinha, 2004).

Ilusão? Realidade? Talvez sim, talvez não. Nesta vida de encontros com alegrias e frustrações, surpresas e decepções, saúde e doença, vida e morte.

As vias de produção de cuidado resultam de forças e recursos acessados entre usuários e profissionais no território de produção de cuidado. Encontros em que estes se reconhecem, se escutam, se assistem, interagindo com suas intenções e significações pessoais, reelaboradas no plano da subjetividade (Martines, Machado, 2010, p.332).

Reconhecer a subjetividade é aprofundar a compreensão dos fenômenos que envolvem a produção do cuidado e considerar que as conexões de aspectos subjetivos, psíquicos e sociais acontecem nas várias esferas da vida, do usuário, e também do profissional que cuida, reconhecendo que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo que acontece numa produção “subjetiva do cuidado”, entre estes atores (Franco, Merhy, 2013, p.162).

Dessa forma, o caráter inovador e criativo da cartografia está em experimentar novas formas de subjetividades e de existência, rompendo com identidades e julgamentos pessoais. Ela aposta na construção de intercessores⁹, em busca das interferências e atravessamentos (Deleuze, 1992, p.156):

⁹ O conceito está sempre no plural pois representa o produto de encontro, produção e criação (Deleuze, 1992).

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso dos meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimem sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê.

Assim, aponto para o conceito de “intercessores”, remetendo à cartografia que acontece nas conjunções “e, entre”.

Bebendo na mesma fonte, Brito (2013, p.1) afirma que os intercessores “são os mobilizadores do pensamento”, permitem instigá-lo, incitando a criação de problemas. “Sem os Intercessores, o pensamento não age, não inventa, não cria”.

Segundo Merhy (2002, p. 51), intercessores são:

O que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro.

Esses intercessores se desenvolvem em torno de um objetivo comum: o cuidado em saúde, na multiplicidade de aberturas e saídas do rizoma, presentes no fluxo, nas intensidades que unem e separam, que multiplicam e dividem, afetam e repelem, forças que atuam e que dão movimento, sentido a este cuidado.

Ao cartografar, busquei refletir, amparar o sentido de vibrações, de potências que podem existir e reafirmar-se no encontro entre pessoas, dentro do hospital. Com a sensibilidade e o senso estético de pesquisadora-cartógrafa, emoções e sentidos aguçados, a ousadia foi observar e captar essas sintonias que ressoam constantemente no cotidiano do cuidado em saúde dia após dia, embalando os atores desse cenário e mantendo o movimento de produção do cuidado vivo e incessante. Sintonias de cuidados, de enfermagem, das subjetividades, nas conexões e conjunções que acontecem no cotidiano hospitalar. Para cartografar essas produções, tomei de empréstimo outro conceito da geografia usado em cartografia: os mapas.

Geograficamente, mapas servem para recortar, demarcar, descrever e apresentar melhor determinado território. Direccionam, apontam e dão pistas para

conhecer determinado território (Girardi, 2009, p. 147-149). Essa noção de mapa faz muito sentido à tese, especialmente para a apresentação dos dados produzidos. As produções registradas no diário de campo foram agrupadas em forma de mapas, possibilitando a descoberta de um novo território.

“Nesse mapa, justamente porque nele nada se decalca, não há um único sentido para a sua experimentação, nem uma mesma entrada... São múltiplas as entradas em uma cartografia” (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009, p.10).

Não há decalque, como não há reprodução, pois entendo que o cuidado em saúde que acontece com base nos encontros entre pessoas é produção.

Como pesquisadora-cartógrafa, esta investigação procurou: dar visibilidade, trazer à tona aspectos subjetivos produzidos e observados nas cenas em tempo real.

O maior desafio do cartógrafo nas pesquisas em saúde é dar condições de visibilidade e dizibilidade ao que se passa individual e coletivamente nos processos de produção de saúde, de cuidado e de vida. Para isso, o devir-pesquisador deve estar aberto para atravessar e ser atravessado pelo processo de pesquisar e de cuidar (Ferigato, Carvalho, 2011, p. 672).

Dizibilidade, no sentido formulado por Holanda (2010, p.310), é entendido como “aquilo que se consegue dizer, que precisa ou pode ser dito, que pode ser expresso através das palavras”. Não se restringe à expressão verbal, mas se estende à possibilidade de transformar em palavras toda forma de linguagem (gestos, expressão facial, tom de voz, postura física, pessoal, profissional entre outros) que falam por si só, detalhados no capítulo 3.

Assim, como pesquisadora, propus me deixar levar pelas cenas e pelos atravessamentos para mapear afecções, sensações, captar linhas, movimentos, planos de forças, afetos, saberes, tecnologias.

Utilizei como referencial teórico o conceito de tecnologias de trabalho em saúde proposto por Merhy (1997a, p.71-112):

1. Leves: tecnologias não estruturadas e que produzem relações “interseçoras” (já dito anteriormente como fusão de intersecção e intercessores), que ocorrem no encontro, na interação entre profissionais de saúde e usuários, em nível relacional (acolhimento, vínculo, escuta, conversa, autonomia).

2. Leve-duras: tecnologias que representam saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, tais como protocolos e conhecimento técnico-científico dos profissionais, especializações (clínica médica, psicanálise, epidemiologia, taylorismo, etc.), normatizações, rotinas, etc.
3. Duras: tecnologias bem estruturadas, tais como materiais e equipamentos de alta complexidade, como maquinários, métodos diagnósticos, instrumentais, além de normas, protocolos, hierarquizações e outras estruturas organizacionais rígidas.

Cartografar a produção de cuidados de uma equipe de trabalhadores da enfermagem com o usuário possibilitou mapear processos de cuidado. Ao mapeá-los, encontrei um território de cuidado múltiplo (criativo, técnico, subjetivo, complexo), que, pelas características peculiares e heterogêneas, foi concebido como um rizoma.

O rizoma representa “pontos de conectividade” entre profissionais e usuários e outros atores que ocupam o território de cuidado (Martines, Machado, 2010, p. 210). A respeito, Deleuze e Guatarri (2011, p. 22-29) definem como características:

1º e 2º - “Princípios de conexão e de heterogeneidade”: possibilidade de várias conexões, desconexões, podendo interligar-se para formar redes heterogêneas, variáveis, abertas.

3º - “Princípio de multiplicidade: As multiplicidades são rizomáticas [...] Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mudem de natureza (as leis de combinação crescem então com a multiplicidade). As multiplicidades se definem pelo fora: pela linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização segundo a qual elas mudam de natureza ao se conectarem às outras”. Ou seja, por ser múltiplo, o rizoma permite vários traços, linhas de várias origens e destinos.

4º - “Princípio de ruptura a-significante: Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter umas às outras”.

5º e 6º - “Princípio de cartografia e de decalcomania: Fazer o mapa, não o Decalque”. Cartografar é fazer um mapa, produzido a partir de uma experimentação ancorada no real. Ao contrário do decalque, não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói.

Neste sentido, busco o mapa, rizomático (com suas várias possibilidades de conexões, entradas e saídas), contrariando o decalque, uma mera reprodução,

copilação. O mapa é produção, é cartografia de linhas que nos compõe, produzindo-o e sendo por elas produzidas constantemente. Uma questão de desempenho, de criação, de arte.

Dessa forma, esta cartografia das produções de cuidados de enfermagem buscou captar o movimento presente nas interações, produções junto aos usuários que sofrem do coração.

Produção do quê? De subjetivação, de vida – produção do cuidado. Um cuidado que implica a produção de encontros, de conexões existenciais em aberto... Encontros que potencializam a vida [...]. O cuidado nesta dimensão alarga as possibilidades de escuta, de fala, de gestos, de odores, de observação, de toques, de sabores, de olhares, ou seja, amplia os elementos sensíveis e de pensamento empregados na produção do cuidado. (Abrahão, Mehry, 2014, p. 317)

Pautada nessa ideia de ampliar sentidos, pela leveza e multiplicidades de conexões, para apoiar e ilustrar as intenções cartográficas de se olhar o cuidado de enfermagem, retorno a uma passagem do Mutúm (Rosa, 2001, p.149):

Miguilim queria ver se o homem estava mesmo sorrindo para ele, por isso o encarava.
Por que você aperta os olhos assim? Você não é limpo da vista?
[...] Miguilim espremia os olhos.
[...] Este nosso rapazinho tem a vista curta. [...]
E o senhor tirava os óculos e punha-os em Miguilim, com todo o jeito.- Olhe agora! Miguilim nem podia acreditar!

2.2 O MUTÚM DENTRO DO HOSPITAL

A pesquisa foi realizada dentro do Hospital, em um setor específico, denominado simplesmente Mutúm.

O Mutúm corresponde a um andar (unidade de internação médico-cirúrgica) que presta atendimento exclusivo aos usuários da saúde suplementar, localizado no Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

A opção pelo Mutúm aconteceu por ser referência no atendimento em cardiologia, por ser um hospital-escola, cujos profissionais estão familiarizados com pesquisas, facilitando a sua realização, e por minha familiaridade com o local, já que trabalho há muitos anos como enfermeira no período noturno.

O Incor é considerado um hospital de ensino de alta complexidade, especializado e pertencente ao SUS, mas que também atende usuários da saúde suplementar (convênios e particulares). Fundado em janeiro de 1977, tem como missão ser referência, nacional e internacionalmente, no atendimento a doenças cardiopulmonares, na assistência, em ensino e pesquisa, agregando valor ao cenário mundial por meio do conhecimento gerado em suas pesquisas (Perazzollo et al., [2012?]).

Articulado às atividades de ensino e pesquisa, recebe alunos de graduação e pós-graduação das diferentes áreas de saúde oferecidas pela Universidade de São Paulo (USP) e de instituições privadas. Além de oferecer campo de estágio para alunos do ensino profissionalizante em nível médio oferecido pelo Centro de Formação e Aprimoramento em Ciências da Saúde (Cefacs), também vinculado ao HC-FMUSP.

Segundo Perazzollo et al. [2012?], a instituição contava em 2010 com 3.130 funcionários, sendo que 41% têm nível superior; 49%, nível médio e 10%, ensino fundamental. Desses, 32% pertencem à equipe de enfermagem, 14% são médicos e 54% compõem equipes de apoio (segurança, hotelaria, administração). Dispõe de 500 leitos para atendimento, sendo sete unidades de internação e seis UTIs de alta complexidade. Possui 14 salas cirúrgicas com média de 12 cirurgias por dia. Conta também com unidades complementares, como consultório, ambulatório, serviço de hemodinâmica, duas unidades de pronto-socorro, sendo uma para atendimento aos usuários do SUS e outra para usuários da saúde suplementar. Em geral, 80% dos atendimentos são para usuários do SUS.

2.3 OS HABITANTES DO MUTÚM

“Os passarinhos são assim, de propósito: bonitos não sendo da gente...”
(Rosa, 2001, p.81).

Em meio às várias categorias profissionais, escolhi a equipe de enfermagem composta por profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. De acordo com a escala de funcionários do Mutúm, até julho de 2014 (fase final da coleta de dados), o quadro de profissionais de enfermagem era composto de: 12 enfermeiros e 18 auxiliares de enfermagem, distribuídos equitativamente nos períodos manhã e tarde, e 7 enfermeiros e 14 auxiliares de enfermagem nos dois noturnos, num total geral de 19 enfermeiros e 32 auxiliares de enfermagem.

O Mutúm é dividido em três postos (ou alas) de enfermagem, em que permanecem um enfermeiro e dois ou três auxiliares de enfermagem em cada posto, independentemente do turno.

Os profissionais do turno diurno trabalham seis horas, das 7h às 13h e das 13h às 19h, geralmente em escalas fixas¹⁰. No período noturno, existe a escala de plantões, e eles se revezam em turnos de 12h por 36h (12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso).

Participaram da pesquisa 21 pássaros (7 enfermeiros e 14 auxiliares de enfermagem), conforme já apresentados no primeiro capítulo da tese. Ao nomeá-los, o interesse foi olhar para a produção de cuidados. Neste sentido, não houve tentativa de qualificar os participantes em função da sua ocupação, ou seja, ser enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, embora reconheço que em alguns momentos foi inevitável.

Ainda que tenham sido levantados breves perfis dos profissionais, com idade, tempo de trabalho na função, sexo, estado civil e escolaridade, decidi não detalhá-los aqui por entender que, ainda que indiretamente, pudesse levar à identificação dos participantes.

¹⁰ Normalmente os profissionais cumprem escalas fixas no período (manhã, tarde ou noite). Os relatos revelam que a chefia do Mutúm considera as necessidades pessoais (escolaridade, filhos, outros empregos) e procura manter o profissional no horário escolhido por ele.

De modo geral, os pássaros que compuseram a pesquisa eram todos do sexo feminino, de 18 a 55 anos. Entre as auxiliares de enfermagem, 71% tinham curso de técnico de Enfermagem, 21,4% graduação e especialização em Enfermagem, e 1 apenas o curso de Auxiliar de Enfermagem. Todas as enfermeiras tinham especialização em Cardiologia.

Quanto aos usuários-plantas, foram incluídos na pesquisa aqueles internados em tratamento de cardiopatias, apontados pelos profissionais durante o momento do cuidado.

Para facilitar a apresentação e impedir a identificação de alguns profissionais, optei por usar a classificação do cargo para o qual foram contratados na instituição na época da realização da pesquisa.

Pelo fato de eu trabalhar no período da noite há muito tempo e por acreditar que essa familiaridade me impediria de visualizar detalhes do dia a dia do trabalho destes profissionais, elegi o turno da manhã para realizar a pesquisa.

Nesse sentido, a provocação é para o que causa estranheza, como diz Pelbart (2000, p. 37): “[...] captar da realidade sua dimensão de excesso, de beleza, de horror, de intolerável, de assustador”.

2.4 DISPOSITIVOS¹¹ DE PRODUÇÃO COLETIVA

Como a cartografia consiste em percurso de pesquisa que inverte os métodos tradicionais de investigação, o pesquisador não preestabelece todos os passos daquilo que fará. Essa forma de pesquisar é ao mesmo tempo intervenção e necessita de dispositivos (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009).

Dispositivos “estando sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo”, concebidos em sua potência de suscitar acontecimentos revolucionários,

¹¹ Dispositivos aqui no sentido expresso por Deleuze (1990, p.155), descrito como “máquinas de fazer ver e fazer falar” possibilitando desemaranhar linhas de visão e de enunciação e de agenciamento capaz de provocar mudanças, favorecendo a produção, a vida (Baremblytt, 1996).

produzindo linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade; capaz de deflagrar processos de mudança (Barembly, 1992, p.74).

Os dispositivos utilizados para a produção dos dados foram escolhidos no intuito de sentir e captar as sutilezas do cotidiano de produção de cuidados no hospital, visto por muitos apenas como um local de tratamento de doenças. Constatou-se: observação participante, reunião com profissionais para elaboração do fluxograma e confecção de diário de campo.

Esses dispositivos permitiram não só à pesquisadora “ver” os participantes, mas que eles “olhassem uns para os outros”, abrindo a possibilidade para que se “enxergassem” dentro do contexto de produção de cuidados.

2.4.1 A observação participante

A observação foi realizada entre os meses de abril a julho de 2014, período em que estive formalmente no campo, com a atenção direcionada para captar as produções diárias dos profissionais aos usuários. Tudo serviu para alimentar a cartografia, entendida como um processo de produção de dados.

Observando, busquei olhar para a interação e reflexão dos seus atores (profissionais da equipe de enfermagem), o ir e vir dos jogos de palavras, expressões e impressões, linguísticas ou não, resultantes do cruzamento de relações de saber e de poder (Agamben, 2014, p. 25) , com uma sensibilidade que possibilitasse um olhar para a atenção ao cuidado e suas subjetividades.

A observação participante tem origem na antropologia, sociologia e etnografia, e geralmente é utilizada nas pesquisas qualitativas para coleta de dados. Possibilita estabelecer contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação e acompanhar experiências diárias dos sujeitos, bem como captar a subjetividade e o significado que os profissionais atribuem ao seu trabalho, através do mergulho na vivência do grupo pesquisado (Queiroz, Souza, Vieira, 2007; Lima, Almeida, Lima, 1999).

Seu uso possibilita observar os profissionais em suas atividades corriqueiras, em suas atividades normais, vivenciar os movimentos, dizeres e fazeres dos profissionais, suas interações, as relações estabelecidas com o objeto de trabalho e como se processam suas produções em saúde (Gonçalves, 1994).

Minha intenção foi estar inserida no cenário habitual dos participantes (usuários e profissionais) e dele captar suas vivências, fruto das interações, produções diárias, em qualquer forma de expressão: o verbal e não verbal, o dito e o não dito.

Angrosino (2009, p. 20-21) classifica em quatro tipos ou modalidades de observação participante, conforme o tipo de inserção do pesquisador no campo:

1. Observador como participante: o pesquisador observa de longe o grupo, interage apenas para situações pontuais, geralmente para realizar entrevistas ou assistir a eventos organizados.
2. Observador completo: coleta dados de longe, sem que os participantes saibam de sua presença; pesquisador limita-se a coletar dados e não se envolve com o grupo.
3. Participante completo: o pesquisador participa ativamente de todas as atividades do grupo, porém não divulga suas intenções.
4. **Participante como observador**: o observador participa de algumas atividades do grupo, envolve-se com o grupo, mas sabe-se que ele está realizando uma pesquisa, mediante o consentimento dos pesquisados.

Portanto, esclareço que minha atuação foi como participante observadora (4). Desta forma, obtive o consentimento do grupo no qual me inseri para acompanhar suas atividades.

Somente em alguns momentos, quando solicitada, na ausência da enfermeira, auxiliei em atividades pontuais e rápidas, ou solucionando dúvidas pertinentes à assistência, procurando não interferir nas decisões dos profissionais e muito menos na dinâmica da unidade. De modo que, em alguns casos, auxiliava apenas quando solicitada, procurando não interferir nas condutas, pois em todo o tempo foi pactuado com eles minha atitude de observadora.

Segundo Valadares (2010), a observação participante implica necessariamente um processo longo, considerando que, para compreender a

evolução do comportamento de pessoas e grupos, é necessário um longo período de tempo. Implica também saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos.

Reforçando essa premissa, Martines (2011) cita que o campo de pesquisa apresenta imprecisões e requer do sujeito-cartógrafo paciência e tempo de permanência, de mais observação.

Portanto, todas as cenas foram importantes, em espaços formais (do cuidado propriamente dito) e informais (reuniões, passagem de plantão, sala de café, corredores, conversas de vestiários, expressões verbais e não verbais).

Na observação participante, o que se leva para pesquisa em campo é a atenção e sensibilidade do pesquisador-cartógrafo, para a análise das cenas, dos diálogos, das conversas da produção de afetos cotidianos, dos acontecimentos, como a tensão e a atenção do cotidiano de cuidados (rotinas, afazeres e correrias cotidianas na relação com o usuário).

Aos poucos fui me fazendo conhecer, e conhecendo a equipe, de forma que quando todos estavam acostumados com a minha presença e demonstravam interesse pelo começo da pesquisa. Finalmente recebi aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP e iniciei as atividades.

Nesse período, uma vez por semana, acompanhei o turno da manhã, desde o recebimento da passagem de plantão do turno da noite até a passagem de plantão para o turno da tarde, em dias da semana alternados, procurando apreender o máximo das atividades assistenciais.

Já tinha conhecimento de que os dias da semana têm características específicas quanto às atividades rotineiras no hospital. Desta forma, foram contemplados todos os dias da semana (de segunda a domingo), permanecendo na primeira semana na segunda-feira, na segunda semana, na terça-feira e assim sucessivamente.

Durante a observação participante, pude acompanhar os profissionais durante suas atividades de trabalho (desde o recebimento até a passagem de plantão para o turno seguinte).

Lima, Almeida, Lima (1999), ao descreverem as anotações da sua pesquisa, aludem a dificuldades em realizar esses registros no diário de campo durante a

observação, salientando que tal atitude desperta curiosidade e desconfiança dos sujeitos da pesquisa, o que permite inferir sobre a necessidade de privacidade para elaborar e redigir tais informações.

Diante disso, tive o compromisso de não anotar nada durante a observação em campo. As informações verbais e não verbais, as cenas acolhidas, as impressões e expressões foram minuciosamente anotadas no diário de campo, em local reservado, longe da presença dos sujeitos da pesquisa.

Foi um exercício de tornar-se cartógrafa, por meio de gestos e atitudes propostos por Kastrup (2009) que serão discutidos adiante. Um movimento de inserção e permanência em campo que foi sendo refinado durante a pesquisa.

Num primeiro momento, a ideia era observar a interação dos profissionais e depois o cuidado aos usuários. Porém, devido ao dinamismo da unidade, isso não foi possível, portanto, após acompanhar a passagem de plantão, os profissionais eram dimensionados e eles escolhiam um usuário por dia, o único critério é que fosse adulto e em tratamento de cardiopatia, segundo os objetivos da pesquisa.

Os profissionais escolhiam geralmente usuários de alta complexidade de cuidado, ou de alta dependência de cuidados, ou aqueles que eram mais trabalhosos, mais exigentes, representando-lhes um cuidado desafiador.

Não houve recusa dos usuários e familiares quanto à participação, sendo preservada a privacidade em momentos de cuidados íntimos, a menos que a pesquisadora fosse solicitada a auxiliar, o que aconteceu poucas vezes.

Estabelecer um olhar atento, aguçar os sentidos, despir-se de preconceitos e de “pré-saberes”, e voltar-se para a novidade, para a surpresa de estabelecer novas conexões, novos rizomas.

Após o período de observação, foi elaborado o fluxograma analisador com os profissionais de enfermagem do período da manhã, em uma reunião com data, horário e local previamente estabelecidos.

2.4.2 O Fluxograma Analisador

Proposto como ferramenta analisadora do processo de trabalho, o fluxograma possibilita a compreensão do funcionamento da cadeia produtiva em saúde (Merhy, 1997).

Trata-se de um diagrama muito utilizado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam [...] em torno de uma certa cadeia de produção (Merhy, 1997b, p 71)

Sua construção apoia-se em representações gráficas padronizadas, mais bem explicitadas no capítulo 3 sobre a construção do fluxograma analisador. Este dispositivo compreende uma elaboração coletiva, a partir da discussão de caso de um usuário que tenha sido cuidado. A escolha deve ser coletiva e de consenso entre todos para que se possa elaborar um cenário de entrada, intervenções, decisões, ofertas de cuidados, saídas no processo de cuidar. Ou seja, “ofertas de ações expressas por um verdadeiro cardápio de intervenções” que foram realizadas por vários profissionais em momentos diferentes (Merhy, 1997, p. 77-78).

A articulação para realização do fluxograma aconteceu ainda no período de observação. Primeiro, através da orientação dos profissionais acerca das fases da pesquisa; depois, explicando em que consistia o fluxograma; e, finalmente, passando uma lista de intenções com espaço para proporem datas e nomes de usuários para a construção do fluxograma.

A pesquisa foi realizada em um contexto de Campeonato Mundial de Futebol, sendo necessária boa dose de bom senso e paciência de minha parte, uma vez que os ânimos estavam exaltados e a atenção voltada para esse **momento histórico**.

Dessa forma, as datas para a reunião foram votadas pelos profissionais; entretanto, a cada nova alteração nos jogos, esta data precisou ser alterada.

“Não basta que o pesquisador se proponha a fazer uma pesquisa participativa. É preciso também que os participantes queiram se engajar” (Kastrup, Passos, 2014, p. 28).

Seguindo as pistas do método cartográfico, é necessário que a participação coletiva seja efetiva, e o engajamento dos participantes depende do modo como a participação é conduzida. Nesse tipo de pesquisa, a simples quantidade de atores não conta, pois requer uma experiência de pertencimento, de envolvimento e de engajamento dos sujeitos.

Vivenciamos na época um clima tenso, emocionante, intenso. Sofrido, em se tratando de uma final mundial sobre o esporte que apaixona e prende boa parte dos brasileiros. Entre uma goleada e outra, pude observar que os profissionais se organizavam em uma sala cedida pela chefia de enfermagem e revezavam-se entre os cuidados de enfermagem e a espiada de uma partida e outra. Havia uma escala própria, daqueles que assistiriam ao primeiro e ao segundo tempo. Tudo feito sempre com muita discrição e profissionalismo, garantindo a continuidade e qualidade da assistência.

Houve a oportunidade de experienciar alguns desses momentos durante a pesquisa. Clima tenso, surpreendeu o fato de nenhum usuário apresentar sintomas relacionados aos problemas cardíacos, como palpitação ou dor no peito, observados em outros momentos. Inclusive vários deles reuniam-se na sala de visitas para assistir aos jogos com familiares e outros usuários.

Surpresa grata, pois, como pesquisadora, reconheço que fiquei bastante apreensiva nesses momentos com relação ao tipo de demandas produzidas. Essa constatação me fez pensar que, mesmo com o coração, estigma de emoções e afetos adoecidos, isto não prejudicou assistir a um momento tão emocionante!

E com estas questões sempre muito afloradas, deparei-me com o usuário Cedro nos corredores do Mutúm. Veio me cumprimentar e explicou que não estava internado, mas que, como tivera vários infartos antes, *“toda vez que tem um final de jogo emocionante, sua família o traz para assistir no hospital, porque sentem-se mais seguros”*.

Olho pelo caleidoscópio da subjetividade! Encontro o poeta, no fundo do prisma!

“Coração cresce de todo lado. Coração vige feito riacho colominhando por entre serras e varjas, matas e campinas. Coração mistura amores. Tudo cabe!” (Rosa, 2001, p.353).

Mergulhada nessa mistura de afetos e intensidades, esperei que os profissionais sinalizassem o dia mais favorável, pois interessava a participação efetiva da equipe na construção do fluxograma. Confesso que tive de vencer minha ansiedade, já que a pressa e a urgência em realizar o fluxograma logo após a observação eram demandas da pesquisadora.

Mesmo sabendo que em cartografia não há esta rigidez metodológica, havia a expectativa em fazer o fluxograma logo após a etapa de observação. Minha inquietação é que aquele movimento de pesquisa, aquela familiaridade dos participantes com a minha presença, o fervor das observações, esfriassem. Congelassem!

Pura ansiedade, medo de que a pesquisa e suas produções escorressem pelas minhas mãos, como um sorvete... a pressa em saboreá-lo para que não derretesse. Ufa! Calma! A cartografia me surpreende e acalma. Precisei dar um tempo, esperar, “parar para pensar... parar para escutar [...] ter paciência, dar-se tempo e espaço” (Bondiá, 2002, p. 24).

Finalmente, após quatro remarcações, ficou definida uma quinta-feira, dois dias antes, a seleção brasileira foi derrotada (1 x 7) pela seleção alemã. Dia triste, de muita chateação, sentimento de frustração inevitável nos rostos, paisagem viva por onde quer que passasse: usuários, familiares, profissionais. Toda aquela adrenalina típica de Copa de Mundo, aquele barulho, estampado em um silêncio ensurdecedor. Rostos emudecidos refletiam um coração desapontado, desanimado, traído.

Eu, a pesquisadora, que não conseguia pensar em mais nada, nada além da sua cartografia, pensou: “puxa, agora não vão mais querer participar. Foi-se o fluxograma!”. Para minha surpresa, no dia seguinte, todos já haviam retomado seus ritmos normais de trabalho. Ritmo?

Ao fundo, ouço o poeta num ritmo bem familiar, brasileiro, alegre, que (me) toca muito pelo momento vivenciado e que compartilho agora:

Viver
 E não ter a vergonha de ser feliz
 Cantar e cantar e cantar
 A beleza de ser um eterno aprendiz
 Ah, meu Deus...
 Eu sei, eu sei
 Que a vida devia ser bem melhor e será
 Mas isso não impede que eu repita,
 É bonita, é bonita e é bonita. (Gonzaguinha, 2004)

E se não pode ser melhor, ainda assim, como a vida pode ser bonita!

A vida! Com suas correrias, retrocessos, sua velocidade inconstante, dela somos todos aprendizes! Um aprendizado com os participantes, com eles continuamos nossa rotina, produção de cuidados, a produção de pesquisa: as cartografias do cuidado; diferentes ritmos, melodias! Nesse ritmo gostoso, prossigo rumo aos preparativos para a construção do fluxograma!

Os critérios de escolha foram: usuário com cardiopatia, adulto e que todos conhecessem. Foi passado um formulário por aproximadamente um mês, quando os profissionais estavam habituados com a minha presença em campo. Inicialmente foram selecionados cinco usuários; porém, um não atendia aos critérios por não ter sido da cardiologia.

Embora a indicação fosse a opção por apenas um usuário, os profissionais insistiram que fossem apresentados quatro; na verdade, três já eram falecidos na data da reunião, selecionados pelo desafio representado à equipe que expressou dificuldades para cuidar (um por ser cuidado paliativo, outro por recusar os cuidados e saúde e outro pela tenra idade e prolongado tempo de internação à espera de um transplante cardíaco). Um quarto usuário que, apesar de ter sido vítima de iatrogenia e ter tido prolongado tempo de internação, foi lembrado pelos profissionais por ter sido “muito diferente dos pacientes com cardiopatia: extremamente agradecido, agradável”.

Essa proposta foi novamente discutida entre eles (por meio de novo formulário em que deveriam optar apenas por um usuário, dentre os selecionados) e três usuários foram escolhidos por maioria de votos. Confesso que essa insistência provocou **um temor cartesiano** sobre o andamento da pesquisa. Como cartógrafa e enfermeira implicada, fiquei receosa de que a reunião não fosse produtiva, podendo ser chata e demorada, pois, na prática, percebia uma resistência desses

profissionais em participar de reuniões, apesar dos constantes apelos das chefias, burlando os vários mecanismos impostos, ainda sim oferecendo resistência em participar.

Esta também é uma preocupação da análise cartográfica:

[...] analisar é, de fato, sustentar um *ethos* analítico específico, permitindo que a pesquisa se volte para si mesma e se interroge acerca da implicação e da participação, levando à problematização e ao reposicionamento do lugar dos participantes. (Barros, Barros, 2014, p. 200)

Pensei então que esta não seria uma boa estratégia, a participação pela obrigação; em cartografia, na vida, busca-se o engajamento, a implicação dos sujeitos.

Depois de muita votação e após várias alterações, chegamos a um consenso sobre a data e o nome de usuário. Uma quinta-feira, às 13h e três usuários (São José, Buriti e São Caetano).

Nessa fase, utilizamos *flip-chart* e pincéis para anotar as ideias que emergiam das discussões e reflexões dos profissionais. Mediante autorização e acordos prévios com os profissionais, esse foi o único momento em que os dados foram gravados para posterior transcrição e análise. Ademais, percebi que havia um receio dos profissionais, uma preocupação muito grande de que a chefia de enfermagem participasse da reunião. Desta forma foi garantido que não aconteceria a participação das chefias de enfermagem.

2.4.3 O diário de campo

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

O diário de campo foi esta escrita cartográfica: houve cumplicidade, interesse genuíno em ser fiel às cenas observadas, às expressões escutadas, aos gestos lidos, transcritos. Um objetivo de escrever, ler, refletir, apagar, riscar. Escrever mais, melhor, escrever de outro jeito, escrever buscando a obra-prima.

Este diário atuou também como um dispositivo, abrigando e disparando o registro das cenas e percepções vividas, percebidas, refletidas, em um gesto de afetar e ser afetada; em um exercício de captar o que ocorre nas frestas, no meio, nas bordas, nas linhas e conexões possíveis e estabelecidas durante o momento de observação e descrição (registro) desses momentos no diário de campo.

Podemos dizer que para a cartografia essas anotações colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer. Há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa. Há coprodução. (Barros, Kastrup, 2009, p. 70)

Esse movimento coordenado e obrigatório de registrar tudo imediatamente após cada plantão observado, em local reservado, foi um compromisso meu com a própria pesquisa, um exercício para uma atenção cada vez mais aguçada, baseada no exemplo de outras cartógrafas (Martines, 2011; Gonçalves, 2009).

Barembilit (1998) cita que a cartografia foi criada a partir de relatos objetivos e subjetivos de uma viagem singular e única, registrados em um diário de bordo.

A viagem se fez! O passaporte foi a minha urgência e vontade em registrar tudo o que me movia e me afetava, com uma curiosidade infantil, percebia que muitas surpresas e afetos me acompanharam durante essa trajetória! Por várias vezes era surpreendida anotando detalhes e relatos que, em outros momentos, eram imperceptíveis!

O local escolhido para a confecção do diário de campo: o jardim da Faculdade de Saúde Pública da USP. O meio de locomoção, o diário de campo. Por meio dele, pude viajar, me desterritorializar, me reterritorializar, sair, voltar, imaginar, criar, delirar.

Contrariando a correria dos arredores, esse jardim majestoso e acolhedor é delimitado por duas movimentadas vias: Avenida Dr. Arnaldo de um lado e Rua Teodoro Sampaio do outro. Lá dentro, há pouco movimento: árvores imponentes e centenárias propiciam uma atmosfera bucólica, com direito à sombra frondosa e um cheiro de orvalho no início da manhã.

Observo ainda algumas pessoas fazendo uma espécie de caminhada rápida, outrora o vaivém dos alunos, professores e funcionários que lá estudam ou

trabalham. Ao fundo, nessa completa sensação de paz e bem-estar, sou cumprimentada pelos sons dos passarinhos que observo nos galhos longínquos, cuidando dos filhotes, em seus ninhos.

Nesse jardim, há um pequeno lago e uma fonte, algumas mesas e cadeiras rústicas, quase nunca utilizadas. Foi em algumas delas que eu compus o diário de campo.

Perto do Mutúm, há uma quadra, porém longe de toda a correria do plantão, longe das especializações, protocolos, procedimentos. Um lugar estratégico: perto o suficiente para que as ideias não se perdessem, longe (da agitação) o suficiente para refletir sobre elas. Perto de mim mesma, da minha pesquisa.

Um encontro íntimo: meus pensamentos e eu.

Nesse diário, busquei anotar o máximo de informações: linguagens (verbal e não verbal), vivências, impressões. O simples gesto de anotar, transformar as impressões em registros concretos, faz com que a atenção “seja tocada no nível das sensações”, outra pista lançada pela cartografia (Kastrup, 2009, p. 49).

A ideia inicial foi registrar tudo o que viesse à tona, que fosse lembrado logo após cada período de observação do campo, perfazendo um registro descritivo dos dados. O registro do diário de campo foi feito imediatamente após cada plantão, em um primeiro momento, numa ansiedade urgente de que nada se escapasse por entre os dedos, pelas frestas.

Primeiramente, registrei os assuntos principais, das impressões, observações, dos dados que apareceram em cada etapa da pesquisa. Trechos do que observei, compondo um sumário do que foi realizado, falado, apresentado, repetido, realizado pelos trabalhadores da enfermagem no momento do cuidado, de interação com o usuário.

Em seguida, um novo registro, agora detalhando impressões, reflexões, minúcias que se fizeram perceptíveis, na observação, na escrita, leitura e releitura desses registros, num movimento detalhado e reflexivo de escrita.

A intenção cartográfica esteve atenta, buscando captar, nos registros do diário de campo e cenários percorridos, momentos singulares do diálogo, a

consistência de cuidados em formação, de subjetividades em construção, para composição das cartografias necessárias (Rolnik, 2014).

Finalmente, no mesmo jardim, após dar umas voltas e observar a paisagem, as anotações eram relidas e complementadas.

Reforçando as orientações de Kastrup (2009, p. 49):

Adotando uma política construtivista, a atenção do cartógrafo acessa elementos processuais do território - matérias fluidas, forças tendenciais, linhas em movimento - bem como fragmentos dispersos nos circuitos folheados da memória. Tudo isto entra na composição das cartografias.

Com a cabeça muito cheia de cenas e ideias, ia para casa e durante aquela semana o diário continuava lá, a ser recheado de reflexões, outras cenas, diálogos com outros autores. Nos momentos posteriores, conforme era afetada por outras cenas, por outros artigos e pela reunião com a orientadora, a qual com suas provocações estimulava *insights* que me tocavam, tudo era anotado nesse diário de campo.

Esse mesmo diário também foi preenchido após a elaboração do fluxograma, complementando a análise das gravações. Foram construídos três diários.

Mantido em local seguro e sigiloso, de acesso exclusivo da pesquisadora, tive o cuidado para que, nas anotações realizadas, os participantes fossem identificados pelos codinomes já mencionados.

2.5 SOBREVOANDO E DESCOBRINDO O MUTÚM

A princípio, a ideia era pesquisar a produção de cuidados e a angústia entre usuários à espera de um transplante cardíaco. Devido a limitações do serviço, essa ideia foi abandonada e outras foram construídas.

Formalmente, em 2013, após aprovação no exame de qualificação (EQ), realizei um novo contato com a chefia da unidade, com o intuito de avaliar a aceitação e as possibilidades de operacionalização da pesquisa. Foram contatos proveitosos e sinalizaram ambiente favorável para a realização do estudo.

Desse modo, o contato com o campo teve início muito antes da produção de dados, através de várias reuniões e apresentações do então projeto de pesquisa nas instâncias hierárquicas do Incor. Iniciado após aprovação do projeto no EQ, em 20 de setembro de 2013.

Foram várias etapas antes da submissão do projeto de pesquisa ao CEP da EEUSP (via plataforma Brasil). Encontros com enfermeiras líderes do serviço para apresentar a metodologia (cartografia, dispositivos de produção de dados). Foram realizadas reuniões com a enfermeira-chefe responsável pela unidade (Mutúm); em seguida, com a diretora de área responsável pelas unidades de internação; e, finalmente, com a enfermeira da educação continuada. Em todas as fases, foi apresentado o então projeto de pesquisa. Apesar da burocracia e hierarquia, fui prontamente acolhida em todos os níveis nesta instituição. Uma grata surpresa!

Enquanto aguardava a aprovação da pesquisa pelos comitês de ética, realizei um movimento de sondagem do terreno, apresentei minhas intenções aos profissionais de enfermagem, expliquei o que é cartografia e enfatizei que só poderia começar a pesquisa após a devida aprovação do CEP-EEUSP.

Fui alimentando inquietações com a leitura de artigos e teses que falassem sobre os referenciais adotados. Pude “paquerar” vários autores, apaixonar-me por uns, casar-me algumas vezes, divorciar-me outras tantas. Exercitar a forma de fazer cartografia, teorizar, tentar visualizar os “gestos atencionais” (Kastrup, 2009, p. 32-51), o que chamei de atenção cobra-cega, um gesto de pousar sobre o cenário, tatear e depois reconhecê-lo.

Foram meses ensaiando como eu iria me inserir no cenário da maneira mais diluída possível. Como promover uma experiência de pertencimento ao grupo? Como afastar a imagem de avaliadora ou espiã? Parti do princípio de que primeiro eu precisava ser aceita pelo grupo. Eu precisava pertencer a ele(s).

Confesso que senti certo receio ao imaginar que poderia ser rejeitada pela equipe, que poderia ser vista como um detetive, em busca de segredos a ser desvendados. Por isto, durante cinco meses (o tempo para a aprovação no CEP), planejei a entrada no campo.

Apesar de ser enfermeira atuante naquela unidade há muito tempo, tive grande dificuldade de me aproximar como pesquisadora, uma atividade que ainda estava como estreante; além disso, a pesquisa seria feita intencionalmente com a equipe do turno da manhã, com quem eu tinha menos familiaridade. A maioria dos profissionais, eu mal conhecia o nome.

Muitas questões vieram à tona: eu seria aceita? Eles iriam participar? Seria possível? Haveria acolhimento ou hostilidade? Inquietações que num primeiro momento vieram a me paralisar. Precisei ser amparada teoricamente, pela experiência com outras cartógrafas (Martines, 2011; Gonçalves, 2009), pelas colegas do grupo de pesquisa e pelos referenciais teóricos (Deleuze, Guatarri, 2011; Merhy, 1997, 2002, 2004; Kastrup 2009, Rolnik 2014).

Embora a observação formal ainda não pudesse começar, eu tentava imaginar qual o melhor tipo de abordagem, de quais profissionais eu deveria me aproximar primeiro, quais seriam potenciais facilitadores ou dificultadores. Pensando neste engajamento, busquei primeiro a experiência de pertencimento, vesti branco por opção, para parecer “um deles”!

Se por fora eu mimetizava um devir-pássaro para adentrar o Mutúm, agora percebo que também modifiquei a paisagem com minha entrada. Metaforicamente, adentrei para (re) conhecer o Mutúm: ciscando aqui, acolá, pulando de galho em galho, experimentando os frutos, um pouco assustada, apreensiva em alguns momentos, mais descontraída em outros.

Nesta fase, deparei-me com diferentes pássaros, umas mais coloridas, outras mais barulhentas, algumas com canto suave e agradável, outras emitiam um som mais grave, mas todas compondo a atmosfera característica do Mutúm. Uma atmosfera de trabalho, muito trabalho, a correria dos afazeres diários, uma rotina em que tudo acontecia ao mesmo tempo. E, ao final, esses pássaros se reuniam religiosamente às 12h50 do dia para passar o plantão a outros pássaros, que, a sua maneira, dariam continuidade à assistência.

Foi assim que conheci Maria-Faceira, bastante extrovertida, expressa seu tom de ressentimento:

Que bom, acho importante que alguém olhe um pouco pra nós, sabe, aqui é tudo tão corrido, as pessoas só te enxergam como um número, um número apenas. E você só aparece quando faz alguma coisa errada!

Conheci também Sanhaço, que trabalha como auxiliar de enfermagem, embora tenha pós-graduação em Enfermagem em Emergência. Jovem, bonita, alegre, muito atenciosa e caprichosa, tem bom relacionamento com os outros pássaros, talvez por isso tenha observado que ela com frequência trabalha cada dia em uma ala diferente do Mutúm. De canto leve e agradável, gentil, foi uma das profissionais que mais me acolheu e me auxiliou voluntariamente no planejamento da reunião para o fluxograma, passando a lista para a escolha da data e do nome dos usuários. Recebeu-me carinhosamente:

Olha, a sua pesquisa vai ser muito bem-vinda, porque alguém precisa saber o quanto a gente trabalha aqui, é tanta coisa, que nem a gente se dá conta. Só assim pra gente saber, né? Acho que vai ser bem interessante. Pode observar à vontade, se depender de mim!

Adentrei o Mutúm com certa timidez e receio de não ser aceita pelo grupo, de ser reconhecida como uma invasora, uma inspetora institucional; contudo, para minha surpresa, houve uma acolhida especial à pesquisa. Os profissionais expressavam diferentes necessidades: de falar, de serem ouvidos, percebidos. Um grito que encerrava no peito desejos, insatisfações, ansiedades, expectativas; este desejo facilitou minha aproximação e inserção efetiva no campo.

Com o olhar aguçado, de uma criança, como Miguilim, atenta a tudo e a todos, houve aproximação. Especialmente os auxiliares de enfermagem, ao contar-lhes sobre minhas intenções de pesquisa, traziam-me um volume intenso de informações, misturavam os mais diversos sentimentos. Contavam histórias de usuários que impactaram o cuidado, contavam suas dificuldades, em muitos casos, traziam avaliações sobre o profissional enfermeiro. Como filtrar tudo? Como não perder essas informações, já que nessa fase tudo era importante e merecia ser recolhido, acolhido?

Somente após aprovação da gerente de enfermagem é que o projeto foi avaliado pela comissão de ética do Incor, que emitiu parecer favorável com a orientação de iniciar a coleta após aprovação do CEP da EEUSP (Anexo E).

E foi isto: enquanto eu aguardava, cinco meses que pareceram cinco anos de espera, ia brincando de cartografar! E hoje percebo como o tempo passou depressa! Bem que a orientadora avisou!

2.6 EXPLORANDO O MUTÚM PELO “OLHAR VIBRÁTIL”

O movimento analítico das produções buscou o “olhar vibrátil”, esta atenção sensorial, experiencial, capaz de ser afetada pelo que se vê, um movimento que faz parte da própria cartografia.

“No começo do trabalho a tarefa do cartógrafo não parece fácil. Ela exige uma atenção especial, concentrada e ao mesmo tempo aberta ao presente, capaz de entrar em sintonia fina com as forças em circulação.” (Kastrup, 2008, p.472).

Esta análise “vibrátil” foi assegurada e guiada pelos gestos atencionais (Kastrup, 2009, p.48). Dessa forma, destaco o funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo, que possibilitou nortear e potencializar a análise dos dados produzidos, assegurando o rigor metodológico.

Utilizei de forma modificada o referencial proposto por Kastrup (2009, p.32-50). Dividi três momentos iniciais, conforme descritos a seguir, durante o trabalho de campo, respondendo à questão sobre onde e como pousar a atenção durante a produção da pesquisa. Como pássaro, vesti-me ao entrar no campo, razão pela qual esse referencial fez muito sentido à pesquisa:

1. Pouso: “a entrada do aprendiz de cartógrafo no campo de pesquisa [...], como selecionar o elemento para prestar atenção”. Ao entrar no campo de investigação, estive imersa em uma atmosfera rodeada por vários estímulos, porém alguns deles chamaram mais atenção, destacando-se, sobressaindo-se, para despertar uma atenção ainda maior.
2. Atenção flutuante: “trata-se de uma atenção aberta, sem foco específico”, em que tudo é captado mesmo que desconexo, guardado em algum lugar que não é a consciência. “É o ajuste fino com a sintonia do que se percebe e do

que não se percebe prontamente”. Neste gesto cartográfico, recolhi e reservei para mim todos os estímulos que me tocaram.

3. Suspensão: “atenção que se volta para o interior”, um movimento, uma atitude de atenção a si e de acolhimento. “É um gesto cognitivo que refreia o pensamento” do cartógrafo, limitando o pensamento do pesquisador para que ele possa acompanhar o fluxo de pensamento, as intenções do sujeito observado, os profissionais de enfermagem.

Além disso, acolhendo a sugestão de Rolnik (2014, p. 67) de que “o cartógrafo deve levar consigo um princípio, uma regra e um breve roteiro de intenções”, segui um roteiro elaborado para a etapa de observação (Apêndice 1) que serviu como guia panorâmico para auxiliar a estabelecer uma atenção focada, inicialmente direcionada.

Finalmente, inclui-se nessa forma de analisar o registro no diário de campo, entendido como o movimento de parada para reconduzir a atenção ao objeto e destacar seus contornos singulares.

Funcionou como ponto de interseção entre percepção e memória, buscando recordar o que foi visto, escutado, sentido, experienciado, testemunhado durante o momento de observação, buscando em um exercício reflexivo, detalhado e minucioso, a composição desses registros.

Considerada também uma fase de reconhecimento atento, pois, ao escrever sobre as cenas, “elementos da memória eram acessados”, além dos já registrados, conversando com os referenciais, autores, ideias, que juntos ajudaram a construir o diário de campo (Kastrup, 2009).

[...] toda uma sub conversa só são apreensíveis por seu olho vibrátil, ou melhor, por todo aquele seu corpo que alcança o invisível. Corpo sensível aos efeitos dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, simulação em matérias de expressão (Rolnik, 2014, p. 31)

Afetar-se pelo olhar vibrátil no sentido de buscar uma sensibilidade aguçada, um interesse genuíno durante a observação, numa proposta para abrir-se a experimentações, a olhar com “novos olhos”, interagir com o ambiente hospitalar, um dos lugares em que acontece o trabalho vivo em ato, um dos pontos de

interseção entre cuidado e cuidador. Assim, fiz-me corpo sensível a afetos, um corpo entre vários corpos, sensível ao poder de afetar e ser afetado!

No sentido proposto por Franco (2009, p.147-162):

Os instrumentos cartográficos dão abertura para captar o jogo das linhas contínuas e descontínuas no trabalho vivo. Através do olho vibrátil, o pesquisador ao sentir e vibrar com as intensidades, pode ser afetado e assim, percebê-las como expressões do mundo da produção de saúde.

Foi com esse olhar vibrátil que as produções do Mutúm foram exploradas.

2.7 CUIDADOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado em março de 2014 pelo CEP, da EEUSP, sob o Parecer 623.121, devidamente submetido e registrado na plataforma Brasil (Anexo A).

A pesquisa atendeu às exigências previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Ministério da Saúde.

Minha inserção no campo foi autorizada pela comissão científica e pela coordenação de enfermagem do Incor (Anexo D).

Obtive a participação e colaboração de usuários e profissionais em todas as fases: observação de campo e elaboração do fluxograma analisador e de usuários indiretamente nas fases de observação e elaboração do fluxograma analisador, de forma direta ou indiretamente.

Para os profissionais, foram apresentados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): um para a observação participante (Anexo A), outro para o Fluxograma (Anexo B), etapa que diferente da anterior, teve seu conteúdo gravado.

Seguindo as orientações do CEP da EEUSP e para resguardar os direitos dos usuários, foi elaborado e apresentado um TCLE (Anexo C) a eles, que consentiram em participar.

Antes de abordar os usuários, foi realizado contato prévio com os seus acompanhantes, para saber se esse tipo de abordagem não causaria nenhum desconforto nem ao usuário nem aos familiares.

Essa precaução foi tomada pelo fato de que durante a etapa de observação das atividades dos profissionais durante seus turnos de trabalho, em alguns momentos, poderia envolver também a observação de atividades relacionadas aos usuários.

Não houve recusa por parte dos usuários nem dos familiares.

Os usuários foram selecionados pelos profissionais no momento do cuidado. Apenas um foi excluído dessa etapa por não ter acompanhante no momento da apresentação do termo de consentimento.

Não houve nenhum risco à saúde ou integridade física e mental dos participantes. Algum desconforto que pudesse estar relacionado à condição do participante sentir-se “vigiado” foi minimizado mediante acordos prévios, assim como tive o cuidado de me afastar de cenas que pudessem violar a privacidade e de estabelecer o compromisso de não gravar e não anotar nada durante a etapa de observação.

CAPÍTULO 3

UM COLETIVO EM PRODUÇÃO

Miguilim olhou. Nem não podia acreditar! Tudo era uma claridade, tudo novo e lindo e diferente, as coisas, as árvores, as caras das pessoas. Via os grãosinhos de areia, a pele da terra, as pedrinhas menores, as formiguinhas passeando no chão de uma distância [...].
(Rosa, 2001, p.149)

3.1 CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A produção de dados ocorre desde a etapa inicial da pesquisa de campo, que perde assim o caráter de uma simples coleta de dados. É preciso sublinhar que este processo continua com as etapas posteriores, atravessando as análises subsequentes dos dados e a escrita dos textos, continuando com a publicação dos resultados... e a própria leitura do mesmo pelos interessados, tudo isto sem falar na contribuição dos participantes na produção coletiva do conhecimento (Kastrup, 2009, p.48).

Kastrup (2009) menciona que a construção do conhecimento acontece desde a etapa da pesquisa de campo. Na verdade, entendo que essa construção acontece muito antes da inserção no campo, ainda na escrita do projeto.

Nesse sentido, esta construção aconteceu desde a escrita do projeto até as releituras das produções escritas, não havendo separação formal entre fases de coleta e análise – sugerindo uma produção de dados (Barros, Barros, 2014). Desta forma, não há como separar a fase de análise das demais fases da pesquisa cartográfica, já que as produções são automaticamente analisadas, o tempo todo.

Reconheço que tive uma dificuldade **cartesiana** para apresentar as produções, pois o tempo todo havia uma expectativa velada na compilação dos registros do diário de campo para analisar ao final. Por outro lado, a escrita cartográfica impossibilitava essa análise.

Dessa forma, as produções foram apresentadas conforme iam sendo acolhidas: primeiro na observação participante e depois no fluxograma analisador, para finalmente se entrelaçarem construindo o território.

Acreditando nessa construção, esta cartografia foi cultivada pelas participações em aulas, disciplinas teóricas, congressos, pelas repetidas leituras (artigos, teses, poesias, músicas, registros do diário de campo e das transcrições do momento do fluxograma), além da leitura contínua de artigos sobre o cuidado em saúde e da produção dos seus trabalhadores em ato.

Preciosas orientações acadêmicas auxiliaram a reconhecer implicações pessoais com o campo, que de tão entronizadas eram desconhecidas. Provocações que me instigaram, em alguns momentos fizeram recuar; em outros, potencializaram a criação de uma escrita criativa e acadêmica.

Incluem-se também discussões com docentes e outras doutorandas do Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde, que funcionou como um grande laboratório, no qual as teorias eram estudadas, avaliadas, discutidas, transformando a pesquisa cartográfica em um momento de reflexão e experimentação.

“A cada instante nos produzimos diferentes, com gestos, querereres, gostos, opinião, um ser distinto daquilo que éramos antes” (Abrahão, Merhy, 2014, p. 318).

Na escrita da tese, como pesquisadora, continuava sendo afetada por cenas e reflexões, acontecimentos, encontros, lembranças, que certamente ganharam força ao dialogar com as teorias e os autores escolhidos para esta escrita.

Ao reler o material registrado, nas idas e vindas, as voltas e os retrocessos, as produções me olhavam e instigavam: tantas informações, reflexões, registros, análises, produções... uma tempestade de ações e sentimentos provocava e ao mesmo tempo paralisava. Por onde começar?

Cartografar remonta a uma tempestade... tempestade de escolher rotas a serem criadas, constitui uma geografia de endereços, de registros de navegação, buscar paisagens [...] compondo multiplicidades e diferenciações (Kirst, Giacomel, Ribeiro, Costa, Andreoli, 2003, p. 91).

O pesquisador implicado, além de sujeito epistêmico (estudioso de certas teorias para a pesquisa), é ideológico (interessado em certas concepções ideológicas, tende a valorizar certos aspectos em detrimento de outros). Nesta tríplice condição (portanto, epistêmico, ideológico e implicado), “ao passar pela autoanálise das implicações, acorda de seu silêncio instituído e abre-se para novos sentidos e significações para os fenômenos, ressignificando a si e o sentido de seus fazeres, sem negar a validade da pesquisa” (Merhy, 2004a, p. 31-33).

Um cuidado permanente, pois, às vezes, era surpreendida, traída por convicções pessoais e pela tendência em reproduzi-las nas análises. Segundo Romagnoli (2009, p. 171), é “a partir da subjetividade do pesquisador, que afetos irrompem, sentidos são dados e algo é produzido”.

Dessa forma, os dispositivos foram escolhidos, de modo a reconhecer essa possível influência da pesquisadora no campo. Buscando-se tornar audíveis os ruídos que essa implicação pudesse abafar, a tônica na observação foi captar o que e como os profissionais **fazem** e na etapa de fluxograma o que eles **dizem que fazem**, na possibilidade de interligar esses dispositivos processualmente. Dispositivos no sentido de “máquinas de fazer ver e fazer falar” (Deleuze 1990, p.155).

“O método vai se fazendo no acompanhamento dos movimentos das subjetividades e dos territórios” (Kastrup, Barros, 2009, p.76-77), desenhado a partir dos mapas.

Mapas, produções culturais de discursos sobre o território, importantes por possibilitar a leitura daquele território ou da sociedade que ele representa (Girardi, 2003, p.3). Neste caso, descobrir um território de produção de cuidados.

Caminhar com os habitantes do Mutúm foi um exercício constante de estar junto, sensível, aberto às intensidades e permitir ser atravessada o tempo todos pelas afecções, paixões alegres e tristes, que compunham aquele cenário naturalmente.

Busquei a essência da pesquisadora, a curiosidade para aprofundar nas relações, para captar produções, para tomar parte daquele cenário, misterioso, que foi se revelando a cada passo. Um interesse genuíno de estar presente, de corpo e alma naquele processo. Um olhar para o que já estava lá, o tempo todo.

Pelas lentes de Miguilim, é possível avistar os mapas que serão apresentados a seguir.

Olha agora! Miguilim olhou. Nem não podia acreditar! Tudo era uma claridade, tudo novo e lindo e diferente, as coisas, as árvores, as caras das pessoas. **Via os grãozinhos de areia, a pele da terra, as pedrinhas menores, as formiguinhas passeando no chão** de uma distância [...]. (Rosa, 2001, p.149, grifo meu).

3.2 MAPAS

Segundo Deleuze e Guattari (2011, p. 5), devemos buscar sempre o mapa, porque este implica a criatividade e produção do cartógrafo (uma questão de produção), enquanto o decalque traduz uma mera compilação dos dados. Nesse sentido, optei por acompanhar os mapas que foram produzidos com os profissionais, perseguindo as linhas que eles foram traçando durante a produção de cuidados.

“É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal” (Deleuze, 1990, p.155).

Que linhas são estas que cortam e recortam os dispositivos, atravessando-os latitude e longitudinalmente, transversalizando-os?

Segundo Deleuze e Guattari (2012, p. 77):

Há pelo menos três linhas: uma linha de segmentaridade dura e bem talhada, de segmentação molecular, e em seguida, a linha abstrata, a linha de fuga, não menos mortal, não menos viva. Na primeira há muitas falas e conversações, questões ou respostas intermináveis, explicações, esclarecimentos, a segunda é feita de silêncios, de alusões, de subentendimentos rápidos, que se oferecem à interpretação. Mas se a terceira fulgura, se a linha de fuga é como um trem de marcha, é porque nela se salta linearmente, pode-se enfim falar aí, literalmente de qualquer coisa..., entretanto as três linhas não param de se misturar.

São estas linhas duras e molares – instituídas, flexíveis e moleculares – instituintes e fugidias, que escapam e dão movimento às demais que perseguimos. Linhas vivas e inquietas, traçadas por profissionais e usuários permitiram esboçar três mapas:

1. Ruídos (contradições e ressentimentos): “os grãosinhos de areia”
2. Tecnologias de cuidado (leves, duras, leve-duras): “as pedrinhas menores”
3. Dobras (conexões, encontros e subjetividades): “a pele da terra”

Pela primeira vez, o médico percebe a miopia do menino e lhe empresta seus óculos! Miguilim nem podia acreditar!

Avista a paisagem de longe... chega mais perto, o que ele vê? “[...] via os **grãosinhos de areia, a pele da terra, as pedrinhas menores**, as formiguinhas passeando no chão de uma distância [...]” (Rosa, 2001, p.149).

Até agora, a deficiência do olho retina de Miguilim permitiu que ele exercitasse seu olhar vibrátil. Por ele, fui tocada por este olhar.

O devir-menino da pesquisadora, po meio das lentes que potencializaram o olhar vibrátil, consegue avistar três mapas. Sigamos com ela... Como grãosinhos de areia sob nossos pés, a sensação é de certo incômodo, ligeiro, mas inquietante!

As lentes emprestadas a Miguilim potencializaram a capacidade de seu olho retina, permitindo que avistasse algo tão pequenino, para além do olhar vibrátil, o concreto! Sutis, como pequenos grãosinhos de areia, aparentemente imperceptíveis, eis nosso primeiro mapa!

3.2.1 Mapa 1 – “Os grãosinhos de areia” ou Mapa dos Ruídos

Como múltiplos grãosinhos de areia, neste mapa, diferentes “ruídos” chamaram a atenção. Mas o que quero dizer com “ruído”?

Procuro ajuda para explicitar melhor o termo: Holanda (2010, p.677) define ruído como: “Som confuso e ou prolongado, rumor. Qualquer som”.

No cuidado em saúde, Merhy (2004b, p. 128) cita os “ruídos” como uma ruptura do silêncio institucional, em que normas ou regras são quebradas. São sons de uma minoria que quer se fazer ouvir. Possibilita uma abertura a questionamentos sobre a lógica instituída. Pequenos movimentos das minorias hierárquicas, gestos sutis de protestos que começam a incomodar os planos organizacionais.

Tais ruídos podem ser um analisador para a construção de novos modos de gestão e operacionalização do trabalho em saúde. Cartograficamente falando, que sirva para decifrá-los (Merhy, 2004b).

A palavra ruído remete a um som confuso e prolongado, uma sensação perceptível nos bastidores institucionais. Os grãosinhos de areia, aparentemente inofensivos, também podem incomodar; tais como o ruído. Apesar de fraco, o ruído incomoda. Mas incomoda a quem? Será que incomoda apenas a quem o ouve? Quem faz o ruído é capaz de ouvi-lo ou acostuma-se a ele?

O Mutúm é um local de diversos relevos, rico em vegetação e fontes naturais de rios e cachoeiras, matas, pedreiras. “[...] é um lugar bonito, entre morro e morro, com muita pedreira e muito mato, distante de qualquer parte, e lá chove sempre...” (Rosa, 2001, p. 27).

Características geográficas são bastante utilizadas para demarcar certos territórios. Nessa linha, este mapa foi caracterizado pelas diferentes paisagens geográficas: contradições (do atendimento ao SUS x privado, cuidar de criança x adultos, do trabalhar muito x ganhar pouco, do reclamar x ficar, do chorar x sorrir) e ressentimentos (relativos à falta de valorização, de tempo, de autonomia, de reconhecimento profissional, de plano de carreira, de plano de saúde, de funcionários; falta... falta... falta... falta).

O Mutúm é um local característico, diferente de outros setores do hospital. Seus habitantes são profissionais submetidos às mesmas condições contratuais (cargos, salários, benefícios, hierarquias); contratados por concurso público estadual ou diretamente pela Fundação Zerbini (FZ), entidade formada por médicos que atuam para complementar a renda oferecida pelo estado à instituição¹².

As instalações são novas, modernas. Há sistema de ar condicionado e duas amplas salas de visitas com televisores, um deles de tela plana. Os quartos são do tipo suíte, equipados com telefone e televisor de tela plana, cofre, armário com chaves, além de poltrona, frigobar e um *sommier*¹³ para descanso dos acompanhantes. Nos quartos, também denominados apartamentos ou suítes, um acompanhante pode permanecer em período integral, para os adultos, e os pais, no caso das crianças. Além dos visitantes, que podem permanecer no período das 12h às 20h.

Nos postos de enfermagem, dois computadores ficam sob um amplo balcão de mármore, com respectivas cadeiras giratórias. Os medicamentos são preparados

¹² Entidade não governamental sem fins lucrativos fundada em 1978 pelo médico Dr. Euryclides de Jesus Zerbini e outros colaboradores, interessados em fazer pesquisas na área de cardiologia. Com o passar do tempo, os recursos foram utilizados não só para a pesquisa mas para a melhoria da assistência; atualmente a FZ é responsável pela aquisição de materiais e equipamentos de diagnóstico e contratação de recursos humanos que viabilizam uma assistência altamente qualificada. O serviço de apoio ao Incor é prestado por meio de convênio assinado entre a FZ e o HC-FMUSP, autarquia especial do Governo do Estado de São Paulo (Perazollo, Relatório de Gestão do Incor, 2012?).

¹³ Tipo de sofá que se transforma em cama.

em uma saleta com divisória de vidros, possibilitando que o profissional tenha sempre uma visão do ambiente. Além disso, existem dois balcões com três cadeiras cada um, onde a equipe multiprofissional pode realizar as anotações no prontuário.

Passando pelo amplo corredor de mármore, há duas salas de espera com confortáveis sofás e um televisor de tela plana de 42 polegadas, além de artigos de decoração (quadros, vasos e plantas). Tudo isto somado a um ambiente claro e climatizado.

No Mutúm, os usuários têm serviço de hotelaria diferenciado (refeições, camareira, limpeza, sistema de ar condicionado). O atendimento é realizado exclusivamente por médicos assistentes e professores, praticamente não notei residentes ou outro tipo de alunos de medicina no cuidado direto ao usuário.

Embora pertença a um hospital-escola, no Mutúm não existe atividade de estágio (como acontece nos andares pertencentes ao SUS). Uma realidade que contrasta com as demais áreas do hospital pelo tipo de atendimento oferecido e acomodações; essa diferença também se observa no nível socioeconômico dos usuários.

Os profissionais relatam certa dificuldade em assistir os usuários:

Pessoas de alto poder econômico, bastante solicitantes e extremamente orientados em relação ao seu problema de saúde e à terapêutica utilizada [...]. Por isso, são muito exigentes e questionadores. (Nhambuzinho)

Relatam a necessidade de uma atualização contínua diante dos procedimentos e medicamentos a serem administrados.

Por que eu vim do sétimo andar, né? Lá é SUS, é muito diferente daqui. Às vezes tenho a impressão de estar em um outro hospital... Porque aqui o tratamento é diferente, o paciente que decide se vai pra UTI ou não. Tem paciente que reclama do horário do medicamento, mas tem outros que você vai dar, ele não quer... (Seriema)

Diante disso, outra queixa são os frequentes remanejamentos dos profissionais para o atendimento nas unidades do SUS, em que cada auxiliar de enfermagem cuida de um número maior de usuários. Segundo eles, as chefias desses andares só enxergam a demanda numérica, ou seja, avaliam a demanda de cuidado pelo número total de usuários, que é “sempre maior nos outros andares”.

Para esses profissionais, pelas características dos usuários do Mutúm, cuidar deles demanda um tempo muito maior. Representam uma carga maior de trabalho, associados ao “estresse e desgaste emocional”, usuários e familiares em geral são muito exigentes, gerando demandas adicionais de trabalho, para além dos usuais cuidados de enfermagem (banho, curativos, medicamentos).

Esses serviços, apesar de serem executados por equipe técnica específica, são solicitados primeiramente à enfermagem, e não aparecem como atividades de trabalho. Mas existem e, por vezes, fazem com que se sintam sobrecarregados.

Outra coisa, uma hora é o ar condicionado, outra hora é a internet, a net... parece que se não arrumar aquilo, vai ser... o fim do mundo [risos]! (Maritaca)

Questiono como é trabalhar no SUS e Seriema responde que é muito melhor, já que:

*[...] lá no SUS costumam ficar com até nove pacientes, **mas eles não reclamam de nada, não chamam pra nada!** E lá não fica acompanhante pra atrapalhar, **lá o serviço rende**. Você consegue fazer tudo rapidinho. A única coisa que atrapalha lá é que tem muito estudante, né? Eles, sim, atrapalham. Fica muita gente em cima do prontuário.*

Nesta hora, consigo visualizar outro contraste: todo mundo em cima do prontuário e qual o lugar do usuário? Penso no trabalho desses profissionais e no cuidado produzido. Como será ser cuidado no SUS? Por comentários semelhantes a esse, percebo um cuidado quase caritativo, embora todos os profissionais sejam remunerados para exercê-lo!

As expressões estão grifadas, porque chama atenção a constatação de Seriema quanto à diferença na demanda dos usuários SUS, visto que estes demandam menos cuidados, porque “solicitam menos” à enfermagem.

Atender usuários carentes, menos exigentes, parece ser tarefa fácil para alguns profissionais, já que eles relatam que as demandas são menores: “**eles não perguntam nada**”. Mas me instiga essa afirmação. Por que eles não questionam nada?

Não perguntam porque não têm conhecimento, por medo de perderem o benefício, de serem maltratados? Medo de quem? De perder o quê? Sabemos que

os profissionais são remunerados para atender também essa população, que, aliás, é a maioria na instituição.

Essa questão parece remeter à questão das “minorias hierárquicas” citadas por Deleuze (2002), podendo também remeter a outro ruído institucional, nesse caso, ruído do usuário SUS. Será que é bom cuidar de um usuário totalmente passivo, que não reclama de nada, que não fala nada, não questiona, apenas se submete a ser cuidado? Essa questão chama a atenção tanto pela passividade do usuário dito SUS como pela falta de incômodo de profissionais em cuidar de **usuários** deste tipo.

Discute-se essa passividade do usuário no serviço público, pois preocupa a postura de aceitar o tratamento oferecido como dádiva e, portanto, sem direito a questionamentos (como na comparação feita por Seriema) (Reis et al., 2013; Gomes et al., 2008).

Percebe-se que os usuários visualizam o serviço como algo “doador” pelos governantes e não como direito à cidadania e saúde... Pode-se inferir, a partir dessa visão, que o usuário se sinta com receio de expor uma avaliação negativa do serviço, por isto aceita tudo com muita passividade (Reis et al. 2013, p. 1040).

Surge, nas observações e nos relatos dos profissionais, a questão cultural de que o público é gratuito, quando na verdade não é. Os usuários deveriam ter atendimentos similares, já que também pagam pelos serviços (via convênio, particular ou pelos impostos recolhidos pelo governo) (Saito et al., 2016).

Para sairmos do muro das lamentações, Gomes et al. (2008, p. 773-81) pontuam que uma das possibilidades está nas estratégias de sensibilização dos profissionais e orientação dos usuários para a cidadania:

Ampliar a consciência dos direitos dos usuários na prática dos serviços requer um trabalho educativo que envolva gestores, trabalhadores e usuários. Isto porque a garantia constitucional e os códigos legitimados não são suficientes para efetivar esses direitos na prática.

Garantir o cumprimento do dever dos profissionais e assegurar os direitos dos usuários passa pela necessidade de fomentar estratégias que fortaleçam o conhecimento e exercício da cidadania por todos os envolvidos. Meirelles et al. (2015, p. 668) referem que mudanças na cultura organizacional do serviço público, pautadas em ações educativas e melhor interação da equipe multiprofissional com o

usuário e familiares, tornando-os participantes ativos no tratamento, corroboram para aumentar a segurança do usuário.

Vislumbram-se, dessa forma, o potencial e a necessidade de sensibilizar os profissionais e usuários para garantir que essas práticas sejam uma realidade em todos os serviços, independentemente de ser público ou privado.

Coruja complementa o comentário da colega de outra forma:

É verdade que o paciente não chama pra nada lá no SUS, mas, por outro lado, parece que eles não têm o cuidado que merecem, sabe? Principalmente por conta dos médicos, lá o paciente é meio que sem dono, sabe? Às vezes parece que é mal cuidado. Tem paciente que às vezes dá a impressão de ficar abandonado. Aqui, realmente, o paciente é mais chato mesmo, mais questionador, mais exigente. Mas pelo menos a gente sente que ele tá bem cuidado, né? Não só pela enfermagem, mas pelo médico também, principalmente.

Coruja trabalha no Mutúm há vários anos, diz que já trabalhou em outros setores do hospital. Seu ressentimento é a falta de oportunidade para exercer a função para a qual se preparou, já que é enfermeira pós-graduada e ainda trabalha como auxiliar de enfermagem.

Se, por um lado, lidar com usuários solicitantes e exigentes é revelado como uma tarefa árdua e desgastante, por outro, relatam a necessidade de buscar conhecimento científico nas áreas de farmacologia, fisiologia e anatomia para favorecer e respaldar seu trabalho. Isto os torna mais participativos, comprometidos e com mais facilidade na interação com os usuários e familiares, exercendo suas atividades com mais segurança, contribuindo para diminuir riscos ao usuário.

Ao caminhar, vou observando novos e peculiares jeitos de trabalhar dos profissionais. Um modo pessoal de imprimir um pouco mais de si no cuidado do outro, ou, ao contrário, de não se responsabilizar pelo cuidado, de criar linhas de fuga, ausências percebidas, veladas, enfim... cuidado produzido, cuidado em produção.

Quando, por exemplo, Seriema refere que gosta mesmo é de trabalhar no SUS, “porque lá eles não perguntam nada!”, demonstra sua dobra instituída para executar apenas os cuidados prescritos, já que precisa ficar com nove usuários e quanto menor envolvimento, mais rápidos os encontros. Não deixa de ser uma linha

de fuga para (des)cuidar, ou para cuidar sem questionar, **cuidar como dá para fazer** e não atento à demanda do outro, um cuidado prescrito, capturado, instituído.

A linha de fuga é uma desterritorialização. [...] Fugir não é absolutamente renunciar às ações, nada mais ativo que uma fuga. É o contrário do imaginário. E igualmente fazer fugir, não obrigatoriamente os outros, mas fazer fugir algo, fazer fugir um sistema como se arrebenta um tubo... fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia (Zourabichvili, 2004, p. 29).

Por outro lado, também podem trilhar outra rota ou traçar nova linha, já que o profissional não escapa da situação, mas cria uma outra saída, uma outra lógica para cuidar, em detrimento do grande número de usuários sob sua assistência.

Essa talvez seja somente a ponta do *iceberg*, levando a pensar a questão da passividade imposta (ou não) aos usuários SUS, como já visto anteriormente, passa pela questão da cultura organizacional e educação para a cidadania (Meirelles, 2015).

A fase de observação permitiu visualizar pormenores da rotina hospitalar (sutilezas, dificuldades e suavidades), o envolvimento no cuidado, a preocupação em atender às demandas, em buscar conhecimento para melhorar sua atuação. Nessa fase, percebo toda uma rotina normatizada, rígida, com horários para coleta de exames laboratoriais em jejum, verificação de sinais vitais três vezes ao dia, no mínimo, horário da visita médica, da fisioterapia e do banho, que deve ser pela manhã, seguido dos curativos, horário do almoço que é muito mais cedo do que o habitual. Já os encaminhamentos geralmente são à tarde. Toda uma rotina de assistência multidisciplinar, incluindo-se a enfermagem, imprescindível ao tratamento e à recuperação dos corações que sofrem.

Porém, meu olhar esteve direcionado aos interstícios, às subjetividades que se criam, espiando, pelas frestas, as linhas de fugas do instituído. Kastrup e Passos (2013, p. 264) afirmam que “a pesquisa de campo coloca o cartógrafo diante de um território que ele não conhece e em relação ao qual pretende fazer avançar o entendimento e as práticas de trabalho”.

Ao analisar essas produções coletivas, percebi que a mesma dificuldade relatada pelos habitantes-pássaros os impulsionam a buscar conhecimento e isto culminava na melhoria do nível da assistência (referindo-se ao atendimento de

usuários exigentes que demandava mais tempo e melhor preparo e conhecimento técnico e científico): contradição!

Talvez, não por acaso, observo nos profissionais de nível médio a busca por aumentar esse conhecimento. A maioria concluiu curso técnico em enfermagem e vários planejavam ou estavam cursando faculdade de Enfermagem. Um contraste com as queixas, as lamentações relatadas na profissão (falta de plano de carreira, falta de valorização profissional, falta de reconhecimento, falta de autonomia, entre outros ressentimentos).

Pontuaram também a dificuldade em ter que atender, na mesma unidade, usuários com faixa etária tão específicas! Por outro lado, divergem quanto à postura profissional. Alguns entendem que todos os profissionais deveriam estar aptos a cuidar de crianças. Outros reconhecem que todos devem estar aptos, mas existem aqueles que “levam mais jeito com as crianças”, “atendem com mais delicadeza e por isso deveriam permanecer fixos” na Ala Z.

Embora reconheçam a habilidade e o conhecimento técnico em pediatria como parte da formação profissional, entendem que “não são todos os profissionais que levam jeito com as crianças”, como percebido na fala de Bem-te-vi:

Olha, Rose, eu tô sendo muito sincera com você. Eu fico preocupada, porque a gente sabe que todo mundo tem obrigação de cuidar das crianças, de saber cuidar delas. Mas eu percebo que tem gente aqui que não leva o mínimo jeito, sabe? Tem gente que é grosseiro com os pais, com a própria criança, sabe? Como eu vou te explicar... não é de propósito, mas cuidar de criança tem todo um jeito de entrar no quarto, devagarinho, de não abrir a porta de qualquer jeito, pra não assustar ainda mais a criança, sabe? E mesmo enfermeiro, sabe, tem enfermeiro aqui que não tem o mínimo envolvimento, com os pais. Sabe, muito frio, muito técnico. Não precisa ser pai ou mãe pra se colocar no lugar deles, sabe? Eu mesmo não tenho filhos, mas eu procuro ter esta sensibilidade, sabe, pra ajudar, pra cuidar melhor!

Portanto, aparentemente, tais profissionais adquirem certo *status* pela facilidade de cuidar das crianças, permanecendo fixos nessa região do Mutúm. Estudos apontam o papel fundamental da equipe de enfermagem não só nos cuidados diretos à criança, mas na detecção de alterações clínicas e complicações precocemente, prevenindo agravos (Hickey, Gauvreau, Curley, Connor, 2013; Medeiros, Castro, Barçante, Megda, 2010).

Observando o cuidado realizado, a interação com as crianças e seus familiares (geralmente os pais), e a maneira como se referem ao cuidado e à preocupação com a assistência às crianças, enxergo profissionais dedicados e comprometidos, mas que mencionam insegurança ao ter que cuidar de crianças e de adultos no mesmo espaço.

E é muito diferente dos adultos... e isso torna complicado, porque aqui, no Mutúm, deveria ter um setor só de pediatria. Porque a gente é obrigada a ficar com crianças e adultos. As crianças te tomam muito tempo, um tempo de cuidado mesmo, de ficar junto, de fazer vínculo, de ela pegar confiança em você.

Bem-te-vi reforça essas queixas:

Cuidar de criança é bom, eu gosto. Mas por outro lado passa a ser estressante... Porque os adultos não aceitam este tempo, às vezes a gente acaba atrasando medicação deles (dos adultos), porque levou meia hora pra aferir os controles da criança. Ou porque ficou uma hora tentando fazer o curativo. Isso te atrapalha, te estressa... eu fico chateada, muito chateada quando isso acontece. É um sentimento de.... frustração! É essa a palavra! (Bem-te-vi).

Relatam ainda a falta de equipamentos específicos para crianças, pois atendem desde recém-nascidos. Nhambuzinho reclama da falta de equipamentos e materiais:

Falta material específico pra criança, né? A gente tem dificuldade até para conseguir um aparelho de PA (pressão arterial). Não só isso, falta material de punção, equipos, sabe, tem sempre que tá pedindo emprestado. Porque aqui não é um setor específico de criança, né? Aí você fica muito estressada, ansiosa, né? Porque às vezes, medir uma pressão parece a coisa mais difícil do mundo, né? Por quê? Simplesmente por falta de material, pela falta de especificidade do setor. Que foi desenhado, projetado para assistência dos adultos, né?... Muito complicado!

Adicionalmente, pontuam os problemas de relacionamento com os pais que, inseguros, passam a questionar e a reclamar da conduta da enfermagem. Para eles, geralmente, as crianças encontram-se em situação clínica mais crítica do que os adultos:

Olha, a gente gosta de cuidar das crianças, eu mesmo adoro. Estou desanimada, sabe? Porque a única coisa ruim daqui é isto: essa mistura de adultos com as crianças. Isto te impede de fazer um trabalho tranquilo com as crianças, de dar mais atenção aos pais. Porque as crianças são muito graves, né? Por isso estes pais são muito, muito ansiosos, eles precisam de atenção. Uma atenção que você não tem tempo pra dar. Eu estou terminando a faculdade, quero me especializar em pediatria! (Gaviãozinho-Pintado)

Entre as dificuldades para cuidar de adultos e crianças no mesmo espaço, relatam ficar divididas entre os cuidados dos adultos, que muitas vezes requerem uma urgência, ou não querem (podem) esperar, na prática. Um grupo que se recusa a trabalhar na Ala Z; outro grupo, que, mesmo dizendo-se insatisfeito, exerce suas atividades com um alto grau de liberdade e criatividade.

Neste momento, releio os relatos de Bem-te-vi, ao cuidar de uma criança (nesta pesquisa, não foram observados diretamente o cuidado com usuários pediátricos, porém foi um relato da profissional). Bem-te-vi precisa aferir os sinais vitais da criança, mas ela é muito agitada e *“chora só de ver alguém de uniforme do hospital”*. Conta que a criança adora Galinha Pintadinha, lembrou-se de tê-la visto brincando com uma. O aparelho de aferir pressão arterial é automático: basta colocar na criança e ele fornece medidas de pressão arterial, frequência cardíaca (FC) de saturação de oxigênio.

Bem-te-vi então conversa com a criança e pergunta se ela gosta de música. Baixa um vídeo no celular e dá para a criança ver, enquanto isto, consegue aferir a pressão calmamente. Conta que está mais acostumada a cuidar dos adultos, mas que está gostando bastante de interagir com as crianças e que para isto aprendeu a cantar (e dançar) canções infantis como Patati-Patatá, Galinha Pintadinha, Pepa Pig, entre outras.

Contrastando com as queixas e ressentimentos pela falta de um setor específico de pediatria, ressaltam a criatividade e o envolvimento dos profissionais para cuidar das crianças, os quais saem da dobra das lamentações e conseguem criar outra dobra, para ir além.

Porque é assim, né, Rose? Tem criança que fica muito tempo aqui, a gente tem cada vez mais crianças esperando um transplante! E eles não têm o que fazer aqui, né? [...] a psicóloga vem, deixa um brinquedo, um livro, mas é só isso, né? Eles ficam muito ociosos, ficam perambulando no meio dos adultos, né? (Gaviãozinho-Pintado)

Nhambuzinho prepara para avaliar uma criança. Troca de avental, coloca um verde-claro, tipo camisola. Pergunto por que e ela diz que *“isso facilita a interação com as crianças, porque muitas delas se assustam só de ver as enfermeiras de branco”*.

Há uma rotina preconizada pela coordenação de enfermagem, a mesma para adultos e crianças; porém, uma simples atividade de verificação de sinais vitais¹⁴ em crianças requer uma sensibilidade maior do profissional, pois é necessário respeitar o tempo dela, visto que se ficar muito nervosa, esses padrões saem falsamente alterados.

Na fase, pude observar que alguns auxiliares chegaram a várias tentativas para conseguir aferir a pressão arterial e a Sat O₂ de uma criança, demonstrando um cuidado maior, uma sensibilidade aguçada desses profissionais nessa área do Mutúm.

O enfermeiro recebe o plantão, realiza o dimensionamento de pessoal (escala os auxiliares em cuidados integrais a cinco ou seis usuários para cada), checa primeiro as prescrições médicas, resolve pendências urgentes apontadas pelo plantão anterior. Por fim, realiza a visita diária aos usuários internados, exigência da chefia de enfermagem, sendo preconizado que a enfermeira faça a primeira anotação para garantir que a visita foi realizada.

Já os auxiliares recebem plantão, separam e conferem as medicações e dirigem-se aos quartos para verificação dos sinais vitais. São os que permanecem mais próximos aos usuários e a seus familiares, são relações nítidas que estabelecem entre eles. Alguns profissionais destacam-se pela capacidade de estabelecer vínculos com usuário e família: de confiança, de apoio, de afetividade; outros são mais técnicos, desenvolvem seu trabalho com competência, mas são incapazes de olhar o usuário para além das regras e protocolos, estes não se vinculam.

Essa atitude varia de acordo com o profissional e geralmente é o auxiliar de enfermagem que está mais diretamente ligado a elas, reforçando o caráter micropolítico da produção de cuidados dos profissionais.

Segundo Ceccim e Merhy (2009, p. 533), a micropolítica é um agir político, atitude política de forças minoritárias, instituintes, que resistem ao saber-poder-desejo hegemônico:

¹⁴ Atividade de avaliação física que consiste em aferir a pressão arterial, frequência cardiorrespiratória, temperatura e nível de dor.

Disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato. [...] Não são regras de exercício da profissão ou do trabalho, nem diferenças de escala que marcam o território da micropolítica, mas coengendramentos de si e de mundos.

Em contrapartida, complementam que nem todos os profissionais querem ou gostam de ficar nessa unidade, por ter que cuidar de crianças, o que exige uma especificidade ainda maior. Surpreendentemente, esse ruído foi repetido por vários profissionais, inclusive nas outras alas.

Reclamam também da falta de treinamento para cuidar das crianças, consideram a pediatria uma área muito específica e que necessita de um treinamento rigoroso, incluindo manipulação e cálculo de drogas que é muito diferente nos adultos. Rolinha reforça essa afirmação.

Porque, sabe, quando eu entrei aqui, no Mutúm, eu não queria cuidar de criança. Eu tinha medo, porque nos estágios de técnico eles não deixavam a gente cuidar. Era mais observação mesmo. Daí você chega aqui, vê que estas crianças tão pequenas, tem bebê de um mês aqui que já fez cirurgia. São muito graves, né? Você fica inseguro. Então precisa estar com uma enfermeira, com uma equipe que te dê este respaldo, esta segurança pra cuidar! Aí eu fui pegando o jeito, fui pegando o gosto de cuidar mesmo.

Segundo elas, a formação é mais voltada para assistência a adultos, “*pois nos estágios poucas vezes são autorizadas a cuidar das crianças*”. E muitos profissionais chegam sem experiência alguma em pediatria. Trata-se de um ruído que merece ser ouvido atentamente. Embora esta tese não tenha cunho avaliativo, essa observação levantada pelos profissionais vem ao encontro de dados de uma pesquisa feita em 38 hospitais norte-americanos, que associa tempo de experiência dos enfermeiros em UTI pediátricas às taxas de óbito e conclui que quanto maior o tempo de experiência clínica dos profissionais de enfermagem, maiores as chances de perceber e prevenir complicações e óbitos (Hickey, Gauvreau, Curley, Connor , 2013).

Além disso, observou-se na rotina diária desses profissionais que a falta de um treinamento específico e de um conhecimento científico maior e especializado gera insegurança também nos profissionais, que muitas vezes queixam-se de não obter esse suporte da enfermeira.

Questão que brota pelas frestas, nos gestos e relatos dos profissionais, uma preocupação que reaparece:

Olha, eu vou te dizer, assim... por exemplo, nem todo mundo está apto a cuidar de criança, né? Mesmo as enfermeiras, né? Tem enfermeira que [silêncio] para a realização de punção venosa em bebês, precisa chamar alguém lá da neo [referindo-se à UTI Neonatal]! (Gavião Penoso)

Em outra fala:

Você já percebeu, o pessoal da pediatria vive sendo chamado pra puncionar as veias das nossas crianças, né? Porque a gente não tá habilitado, né? (Gavião de Penacho)

Outra profissional pontua a preocupação com o controle de infecção.

Sem contar que mistura o “bicho” dos adultos, com as crianças, né? É um risco muito maior de infecção a que eles estão expostos, né? (Coruja)

Depois de um tempo (após a fase de campo), Gaviãozinho-Pintado relata que decidiu pedir transferência para a UTI Neonatal:

Porque me sinto insegura de trabalhar aqui. E vou te contar que as minhas amigas, todas pediram transferência para a neo [referindo-se à UTI Neonatal], e todo mundo que trabalhava aqui, na ala Z. Por causa disso! (Gaviãozinho-Pintado).

Ao solicitar que se explique melhor, ela justifica:

Por causa dessa insegurança, é um setor que você não sente seguro, né? É muita... muita complexidade num lugar só. As crianças, principalmente os bebês são muito graves, até mais que os adultos, e você não tem respaldo. Numa intercorrência, tem que chamar o médico lá da Neo. Tem que ficar ligando, correndo atrás. Sabe, aqui não, a gente tem plantonista só pros adultos, então é muito mais tranquilo [fica pensativa]. Ah! Não! Pra mim chega, tenho passado muito nervoso, muito estressada trabalhando desse jeito.

Essa súbita migração do Mutúm para outras paisagens remete à afirmação de Pozzana (2014, p. 61), ao dizer que:

[...] quando acontecimentos são narrados e compartilhados, personagens, lugares, conversas, texturas e imagens ganham espaço em nossas vidas. Somos forçados a pensar. A coerência e o fechamento do ego falham, aparecem atos e o mundo se coloca.

Acredito que esse aspecto interventivo da pesquisa cartográfica, ainda que sutil, foi sendo produzido: falar sobre as angústias tornaram audíveis os próprios pensamentos, disparando a reflexão sobre suas produções e possibilidades, de modo que ao término desta pesquisa cinco pássaros que cuidavam das crianças haviam sido transferidas para a UTI Neonatal.

Foram várias reclamações, insatisfações sobre essa região do Mutúm. Por outro lado, há profissionais que permanecem muito tempo nesse setor. Fiquei instigada: como suportam essa situação? Haveria ganhos secundários? Estariam implícitos nos discursos? Essas questões foram emergindo ao longo da pesquisa, algumas dúvidas serão amenizadas na leitura das próximas páginas.

A aposta da cartografia é na construção coletiva do conhecimento que pode parecer, à primeira vista, paradoxal: acessar, e ao mesmo tempo, construir um plano comum entre pesquisadores e pesquisados (Kastrup, Passos, 2014, p. 24).

Como acessar esse plano comum? Há movimento? Que linhas são traçadas durante o caminhar desses profissionais? Como são os encontros com as crianças e seus familiares? Se é assim “tão ruim”, por que os profissionais se submetem? Existirão ruídos? Linhas de fuga percebidas? E, finalmente, pergunto: entre as que ficam, mesmo dizendo-se insatisfeitas? Mas por que se submetem?

Persegui essas linhas, vivas, inquietas, de muitas naturezas: duras e molaes-instituídas, como a necessidade de protocolos, treinamentos, experiências prévias, flexíveis e moleculares – instituintes, espaço de criação, das pequenas conexões locais, espaços “intersticiais da vida natural, social, técnica e subjetiva” (Baremblyt, 1992, p. 46). Estas últimas brotaram pelas frestas, cresceram como erva-daninha por entre as produções.

A mesma maioria que critica entende com uma sobrecarga emocional essa mistura de usuários com necessidades específicas tão diferentes. Em contrapartida, refere menor sobrecarga física porque “criança é leve de cuidar, você não gasta força física como nos adultos”, e permanece mais fixa nesta unidade, já que a maior parte dos profissionais “não gosta de ficar nesta ala”.

Existem aqueles que referem que gostam de cuidar das crianças, gostam da relação com os pais, têm facilidade para cuidar, preferem cuidar das crianças, mas acham que deveria ser separado dos adultos, ficam com as crianças porque têm preocupação em deixar que outros profissionais cuidem.

Percebe-se que, nesse mapeamento, o traçado percorre várias linhas, antagônicas, heterogêneas, múltiplas, instituintes, instituídas. Alguns se queixam da mistura indigesta entre crianças e adultos, evitam esse espaço. Outros, mesmo

queixando-se, adaptam-se a ele, buscam a criação, a invenção, promovendo um cuidado novo, não prescrito, em ato, inusitado.

Acrescentam que o hospital possui um setor de pediatria, localizado no andar abaixo, com uma estrutura totalmente adaptada às crianças, bem como interligação direta às UTIs Pediátrica e Neonatal, além de uma decoração infantil adequada às crianças. Além de brinquedoteca e copa privativa para os acompanhantes.

Com a curiosidade aguçada, fui até o referido setor e me deparei com paredes coloridas, um chão antirruído marcado com patinhas de cachorro, sala de psicologia, brinquedoteca, um aquário com peixes coloridos e toda uma estrutura voltada ao atendimento dos pequenos. Sendo cardiopatias congênitas, é bem verdade que vez ou outra são atendidos adultos nesse setor, mas os profissionais relatam que os materiais e equipamentos estão voltados para as crianças. Questiono então por que as crianças ficam no Mutúm.

Lá são leitos duplos, para acomodar duas crianças e seus responsáveis, sendo disponibilizado apenas uma poltrona para o acompanhante, ou seja, não tem nenhum conforto para os familiares! Além disso, é lá que ficam os pacientes do SUS, pessoas mais simples. É uma questão de hotelaria.
(Nhambuzinho)

Por outro lado, em uma conversa informal com uma profissional da unidade pediátrica, ela relatou essa dificuldade em lidar com a mistura de adultos e crianças (lá internam adultos com cardiopatias congênitas). Ainda que a pesquisa tenha sido realizada no Mutúm, percebo outros ruídos sobre a mesma temática em outros setores, a dificuldade em misturar adultos e crianças. Seria uma mistura heterogênea, como água e óleo? Mistura indigesta? Amarga?

Essa observação esteve latente, em vários discursos, durante toda esta etapa da pesquisa, como um pêndulo que ia e voltava, emergindo nas cenas e nos comentários. Como pesquisadora, olho de longe... tento manter uma distância segura. Penso no pêndulo, deixo o tempo passar.

Tempo? Lembro-me que é preciso ter paciência. Sou capaz de ouvir Lenine (2006):

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma,
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma,
A vida não para [...].

E faço minhas as suas palavras, literalmente:

Enquanto o tempo (acadêmico, da escrita da tese),
acelera e pede pressa (os prazos da pós-graduação),
Eu me recuso faço hora (cartografar é experimentar),
vou na valsa (no cenário hospitalar, todos os ritmos são possíveis, de valsa a salsa)
A vida é tão rara
 A finitude da vida teima em bater na nossa cara a vida sempre “**tão rara**”!
 (adaptada da música de Lenine, 2006)

Permaneço à espreita, sensível e atenta ao cenário e a seus habitantes. Será que o Mutúm era tão ruim assim? O que os fazia permanecer num habitat de tantos contrastes? Por que não buscar outros horizontes, comer de outros frutos, mais doces talvez? Beber de outras fontes? Haveria ganhos secundários?

Acreditando no caráter inclusivo e participativo da cartografia, “a pesquisa cartográfica faz aparecer o coletivo que remete ao plano ontológico, enquanto experiência do comum”, potencializando conhecimentos desconsiderados, valorizando-os (Kastrup, Passos, 2014, p.19), sigo atenta ao que possa estar ainda submerso.

Observo que existe uma atenção especial por parte dos profissionais que reclamam da falta de estrutura para cuidar das crianças: são aqueles que mais cuidam delas. Percebo também que são os que mais se aproximam delas e das famílias. Noto a enfermeira (ausente) sempre muito ligada às tarefas administrativas de controle, dimensionamento de recursos humanos e materiais. Em muitas cenas, distante do cuidado dessas crianças.

Estudos comprovaram que o impacto de ter uma criança que sofre com cardiopatia congênita é extremamente complexo para a família (Macedo, 2011). Por isso, é importante que a enfermeira assuma uma postura de cuidado a esta criança, um cuidado extensivo à família. Assim, trata-se de um profissional de referência não só para a criança, mas para a família, dada a complexidade do momento experimentado por eles.

Pesquisadores pontuam que, além dos cuidados de excelência, as funções da enfermeira incluem orientações e estratégias educativas para a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar, inclusive no sentido de auxiliar os pais a exercerem o

cuidado com a criança portadora de cardiopatia na residência, a fim de prevenir agravos (Meireles et al., 2016; Medeiros et al., 2010). Subentende-se um cuidado que ultrapassa as fronteiras do hospital, garantindo a segurança e integridade da criança e família.

Percebo que, no Mutúm, “entre morro e morro”, o distanciamento da enfermeira na prática deixa uma lacuna, pois nessa área também existe uma demanda por estratégias educativas, no caso das mães que necessitam ser auxiliadas nos cuidados com o bebê em geral. Tais orientações são dadas ou pela equipe médica ou pelos profissionais de nível médio.

De volta às linhas de Deleuze e Guattari (2012, p. 86):

[...] pode ser que um grupo ou indivíduo as apresente ao mesmo tempo. [...] de modo mais frequente, um grupo ou um indivíduo funciona ele mesmo como linha de fuga, ele a cria mais do que a segue, ele mesmo é a arma viva que ele forja, mais do que se apropria dela

Durante a passagem de plantão, noto que algumas enfermeiras, aquelas mais envolvidas no cuidado pediátrico, não traçavam essas linhas. Mas tais linhas eram traçadas por enfermeiras escaladas (mas que não se sentiam envolvidas) para cuidar das crianças.

Uma pergunta instiga e mobiliza: estariam alguns enfermeiros perdidos em outras veredas do Mutúm? Estariam como eu, em alguns momentos, encobertos pela sombra frondosa de uma árvore?

Outro aspecto que caracteriza o Mapa dos Ruídos é a expressão de ressentimentos dada a frequência em que foram surgindo termos relacionados à **falta**: de plano de carreira; de valorização profissional; de reconhecimento; de separar as crianças dos adultos; de uma unidade especializada em pediatria; de treinamento para relacionar-se com o usuário; de conhecimento; de autonomia da enfermeira; de tempo; de colaboração; de convênio médico; falta... falta.

Analisando os registros, percebo então que há ressentimentos de toda ordem caracterizados pelo **excesso** de trabalho, atividades, ocupações, em detrimento da falta (de valorização pessoal e profissional, de autonomia, de reconhecimento, de salário). O significado de ressentimento: sentimento mais ou menos persistente de desagrado com algo ou alguém, mágoa (Holanda, 2010, p. 663).

Entre os pássaros-auxiliares, a grande maioria concluiu o curso técnico e até graduação em várias áreas do conhecimento (Enfermagem, Pedagogia, Gastronomia, Psicologia, Biomedicina, etc.). Ressentem-se pela Coordenação de Enfermagem (instituição) não reconhecer os auxiliares que investem no aprimoramento profissional.

Durante a realização da pesquisa, das 14 auxiliares que participaram, três tinham pós-graduação em Enfermagem, porém continuavam admitidas como auxiliares de Enfermagem. Ressentimento verbalizado na fala, nas expressões do dia a dia, nas entrelinhas dos comentários, representado no desabafo de Sanhaço:

Eu fico muito triste, porque gosto muito de trabalhar aqui, mas a gente não tem nenhum incentivo, assim. Um plano de carreira, eu estou aqui há oito anos. Cheguei, fiz o técnico de enfermagem, fiz faculdade, pós-graduação em emergência (adoro emergência), já prestei prova aqui várias vezes, passo na teórica e me reprovam na entrevista. Dizem que eu não tenho perfil. (Sanhaço)

Em outra situação:

*Comigo aconteceu a mesma coisa. E olha que eu fiz pós em UTI, hein! Se a gente não tem perfil pra trabalhar aqui, como é que a gente fica tanto tempo trabalhando como auxiliar? Pra isso a gente serve, pra fazer o serviço da enfermeira, mas ganhar como auxiliar! Cansei de treinar estas meninas aqui (referindo-se às enfermeiras recém-admitidas), sem nenhuma experiência. Não sabem nem punccionar uma veia. A gente chega, a gente ensina, a gente ajuda a atender as intercorrências. Mas quando a gente se forma, a gente se prepara para uma posição melhor, a instituição vira as costas pra **você não tem perfil!** (grifo nosso) (Marreca-cabocla)*

Elas contam que outras seis auxiliares realizaram provas para transposição para enfermeiras, porém, apesar de aprovadas, foram reprovadas na entrevista. Ao final da pesquisa, várias delas acabaram migrando para outros serviços. Assim, ressentem-se pela desvalorização da Coordenação de Enfermagem, pois não as absorve, tendo muitos delas que procurar colocação em outros serviços.

Essa insatisfação foi verbalizada em vários momentos, os profissionais não enxergam perspectivas de crescimento. Isso faz com que se sintam inseguros em relação ao seu potencial: encontros **tristes que diminuem a potência de criação, de invenção, de vida** (Deleuze, 2002).

A insegurança parece ser um sentimento, uma paixão triste, que gera medo de voar para outros lugares, de experimentar novos frutos! Tornando-os

imobilizados, instituídos. O ressentimento de não serem valorizadas pela instituição, que não oferece um plano de carreira, convênio médico e um espaço para acolhê-las. Pergunto que espaço seria esse?

Outro ruído surge na queixa de **sobrecarga mental**, decorrente das suas atividades, relatada pela “sobrecarga psíquica decorrente do estresse e intenso sofrimento vivido junto aos pacientes especialmente aqueles esperando um transplante”.

Acho que devia ter assim, um espaço pra gente poder desabafar, sabe? Um psicólogo, sei lá, um profissional que pudesse ouvir nossas angústias, né? Porque nem sempre é fácil, você perder um paciente que conviveu tanto tempo com você. Foram anos cuidando, sabe, depois, vai pro transplante e ele morre... muito difícil passar por isso... ou então ele fica aqui um tempão, mora aqui, vive aqui! E, de repente, morre... Como aconteceu com aquela paciente que você já sabe! (Pica-Pau)

Alguns falam da falta de um serviço médico efetivo que proporcione acolhimento, algo ligado à medicina preventiva que pudesse ser referência aos profissionais, tal como ginecologista (a grande queixa das mulheres), ortopedista (dado os riscos ocupacionais frequentes), psicologia e mesmo psiquiatria.

Dúvida posta e ressentimento que instiga: como produzir cuidado quando o profissional também é descuidado?

Dados da literatura pontuam que o profissional deve buscar estratégias para assegurar o próprio cuidado, necessitando além de melhorar a qualidade de vida, o bom relacionamento interpessoal e uma atuação profissional que viabilizem esse cuidado, incluindo a necessidade de um reconhecimento e valorização pessoal e profissional (Ferreira et al., 2015; Silva et al., 2015).

Relatam que, apesar de trabalharem num serviço de saúde, esse serviço não oferece cuidado aos profissionais e sentem-se desvalorizadas quando precisam recorrer aos serviços médico-hospitalares. Percebo uma insatisfação e, mais que isso, uma tristeza na fala dessas profissionais; ao observar sua atuação, desenvolvem o trabalho com comprometimento, cuidam com atenção e profissionalismo, mas carregam em si uma mágoa, uma decepção em relação ao serviço.

Mesmo insatisfeitas e sentindo-se desvalorizadas, persistem e continuam trabalhando na unidade e se submetendo aos processos seletivos tentando contratação como enfermeiros. Por que elas insistem nisso?

Fatores relacionados ao trabalho em equipe, ao relacionamento interpessoal, reconhecimento profissional e humano por colegas, pela instituição e aos valores pessoais contribuem para a satisfação profissional e humanização das práticas em saúde (Martins et al., 2015).

Em outras falas, principalmente as enfermeiras, reclamam da falta de autonomia em relação aos médicos e usuários. Em alguns momentos, os profissionais remetem que a enfermagem é subordinada ao saber médico. A fala de um dos usuários reforça essa premissa.

Mas então se a senhora tá fazendo doutorado, a senhora vai ser médica? (respondo que não, que eu já estudei especificamente para ser enfermeira). Ah! Que pena! A senhora devia era de ser médica então, estudar tanto pra ser enfermeira?

Essa fala simples traduz a visão que muitos ainda têm da enfermagem, uma profissão submissa às ordens médicas. Seria uma visão ou realidade? Nesse caso, a fronteira entre o real e ideal é muito tênue, confusa até.

Curiol desabafa que se sente sobrecarregada:

*Sabe, porque **tudo é culpa da enfermagem!** A fisioterapia não quer vir avaliar paciente, a enfermeira que aspire! A nutrição não veio, a enfermagem que chama! O ar condicionado não funciona, a limpeza não vem, a TV (televisão) não funciona, a internet parou! A enfermagem! É tudo a enfermeira. É um excesso de atividades para a enfermeira, e, no fim do dia, ninguém reconhece tudo o que a gente fez. Parece que a gente só ficou no telefone. É muito trabalho, acho que deveria ter um jeito de cada um fazer o seu trabalho, direcionar, sabe? Porque **fica tudo nas costas da enfermagem!***

Curiol é uma passarinha rotulada pelos colegas como “sisuda”. Diziam que ela era muito fechada. Nessa fala, percebo o quanto ela se sente sobrecarregada, ressentida pelas múltiplas tarefas que lhe são direcionadas durante suas atividades. Conta que já trabalha no Mutúm há muito tempo e que “as coisas não mudam!”.

As coisas não mudam, as queixas não mudam, as pessoas não mudam!

Fico pensando nas dobras desses profissionais, pessoas versáteis que têm o controle do cenário, constituírem-se ponte entre usuário e equipe multiprofissional,

mas que se perdem lamentando os infortúnios da profissão. Parece não haver avanço nem profissional, nem pessoal.

Como esta questão vem aparecendo constantemente durante o trabalho de campo, tento prender minha atenção para o que talvez possa estar implícito, submerso: quem está desvalorizando quem? O enfermeiro que se afasta a cada dia mais do usuário, o técnico que reclama da assistência, da sobrecarga de trabalho, da atuação do colega enfermeiro, da falta... da ausência. E essa questão da falta e ausência foi um ruído latente nesta atmosfera.

“Aquele lugar do Mutúm era triste, era feio. O morro, mato escuro, com todos os maus bichos te esperando, para lá essas urubuguaias” (Rosa, 2001, p.74).

Às vezes, parece que o Mutúm é sombrio, uma atmosfera nebulosa, escura. Sinto sombra, muita sombra. E frio, um frio intenso que me paralisa e me faz pensar: onde é mesmo que estamos? Procuro não me afetar por essa atmosfera fria e triste.

Penso nas cenas, nas passagens de plantão, recordo Miguilim e busco o final: “O Mutúm era bonito, agora ele sabia”. Mas haverá algo belo na minha pesquisa? Pesquisa que desenhei pensando que a cartografia iria retratar as produções da enfermagem!

Ainda com este olhar míope e desajeitado do olho vibrátil, que me faz tropeçar em alguns obstáculos, tento retomar esta cartografia, mantendo o olho retina aguçado, tentado exercitar cada vez mais o olho vibrátil de Miguilim, busco a posição de pesquisadora. Isso me acalma e me alivia.

As cartografias são sempre resultados parciais, lances de uma viagem em terras estrangeiras. É essa potência que o cartógrafo quer lançar-se, de sentir-se estrangeiro dentro da própria morada, ele, que de porto em porto se vê em um tempo outro, que empurra, traveste, ora rasga, ora costura o mesmo e o faz diferir (Regis, Fonseca, 2012, p. 273).

Não desisto e, como estrangeiro, continuo a adentrar o Mutúm e me embrenhar mata adentro. Trata-se de uma paisagem rica, densa, misteriosa. Mantemos os óculos cartográficos de Miguilim, ao avistar “as pedrinhas menores” (Rosa, 2001).

Assim, “as pedrinhas menores” apontam para o segundo Mapa.

3.2.2 Mapa 2 – “As pedrinhas menores” ou Tecnologias de Cuidado

Cartografando a produção de cuidados, descobri caminhar por um território acidentado, pedregoso, por vezes deserto e tortuoso, a observar as dificuldades desses profissionais na lida do dia a dia.

Produções de um cuidado técnico, objetivo, ainda submisso às ordens médicas, centralizado neste profissional, um território fortemente hierarquizado, mas cuja produção de cuidado vem em grande parte dos profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem).

“As pedrinhas menores”, avistadas pelas lentes de Miguilim (Rosa, 2001, p.149), apesar de atrapalhar, não impedem a produção de cuidados dos profissionais. Ao contrário, podem ser até momentos para um cuidado criativo, inusitado.

Metaforicamente, esse novo mapa comporta várias lógicas de cuidado, reconhecido e legitimado pelas tecnologias duras (modernos métodos diagnósticos, avanços na área cirúrgica, tecnologia de ponta) e leve-duras (altamente especializado, normatizado, formatado, protocolado), operadas pelo humano. Mas também pela criatividade dos profissionais, marcada pela utilização das tecnologias leves, mecanismos de atuação na assistência, que não são fornecidos pela instituição, mas são formulados e empregados pelos profissionais para seu uso imediato, em ato, produzidos no encontro, por isso mesmo revelador de um cuidado criativo, micropolítico.

Conforme registrado em diário de campo, foram várias as ocasiões em que os profissionais mencionaram “a falta de treinamento em relacionamento interpessoal”, “a falta de um programa específico que ensine a lidar com o paciente”, “a falta de reciclagem”, a “falta de um período de integração que permitisse se familiarizar com o ambiente e com os usuários”.

Observo que são usuários mais esclarecidos e questionadores, que exigem preparo técnico e conhecimento maior a essa demanda de informação do usuário. Além disso, uma postura pessoal dos profissionais, cordialidade, atenção, agilidade,

habilidade, conhecimento técnico-científico e delicadeza. Ou seja, há que se combinar as tecnologias nesse cuidado, traduzido na fala de Maria-Faceira:

Porque, assim, né, eu sinto falta de um treinamento sobre relacionamento com o paciente, né? Pelo menos desde que eu entrei aqui nunca ouvi falar, acho que nunca teve, não. Sabe, deveria ter alguém pra treinar a gente logo que a gente entra, né, pegar na mão da gente e ensinar tudo, né? Olha, você entra no quarto, você pede licença, você avisa antes de acender a luz, você explica como deve ser o atendimento, né? Mas isso não acontece, a gente vai aprendendo à medida que trabalha, e muitas vezes com o próprio colega auxiliar, né? E se ele faz certo, tudo bem, mas quem me garante que aquilo é o certo? Aqui a gente faz curso pra tanta coisa: tem curso pra cateter, tem curso de curativo, tem curso de medicação... mas eu sinto falta de um curso que ajudasse a gente a interagir melhor com estes pacientes, né? Porque às vezes é muito difícil cuidar deles, né? Exige muito de você, sabe, não só uma sobrecarga física, mais um estresse mental!

Tal questão surpreendeu, pois em meio à crítica quanto aos protocolos instituídos, alguns profissionais queixam-se da falta deles. Neste sentido, a questão do treinamento também se torna um dispositivo institucional para assegurar o cumprimento das rotinas diárias, como os protocolos de cateteres, de prevenção de infecção, muitas vezes criticados pelos profissionais, porém, nessas falas, evidenciando o quanto estão presos a eles:

[...] porque, assim, né... eu trabalho aqui há dois anos, né? E não lembro de ter tido nenhum treinamento sobre relacionamento com o paciente, né? Assim... de... para lidar com a ansiedade do paciente, né? Isso é uma coisa que a gente vai aprendendo com o tempo, com o colega, mas às vezes eu sinto falta disso, aqui, né? Tem... a gente faz tanto curso, né? Poderia ter um assim específico, né? Iria ajudar muito. (Maritaca)

Diante dessa demanda apontada pelos profissionais, Merhy (1998, p.117) afirma que:

[...] todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente e como tal deveria ser capacitado, pelo menos para atuar no terreno específico das tecnologias leves [...].

Possivelmente essa é uma demanda do serviço, pois se trata da expressão das necessidades dos profissionais, que relacionam essa dificuldade em interagir com usuários muito complexos. Surge uma pergunta: por que mesmo eles persistem na enfermagem? Nem só de paixões tristes vive a enfermagem!

Nesse sentido, este mapa aponta para um outro conceito que pela intensidade nos convém, o conceito espinosiano de afecções.

No livro sobre Spinoza, Deleuze (2002, p. 33) cita como esse filósofo define o corpo, pelo poder de ser afetado:

[...] quando encontramos um corpo exterior que não convém ao nosso (isto é, cuja relação não se compõe com a nossa), tudo ocorre como se a potência desse corpo se opusesse à nossa potência, operando uma subtração, uma fixação: dizemos nesse caso que a nossa potência de agir é diminuída ou impedida, e que as paixões correspondentes são de tristeza.

Percebo diferentes afetos. Entre profissionais, usuários, familiares, pesquisadoras. Afetos que produziram alegrias, ressonâncias. Encontros de convergência ou repulsa.

Diante de outras questões que fazem com que os profissionais expressem grande descontentamento ao campo de atuação, percebo que na realidade há um distanciamento do discurso e da ação, novo ruído.

Quem sabe uma paixão alegre que o impeça de voar para outros lugares, de sair do Mutúm?

Algumas dessas questões observadas serão parcialmente respondidas adiante, durante a construção do fluxograma analisador, permitindo um olhar mais detalhado sobre o território de produção de cuidados. Por ora, continuo com Miguilim: “queria uma coragem de abrir a janela espiar no mais alto, agarrado com os olhos, elas todas, as Sete-Estrelas” (Rosa, 2001, p. 74).

O cuidado é produto de um trabalho vivo em ato (Merhy, 1997a), produzido no encontro com o usuário¹⁵. Na dinâmica em saúde, o cuidado é fruto desse trabalho vivo e acontece neste encontro, em ato; um conceito que converge com as produções observadas nesta tese. Produzidas em ato, durante o cuidado de enfermagem **entre** profissionais e usuários.

É trabalho criativo, de intervenção, em que não há repetição. É trabalho-produção, no cuidado em ato, cuidado-vivo-em ato, no instante em que é produzido com o usuário. É trabalho de interação (não meramente prescrição, repetição), o instituinte!

¹⁵ Trabalho vivo em ato é, de acordo com o autor, o trabalho criação do sujeito-produtor, ou seja, o trabalho criado para a realização de um determinado produto. Nesta tese, refiro-me ao trabalho executado para a produção de cuidados, semelhante ao conceito do autor, ao considerar a potência do trabalho vivo, enquanto processo agenciado por sujeitos, que carrega consigo altos graus de liberdade, criatividade, invenção.

Para esse cuidado, os profissionais utilizam diferentes tecnologias. Este mapa buscou representar aquelas usadas durante a produção de cuidado. Ainda que seja um serviço que dispõe de recursos médicos avançados, meios diagnósticos e terapêuticos, todo esse aparato de tecnologias duras e leve-duras (Merhy, 2002) não era suficiente.

Em vários momentos, os profissionais fizeram uso de tecnologias leves para cuidar, e observaram que elas potencializaram os efeitos das outras tecnologias na recuperação do usuário. Como disse Tico-Tico, que buscou informação, conhecimento, de forma independente, porque entendia ser um aspecto importante no cuidado para a melhoria da assistência ao usuário e para facilitar e agilizar o trabalho.

O domínio das tecnologias duras e leve-duras continua a ser uma demanda do sistema biomédico hegemônico e, como observado, os usuários dos convênios têm acesso mais fácil a elas, sendo atraídos por essa tecnologia. Como no fluxograma de São José, “que não aceitava ficar no Mutúm, queria voltar para a UTI”¹⁶.

Em vários momentos, percebo a enfermeira atarefada em agendar exames, providenciando e encaminhando relatórios e cobrando liberação dos convênios. Além do agendamento, da orientação e do preparo dos usuários. Ou seja, a ela é delegado fazer com que as solicitações médicas sejam seguidas à risca. Pensando nisso, reclama que sobra pouco tempo para oferecer um cuidado mais direto ao usuário.

Aliás, existe um esforço e repetidas orientações para que a enfermeira realize a chamada visita diária aos usuários. Se existe a necessidade dessa orientação é porque ela não tem sido realizada. Se visita diária é uma responsabilidade do enfermeiro e direito do usuário, então por que algumas se eximem desta função?

Foi observado que as visitas são realizadas de diferentes maneiras, desde um breve e distante “bom dia” a um “completo e minucioso exame físico”, atendo-se ao corpo biológico. Ao acompanhar essa visita obrigatória de enfermagem, noto que elas o fazem de maneira muito próprias, particulares. Algumas são mais demoradas,

¹⁶ Representado graficamente nos apêndices.

outras mais objetivas, algumas respeitando a privacidade do usuário, pedindo licença para entrar, para tocar. Outras simplesmente percebem-no como uma extensão do seu trabalho.

Em outros casos, enfermeiros estão realmente envolvidos no cuidado, na vida do usuário, trazem informações além do biológico, relevantes para a produção de um cuidado ampliado e, ao mesmo tempo, singularizado. Questões observadas durante a passagem de plantão, especialmente na área de pediatria, em que o cuidado acaba sendo extensivo ao binômio mãe-filho.

Estes passam a ser referência para os usuários e a equipe multiprofissional (auxiliares, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas), reconhecendo-os capazes de acompanhar a efetividade dos cuidados prescritos, inclusive em outras dimensões (afetivas, sociais, econômicas, profissionais, emocionais), contribuindo para produzir um cuidado integralizado e comprometido.

Em outros casos, observei que eram os auxiliares estes profissionais de referência, geralmente aqueles que cursavam ou tinham graduação em Enfermagem.

Um olhar atento constatou que os profissionais utilizam-se de diferentes tecnologias para cuidar e, em alguns casos, na mesma cena, algumas tecnologias foram mais prevalentes do que outras.

Sou chamada por Gaturamo para acompanhá-la durante a realização de um curativo de alta complexidade. A usuária, visivelmente apreensiva, inicialmente tenta um diálogo com Gaturamo, recomendando *“muito cuidado ao retirar as ataduras e limpar, porque aquela perna doía muito”*. Sem responder, a profissional inicia o procedimento. Demonstra habilidade, conhecimento e segurança na realização do curativo, que dura menos de dez minutos.

Diante da cena, a usuária Gameleira, visivelmente tensa, queixa-se de dor o tempo todo e limita-se a responder com monossílabos as poucas perguntas que lhe foram dirigidas pela enfermeira. Situação desconfortante, pois, como expectadora, via duas pessoas com demandas diferentes: de um lado, a usuária clamando por uma atenção especial ao seu problema, à dor que a ferida provocava, mais ainda que a própria evolução da lesão. De outro, Gaturamo – uma especialista ávida por

realizar o curativo com a cobertura mais eficiente, já que a sua meta era a cura da lesão.

De posse de sua valise, Gaturamo utiliza das tecnologias duras (modernos tipos de coberturas para feridas) e leve-duras (conhecimento e protocolos), sem contudo identificar que esta usuária expressava outras demandas. Cena tensa, desconfortável. Trouxe desconforto porque foi muito difícil permanecer calada nesta situação gritante. Penso no corpo biológico, tenso, sofrido, em suas funcionalidades morfofisiológicas, indissociável, povoado por desejos, vontades, subjetividades, necessidades que extrapolam apenas a física, desejos de toda ordem! Mas que, nessa cena, é apenas um corpo orgânico.

Ao final, Gaturamo-especialista pergunta se ainda estava doendo e solicita a Seriema que providencie a analgesia prescrita. A usuária passa o resto da manhã no quarto.

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 de órgãos, disfuncionalizando-o como normal, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo (Merhy, 2009, p. 1-2).

Essa cena comprova que, não somente na interdisciplinaridade, mas dentro da mesma profissão, o cuidado, enquanto trabalho vivo em ato, acontece segundo o profissional enxerga como cuidado, como sua função, a forma como ele usa sua valise (Merhy, 2000) e as ferramentas de que dispõe, de acordo com sua subjetividade; uma lente por meio da qual ele enxerga o outro e as suas demandas.

Em outro momento, tive a oportunidade de ouvir a usuária Gameleira reclamar que preferia quando Nhambuzinho realizava o curativo, que ela *“era mais humana, fazia com carinho e sem pressa”* e que ela sentia muita dor. Pedi que ela explicasse melhor tal desconforto. Identifiquei que o medo era um sentimento mais desconfortável do que a própria dor.

Coincidentemente, em outro momento, observei a enfermeira Nhambuzinho realizando o curativo em Gameleira. Agora, ao contrário, Nhambuzinho apresenta-se à Gameleira, explica o procedimento. Dá espaço para que ela fale de sua dor (seu grande medo), avalia o seu nível de dor e oferece analgesia antes de realizar o

procedimento. Acomoda-a e realiza o procedimento enquanto estimula a usuária a falar de si, de sua família, de sua vida.

Aos poucos, Gameleira se esquece da lesão da perna, começa a falar das filhas, da neta que ajudava a criar, do seu desejo de melhorar e voltar para sua casa. Enfim, fala dos seus projetos de felicidade (Ayres, 2004, p.16-29). Quando se dá conta, o procedimento já havia terminado e ela mostra-se surpresa com a rapidez da enfermeira e com suas “mãos de anjo”, dizendo que não seria necessário “remédio para dor”. Nesse mesmo dia, encontro-a passeando pelo corredor ao lado da filha.

Nessa cena, percebo que Nhambuzinha também utiliza as mesmas tecnologias da especialista Gaturamo, porém, combinando-as com as tecnologias leves, dando leveza ao cuidado em saúde.

Diante disso, os profissionais também têm suas crenças, e isto não os impede de cuidar, o que, aliás, está acima das possibilidades terapêuticas dos usuários. As tecnologias leves apoiam e viabilizam o emprego das outras tecnologias, pois permitem abordar os usuários de uma maneira mais tranquila, mais leve.

Estudos apontam a importância de os profissionais reconhecerem as representações das doenças cardíacas nos usuários e seus familiares. Repercussões não somente físicas, mas psíquicas, emocionais, sobretudo o medo e a expectativa de lidar com a morte. Portanto, revela-se a importância de reconhecer tais subjetividades na implementação do cuidado de enfermagem (Wottrich et al., 2015; Koerich et al., 2013; Santos, Santos, 2012; Macedo, 2011).

Em vista do recorte temporal desta tese, pontuo, aqui, de forma breve, que em vários momentos foram verbalizados pelos profissionais um interesse pelos usuários de transplantes e cuidados paliativos. Ambos remetendo à cronicidade do caso, prolongado tempo de internação, possibilidade de conexões, vínculos (ou não) com familiares e afecções com o sofrimento do outro, em muitos casos, a morte.

Ventilam-se aqui essas conexões rizomáticas que teimam em brotar nas frestas, crescendo “como erva-daninha” por entre o território de cuidado (Deleuze, Guattari, 2011, p. 39-40).

Talvez pelo fato de existir um Grupo de Cuidados Paliativos no hospital, esses profissionais lidam mais tranquilamente com esse tipo de usuário, conseguindo promover um cuidado mais abrangente e humanizado, nas palavras deles “*mais digno e respeitoso, com menos sofrimento*” (menos sofrimento também para o profissional que se sente mais preparado para esse cuidado).

Mecanismos como fala, escuta, silêncio terapêutico, toque, são estratégias frequentes no cuidado a esse tipo de usuário. Aprendi que, para muitos desses profissionais, **cuidar** pode ser um verbo intransitivo. Eles simplesmente cuidam.

O cuidado nesta dimensão alarga as possibilidades de escuta, de fala, de gestos, de odores, de observação, de toques, de sabores, de olhares, ou seja, amplia os elementos sensíveis e de pensamento empregados na produção do cuidado. Movimenta e expande, no ato do cuidar, a biopotência do próprio encontro (Abrahão, Merhy, 2014, p.318).

Nesse contexto, mesmo presos à alta tecnologia, não descartam a subjetividade percebida nas atividades diárias, ao prestar atenção às necessidades identificadas nos usuários. Existe uma preocupação em cuidar de outras dimensões além das físicas.

Porque, assim, a gente fica chateada, né, pelo desprezo da família, sabe? Tem paciente que fica aqui sozinho, um tempão. Não nos cabe julgar o que ele fez, porque a família abandonou... Mas a gente cuida, a gente tem um carinho, uma empatia. E ele responde positivamente. Cria um vínculo, tem uns mais, outros menos. Porque isso não acontece com todos os pacientes, né? Até entre a gente é assim. Tem gente que você vai com a cara, logo de cara! [Risos] (Rolinha)

Ou na fala:

Eu não sei te explicar, sabe, mas aquele paciente, mesmo difícil. Sabe aquele paciente, que, sei lá, todo mundo fala que é chato, que é difícil? E geralmente é muito difícil mesmo, sei lá. Eu fui com a cara dele... não sei de explicar, eu penso assim: é esse mesmo que eu quero cuidar, é esse mesmo que eu vou cuidar. Porque, às vezes, às vezes, não, geralmente, é aquele que precisa do meu cuidado. Sei lá, tem uma química diferente, não sei explicar. E sabe que sempre dá certo! É uma delícia cuidar desses pacientes assim...[risos] (Tico-Tico).

Merhy (2002) acrescenta que, no encontro em saúde, há uma multiplicidade de afetos circulantes possível porque o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, exercido com relativa criatividade, expressão da sua subjetividade “flexível, experimental e processual”.

Prossigo perseguindo outras linhas, na busca de novas cartografias. Olhando “a pele da terra” (Rosa, 2001, p. 149), o menino dá pistas para o terceiro mapa.

Pele remete à dobra, dobras da pele (Rolnik, 1997). O próximo mapa cartografado terá esse sentido de uma pele que se dobra, se mostra e se oculta, se estica, reveladora, ora se enruga, sedutora, surpreendente: a pele, as dobras do cuidado em saúde.

3.2.3 Mapa 3 – “A pele da terra” ou Mapa de Dobras

Que acontecimento é esse, que se abre de modo tão díspar, como oportunidade para processos de subjetivações dos mais variados tipos, num intenso agir micropolítico e pedagógico ímpar? Que pode ser construído em encontros muito diferenciados e operados por cuidadores de muitas distintas formações e inserções, juntos ou não? (Merhy, 2000, p.281-282).

Se, por um lado, o universo denso e misterioso do Mutúm em alguns momentos me assustava, à medida que vou caminhando por ele, posso sentir os feixes de luz que teimam em passar pelas frestas das árvores imponentes. Ufa! Nem tudo é sombra.

Num desses dias sóbrios, um feixe de luz: um usuário muito tímido e taciturno (internado há vários meses) interrompe a passagem de plantão para oferecer um bolo aos profissionais-instituintes. Qual não foi nossa surpresa às 7 horas da manhã! Silêncio se fez (os profissionais se entreolhavam, esperando a reação das enfermeiras). A enfermeira, muito concentrada, a impressão, naquele contexto, é que ignora a interrupção e continua a receber plantão como se nada tivesse acontecido. Observo as reações dos profissionais, que se entreolham sem nada responder, confesso ter sido desconcertante e o silêncio, incômodo-instituído.

Agora descrevendo e analisando melhor a cena, fico pensando que talvez ela nem tenha percebido o “outro” mesmo. Cena tensa, um incômodo silêncio se fez. E Jacarandá, ali, já meio sem graça, nos olhava à espera de uma resposta. Por instantes passa pela minha cabeça: que ideia mais descabida esta do usuário

interromper a passagem de plantão! Será que ele não poderia esperar um pouco? Só um pouquinho?

Ao mesmo tempo, olhando a carinha encabulada de Jacarandá, fico penalizada com a situação e percebo que mal se dá conta do que estava acontecendo, já que o momento de passagem de plantão-instituído é um momento tenso para os profissionais, cujas informações podem ser decisivas para a assistência. Num rápido *insight* penso que, na visão de Jacarandá, aquele momento é escolhido justamente por ser um momento de descontração da equipe, talvez estivéssemos apenas conversando, batendo papo!

Naquele momento, minha dobra pesquisadora tenta rapidamente compreender o que se passa nas entrelinhas daquela cena, a surpresa dos profissionais, o susto na interrupção da passagem de plantão! A enfermeira rígida! As normas institucionais! E todos ali mudos – o instituído!

A sensação que tive é que os profissionais também estavam surpresos com um gesto de gratidão de um usuário sempre tão crítico, aparentemente sisudo. Todos se entreolhavam e um incômodo silêncio se fez.

A enfermeira (o instituído) sequer levanta os olhos para ver o usuário (o instituinte). Uma cena desconcertante. Agradecem e Sanhaço acena com a cabeça para que ele aguarde no quarto. Minha interferência foi mínima. Quando terminam a passagem de plantão¹⁷, questiono baixinho o que eles vão fazer, e dizem que querem ir ao quarto do usuário (o instituinte).

Curiol é sisuda, interage pouco com os outros pássaros. Tem muito conhecimento técnico e científico, os outros consideram-na muito “fechada”! Percebi que, na presença dela, o comportamento dos profissionais era diferente, ficavam mais sérios, mais tensos. Quando, ao contrário, ela não estava por perto, eles pareciam sorrir mais, conversavam mais descontraidamente.

Essa tensão é observada durante a passagem de plantão, quando os profissionais que estavam chegando também pareciam mais tensos quando era a enfermeira Curiol que estava na ala. Impossível não lembrar Deleuze (2002),

¹⁷ No Mutúm, a passagem de plantão não é realizada à beira do leito. Como jogo de futebol, jogando no mesmo time, a equipe de enfermagem se reúne no posto de enfermagem, e a equipe que sai **passa a bola** para a equipe que chega.

quando afirma que um corpo que não convém com o nosso diminui nossa potência de agir, causa tristeza.

Era isto: vivenciar a afecção espinoziana na pele! Corpos que diminuem a potência de agir, causando tristeza. Ou pelo sufocamento da alegria, essas questões me provocaram por toda aquela manhã!

Como é grande nosso potencial de diminuir ou provocar alegrias no outro, independentemente de nossa função social, familiar, pessoal, etc. Confesso ter sido muito mais afetada por estas afecções, potências naquela manhã!

Terminado o dimensionamento de pessoal, as auxiliares me indagam (discretamente) o que eu achava. Devolvi-lhes a pergunta. Disseram que gostariam de ir, mas *“tinham medo da Curiol achar ruim, que ela era muito brava!”*.

A minha dobra enfermeira queria falar mais alto. Queria protestar, dizer que a manifestação do usuário também era importante e que aquela equipe esperava da enfermeira um direcionamento. Penso nas dobras e tento me acalmar. Lembro que a minha porção enfermeira neste momento está dobrada dentro da pesquisadora que ainda está submetida à dobra da cartógrafa.

“Somos sempre remetidos a um novo tipo de correspondência ou de expressão mútua... dobra conforme dobra” (Deleuze, 1992, p. 53).

Na dobra, o que está implícito é explicitado ao se desdobrar, revelar-se no cuidado, esta noção de dobra possibilita pensar a produção de subjetividade, propiciando o caráter criativo e inovador de diferentes composições consigo mesmo, com o outro e com o mundo, ao longo do tempo, não só do profissional, mas do usuário também.

Pensar nas subjetividades que atravessam o muro complexo e objetivo do hospital permite pensar sob a perspectiva do profissional, nos possíveis atravessamentos, e reconhecer que ela também carrega consigo anseios e expectativas em relação ao trabalho em saúde.

Apesar de conhecer o usuário e toda a sua trajetória, deixo que eles falem, pois, nesse momento, eu era a pesquisadora, numa tentativa de que as minhas ideias não ofusquem as deles, afinal todos os detalhes são importantes.

[...] quando investigamos territórios, subjetividades e paisagens existenciais, às vezes distantes e estranhas em relação àquelas habitadas pelo pesquisador, adotamos a transversalidade como diretriz metodológica e a participação, a inclusão e a tradução nos modos como ela comparece na pesquisa (Kastrup, Passos, 2014, p.17).

Adotar a transversalidade requer atenção aos atravessamentos e às conexões resultantes dos encontros, aos cuidados, subjetividades produzidas nestes encontros, entre usuário e profissionais, encontro dos profissionais consigo mesmos. Encontro da pesquisadora com esta cartografia!

Enquanto Curiol realiza a divisão diária dos auxiliares, contam-me um pouco da trajetória do usuário no serviço, desde a sua entrada, quando permaneceu durante quase um ano aguardando um transplante cardíaco e como ele era uma pessoa difícil, que aos poucos foi se acostumando aos profissionais e os profissionais a ele. Eram múltiplas as possibilidades e conexões!

Bem, pedem que eu as acompanhe.

Retomando àquela manhã, que acontece algo incomum: Jacarandá, que inclusive estava de jejum para uma biópsia cardíaca, havia encomendado dois bolos confeitados, e muito emocionado diz:

Esse bolo eu mandei fazer pra vocês, pra comemorar o meu nascimento! Hoje faz um mês que nasci de novo! [referindo-se ao primeiro mês após o transplante cardíaco]. *E se hoje eu estou aqui, foi graças a vocês, ao esforço e ao trabalho de todos vocês!*

Encontro inusitado, emocionante, imprevisível: um cuidado produzido, um cuidado do usuário para com os profissionais. Cenas emocionantes, lágrimas, abraços, lembranças, um brilho, uma energia diferente encanta a nossa manhã naquele dia!

“Um feixe de luz nos vidros altos e claros da manhã!” (Rosa, 2001, p.152).

A enfermeira brava? Bem, ela sequer pergunta do paciente, mas, ele, com todo o cuidado, embrulha e envia-lhe um pedaço do bolo!

No momento em que (re)escrevo esta cena, fico pensando na teoria, nos procedimentos, na reação da colega enfermeira: o jejum, os protocolos, o preparo para a biópsia, um recém-transplantado!

Minha dobra enfermeira pensa no colesterol, no teor de sódio, na gordura poli-insaturada do *chantilly*, nos açúcares. Nossa! Quanto perigo, quanto risco! Uma bomba! Um perigo para um coração tão sensível!

Nova dobra, Deleuze (1992, p. 53) me socorre: faço das dobras, rizomas, e penso nas linhas de fuga, nas conexões, nas entrelinhas, que tornam esse universo habitável e tantas vezes inusitado!

Penso na alegria de Jacarandá e das auxiliares, no gesto de carinho, reconhecimento, atenção, cuidado. Um cuidado produzido em ato.

Aproximo-me de Martines (2011, p. 41):

Parece que cuidar significa, em alguns momentos, sair de cena, recolher-se para permitir que os usuários falem, discutam, encaminhem. Para que assumam o domínio da cena, que é deles mesmo! Pensar que podem (e desejam) escapar da captura do controle excessivo, da instituição propriamente dita.

E, realmente, na cartografia são tantas as possibilidades!

Nessas dobras e fissuras, no liso espaço do Mutum, sigamos caminhando, afetando e afetando-se, descobrindo que há rugas no justo lençol que acomoda o usuário! E essas rugas, dobras, são vieses que permitem linhas de fugas, conexões instituintes, no espaço instituído, quase asilar do hospital!

Pensando nas conexões, opto por falar um pouco da copa, espécie de refúgio dos profissionais, vindo de encontro à pesquisa descrita por Melo (2009). E falo dela aqui justamente pela multiplicidade de entradas, saídas, linhas de fugas possíveis.

Como já descrito anteriormente, o setor conta com duas copas, destinadas aos profissionais da equipe multidisciplinar. Além de uma lista dos aniversariantes do ano, existem dois painéis no qual são afixados vários protocolos assistenciais e orientações.

Havia queixas repetidas de que os profissionais não liam as orientações deixadas nesses murais. Nunca havia parado para pensar que, apesar dos inúmeros apelos das chefias, os profissionais ignoravam estes informes.

Aqui as noções de dobras (Deleuze, 1992, p. 53) gritam: seria a copa uma espécie de dobra, um local de fora, estando dentro?

Seria um novo ruído?

Percebo a copa como um espaço onde os profissionais exercem sua autonomia, fazendo desse ambiente um local privativo. Eles literalmente ocupam a copa para suprir suas necessidades de alimentação e conforto. Utilizam este pequeno ambiente (de aproximadamente 4 m²) para atendimento de suas necessidades básicas (refeições rápidas, intervalos para lanche ou beber água). Além disso, é também onde acontecem as confraternizações da equipe de enfermagem. Um espaço de recolhimento desses profissionais, embora seja aberta e utilizada por todos da equipe multiprofissional.

Raramente fica vazia, pois muitos profissionais frequentam com a desculpa de beber água, para conversar! São conversas rápidas, às vezes sobre trabalho, para tirar dúvidas sobre a própria assistência; outras vezes, falam da vida pessoal, profissional, problemas, preocupações. Outras vezes, observo profissionais que sentam apenas para beber um copo de água e não falam sobre coisa alguma. Espaço rizomático!

Noto nas conversas que a copa é uma válvula de escape, de dobra, de alívio das tensões do serviço, na qual as pessoas se encontram ao fazer suas refeições rápidas; espaço acolhedor, onde é possível dar uma escapada e dissipar as tensões mais emergentes, possibilitando traçar linhas de fuga. Seria a copa, a roça do Mutúm?

“A roça era um lugarzinho descansado bonito, cercado com uma cerquinha de varas, mó de os bichos que estragam. Mas muitas borboletas voavam.” (Rosa, 2001, p.81).

Arrisco dizer que a copa é **ocupada** pela enfermagem. Muitas vezes é um refúgio – a roça, no meio do Mutúm – em que o profissional se protege das cobranças (das chefias, dos colegas, dos usuários).

Alguns se reúnem para a primeira refeição do dia. Apesar de acordarem cedo, é uma equipe alegre e bem-disposta, que chega bastante animada, conversando, cumprimentando a todos. São ágeis, dinâmicas, rápidas. Talvez não por acaso permaneçam no turno da manhã. São profissionais extremamente rápidos, já que o plantão da manhã é muito dinâmico, horário em que ocorre a maior parte dos

exames, procedimentos, além de uma maior movimentação de profissionais de outras áreas.

Essas energias vão se dissipando ao longo do dia, referem que à tarde tem outra velocidade, sendo mais tranquila, para alguns, “*os profissionais da tarde são mais lentos*”. Fica notória a diferença de entrosamento entre as equipes da manhã, tarde e noite. Como se as energias diminuíssem ao longo do dia. Ou seja, a equipe da manhã chega descansada e vem para a sua primeira rotina. A equipe da tarde já vem de uma rotina anterior (de afazeres domésticos, filhos, estudos). Então, chegam um pouco mais desanimados para receber o plantão. Já o noturno passa o plantão visivelmente cansado. Felizmente, as atividades da manhã têm essa característica mais dinâmica e, assim, os profissionais vão se deslocando nos horários e se acomodando em escalas fixas (na medida do possível).

Durante os fins de semana, os profissionais geralmente fazem plantões de 12 horas, para folgar no dia seguinte. Ou seja, trabalham o dia todo no sábado para descansar no domingo e vice-versa. Percebe-se um novo ruído devido a essa mistura aos fins de semana, quando a enfermagem que trabalha à tarde vem cobrir a manhã e vice-versa, num movimento de desterritorialização.

Sobre os plantões de fins de semana e feriados, os profissionais mencionam dificuldade, pois a equipe ficava muito misturada, e os profissionais da tarde são **lentos** e não conseguem acompanhar a rotina corrida da manhã. Por outro lado, os profissionais do turno da tarde caracterizam-nos como muito estressados. Isto deixava o plantão “**muito bagunçado**”.

Também mapeando os encontros, aproprio-me do conceito de intercessores descrito por Deleuze e Guatarri (2002) como o produto de encontro singular entre duas pessoas. De posse dessa mesma ideia, Merhy (1997a, p.132) deriva o termo intercessores para citar o espaço relacional, produto de intersecção estabelecido entre profissionais e usuários durante o cuidado:

De posse desta idéia, estamos querendo dizer também que quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de intersecção entre dois conjuntos

Cenas de cuidado, produzidas no encontro com os usuários, em que o bom entrosamento, relacionamento entre os profissionais e com o próprio paciente auxiliavam na promoção de um cuidado mais efetivo.

Sou convidada a observar o cuidado a um usuário de alta dependência. Após a realização do banho no leito, solicitam auxílio para avaliar a lesão provocada pelo extravasamento da dieta pela gastrostomia¹⁸. Ao acompanhá-las, observo o cuidado com o conforto e a privacidade do(a) usuário(a). Apesar de haver familiares no quarto, em nenhum momento, a usuária fica totalmente descoberta, há um cuidado de cobrir partes do corpo durante o banho com a toalha ou a própria camisola.

No quarto, duas filhas acompanham todo o banho, fornecem pomadas ou apenas conversam com o(a) usuário(a) durante o procedimento. Noto engajamento entre equipe e familiares, bem como o cuidado produzido pelas auxiliares. Preocupadas com a lesão observada, solicitam minha avaliação, visto que naquele momento a enfermeira havia saído do setor e a médica estava aguardando para realizar a prescrição. Concluímos que houve extravasamento da dieta. Como a intenção não era atuar com a equipe, comunicamos à enfermeira assim que ela chega e ela providencia o tratamento adequado.

Observo o cuidado com Cedro após o banho: as auxiliares ainda organizam todo o quarto, o pentear dos cabelos, o passar batom, enquanto as filhas realizam massagem nas pernas com creme hidratante. Ao final do banho, que durou cerca de 30 minutos, a usuária está visivelmente confortável e perfumada, uma nítida sensação de bem-estar, de cuidado, respeito.

Nesta cena, surpreende-me a assistência dos profissionais com o usuário. Uma delas volta-se para mim, ao final, e diz:

Tem muita gente que acha que fazer enfermagem é só dar comida, dar remédio, dar banho e trocar fraldas... Não é o “fazer”, mas é o como fazer, o jeito que se dá um banho, o jeito que se faz uma higiene. E isso não é qualquer coisa. Isso... já é muita coisa (Rolinha).

Um cuidado dessa forma ultrapassa a dimensão física, mas é feito através dela, diria que começa com ela. Nesta pequena cena, corriqueira, muitas vezes

¹⁸ Dispositivo implantado no estômago e pelo qual é fornecida a dieta alimentar, aporte nutricional administrado na forma líquida, utilizado em usuários que têm comprometimento de deglutição ou que necessitam de um suporte nutricional adicional.

imperceptível, um simples banho no leito, que para muitos pode ser algo tão singelo, apreende-se princípios importantes de ética e respeito ao ser humano.

Como lembra Boff (1999, p.33): “Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”.

Durante a etapa de observação, eram os profissionais quem apontavam o momento de cuidado com determinado usuário a ser observado, e o motivo da escolha: “paciente muito dependente, precisava de muitos cuidados de enfermagem, paciente muito difícil de cuidar, paciente muito complexo para cuidar”.

Talvez pela temática sobre a produção de cuidados, percebo a preocupação dos profissionais em demonstrar como era o cuidado técnico, as rotinas, as normas, os protocolos; porém, ao analisar esta produção, outras questões emergiram no tocante à subjetividade e ao uso de tecnologias leves.

Além da reconhecida importância das técnicas, dos materiais, saberes bem estruturados na recuperação e no tratamento do usuário, este, por outro lado, enquanto **pessoa que sofre do coração**, demandava também esse cuidado, subjetivo, singular e, quando não era atendido, expressava essa insatisfação de diversas maneiras, detectadas pelos profissionais durante esses momentos (plantões). Como na fala de Coruja:

Você já percebeu como os pacientes da Maritaca não param de chamar? As campainhas dela não param um minuto! Aí você vai atender, eles pedem coisas banais, às vezes só uma informação, parece que eles só querem uma atenção, se sentir cuidados, sabe?!

Maitaca rebate as críticas e diz que seus “pacientes” são muito chatos, poliqueixosos e muito trabalhosos, por isso ela demora a atendê-los! Em outras oportunidades, em outras áreas do Mutúm, percebo que Maritaca e outros profissionais têm o mesmo problema!

São características, subjetividades em construção em ato, no cuidado de enfermagem, cuidado de todo dia.

Como cartógrafa em busca de produção de cuidados, pesquisadora implicada que sou, tenho profundo prazer em ouvir e replicar alguns relatos de auxiliares que

tiveram atitudes ousadas, desenhando diferentes linhas de cuidado no seu cotidiano, como na fala de Sabiá-de-Peito-Vermelho:

Olha, porque eu gosto muito de estar aqui, sabe? Eu cheguei aqui, eu era uma menina, tinha só 18 anos, foi meu primeiro emprego, e eu fazia cada coisa [...]. Eu lembro de uma paciente que me marcou mesmo, marcou porque era uma menina como eu, né? Ela era linda, tinha hipertensão pulmonar, dependia do oxigênio pra tudo, tudo mesmo. E a gente sabia que ela não voltava pra casa. Então, o banho dela era de leito, você acredita que eu pedia pra ficar com ela só pra poder dar o banho nela? Daí a gente combinava, né, porque eu morria de medo de levar bronca [risos]. Então a gente combinava o dia que ela queria lavar o cabelo, e o cabelo dela era lindo, ela era loira, linda a menina! Daí, eu trancava a porta, pra ninguém ver, né? Já pensou se alguém me pega? Eu adiantava todo o meu serviço e avisava meus colegas que ia entrar no banho... ela era totalmente dependente, tinha muita falta de ar! Eu forrava o chão, e lavava os cabelos dela com um balde cheio de água, jogava água mesmo, sabe, pra ela sentir que estava no chuveiro mesmo. Porque ela pedia pra mim que queria tomar um banho de chuveiro, sabe, como se fosse na casa dela (eu sabia que ela era grave). Eu fazia mesmo! Dava muito trabalho [pensativa], eu chegava a ficar uma hora naquele quarto! Depois eu pegava o secador e secava o cabelo dela todinho, daí ela pedia pra eu maquiar, às vezes, quando dava, eu até fazia as unhas! [risos]

Cuidado inusitado, cuidado necessário, não prescrito, às vezes possível, às vezes impossível? Depende das conexões que acontecem nesses encontros.

Outra constatação foi que o momento do cuidado pode ser também um momento singular (e muitas vezes o é). Momento singular entre profissional e aquele usuário específico, como na cena relatada por Sanhaço:

Ah! Eu queria muito falar de um paciente que me marcou muito, sabe? Um adolescente. Ele foi o primeiro transplantado que eu cuidei. Ele me marcou muito, sabe? Porque ele se despediu de mim! Quando eu entreguei ele na UTI (quando ele foi transferido para a UTI), ele se despediu de mim com o olhar. Ele me olhou assim... apertou a minha mão. E naquela hora eu senti que ele estava se despedindo, eu vi no olhar dele. Pelo olhar! (Sanhaço)

Pergunto como Sanhaço percebe o cuidado. Ela traduz seu cuidado no impacto aos usuários crônicos, referindo-se especialmente aos usuários que ficam à espera de um transplante.

Porque são pacientes crônicos, que ficam muito tempo aqui com a gente! Sabe, porque acho que o cuidado de enfermagem é o que impacta pra gente, essas emoções, essas lembranças, que a gente passa pro paciente, né? Que isso não tá nos protocolos, a gente não relata, não escreve. Mas a gente vive, com certeza! Eu penso muito quando fala em cuidado de enfermagem, eu lembro muito do cuidado destes pacientes!

Essa cena também me remete aos rizomas, pelas conexões estabelecidas com os usuários. Conexões muitas vezes invisíveis numa observação superficial, mas que desponta nos relatos, nas interações com os profissionais.

Escrever e descrever o Mutúm foi uma surpresa para minha alma e visão de cartógrafa e pesquisadora, foi desbravar um cenário que enquanto pesquisadora implicada julgava conhecer muito bem!

Cartografar exige, antes de tudo, implicar-se no movimento. Tal como no processo da borboleta, é preciso entrar no invólucro e com ele transmutar, libertando-se a si e a crisálida, restituindo ao movimento do mundo sua mobilidade, à mudança sua fluidez, ao tempo sua duração, como “brinca” o filósofo no exemplo, ou, dito de outro modo, como sugere Bergson filosofando (Amador, Fonseca, 2009, p.33).

Neste sentido, essas questões também me afetaram de uma maneira diferente, pois, a cada passo no Mutúm, mais e mais sutilezas se apresentam, existem pedras, sombras, medos, mas existem surpresas, feixes de luz, odores e intensidades.

3.3 O FLUXOGRAMA

O Dito, dizia que o certo era a gente estar sempre brabo de alegre, alegre por dentro, mesmo com tudo de ruim que acontecesse. Alegre nas profundas! Podia? Alegre era a gente viver devagarinho, miudinho, não se importando demais com coisa nenhuma (Rosa, 2001, p.148).

Construíram o fluxograma: seis enfermeiras e 11 auxiliares de enfermagem. Todas estiveram presentes na observação participante. Duas enfermeiras estavam de folga e apenas uma enfermeira e três auxiliares não compareceram ao fluxograma devido a compromissos particulares.

Por opção dos profissionais, não participaram da reunião as enfermeiras da chefia de Enfermagem. Embora o tempo todo tenha sido assegurado que não haveria função avaliativa, afirmaram sentirem-se mais livres para expressar suas ideias na ausência delas. No dia da reunião, para minha surpresa, apesar de terem sido liberados uma hora antes do término do plantão, eles recusaram, alegaram que preferiam sair no horário normal para se reunir com calma, após o plantão. Uma questão que me surpreendeu positivamente pelo reconhecimento desse esforço

coletivo para discutir o cuidado, sendo que as horas de participação foram consideradas como horas de trabalho.

A reunião estava marcada para 13 horas, cheguei às 11 horas para preparar a sala, tive o auxílio de duas oficiais administrativas e uma enfermeira, muito solícita e interessada. Apesar do convívio e da familiaridade com os profissionais, eu estava bastante apreensiva e posso dizer que minha apresentação demonstrava essa ansiedade! Arrumei as cadeiras em forma de roda, metaforicamente para favorecer a circulação de ideias, conversas e para facilitar a visão, que todos pudessem se enxergar.

Às 12h30 já estava tudo organizado: sala, cadeiras, bebidas, lanches, material para registro das ideias e construção do fluxograma (*flip chart* e pincéis), além de gravador.

Papagaio, muito solícita, foi a primeira a chegar. Havia convidado, por si só, a chefia da unidade: uma grande e constrangedora surpresa! Num momento, pensei nos demais pássaros, no combinado com eles, pensei que essa estratégia havia ficado clara para todos! Confesso que me senti numa situação difícil, pois não queria magoá-la, mas, por outro lado, havia todo um grupo em discussão.

Respirei, pensei na cartografia que se faz em processo, que necessita de calibragem, e é um procedimento *ad hoc* (Kastrup, 2009). Gentilmente agradei a atenção e solicitei que ela avisasse as enfermeiras da chefia para comparecerem após a reunião, quando então poderíamos sentar e tomar um lanche juntas. De fato, ao término da reunião, o lanche foi disponibilizado a todos os profissionais do Mutúm, fechando com chave de ouro esse momento mágico da pesquisa!

Bem, sempre atenta em ajudar, Papagaio decidiu arrumar as cadeiras de outro jeito. Ao ser questionada, disse que, em fileiras, tipo uma aula, seria melhor para os participantes, que ficaria mais organizado! Minha vontade imediata foi dizer: não! Mas, nesta fase da pesquisa, posso dizer que já havia desenvolvido certo olhar cartográfico: paciente, curioso, atencioso, calmo. Neste gesto, permaneci à espreita (Kastrup, 2009), atenta às manifestações dos profissionais, que já chegavam e se acomodavam nesta espécie de sala de aula tradicional.

Guattari (apud Parpineli, Souza, 2005) cita as vozes de poder, que são relações de poder impostas, processos de sujeição impostos por quem exerce o poder, com o objetivo de sujeitar o pensamento, a ação e o sentimento do outro de acordo com seus interesses. A disposição da sala de aula, a fim de assegurar esse funcionamento normalizador, através da própria composição hierárquica e dinâmica da instituição, evidencia essas vozes de poder.

A própria arquitetura da sala de aula, a disposição das carteiras dos alunos e a localização destas em relação à mesa do professor são elementos que podem ser entendidos como expressões das vozes de poder, já que corroboram para o distanciamento hierárquico comumente mantido entre professor e aluno: ao primeiro cabe passar o conteúdo da matéria e ao segundo absorver complacentemente tudo que este último disser. (Guattari apud Parpineli, Souza, 2005, p. 485)

Essa mensagem hierárquica me incomodou bastante, pois foi um esforço o tempo todo para desconstruir a imagem da enfermeira supervisora, durante esta fase de campo e, apesar de incomodada, segui atenta aos participantes, pensando que talvez esta pudesse ser uma implicação pessoal.

A reunião iniciou às 13h20 e contou com a participação de enfermeiros e auxiliares do turno da manhã. Um lanche reforçado foi disponibilizado para que pudessem se servir durante o evento, estratégia que tornou o momento mais prazeroso e afetivo (no sentido de afetar), um clima de descontração.

Estava muito nervosa e tive o apoio dos profissionais que me acolheram e foram bastante atenciosos. Eu pensava se o que eu estava dizendo poderia fazer sentido para eles, e o que eu faria caso não fosse acolhida. Num rápido *insight* me lembro da orientadora, em suas sábias palavras, acalma e afeta: a falta de dado já é um dado! Penso na sua presença carinhosa, nas suas orientações e provocações, respiro e começo explicando o que era o fluxograma analisador (material que eu já havia disponibilizado em forma de artigo e resumo aos profissionais durante a etapa de observação).

Após escrever o título da pesquisa e em que consistia o fluxograma analisador, reproduzi os desenhos utilizados e padronizados para esta construção. Merhy (1997b, p. 75-77) indica que a construção do fluxograma analisador seja feita a partir de símbolos padronizados e reconhecidos universalmente. São eles: a elipse, que representa o começo e o fim da cadeia produtiva, respectivamente a

entrada e saída do usuário no sistema; o retângulo, que representa momentos importantes na cadeia produtiva e as ofertas; e o losango, que representa momentos decisórios do processo de cuidado, cujas etapas vão definir fases posteriores (Figura 1).

Figura 1 – Símbolos de fluxograma analisador

Fonte: Merhy (1997b).

Estava muito incomodada com a disposição das cadeiras, tentava disfarçar, mas pensava: será que eles não vão falar nada? Estão tão condicionados a não reclamar, a obedecer? Ufa! Sanhaço gentilmente interrompe a explicação reclamando da disposição das cadeiras, se poderiam mudar! Devolvi-lhes a pergunta e deixei-os livres para dispor as cadeiras conforme desejassem. A roda foi uma opção unânime. Que bom, senti que eles também estavam implicados com a pesquisa, em retratar a produção de cuidados!

Assim, pudemos retomar as orientações, agora com mais liberdade, de expressão inclusive! Os profissionais não demonstraram dúvidas com relação à construção do fluxograma, direcionaram a ordem de apresentação dos usuários. Embora alguns tivessem comentado que não ficariam até o fim, com exceção de Pica-Pau, que saiu no início da reunião e só retornou após o término, com a chefia, todos permaneceram até o final da reunião, que durou 1h40.

Por opção dos profissionais, foram selecionados três usuários, apresentados na ordem de construção do fluxograma: São José, Buriti e São Caetano.

O primeiro usuário, São José, foi escolhido pela equipe X, e somente ela participou da discussão. Já Buriti foi o segundo fluxograma traçado, escolhido pela equipe Y. Após a discussão desse usuário, todos os profissionais tiveram participação efetiva na construção do fluxograma. O terceiro usuário, São Caetano, escolhido pela equipe Z, teve uma construção privilegiada, pois nesse momento não havia mais três equipes, mas uma equipe discutindo cuidados.

Somente após ouvir e reler as transcrições, percebo que iniciamos a reunião com três equipes de enfermagem, na verdade uma equipe fragmentada em três partes. De modo que na discussão do primeiro fluxograma, com o usuário São José, somente os profissionais daquela ala (Ala X) se envolveram nas discussões. A partir da discussão sobre o usuário Buriti, os profissionais passaram a participar mais da reunião, mesmo aqueles que não cuidaram diretamente dele.

Buriti era conhecido por todos os profissionais. Várias características próprias permitem inferir que essas conexões com o usuário possam ter ocorrido por: tempo de internação prolongado, usuário jovem, empatia com a mãe do usuário, uma senhora bastante presente e simpática com os profissionais; pelo fato de eles terem “ficado morando por vários anos no Mutúm, à espera de um coração”, pela sensibilização dos profissionais ao cuidar de um usuário jovem, único filho de D. Flor.

Após analisar e discutir os resultados com a orientadora, descobrimos que o usuário Buriti tratava-se de um rizoma, pois a construção de seu fluxograma consolidou o trabalho de uma equipe até então fragmentada e que disputava entre si.

A análise do fluxograma Buriti conseguia identificar a produção de cuidados. Embora trazidos por equipes “diferentes”, acabaram por reforçar os cuidados produzidos pelos profissionais, com o **usuário-rizoma** (Buriti) e aos demais usuários, outros que inclusive não foram nomeados, pois foram citados apenas indiretamente.

Outros dois fluxogramas foram também construídos e, embora não sejam detalhados nesta tese como o de Buriti, as reflexões e contribuições dos profissionais estiveram presentes em toda a produção, nas frestas, nas intensidades, pois reforçam a produção de cuidados destes profissionais com os usuários. Em atenção aos habitantes do Mutúm, estão apresentados nos anexos (Apêndice B), os fluxogramas relativos aos usuários São José e São Caetano.

3.3.1 Fluxograma de Buriti

Buriti - 26a, ICC avançada, internação prolongada (acima de dois anos), baixa adesão ao regime alimentar, transplante cardíaco, não adesão, muito jovem, recusava UTI.

A entrada de Buriti: Buriti chegou ao Mutúm em 2011, veio de casa. Quem o recepcionou foi Marreca-Cabocla. Ela lembra que era muito jovem e não parecia ter problemas cardíacos. Passou por muitos serviços e médicos antes de chegar ao Mutúm. Veio para investigar uma dor abdominal que apareceu há dois anos e não respondia ao tratamento gástrico. Foi encaminhado pelo cardiologista, que o havia atendido em outro serviço, indicando-o ao Mutúm para investigar um possível problema cardíaco.

A decisão: Após vários exames, em poucos dias, esse usuário foi incluído na fila de transplante cardíaco. Devido à gravidade do caso, iria permanecer internado, aguardando o transplante.

O cardápio de ofertas: Foi decidido que ele seria atendido pela equipe de transplante cardíaco (um grupo específico, incluindo médico, enfermeira, assistente social, psicologia, nutricionista). Passagem de um cateter de longa permanência (PICC) para receber droga vasoativa de uso contínuo (dobutamina). Usuário jovem, os profissionais se identificaram muito com ele devido à idade.

A primeira saída do Mutúm: Foi transferido para a UTI devido à gravidade do caso, porém retornou ao quarto. Por solicitação do usuário, ele não seria mais transferido para a UTI. Mantém equipe multidisciplinar, drogas vasoativas, PICC, telemetria. As discussões com os profissionais tornam-se mais frequentes, são mais de dois anos internados. A cronicidade e gravidade do caso deixam o usuário ainda mais ansioso.

O transplante cardíaco: Realizado o transplante cardíaco sem intercorrência, porém o usuário passou a apresentar múltiplas crises convulsivas que o impediu de permanecer no Mutúm.

A saída do sistema: Mantido na UTI, onde faleceu quase um mês depois.

A continuação do rizoma: A saída do usuário da cadeia de cuidados não limita a produção dos profissionais, de modo que relatam terem comparecido ao velório e funeral, prestando apoio à mãe do usuário com quem tinham grande vínculo.

3.3.1.1 A passagem de Buriti pelo Mutúm

Ao transcrever esse fluxograma, tão denso, intenso, rico em detalhes, emoções, afetos, surpresas, confesso a dificuldade de organizá-lo, com a sensação de ter sido bombardeada por um turbilhão de ideias, informações, surpresas ao ouvir dos profissionais seus relatos sobre a sua produção de cuidado, que literalmente foi discutida no fluxograma analisador.

Porém, é preciso começar de um ponto. Vou começar pelas escolhas, analisando quais foram e se há algum ponto em comum, algum “ruído” à procura de uma escuta atenta e sincera.

De um modo geral, o fato de o usuário ser jovem impactou bastante na escolha e no cuidado dispensado pelos profissionais. Além disso, o tempo de internação prolongada (mais de dois anos) percebida nos candidatos a um transplante cardíaco e o comportamento, no caso dois usuários, foram pontuados pela falta de adesão ao tratamento, um comportamento considerado um tanto manipulador, já que os profissionais reconhecem que burlavam muitas normas e rotinas em prol do usuário *“porque era jovem e ficou morando com a gente”*!

Devido a suas características peculiares, de ser muito jovem e estar muito tempo hospitalizado, não aderiu à dieta nutricional, porém tinha um relacionamento intenso com os profissionais.

Os profissionais lembraram de quando ele deu entrada, a indicação e a surpresa com a notícia do transplante. Vale dizer que a equipe de enfermagem é composta por pessoas jovens: participaram da pesquisa profissionais de 18 a 40 anos, em média 29 anos. Pessoas produzindo e vivendo intensamente.

Olha, acho que eu escolhi o Buriti porque ele era um paciente jovem, né, muito jovem. Ele chegou aqui com 26 anos! Sabe, gostava de viver! Todo mundo gostava dele! Ele conversava, dava risada! (Marreca-Cabocla)

Mas, ao mesmo tempo, ele era difícil porque ele não aderiu, né? Ele comia o que queria, ele cozinhava dentro do quarto. Comia de tudo, não respeitava mesmo! (Arara-Azul)

Outra profissional lembra que ele era filho único, e fala das angústias da mãe.

E tinha também a D. Flor, né? Sozinha, ficava aqui o tempo todo. Ficou morando com a gente, ela e ele. Né, e ele era muito brincalhão, punha apelido em todo mundo, né? (Gavião-Pintado)

E teve um dia, que eu nunca vou esquecer, que eu conversava muito com ele, a gente conversava de tudo, e eu falei: “Nossa, Buriti, eu queria tanto comprar um carro. Nossa, quem me dera se eu pudesse comprar um carro!” Aí ele virou pra mim, bem sério, e falou. “Nossa, e eu só queria um coração!” [Silêncio geral]. Aquilo pra mim me acabou, né, eu saí do quarto que não consegui falar mais nada, acabou pra mim o dia! (Maritaca)

Utilizar a cartografia como método de análise requer capturar a realidade na sua dinâmica rotineira, com surpresas: manifestações das diferenças, atos de cuidados e descuidados, inesperados, sinfonias do saber e do fazer, revelando as subjetividades que se atravessam nas relações desse território (Merhy, 2002).

Porque ele era jovem, da nossa idade, né? Gostava de fazer o que a gente fazia, gostava de viver. Ele queria viver, precisava viver. Mas, não, vivia preso a uma bomba de medicação. A vida dele dependia daquilo. Eu acho que ele marcou muito, marcou mesmo. Principalmente porque ele era jovem! (Sanhaço)

Então, cartografar para identificar a produção do diferente, as conexões que acontecem na dinâmica de produção de cuidados, o inusitado, o diferente. Multiplicidades e agenciamentos de produção de cuidados: pistas para as cartografias.

É, mas ele, também, no final, tava muito difícil, né? Muito difícil. Eu lembro que um dia eu tava correndo, tava muito corrido, e eu fui trocar o curativo do PICC dele, e ele não queria deixar eu trocar, aí eu disse: “[Buriti], vamo logo, eu preciso trocar, tem que ser agora!” Pra que eu fui falar isso? Ele gritou comigo, me ofendeu, falou cada coisa, sabe... e daí... a mãe dele falava pra ele parar e ele continuava. Então, eu falei: “Peraí, agora você tá me ofendendo!” Eu falei: “Para de fazer birra, tá parecendo uma criança” [risos]. Aí piorou tudo: “Você tá me chamando de moleque?” Aí pronto, ele me ofendeu mais ainda, eu saí do quarto, eu falei: “Eu não sou obrigada a ouvir tudo isso, eu não mereço ouvir tudo isso de você!” E fui lá pra sala da chefia chorar, chorei tanto pra ela ! (Arara-azul)

Ah! Muito difícil mesmo, brigando com todo mundo, né, brigava por tudo (Maritaca)

Durante os relatos, houve expressões de emoções, pesares, saudade, lembranças, remetendo a um cuidado envolvente, afetivo. Pensando nessa conexão de afetos e encontros, há um elemento comum, encontro intercessor.

E eu fico pensando, pra que tanto regime? A gente impõe tantas regras pro paciente, proíbe tanta coisa... Tá certo que ele ia demais, cozinha de tudo no quarto, a gente, os médicos sempre brigando, e o que aconteceu? Ele morreu! Pra nada! Quem dera ele tivesse comido, feito tudo o que queria, talvez teria acontecido do mesmo jeito, ou talvez até tivesse vivido mais! (Sanhaço)

Reconhecem que regras são impostas (e necessárias), reconhecem a rigidez dos protocolos, do cuidado, do hospital (instituído). Relatam também que o sofrimento e a chateação fazem parte do dia a dia do hospital, além da sobrecarga física e emocional ao cuidar desses usuários crônicos; mas, pelos interstícios, ao olhar com um pouco mais de atenção, uma atenção vibrátil, alguns conseguem separar o usuário e a situação vivenciada por ele, sua subjetividade e sua reação violenta e até de desrespeito pelo profissional. Reconhecem o usuário não como paciente, mas como pessoa que “sofre do coração”, um sofrimento muitas vezes compartilhado, reconhecido por eles:

É, mas não é com você, [Arara-Azul]. Não era com a gente, era com ele, com a situação dele! Tava muito difícil pra ele, né? Eu acho que no fundo ele sabia que não ia dar certo. No fundo, eles sabem, né? A gente sabe! [silêncio]. (Sanhaço)

Silêncio, depois burburinhos. Murmúrio de gente concordando.

É verdade. Porque quando ele começou a me ofender, eu percebi que estava muito agressivo, sabe? Ai, eu parei e pensei: peraí, isso não é comigo, isso não é pra mim! Né, porque é todo um contexto, todo um contexto, sabe? (Arara-Azul)

Os profissionais vão tentando (re)construir o trajeto, as passagens do usuário pelo serviço, e trazem cardápios do cuidado, mesmo quando aparentemente esta não era sua função, já que o usuário já havia sido transferido para outro setor. Como na fala de Arara-Azul:

E quando ele morreu, eu desci lá, sabe? Porque a funcionária de lá me ligou, e falou que o [Buriti] tava morrendo! Ai eu desci lá, ele tava morrendo mesmo! Eu falei com ele, orei, pus a mão na cabeça dele e falei: “vai em paz”, e ele foi! (Lágrimas)

Arara-Azul pertence a uma denominação evangélica, demonstra uma forte religiosidade, aliada à alta especialização, é membro do grupo de cateteres e recentemente foi transferida para a unidade de transplantes. Para ela, ligada à alta tecnologia, “*ele cumpriu sua missão na terra*”. E continua:

Porque eu penso, assim, que todos temos uma missão. Sabe, eu chorei muito, sofri muito, mas chegou uma hora que eu pensei: a missão dele acabou! Era esta a missão dele! E por isso eu fui lá, porque eu achava que ele precisava ter paz pra partir, por isso eu fui e falei: “vai em paz!” E ele foi!

Tal fala é uma outra questão para pensar nas outras produções que emergem do cuidado em saúde! Relata que foi repreendida várias vezes por esse envolvimento excessivo, que não faz parte do profissional.

Ao entender que “cada um tem uma missão”, por mais que ela empregue a alta tecnologia para salvar vidas, quando o usuário não sobrevive, ela conclui que “era a sua missão”. Desta forma, seu coração, que também sofre, é acalmado pela via da religiosidade, que também faz parte da sua subjetividade.

E a discussão continua, cada um procurando lembrar um pedaço da história do paciente:

Mas você perdoou ele? De tudo o que ele te fez? (Maritaca)

Não tinha o que perdoar! Eu já tinha perdoado ele no mesmo dia em que aconteceu tudo aquilo, que ele me ofendeu, tudo. Eu fiquei muito triste, sentida. Mas perdoar, não tinha o que perdoar, eu sempre perdoei ele. (Arara-Azul)

Em outra questão, Sabiá-de-Peito-Vermelho relata o sentimento de reconhecimento, e até mesmo de valorização pessoal, ao observar que, em meio a um quadro de agitação e confusão mental, Buriti a reconhece e busca nela apoio.

Eu lembro que ele tava tão confuso, quando eu entrei toda paramentada (ele tava em isolamento na UTI), a enfermeira me avisou: “Não repara, não, que ele tá super confuso!”. Mas você acredita que ele olhou pra mim, mesmo eu de máscara, e disse: “Oi, [Sabiá]!” Nossa, isso pra mim me deu um nó na garganta! [...] Aí eu falei: “Lembra de mim?” Ele falou: “Claro! [Sabiá], me leva de volta lá pro Mutúm!” Isso eu nunca vou esquecer! [lágrimas].

O usuário, mesmo em um quadro de intensa agitação e confusão mental (sabe-se que estava em um quadro neurológico de intensas crises convulsivas), reconheceu alguém que o cuidou. Essa profissional relata uma proximidade muito grande com Buriti, ambos da mesma faixa etária, com expectativas e planos para o futuro. Ele, de seguir uma vida normal após o transplante; ela, de fazer faculdade, terminar de criar os filhos, melhorar de vida. Ser reconhecida literalmente representou à profissional ter o seu cuidado reconhecido.

Ao discutir sobre os cuidados prestados a Buriti, o prolongamento da internação à espera pelo transplante, as complicações e o óbito, os profissionais contaram com riqueza de detalhes o percurso realizado, sensibilizados pela tenacidade e típico desejo de viver. E percebi um rico engajamento de todos os profissionais, de **uma** equipe!

Nesse caso, a assistência não parou com a saída do usuário do serviço, no caso, o óbito. Segundo eles, vários colegas compareceram ao funeral.

E outra coisa, vocês sabem que ele é o único paciente que ficou entubado de óculos, ele não queria que tirasse o óculos de jeito nenhum, então ele morreu de óculos. Ele ficou com os óculos o tempo todo! [risos emocionados] (Arara-Azul)

Além disso, expressam um envolvimento com o usuário, que ultrapassa as funções determinadas pela instituição, mesmo o paciente já fora do serviço (e de possibilidade terapêutica, no caso, o óbito), eles continuam a acompanhá-lo como no relato de Gavião-Pintado:

Uma coisa que me marcou muito foi no velório. Nós fomos no velório dele (eu, e mais quatro, cinco pessoas) e daí a mãe dele pegou a gente, pôs perto do caixão, abraçou e falou: “Eu gosto de ficar com vocês, porque vocês foram a minha família, ficar com vocês me lembra o meu filho, porque nesses dois anos vocês foram a nossa família.” Nossa, aquilo eu chorei muito, muito!

A negação da morte e da doença pelos usuários e familiares, também é reconhecida nos próprios profissionais, que a consideram uma sobrecarga emocional. Embora lidem diariamente com a dor e o sofrimento, expressam profundo pesar diante da morte prematura (pessoas jovens), sobretudo nos usuários que aguardam um transplante, relatando inúmeros casos de “*perdas de pacientes jovens, crianças e adolescentes*” que não conseguem esquecer.

Os profissionais contam que existe esse suporte oferecido por um profissional psicólogo, mas é insuficiente, já que são muitos usuários para um único profissional, mesmo no caso de transplante, que não é considerado um cuidado paliativo, mas cuja cronicidade da doença revela a necessidade de um suporte psicológico e emocional extensivo aos familiares.

Nesse sentido, outro ruído bastante evidente durante a pesquisa foi a necessidade de um suporte emocional, uma dinâmica que os auxilie a lidar com o

sofrimento prolongado, sobretudo dos usuários que aguardam um transplante, referindo ser esta população geralmente de “crianças e jovens” e que é muito difícil de cuidar, sobretudo de “perder” estes usuários, já que muitos vêm a falecer mesmo antes do transplante.

A estratégia do fluxograma também constituiu um momento de acolhimento mútuo, sinalizando que reuniões desse tipo podem ser realizadas e até estimuladas, haja vista o envolvimento e engajamento da equipe em pensar junto sobre a trajetória de cuidados oferecida. Espaço para expressar esses sentimentos e reelaborar vivências através da troca de informações, de reviver o cuidado com outros usuários, colegas, para que refletissem sobre ele, revelando momentos de dor, cicatrizes abertas à procura de um curativo, profissionais de cuidado, necessitando de um cuidado. Um gemido discreto, um sussurro que se fortaleceu, ruído transformado em voz, fortalecido pela fala de outros colegas. Como o relato emocionado de Tico-Tico:

Sabe, eu nem imaginei que a gente ia falar disso aqui, né? Mas confesso que desde que o Sr. São José morreu, que eu não queria mais tocar no assunto, sabe? Eu evitava falar disso, porque era um processo muito doloroso. Foi uma perda significativa pra mim, né? Deste paciente. Os meninos sabem que eu até hoje evito cuidar de pacientes que internam naquele leito, leito XX. Mas, sabe, que agora falando dele, do cuidado, a coisa saiu naturalmente. Eu acho que eu precisava disso, de falar sobre isso! [risos]

O Mutúm é um cenário dinâmico. Seus habitantes, como num rizoma, movimentam-se em múltiplos sentidos: avançam, recuam, rodopiam, numa coreografia intensa, elementos heterogêneos desenham novos encontros e conexões. Nesse cenário de criação, não existe enfermeiro ou auxiliar, existem pessoas construindo suas cartografias.

Analisando suas características, percebo que convergiam para um único território, que aqui será apresentado como rizoma.

Miguilim avistou uma paisagem diferente, que, apesar de conhecida, desde sempre, somente agora, pelas lentes do Dr. José Lourenço, podia enxergar. Tantos detalhes. Quase nem podia acreditar! (Rosa, 2001).

Caminhando com ele, sou tomada por essa sensação de surpresa, de descobrir nuances, detalhes antes imperceptíveis no cotidiano do Mutúm. Nas atividades diárias, nos encontros em que os profissionais produzem cuidados aos usuários: aves e pássaros em uma relação de encontros com potência para a produção de vida!

No Mutúm de Rosa (2001, p.149), o menino enxergou: “os grãosinhos de areia, a pele da terra, as pedrinhas menores, as formiguinhas passeando no chão de uma distância”, no Mutúm do hospital, seus habitantes movimentam-se em direções e sentidos, desenhando toda uma cartografia de produção de cuidados, instituídos, instituintes, pelas frestas, bordas, pelo meio. Cuidado criativo, objetivo, subjetivo, técnico, relacional. Cuidado vivo em ato! Produto de encontros múltiplos.

Tal como Miguilim, pelas lentes (da cartografia), chego ao final da aventura. Percorrendo os mapas, revisitando as paisagens traçadas (ruídos, tecnologias, dobras), concebo a produção de cuidados como um grande território, formado por múltiplas linhas, complexo, heterogêneo, com múltiplas entradas e saídas e, assim como as formigas, inextinguível! Assim, o território de produção de cuidados encontrado foi batizado como um complexo rizoma.

3.4 RIZOMA: TERRITÓRIO DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Percorrendo os mapas desenhados com os profissionais, chego ao território Rizoma. Ao observá-lo, percebo que várias de suas características já foram citadas.

Nesse momento, a ideia de algo que possa “ser rompido, quebrado”, reconstruído, mas jamais “exterminado”, caracteriza bem esse território de cuidado.

Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retorna segundo uma ou outra de suas linhas ou segundo outras linhas. É impossível exterminar as formigas, porque elas formam um rizoma animal do qual a maior parte pode ser destruída sem que ele deixe de se reconstruir. (Deleuze, Guattari, 2011, p. 6)

Território permeado por sentimentos paradoxais, por múltiplas entradas e saídas, pela incorporação de tecnologias diversas, permeado por subjetividades, características de um cuidado profissional, objetivo, porém subjetivo, relacional, criativo, envolvente.

O território da produção de cuidados, construído a partir da produção subjetiva do cenário em que se vive e trabalha, esteve marcado pela construção dinâmica dos territórios existenciais (subjetividades), pautada em certos critérios que são dados pelo saber (tecnologias duras, leve-duras), e também pela dimensão sensível (tecnologias leves).

Nele, os profissionais operam segundo esses critérios do saber e do sentir, através do trabalho vivo em ato, a partir da percepção da vida e de si mesmo, “em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social” (Franco, Merhy, 2013, p.152-153)

A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social. Esta percepção segundo a qual os sujeitos na cena do trabalho, operam em fluxos de conexão entre si, é inspirada na idéia de Rizoma, usada por Deleuze e Guattari.

A dinâmica da produção de cuidado passa por múltiplos fatores técnicos, objetivos, existenciais, experienciais, de capacidade de afetar e produzir afetos, de aumentar a potência de agir, produzindo um trabalho criativo, alegre, compartilhado, ou ao contrário, solitário, protocolar, instituído, triste.

Os múltiplos elementos heterogêneos que formam o rizoma do trabalho em saúde dão, aos profissionais, potencial para transitar pelos espaços lineares do instituído, pelas linhas transversais e flexíveis, do instituinte, por meio dos ruídos, que entram pelas frestas, abrindo linhas de fuga, e com elas a potência de criar novas conexões, novas concepções do cuidado e, por que não dizer, novas produções?

Essa ideia de Rizoma, como conexões, encontros e desencontros, foi mapeada durante a pesquisa. Na produção de cuidado, profissionais e usuários o fazem por conexões que fluem entre si, afetos, movimentos que se espalham em

múltiplas direções e sentidos. Encontros inusitados, intercessores (Merhy, 2002), provocados, construídos, tecnologias de cuidado permeadas por ruídos (ressentimentos, contradições) operadas por um agir micropolítico próprio de cada profissional que vai atuar de maneira muito pessoal para produzir o cuidado, território no qual o trabalho vivo é operado também por uma dimensão subjetiva.

Os trabalhadores de saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa. Há dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividade, e é a partir dessa configuração de trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado (Franco, 2006, p.465).

Observa-se a possibilidade de os profissionais de saúde fazerem rizoma, pelas conexões entre si, pelos produtos de interação, encontros, constituídos por saberes, fazeres, subjetividades e tecnologias. Uma atuação que caminha para a subjetividade de cada profissional e usuário, que vai determinar os encontros.

Encontros intercessores, inusitados, que produzem alegria e aumentam nossa potência de agir (Deleuze, 2002), de inovar, podendo produzir um cuidado criativo, efetivo, criar linhas de fugas para cuidar.

Como desabafa Arara-Azul:

Sabe, porque eu acho que fazer enfermagem é assumir riscos, né, a [Sanhaço] sabe muito bem disso. Quem me conhece sabe que eu fui a enfermeira que mais assumiu riscos aqui, né? Porque até cachorro eu já coloquei aqui dentro. [...] eu mobilizei toda a instituição, era um final de semana e o paciente não podia ir pra cirurgia sem se despedir do cachorro dele. E ele foi contar isso justo pra mim! (risos). Eu fui ameaçada, todo mundo dizendo que eu ia levar relatório disso, daquilo, que eu tava burlando a lei. E eu dizia: “Tá bom. Tá bom!” Mas o cachorro entrou aqui! E o paciente ficou tão feliz, lembra, [Sanhaço]? [lágrimas] Depois ele foi pra cirurgia e acabou morrendo. [...] Ninguém sabia que ele ia morrer! [...] Mas acho que fazer enfermagem é isso: é correr riscos! É assumir riscos, pelo paciente!

Esses encontros que aqui começam, em algum momentos podem ser quebrados, mas não têm fim. Como já visto, são retomados durante a construção do fluxograma, quando os “profissionais dizem o que fazem”.

Noto que algo foi disparado com a reflexão sobre a prática. Como no rizoma, linhas de fuga foram criadas, laços se fortaleceram, houve quebras, rupturas, transformação no modo de ver e enxergar determinadas cenas.

Porque a gente tem muito isso, de achar que isso é função minha, de separar o que é meu e do médico. O dia em que o [Buriti] tava grave, eu tinha acabado de falar com o médico dele, eu disse: “Tá grave, precisa de UTI”. Ele falou: “Tchau que eu preciso ir embora!” Sabe, ele não me deu a mínima. Mas eu sabia o que eu tava dizendo. Eu peguei, liguei lá na UTI, falei com o assistente, ele me disse: “Mas você é médica pra tá pedindo vaga?!” Eu disse: “Não! Sou enfermeira, mas o paciente está grave e se a gente não fizer nada ele vai morrer!” Aí foi que ele, quer dizer, eu consegui a vaga (risos)! E ele tava grave mesmo, tanto que ele ficou muito tempo lá...

No Mutúm, a divisão de enfermagem é submetida ao departamento médico, atribuições hierárquicas muito bem definidas, só o enfermeiro passa e recebe caso de outro pacientes, só o médico pede ou cede vaga de UTI, entre outras, observo que o próprio local de instituído pode deflagrar a mudança!

Nesse caso, o profissional também precisa se preparar, se valorizar e saber exercer seu poder de criação, de inovação. Criar linhas de fugas, criativas, ousadas, necessárias. Para transformar esse processo de trabalho, do instituído, para um que priorize as necessidades do usuário, o profissional necessita apreender novas técnicas e práticas, integrando processos cognitivos e subjetivos, ressignificando suas relações com usuários e profissionais (Franco, 2006).

Araral evidenciou isso ao assumir ter corrido riscos, ao mesmo tempo em que o instituído não a paralisou, ao contrário, criou linhas de fugas, instituintes em prol do usuário e não foi penalizada, mostrando que é possível um cuidado criativo, ainda que pelas frestas, na contramão das normas e dos protocolos. “A mudança em saúde, para ser de fato estrutural e duradoura, é produzida por intervenções que afetam os trabalhadores e vão ressignificando seu universo conceitual, simbólico e subjetivo.” (Franco, 2006, p. 159).

Entre essas e outras cenas, houve afetos, surpresas, emoção, sentimentos de negação surgiram. Houve tentativa de acolher todo tipo de emoção, devires em (trans)formação, ao verbalizar relações conflituosas com Buriti, percebendo o cateter, a droga vasoativa como uma extensão do próprio corpo desse usuário e, por isso, propriedade privada, inviolável; daí os conflitos constantes! Não era mais a droga, o cateter que a enfermagem tocava, violava, mas o próprio corpo de Buriti, pois há dois anos estas eram extensões do seu próprio corpo!

Rizoma, território onde se operam diferentes lógicas de cuidado, diferentes lógicas ao cuidar de *usuários* do SUS e da Saúde Suplementar, a dificuldade em atuar com crianças e adultos.

As linhas de fugas, ao assumir essa condição e se preocupar com o cenário, operando diversas tecnologias, buscando meios, ainda que informais de melhorar a assistência, seja cantando uma cantiga infantil, ou viabilizando o encontro de um animal de estimação com o seu dono dentro do hospital. Ou mesmo partindo para outros horizontes, voando para unidade neonatal, assumindo-se como profissional responsável pelo cuidado ao usuário, comprometendo-se com ele.

Ou seja, as produções de cuidado emergem de um cuidado criativo, por vezes inusitado e até mesmo ousado, caracterizadas pelos encontros intercessores do profissional com o outro (usuário, colega ou consigo mesmo), dobras, conexões de encontros objetivos, singulares, múltiplos, subjetivos.

Nos encontros estamos nos produzindo em movimento de dobra, ou seja, em atos que nos remetem para dentro de nós mesmos, junto e na interação com o outro. Um ato que se estabelece a partir das afecções daquilo que nos passa, o que nos toca, nos impulsiona e nos desloca para dentro e provoca mudanças sobre nossas ações, remetendo-nos a uma produção diferente da que estávamos construindo anteriormente. Produzindo-se em dobras, em instantes e planos de intensa produção subjetiva (Abrahão, Merhy, 2014, p.319).

Dobras de saúde, doença, tristeza, alegria, sofrimentos, ressentimentos, contradições, ruídos do dia a dia, que torna o múltiplo, único “o n-1” de Deleuze e Guattari (2011, p. 21). Momento único de cuidado, de produzir cada dia, olhar o mesmo cuidado de maneira diferente, individualizada.

O território de cuidar é Rizoma onde se conectam múltiplas formas de produzir cuidado, linhas efetivas, abstratas, de enunciação, de visibilidade; várias formas de dobras (tecnologias, afetos, subjetividade), ao som de múltiplas vozes, ruídos clamam por uma escuta atenta e sincera. E observar que, nos ruídos, no instituído, há a essência do cuidado. Não se ater às dicotomias, mas estar aberto, acessível a estranhamentos. Como na fala do usuário Jacarandá:

O que mais me marcou assim no cuidado, foi na UTI, porque lá não pode nada! Tudo é proibido. As pessoas são frias, duras com você. Mas eu estava lá, esperando um coração... e aquela enfermeira sabia que eu não conseguia tomar aquela água, ela ia lá fora, toda vez, na hora da minha medicação, e pegava no bebedouro dos funcionários, um copo de água gelada. Eu bebia aquela água geladinha, nossa! Isso eu nunca vou esquecer! [lágrimas]

Fazer emergir a porção *iceberg* do instituído, em sua potência de acrescentar ao cuidado de enfermagem técnico, preciso, necessário, sua dimensão criativa, afetiva, envolvente, humana.

O território de produção de cuidado, como no Rizoma, é dinâmico, permite múltiplas entradas, saídas, recortes, conexões, múltiplas linhas de fuga. Nele, seus habitantes se movimentam em muitas direções e sentidos, alguns entram, outros saem, uns chegam e, mesmo saindo, permanecem nos afetos, nas subjetividades de quem cuida, produzindo alegria, mesmo na tristeza.

Outros, por mais que fiquem, é como se nunca lá estivessem, produzem tristeza, diminuem a potência de ação e criação. Mas ele nunca acaba. Como no rizoma, “impossível exterminar” (Deleuze, Guattari, 2011, p. 25).

Pela multiplicidade de conexões que o Rizoma permite, vislumbram-se oportunidades de suscitar bons encontros (Ayres, 2004) na produção de um cuidado ampliado, trabalho vivo em ato, para operar as mais variadas tecnologias em saúde, trabalhar para produzir vida e alívio em um local que muitas vezes só se vê pela ótica da dor e sofrimento.

Desenhar e traçar a produção de cuidado de enfermagem a esses usuários que sofrem do coração permitiu mapear um universo rico, colocando como protagonistas não as tecnologias, mas o encontro entre sujeitos: profissionais e usuários, observando que o cuidado em enfermagem pode ser fruto de uma produção.

O território de cuidado é amplo, tem várias faces. Minhas lentes, ao recorte proposto pela cartografia, avistaram algumas delas, no cuidado compartilhado durante o caminhar da pesquisa, com usuários Buritis, São Caetanos, São Josés, entre outros, e à revoada de pássaros que constroem o cuidado dia após dia, ininterruptamente, nas dobras, operando em múltiplas redes e conexões, utilizando

as mais variadas tecnologias, no silêncio-instituído, no ruído-instituente: trabalho vivo em ato, rizomas!

Minhas lentes permitiram reconhecer a beleza e a sutileza, olhar pelas frestas, detalhes do cotidiano, reconhecer as subjetividades que estão presentes nele, o tempo todo em produção. Faço minha a sua descoberta, Miguilim:

E Miguilim olhou para todos, com tanta força. Saiu lá fora. Olhou os matos escuros de cima do morro, aqui, a casa, a cerca de feijão bravo e **são Caetano**, o céu, o curral, o quintal, os olhos redondos e os vidros altos da manhã. Olhou mais longe, o gado pastando perto do brejo, florido **de são-josés**, como um algodão. O verde dos **buritis**, na primeira vereda. O Mutúm era bonito, agora ele sabia! (Rosa, 2001, p. 152, grifo meu).

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES CARTOGRÁFICAS

Sob nossos olhos maravilhados, o menino Miguilim cresce, incorpora as lições das plantas e dos bichos, absorve a sabedoria do irmão menor, e vem-se desenvolvendo dia a dia, no meio dos segredos inquietantes do mundo dos adultos, mas impressionando-se sobretudo com milagres que só pra ele existem [...] um par de óculos dando à vida nova dimensão e sentido.

(Ronái, 2001, p.21-21)

Lado a lado com Miguilim, descobri o Mutúm, acometida de semelhante miopia, aprendi com ele a exercitar o olhar vibrátil, para ver além do olho retina (Rolnik, 1997). Agora, com o mesmo entusiasmo, ouse tecer algumas considerações cartográficas.

A cartografia proporcionou amplitude de visão. Um jeito de caminhar, de atentar às cenas, de exercitar o olhar vibrátil, de considerar os dispositivos como “máquinas de fazer ver e de fazer falar” (Deleuze, 1990, p. 155); disparou olhares para cenas antes imperceptíveis, evidenciando linhas tênues, que se fizeram expressivas.

Ao cartografar a produção de cuidados da equipe de enfermagem com pessoas em tratamento do coração, era intenção traçar um retrato falado das produções dos profissionais e usuários, através das suas produções de cuidado. Havia expectativa de que cada um se reconhecesse ao ler estas produções.

Uma das questões postas nesta fase é da própria validação da cartografia, em seu caráter de participativo e interventivo, que deve acontecer durante toda a pesquisa, reafirmando um modo de produzir conhecimento, que se faz em processo (Passos, Kastrup, 2014).

“O acesso à experiência concreta, a consistência e os efeitos que são produzidos (implicação) são indicadores de uma boa prática cartográfica”, devendo ser contínua e distribuída (Passos, Kastrup, 2014, p.234).

Neste sentido, nas entrelinhas, num efeito de afetar e ser afetada, reconheço esta implicação com o campo da pesquisadora em múltiplos devires (enfermeira, mãe, mulher, cartógrafa, pesquisadora, aluna de doutorado) e subjetividades que se apresentaram e se construíram ao lado de outras implicações e devires (dos profissionais e usuários).

Implicar-se é liberar a crisálida (Amador, Fonseca, 2009), requer um processo de mudança, às vezes lento, porém constante. Essa transformação ocorreu na cartógrafa, nos habitantes do Mutúm e no espaço intercessor que se criou entre eles.

Por outro lado, a validação da pesquisa também implica avaliar os dispositivos (Passos, Kastrup, 2014) utilizados. Neste sentido, a observação participante permitiu o acesso à experiência, por meio do caminhar e vivenciar o processo de cuidados aos habitantes do Mutúm.

Ao acompanhar os habitantes do Mutúm, o tempo de permanência da pesquisadora compartilhada com os habitantes e o engajamento percebido durante a pesquisa e a elaboração do fluxograma, cuja construção foi coletiva, com produções que emergiram de olhares interessados acerca do cuidado, também possibilitaram este experienciar.

Afetos observados nos gestos, dizeres e fazeres diferentes do habitual, do formatado dos habitantes do Mutúm e da própria pesquisadora. Nos profissionais-pássaros, ao atribuir valor ao próprio trabalho, ao traçar linhas de fugas e sair do muro de lamentações, protagonizando a mudança. No espaço intersticial, de onde foi possível observar o cuidado, na perspectiva de usuários-planta, em sua potencialidade de protagonizar, ainda que em pequenos e sutis momentos, como mostram Buriti, Jacarandá, São José, Gameleira, entre outros.

Porque eu tava na UTI, sabe, eu tava muito grave, esperando um coração. Foi depois que eu saí daqui, né. Que eu fiquei um tempo lá, eu achava que o meu coração nem ia chegar mais [...]. Eu estava num quartinho fechado, mas tinha uma janela, e de lá eu conseguia ver a luz do dia [...] porque a gente perde a noção, depois de tanto tempo internado. [...] aí veio a enfermeira dizendo que ia me mudar de leito, que eu não podia ficar ali, que eram regras do hospital. Fiquei muito nervoso, sabe, porque ela não me escutava. [...] lá me mudar a todo custo! Pedi pra falar com a chefe de enfermagem [...] “você vai me tirar o sol, você vai me tirar a única janela, a única coisa que me sobrou” [silêncio] [...] Aí elas me puseram numa poltrona em frente, limparam tudo e me levaram de volta pra minha janela. E lá eu fiquei, até que chegou o transplante! [risos]

Possibilitar (re)pensar a prática, às vezes tão automatizada, e lembrar que, talvez para aquele usuário, aquele momento seja único. Atentar às singularidades, aos pormenores, ao que cresce nas frestas! Pequenos detalhes banalizados, mas importantes, como no desabafo de Jacarandá.

Reconhecendo o que diz Teixeira (2009, 787), que há um conhecimento muito maior das doenças do que dos sofrimentos que a elas poderiam ser atribuídos, e a da dificuldade de lidar com sofrimentos que não se enquadrem em uma patologia médica, práticas que se destacam por um “profundo conhecimento da história

natural das doenças” em detrimento de um conhecimento cada vez mais superficial “das bases afetivas do sofrimento”.

Jacarandá, na sua posição de usuário em sofrimento do coração, evidencia esse sofrimento, e outras demandas: “o sol... a única coisa que me sobrou”. Enxergar o cuidado sob esta ótica, a do usuário, também pode ser uma maneira de reconhecer o sofrimento que o afeta para além do biológico.

O acesso à experiência emergiu também dos discursos e gestos cartografados, pelas linhas molares, moleculares, de fuga desenhada por eles nesse percurso, verbalizadas, experienciadas durante a reunião do fluxograma analisador. Experiência que veio ao encontro do referencial esquizoanalítico em sua potência de disparar processos de autoanálise autogestão do grupo de profissionais (Baremblit, 1996).

Chamou atenção a escolha de três usuários. Como enfermeira, eu enxergava apenas a equipe de enfermagem. Fiz a transcrição, ouvi os relatos várias vezes, reli as falas, estive tão atenta a cada detalhe que acabei não enxergando o todo. A cartografia pressupõe esse distanciamento e aproximação. Esse tirar e pôr as lentes.

Nesse sentido, “acessar a experiência em uma pesquisa, nos coloca, assim, diante de uma fronteira cambiante entre objetividade e subjetividade, é preciso estar disponível a elas e acolher a experiência” (Barros, Barros, 2014, p.188)

Barros e Kastrup (2009) citam que esses registros colaboram na produção de dados, transformando registros e frases apreendidos durante a fase de campo, transformando experiência em conhecimento e vice-versa, numa circularidade constante, dispositivo que agiu disparando reflexões, o acesso à experiência, como na construção do usuário-rizoma.

Somente após discussão com a orientadora, percebo que se tratava de um usuário-rizoma! Ela me chamou a atenção para isso. Parei onde estava. Retornei às cenas descritas, transcritas, revisei as notas do diário de campo no dia do fluxograma. Estava muito mais claro agora, a discussão sobre o cuidado a três usuários, e a integração dos profissionais antes e depois do paciente-rizoma, apontando para o território de cuidado: um território Rizoma.

Houve surpresa, emoção, estranhamento, deflagração do que estava implícito (virtual), possibilitando o acesso ao plano comum, num gesto de atualização, reconhecimento da própria pesquisadora, que, de tão implicada, não havia percebido a presença de uma equipe fragmentada.

Ao perceber que na verdade havia três equipes de enfermagem, cada uma com características distintas, explicitou-se uma competição velada entre si, nunca percebida antes. Era como se eu estivesse sobrevoando o Mutúm e somente agora tivesse visão do todo.

Ao promover a intervenção, o processo de pesquisa faz emergir realidades que não estavam “dadas”, à espera de uma observação, além disso há uma temporalidade na emergência dessas realidades, isto é, há um processo cujo término não coincide necessariamente com a conclusão do cronograma de pesquisa.[...] implica um rearranjo das fronteiras inicialmente estabelecidas entre sujeito e objeto [...]. (Barros, Barros, 2014, p.175).

E, como em cartografia, a pesquisa nunca acaba, mesmo após a fase formal de campo, notei que os profissionais se mostravam mais interessados, alguns vinham falar sobre casos de outros usuários e como foram suas produções. Na verdade, profissionais que participaram da pesquisa me presenteiam com seus comentários acerca de suas produções diárias de cuidado, suas dificuldades, seus êxitos, sucessos, alegrias, afetos!

Um desses **presentes** serviu de ilustração à capa desta tese, quando, no ano seguinte à coleta de dados, um grupo de pássaros (ou profissionais) do Mutúm, apresentou-me a imagem de um coração perfeitamente desenhado no centro de um algodão. Enquanto o profissional colocava o curativo no usuário, conversavam a respeito de suas expectativas, preocupações, alegrias e esperanças, e, ao retirá-lo, surpreenderam-se com a imagem desenhada!

Fiquei tocada pelo relato e por toda a subjetividade por trás deste, que, na verdade, era um dos retratos do cuidado. Retrato desenhado por eles mesmos, durante a produção de cuidados, em suas potências de enxergarem o usuário para além de suas necessidades físicas e biológicas!

Uma das vias de acesso ao comum e ao plano de experiência, pistas da cartografia que se fez presente no decorrer da pesquisa, evidenciando o caráter interventivo e participativo da cartografia e esquizonálise (Deleuze, Guattari, 2011).

Outra pista sobre o acesso ao plano coletivo de forças moventes (Passos, Kastrup, 2005) ocorreu ao perceber que, durante e mesmo após a fase de campo algumas movimentações como estas, ainda que sutis, foram evidenciadas.

Corroborando, apesar das queixas de pouca valorização financeira e profissional e de muitos desgastes físicos (sobrecarga de trabalho) e emocionais (lidar com o sofrimento e morte), os profissionais reconheceram que, “além de gostar de cuidar”, compensações financeiras (empregabilidade, possibilidade de cursar nível superior na área) e a possibilidade de conciliar vida profissional e familiar (flexibilidade de horário, turnos são de 6 horas diárias), são outros atrativos da profissão.

Uma das questões feitas aos profissionais que reclamavam muito da enfermagem (desvalorização, sobrecarga) foi: o que você faria se não fosse da enfermagem? A maioria afirmou que faria enfermagem de novo, que já teve outras experiências profissionais, mas que se encontrou na enfermagem, porque gosta de cuidar! E que não se vê fazendo outra coisa além do cuidar!

A possibilidade de expressão mobilizou pensamentos acerca da produção pessoal, valorizando-o em sua função e não engessando nas paixões instituídas.

Refletir sobre a realidade, fomentar questionamentos do seu papel dentro da produção de cuidado (de si e do outro) possibilitou reconhecer que enfrentam desafios, porém têm compensações (sociais, financeiras, pessoais) que os fazem permanecer nesta área; potencializando a invenção de uma vida mais vibrátil e agradável (Peres, Borsonello, Peres, 2000).

Além disso, a construção do fluxograma analisador, inicialmente formulado para ser uma “máquina de fazer falar”, foi um dispositivo que atuou genuinamente como tal máquina, funcionou como uma espécie de espelho, pois em cada detalhe lembrado, complementado, os profissionais puderam experimentar a construção de uma nova equipe, única, singular. Conhecimentos foram acessados, sentimentos compartilhados, ainda que contraditórios, posicionamentos foram respeitados.

Para além de um ambiente marcado por regras, metas, protocolos, hierarquias, em muitas ocasiões reconhecendo subjetividades presentes no cuidado, com na fala de Arara:

Porque, assim, né, Rose. A gente precisa entender e se respeitar, né. Cada um é de um jeito. Por que eu sou assim? Né, vai muito do que eu recebi lá atrás, né. Bem antes de eu estar aqui [...]. Tem a ver com o que meus pais me ensinaram, de valores, de hábitos, né. Depois você recebe um pouco no trabalho, com o convívio com outras pessoas, né? Mas você já chega aqui com sua bagagem, né. E cada um chega com a sua, não só você, mas o paciente também, né. Cada um é diferente, tem um jeito diferente, muito pessoal de cuidar. Às vezes, o mesmo cuidado, os dois cuidam: só que cada um faz de um jeito... eu penso assim!

Em cartografia, o pesquisador opera por meio de uma “reversão metodológica”, um caminhar feito com uma espécie de calibragem contínua e necessária (Kastrup, 2009, p.10-11).

Conviver com os habitantes do Mutúm, em seu cenário habitual, proporcionou esse caminhar; algumas estratégias foram sendo adaptadas ao longo do trajeto e mudanças foram percebidas.

Os profissionais experimentaram melhora no ambiente de trabalho, houve engajamento nas atividades diárias, compartilhamento de experiências e cuidado, reforçando que o caráter participativo e interventivo da cartografia foi contemplado. Relataram o interesse na criação de espaços que possibilitassem a discussão sobre a prática, favorecendo uma atitude de engajamento (Barros, Barros, 2012), assim, verdadeiramente participativa.

Figueiredo et al. (2014) afirmam que promover grupos de discussões e reflexões sobre a prática pode ser uma estratégia de construção coletiva de conhecimento e transformação, potencializando a aliança de múltiplos sujeitos e variáveis conexões e uma forma de auxiliar os profissionais a lidar com situações estressantes, como as relatadas no caso das “perdas e sobrecargas emocionais”.

Por outro lado, percebi ressentimento de alguns profissionais em cuidar de adultos e crianças em um mesmo contexto; relatam problemas com a ansiedade dos pais e dos próprios profissionais, a falta de tempo e atenção necessária para dedicarem-se nesse cuidado específico, bem como a incômoda mistura de usuários pediátricos e adultos.

Além disso, darei voz e amplitude a alguns ruídos com relação à falta de estrutura para atender crianças no Mutúm. Fatores que remetem à estrutura física e humana, já que nem todos os profissionais sentem-se aptos a cuidar destes

usuários com demandas tão díspares. A falta de habilidades relatadas para cuidar especificamente das crianças aponta a necessidade de investimento também no âmbito humano. Tal achado vem ao encontro de dados da literatura que apontam a importância de uma equipe com experiência clínica em pediatria na prevenção de agravos (Hickey, Gauvreau, Curley, Connor, 2013).

Momentos de discussão e reflexão, ainda que pequenos, potencializaram sentimento de segurança, autonomia, valorizando o próprio trabalho, e não dependendo tanto do valor que outras pessoas atribuíram a eles. Valorização que deve começar pelo próprio profissional que sai do “muro das lamentações” e parte para a mudança a começar de si, como observado naqueles profissionais que, apesar dessas dificuldades, exercem um cuidado criativo e alegre às crianças.

Fatores de satisfação e permanência dos profissionais nos serviços incluem oportunidades para que os profissionais exerçam suas funções com mais autonomia, flexibilizando e adequando escalas, e uma gestão participativa, que envolva os profissionais, com oportunidades para aprimoramento pessoal, profissional e coletivo, contribui para melhoria da assistência à saúde, beneficiando usuários e profissionais (Abreu, Gonçalves, Simões, 2014, p.391).

Parte desta premissa foi contemplada pelos profissionais, ao relatarem sua relação com a chefia direta, que flexibiliza escalas e horários contribuindo para o aperfeiçoamento profissional e pessoal, porém uma ponta do rizoma que se rompe, já que não existe um plano de carreira institucional, forçando os profissionais a “migrar” para outros serviços, em que novas ramificações são produzidas.

Pude observar que algumas auxiliares que tentavam há vários anos uma oportunidade de trabalho como enfermeira voaram em busca de novos horizontes e atualmente trabalham como enfermeiras em outras instituições. Ouso inferir que a reflexão dos profissionais levou-os a sair da “condição de vítimas da situação” para protagonistas.

Ao final da fase de campo, presenciei algumas transferências daqueles profissionais para o setor de UTI neonatal e cirúrgica. O ponto relevante é que, insatisfeitos com a situação, eles protagonizaram a mudança, consoante com A proposta esquizoanalítica na busca de uma vida mais criativa e vibrátil (Baremlitt, 1992).

Vários relatos mencionaram sentimentos de alegria e satisfação pela mudança de setor e que apesar de uma rotina intensa (UTI) e de lidar com crianças muito graves, sentiam-se menos ansiosas e que a situação era muito menos estressante, por se tratar de um setor específico, em um cenário direcionado para elas, potencializando a vida e a alegria, produzindo ressonância (Deleuze, 1992).

Ao esboçar este retrato do cuidado, surgem a figura e a anatomia do coração: um rizoma, que permite múltiplas conexões e linhas: biológicas, instituídas-molares (como a veias e artérias que nutrem esse órgão complexo e vital: aorta, veia cava superior e inferior); moleculares e flexíveis (artérias coronárias, circunflexas, descendentes, marginais) e abstratas (artérias colaterais – que não nascem com o indivíduo), são as linhas de fuga e de vida criadas pelo próprio organismo, para suprir a falta (ineficiência) de algumas outras; subjetivas, emocionais, sociais: afetos, ansiedades, medos, alegrias. Desenhadas pelas artérias tão essenciais à nutrição e oxigenação deste órgão, linhas metafóricas que se desenharam no coração, na vida de cada um.

Linhas presentes nos dizeres e fazeres: ressentimentos de um trabalho árduo, intenso, pouco valorizado – movimento diastólico, de enchimento, de pouca energia, mas ao mesmo tempo gratificante, quer pelo cuidado, encontro com o usuário, quer por compartilhar momentos (tristeza e alegria, sofrimento e alívio, vida e morte, solidão e companhia), movimento que impulsiona – sistólico. Realidades que emergem dos contrastes: doença/saúde, tristeza/alegria, satisfação/ ressentimentos, velho/novo, criança/adulto, múltiplas linhas nutrem esse Rizoma.

Como um coração que pulsa, diastolicamente se distende e sistolicamente se contrai, assim foram os movimentos cartografados. Movimentos sistólicos (instituintes), que deflagram inovações, mudanças. E a diástole (instituído), constante, porém conservador, igualmente necessário.

Ao auscultar¹⁹ esse grande coração, irrigado por rizomas artério-venosos, além das bulhas normofonéticas²⁰, é possível perceber algum sopro, ruídos que continuam a incomodar, mas agora de forma ampliada, pois certamente serão ouvidos com a formalização desta tese: a incômoda mistura de usuários adultos e pediátricos, a insegurança relatada pelos profissionais ao atuar nesse ambiente misto; a falta de estrutura específica e de um ambiente acolhedor às crianças e aos adolescentes.

Pontua-se a necessidade de um olhar mais atento para essa região específica do Mutúm e quiçá viabilizar medidas que promovam um ambiente de cuidado mais direcionado, acolhedor, homogêneo e mais seguro para todos.

Foi gratificante ver a pesquisa-intervenção para além da teoria. Logicamente que muitos pontos ainda podem ser explorados, mas desdobrar algumas faces dessa realidade se fez possível pelas lentes da cartografia. Pontos que não se esgotam, pois o processo de discutir e refletir sobre o cuidado desencadeia outras produções (de cuidados, de si e do outro) e, em alguns casos, observei o profissional sensibilizado para essas questões de mudança de atitude, buscando melhorar não só a assistência, mas a vida.

Pelas lentes da cartografia, consegui acompanhar processos de produção de cuidados da equipe de enfermagem, sobre um coletivo de forças situado no plano da atualidade, da realidade da existência (Escóssia, Tedesco, 2009), emergindo realidades até então adormecidas, que ganharam sentido e força ao serem refletidas no coletivo.

Houve esse acesso ao coletivo, que estava encoberto nas frestas das normas institucionais e concepções hegemônicas, de saúde-doença ao serem desconstruídas ao longo da pesquisa, também na visão da pesquisadora. Possibilitando olhar para o campo hospitalar como terreno fértil (Melo, Mancilha, Soares, 2013) e observar nos profissionais o potencial para inovar e produzir um cuidado além do prescrito e formatado singularizado, produzido, vivo em ato e

¹⁹ Técnica que possibilita ouvir os sons cardíacos ou pulmonares através de um aparelho específico chamado estetoscópio.

²⁰ Bulhas normofonéticas são os sons normais provenientes da abertura e fechamento das válvulas cardíacas decorrentes dos movimentos de sístole (entrada de sangue ao coração) e diástole (saída do sangue do coração para os demais órgãos do corpo) (TIKIAN, 2014).

micropolítico. Permitindo enxergar, mapear as conexões rizomáticas entre os diversos fluxos de cuidado que se realizam entre profissionais e usuários, formando

[...] um campo energético, invisível, que funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado em ato, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta de modo sumário, burocrático, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente há um aumento ou redução da potência de agir. (Franco, Merhy, 2013, p.154)

Ao desenhar o território de cuidados, acompanhar rizomas, mapear as diversas tecnologias, ruídos e dobras, entendo que a produção de cuidados dos profissionais de enfermagem aos usuários em tratamento do coração foi cartografada, atingindo os objetivos propostos pelos referenciais escolhidos.

Não apenas como “paciente com o coração em tratamento”, pois, nesse encontro entre os habitantes do Mutúm, o usuário pôde ser visto como uma pessoa que sofre do coração (e de outras questões) que incomodam e afligem-no com ser humano, tanto quanto aos profissionais. Produzindo alegrias, aumentando a potência de criação e realização (Espinosa, 1992).

Redescobrimos, nestes encontros, uma arte espinosiana do cuidado, parafraseando Teixeira (2004, p.72):

[...] uma espécie de “maiêutica”²¹ da alegria” seja ajudando a parir a Grande Saúde em seus pacientes, que deixam, assim, de ser pacientes, entrando na posse de suas potências... [...] deve ser um facilitador no nosso processo de busca do que realmente precisamos para ser felizes, e um crítico amigo das soluções ilusórias a que vamos nos apegando pelo caminho[...] que não nos deixa esquecer da pergunta: quais, realmente, os corpos e as idéias que nos convêm, quais os afectos de autêntica alegria?

Durante o desenho (ou caminhar) desta cartografia, muitos momentos nasceram nesses encontros, potencializando a expressão de um cuidado singular, afetivo, criativo e transformador, em que o usuário, não mais como uma fotografia inerte, passa a ser o protagonista, uma pessoa que sofre do coração com o potencial de, com os profissionais, pintar essa tela chamada cuidado em saúde.

Neste momento, finalizo estas considerações pontuais, momentâneas, na esperança de que, a cada nova leitura, a cada olhar, novas ressonâncias sejam

²¹ Maiêutica, para este autor, no sentido de dar à luz, de gerar alegrias.

produzidas, novas reflexões acolhidas, questões sejam levantadas. Que suscitem novos e bons encontros!

Olho e (re)vejo os caminhos trilhados, trabalhos apresentados, que deram maturidade para pesquisar sobre subjetividade, cartografia. Um misto de alegria, angústia, um choro incontido no paradoxal sentimento de regozijo ao concluir um trabalho, e a tristeza de não aceitar o fim. E, como a vontade de chorar é maior do que a força de contê-la, peço ajuda ao menino:

Miguilim, Miguilim, vou te contar o que agorinha sei, demais: é que a gente pode ficar sempre alegre, alegre, mesmo com toda coisa ruim que acontece, acontecendo! A gente deve de poder ficar mais alegre, mais alegre, por dentro! (Rosa, 2001, p. 119).

REFERÊNCIAS

Abrahão, AL, Merhy, EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface Botucatu* [Internet]. 2014;18(49):313-324 [citado 8 out 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=en&nrm=iso.

Abreu RMD, Gonçalves MDA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 jun;67(3):386-393 [citado 12 jun. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300386&lng=en.

Agamben G. O que é um dispositivo? In: Agamben G. O amigo e o que é um dispositivo? Chapecó: SC: Argos; 2014.

Amador F, Fonseca TMG. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa: considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. *Arq. bras. psicol.* [Internet]. 2009 abr;61(1):30-37 [citado 11 jun. 2016]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100004&lng=pt.

Angrosino M. Etnografia e observação participante. Trad. de José Fonseca. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc* [Internet]. 2004 dez;13(3):16-29 [citado 11 jun. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en.

Azzopardi S; Lee G. Health-related quality of life 2 years after coronary artery bypass graft surgery. *J Cardiovasc Nurs.* [Internet] 2009 May-Jun;24(3):232-40 [cited 2016 Jan 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19390341>.

Balduino A, Mantovani M, Lacerda M. Nursing care plan for patients with chronic heart disease. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem* [serial on the Internet]. 2009 Apr;13(2):342-351 [cited 2015 Jun 18]. 10p. Available from: CINAHL with Full Text.

Barembly GF. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.

Barembly GF. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari; 1998.

Barros LMR, Barros ME. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S (Org.). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Editora Sulina; 2014. v. 2.

Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 52-75.

Barros LP, Kastrup V. Movimentos funções dos dispositivos. In: Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 76-91.

Bernardineli LM, Santos I, Santos MLCS, Lima TCL, Mussio AC, Bernardinelli LM. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado. *Rev enferm. UERJ*. [Internet]. 2011;19(4):541-546 [citado 5 fev. 2013]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=645052&indexSearch=ID>.

Bertuzzi D, Souza EN, Moraes MA, Mussi C, Rabelo ER. The knowledge of patients with heart failure in the homecare context: an experimental study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 Nov;11(3):572-82 [cited 2016 Jul 6]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3736>.

Bichueti J, Mishima SM, Matumoto S, et al. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. [Internet]. 2005;9(17):433-8 [citado 28 set. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a24.pdf>.

Bielemann RM, Silva BGC, Coll CVN, Xavier MO, Silva SG. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015;49:75 [citado 22 jan. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100307&lng=en.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

Bondía JL. Notas sobre o saber e o saber da experiência. Revista Bras. Educ [Internet]. 2002;19:20-28 [citado 15 jul. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>.

Brennan P, Casper G, Burke L, Johnson K, Brown R, Sturgeon B, et al. Technology-enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: Home implementation and evaluation. Heart & Lung [serial on the Internet]. 2010, Nov 2;39(6):S34-46 [cited 2016 May 18]. 1 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Brito MR. Notas sobre o conceito de intercessores como um conceito na filosofia de Deleuze: por um teatro filosófico. Alegrar [Internet]. 2013 jun;11(1) [citado 14 fev. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=en&nrm=iso.

Caçapava JR, Colvero LA, Machado AL. Saúde mental e a produção de subjetividades. São Paulo: Hideko; 2013.

Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2009;43 (N. esp. 2):1256-60 [citado 5 fev. 2013].

Campognara S, Soares SGA, Silveira M, Viero CM, Barros CS, Cielo C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. REME Rev Min. Enferm [Internet]. 2012;16(3):382-390 [citado 10 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v16n3a10.pdf>.

Carmo TG, Sá SPC. Carmo TG, Sá SPC. Dimensions of Nursing Care from the perspective of the elderly in the pre-operative situation: the Collective Subject discourse—Forward Note. Online braz j nurs [Internet]. 2010 Jul; 9(1) [cited 2016 Jun 12]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2927>.

Carmo TG. O cuidado do enfermeiro ao idoso em pré-operatório de cirurgia cardíaca [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. [Internet] 2010 [citado 10 ago. 2013]. Disponível em: http://www.bdtndc.uff.br/tde_arquivos/44/TDE-2011-04-20T085405Z-2852/Publico/Thalita%20Carmo.pdf.

Catrib PRVM, Oliveira ICS. A Cartografia na Enfermagem: uma proposta de abordagem metodológica. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet] 2010;14(2):399-405. [citado 10 ago. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/25.pdf>.

Catrib PRVM, Oliveira ICS. As estratégias da equipe de enfermagem frente à criança com doenças infecciosas e parasitárias. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012;21(1):103-11 [citado 10 ago. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a12v21n1.pdf>.

Ceccim RB, Merhy, EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunic, Saude, Educ* [Internet]. 2009;13 (supl.1):p.531-42 [citado 12 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a06v13s1.pdf>.

Colby CE; Carey WA; Blumenfeld YJ; SR Hintz; Clínicas em Perinatologia, 2012 dez;39(4):871-887. 17p. (Jornal artigo).

Costa LA, Galli Fonseca TM. Da diversidade: uma definição do conceito de subjetividade. *Interam. J. Psychol.* [Internet] 2008;42(3):513-519 [citado 2 jan. 2013]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000300011&lng=pt&nrm=iso.

DeFelice P, Masucci M, McLoughlin J, Salvatore S, Shane M, Wong D. Congestive heart failure: redefining health care and nursing. *Journal Of Continuing Education In Nursing* [serial on the Internet]. 2010 Sep;41(9):390-391 [cited 2016 Jun 18]. 2 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Deleuze G. ¿Que és un dispositivo? Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa; 1990. p. 155-161. Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuzegilles/o-que-e-um-dispositivo>.

Deleuze G. A dobra: Leibniz e o barroco. Campinas: Editora Papirus; 1991.

Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 1992.

Deleuze G. Espinosa: Filosofia prática. São Paulo: Editora Escuta; 2002.

Deleuze G, Guattari F. As três ecologias. 5a edição. Campinas: Editora Papirus; 1995.

Deleuze G, Guattari F. Introdução: Rizoma. In: Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. 2a edição. São Paulo: Editora 34; 2011a. v. 1. p. 1-9.

Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs, São Paulo: Editora 34; 2011b. v. 2.

Deleuze G, Guattari F. Três novelas ou “o que se passou?” In: Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs, São Paulo: Editora 34; 2012. v. 3.

Deleuze G, Parnet C. Diálogos. Trad. Eloísa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta; 1998.

Escóssia V, Tedesco S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. (Org.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.

Espinosa B. Ética. Trad. Joaquim de Carvalho. Lisboa: Relógio D'Água; 1992.

Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface (Botucatu) [Internet] 2011;15(38):663-676 [citado 2 out. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=en&nrm=iso>. Epub Sep 23, 2011.

Fernandes M, Aliti G, Souza E. Profile of patients undergoing to [sic] coronary artery bypass grafting: implications for nursing care. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on the Internet]. 2009 Dec;11(4):993-999 [cited 18 Jun 2016]. 7p. Available from: CINAHL with Full Text.

Ferreira ES, de Souza MB, Oliveira Souza NVD, Tavares KFA, Silva Pires A. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde. [Internet]. 2015;14(1):978-992 [citado 21 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23360/1420>.

Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Fonseca AD. The non-implementation of the nursing process: reflection based on Deleuze's and Guattari's concepts. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2014 Dec;23(4):1136-1144 [cited 2016 Jul 6]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401136&lng=en.

Fortuna CM, Camargo-Borges C, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, Silveira F, Oliveira N. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia da Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2012;46(3):657-64 [citado 15 jul. 2014]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.

Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Matos RA (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC-IMSUERJ-ABRASCO [Internet]. 2006 [citado 23 jan. 2014]. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf.

Franco TB. Transição tecnológica e inclusão social na saúde. In: Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC (Org.). *A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família.* São Paulo: Hucitec; 2009. p. 147-162.

Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.* [Internet]. 2012;6(2):151-163 [citado 14 jul. 2014]. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/view/5654/pdf>.

Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.* São Paulo: Hucitec; 2013. p.151-171.

Freitas EO, Pithon LO, Guido LA, Leich GFC, Unam J. Fatores de risco cardiovasculares em uma unidade de cardiologia intensiva. *Rev. Enferm. UPE.* [internet]. 2010;4(1):188-194 [citado 10 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>.

Gasperi, P. A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/102179>.

Girardi G. Mapas desejantes: uma agenda para a Cartografia Geográfica. Pro-posições, Campinas. [Internet]. 2009 Set/Dez;20(3):147-157 [citado 7 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v20n3/v20n3a10.pdf>.

Gomes AMA, Sampaio JJC, Carvalho MGB, Nations MK, Alves MSCF. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. Interface (Botucatu) [Internet]. 2008 Dez;12(27):773-782 [citado 9 jan. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400008&lng=en.

Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 Fev;61(1):61-65 [citado 12 jun. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100009&lng=pt.

Gonçales CAV. Cotidiano de Cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.

Gonçales CAV, Machado AL. Cartografia do cotidiano de cuidados à pessoa com depressão. Sau & Transf Soc. [Internet]. 2011;1(3):68-76 [citado 10 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319573010>.

Gonçalves RBM. Tecnologias e organização social das práticas em saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual dos centros de saúde de São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.

Gonzaga Filho L. O que é? O que é? In: Gonzaguinha. Retratos, São Paulo: Emi Music; 2004. CD-ROM.

Goossens E, Norekvål T, Faerch J, Hody L, Olsen S, Moons P, et al. Sexual counselling of cardiac patients in Europe: culture matters. International Journal Of Clinical Practice [serial on the Internet]. 2011, Oct.;65(10):1092-1099 [cited 2016 Jun 18]. 8 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Gorayeb R, Facchini GB, Schmidt A. Caracterização psicossocial de pacientes internados em enfermaria de cardiologia. Rev Bras Cardiol. [Internet]. 2012;25(3):218-225 [citado 10 out. 2013]. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n3/v25n03a07.pdf>.

Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Trad. Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do desejo. 4a edição. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.

Guedes HM, Nunes DP, Nakatani AYK, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio atividade repouso em idosos admitidos em hospital. Rev. Enferm UERJ [Internet]. 2010;18(4):513-518 [citado 10 fev. 2013]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=583566&indexSearch=ID>.

Hickey P, Gauvreau K, Curley M, Connor J. The effect of critical care nursing and organizational characteristics on pediatric cardiac surgery mortality in the United States. Journal Of Nursing Administration [serial on the Internet]. 2013 Dec;43(12):637-644 [cited 2016 Jun 18]. 8 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Holanda AB. Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 8a edição. Curitiba: Nova Positivo; 2010.

Kastrup V, Barros RB. Movimentos-funções do dispositivo na prática cartográfica. In: In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 76-92.

Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. In: Passos E, Kastrup V. Tedesco S. (Org.). Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina; 2014. p. 15-41. v. 2.

Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 32-51.

Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Rev Psicol. Soc [Internet], Porto Alegre, 2007 Abr;19(1):22 [citado 9 jan. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100003&lng=en&nrm=iso.

Kastrup V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: Castro LR de; Besset VL (Org.). Pesquisa-intervenção na infância e juventude. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ; 2008. p. 465-489.

Kirst PG, Giacomel, AE, Ribeiro CJS, Costa LA, Andreoli GS. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. 2003. In: Fonseca TMG, Kirst PG (Orgs.). Cartografias e devires: a construção do presente. Porto alegre: UFRGS; 2003. p. 91-101.

Koerich C, Aparecida BM, Lorenzini EA, Melo LG, Callegaro HG. Myocardial revascularization: strategies for coping with the disease and the surgical process. Acta Paulista de Enfermagem [serial on the Internet]. 2013 Jan;26(1):8-13 [cited 2016 Jun 18]. 6 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Lenine F. Paciência. In: Lenine. Acústico MTV. São Paulo: Sony BMG; 2006. CD-ROM.

Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódior L. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2010;18(3),34-41 [citado 28 fev. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf.

Lima MADS, Almeida MCP, Lima CC. A utilização da observação participante e entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1990;20(n especial):140-142.

Lin Y, Furze G, Spilsbury K, Lewin RJ. Journal of Clinical Nursing. 2009 Jan;18(1):46-55. 10p. (Jornal artigo - pesquisa, tabelas / gráficos)

Macedo L. The impacto on children with congenital heart disease in a family: a literature review. Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. 2011 May;23(269):14-21. (Journal Article-picture, review).

Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2015 Dez;18(Suppl.2):3-16. [citado 2015 Jul 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt.

Mancilha GF, Melo LP, Soares RAQ. A produção de subjetividade no hospital: um olhar para um dos férteis campos onde se semeia o cuidado. In: Caçapava, JR, Marosti CA, Dantas RAS. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2006;19(2):190-195 [citado 20 out. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a10v19n2.pdf>.

Martines WRV. A produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer: uma cartografia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.

Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 Apr;63(2):328-333 [citado 6 jul. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200025&lng=en.

Martines WRV, Machado AL, Colvero LA. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde: Tempus: Actas de saúde coletiva [Internet]. 2013 Set;7(2):203-211 [citado 16 jun. 2013]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1354>.

Martins JT, Galdino MJQ, Garanhani ML, Sammi KM, Trevisan GS. Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. Cogitare enfermagem. [Internet] 2015 Set;20(3) [citado 6 jul. 2015]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41521>.

Mathew R, Young Y, Shrestha S. Factors associated with potentially preventable hospitalization among nursing home residents in New York state with chronic kidney disease. Journal of The American Medical Directors Association [serial on the Internet]. 2012 May;13(4):337-343 [cited 2015 Jun 18]. 7p. Available from: CINAHL with Full Text.

Medeiros F, Castro L, Barçante T, Megda M. Pre-and postoperative nursing care of children with a cardiac disease. Children's Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing Science/Infermieri Dei Bambini: Giornale Italiano Di Scienze Infermieristiche Pediatriche [serial on the Internet]. 2010, Sep;2(3):106-109 [cited 2016 June 18]. 4 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Meireles GS, Pelon LHC, Barreiro FRD. Assessment of Families of Children with Congenital Heart Disease and Nursing Intervention. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.]. 2010 Aug;2(3) [cited 2015 maio 19]. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/812>.

Melo LP. Dimensões estruturais e simbólicas de um espaço hospitalar: estudo antropológico de uma enfermaria cirúrgica em Campinas-SP. Mestrado [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 2009.

Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo, p. 125-143). In: Teixeira SMF (Org.). Democracia e Saúde. São Paulo: Lemos; 1997a.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997b. p.71-112.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: Campos CR et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface-Comunic, Saúde, Educ (Botucatu) [Internet]. 2000 Feb; 4(6):109-116 [citado 8 fev. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres, MAA (Org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec; 2004a. v. 1. p. 21-45.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 108-37. (Série B – textos básicos de saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf.

Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Lugar comum [Internet]. 2009;27:281-306 [citado 24 jul. 2015]. Disponível em: http://uninomade.net/wp-content/files_mf/110810120801A%20clinica%20do%20corpo%20sem%20orgaos%20-%20Emerson%20Elias%20Merhy.pdf.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.

Miracle VA. Dimensions of Critical Care Nursing. [Internet]. 2010 Sep/Oct;29(5):215-221 [cited 2015 set 23]. 7 p. (Journal Article). Available from: CINAHL with Full Text.

Monteiro F, de Oliveira C, Vitor A, de Araujo T, Ximenes L. Assessment of the nutritional state of children with congenital heart disease from the perspective of Pender. Revista Enfermagem UERJ [serial on the Internet]. 2009 Oct;17(4):581-588 [cited 2016 Jun 18]. 8 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Mororó MEM, Colvero LA, Machado AL. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011;45(5):1171-6 [citado 28 set. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a20.pdf>.

Moseley MJ, Allen D, Martell M. Dimensões da critical care nursing. 2010 Nov/Dec; 29(6):253-258. 6p.

Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S et al. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm [Internet] 2007;16(3):377-86 [citado 28 set. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/a02v16n3.pdf>.

Parpinelli RS, Souza EWFD. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. Psicologia em estudo [Internet]. 2005;10(3):479-487 [citado 9 jan. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a15>.

Pascoal LM, Sousa VEC, Montoril MH, Roch DH, Lopes MVO, Sampaio FAA, Monteiro FPM. Indicadores de troca de gases prejudicada em pacientes com doença cardiovasculares segundo a NOC. RENE. Rev. Rene. Fortaleza. 2009;10(4):96-102. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a11v10n4.htm.

Passos E, Barros RB. Por uma política de narratividade. In: Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p.150-151.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Apresentação. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. (Org.). Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009a. p. 15.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009b. p.10.

Passos E, Kastrup V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S (Org.). Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina; 2014. p.203-238. v. 2.

Paulon SM. A análise da implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. Psicol. Soc. [Internet]. 2005 Set-Dez;17(3):18-25 [citado 20 out. 2013]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>.

Payne L, Zeigler V, Gillette P. Acute cardiac arrhythmias following surgery for congenital heart disease: mechanisms, diagnostic tools, and management. Critical care nursing clinics of North America [serial on the Internet]. 2011 Jun;23(2):255-272 [cited 2016 Jun 18]. 18 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Pelbart PP. A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras; 2000.

Pelegrino FM, Torрати FG, Sawada NO, Galvão CM. Homoenxerto em cirurgia de valvas cardíacas: evidências para a prática da enfermagem perioperatória. Rev. Eletrônica Enferm. [Internet]. 2009;11(4) [citado 10 fev. 2013]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a26.pdf.

Perazzollo E, Sarrubbo MLC, Bossi PL, Tancredi SMB, Bonato VLB. Relatório de Gestão: Instituto do Coração [Internet] 2010. São Paulo: InCor- HCFMUSP; [2012?] [citado 5 maio 2012]. Disponível em: http://www.incor.usp.br/sites/webincor.15/docs/relatorios_pngs/Relatorio-PNGS-2010.pdf.

Pereira A. Movimento institucionalista: principais abordagens. Estudos e pesquisas em psicologia [Internet] 2007;1(7) [citado 28 set. 2013]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a02.pdf>.

Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. Rev. Esc. Anna Nery [Internet] 2011;15(4):737-745 [citado 7 fev. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400012>.

Peres RS EC, Borsonello, Peres WS. A esquizoanálise e a produção da subjetividade: considerações práticas e teóricas. Psicologia em estudo, 5(1):35-43, 2000.

Piaschyk M, Cyr A, Wetzel A, Tan A, Mora CL, Longo DW et al. Clínicas de cuidados de enfermagem críticos da América do Norte. Revista - equações e fórmulas, pictóricas, tabelas/gráficos. 2011 Dez;23(4):587-605. 19p.

Pigozi PL, Soares RAQ, Bigatto KS, Santos SG, Santos LG, Machado. Revisão integrativa da cartografia na produção de pesquisas em enfermagem no Brasil. Sau & Transf. Soc., Florianópolis [Internet]. 2014;5(3):75-82 [citado 10 jan. 2014].

Pozzana L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S (Org.). Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina; 2014. p. 42-66. v. 2.

Püschel VAA, Pinheiro CF, Peruchi F. Cuidar do adulto e do idoso com doença cardiovascular: abordagem psicossocial. Revista Paulista de Enfermagem [Internet]. 2006;25(3):189-195 [citado 8 fev. 2013]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475675>.

Pye S, Mc Donnell M. Nursing considerations for children undergoing delayed sternal closure after surgery for congenital heart disease. Critical Care Nurse [Internet]. 2010 Jun;30(3):50-63 [cited 2013 Jan 28]. 14 p. Available from: https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=11767400446979129308&hl=pt-BR&as_sdt=0,5.

Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro. 2007 abr/jun;15(2):276-83 [citado 27 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>.

Regis V, Fonseca TMG. Cartografia: estratégias de produção de conhecimento. Fractal: Revista de Psicologia. 2012;24(2):271-286. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/544>.

Reis LM, Belentani L, Silva LFF da Silva, Seleglim MR, Bellasalma ACM. Avaliando a satisfação do usuário: a experiência do projeto jovens acolhedores. Rev enferm. UFPE on-line, Recife. 2013 mar;7(esp):1036-41. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2865/5848>.

Rocha D, Zagonel I. Model of maternal transitional care to mothers of a child with congenital heart disease. Acta Paulista de Enfermagem [serial on the Internet]. 2009 May;22(3):243-249 [cited 2016 Jun 18]. 7 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Rolnik S. Uma insólita viagem à subjetividade. Fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel (Org.). Cultura e Subjetividade: saberes nômades. Campinas: Papirus; 1997. p. 25-34.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2a edição. Porto Alegre: Sulina; 2014.

Romagnoli RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. Psicol. Soc., Florianópolis. 2009 Ago;21(2):166-173 [citado 9 jun. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=en&nrm=iso.

Rosa JG. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001a. 624p.

Rosa JG. Manuelzão e Miguilim. 11a edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001b.

Saito DYT, Zoboli ELCP, Schveitzer MC, Maeda ST. Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2013 mar;22(1):175-183 [citado 23 jan. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100021&lng=en.

Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet] 2015; 24(3):389-398 [citado 25 abr. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00389.pdf>.

Santos R, Santos V. Cardiac catheterization - nursing interventions. *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem* [serial on the Internet]. 2012 Sep;24(283):12-18 [cited 2016 June 18]. 7 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Schneider J, Slowik L. The use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications* [serial on the Internet]. 2009 July;20(3):132-140 [cited 2016 June 18]. 9 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Silva AA, Terra MG, Gonçalves MO, Souto VT. O cuidado de si entre profissionais de Enfermagem: Revisão das Dissertações e Teses Brasileiras. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. [Internet]. 2015;18(4):345-35 [citado 23 fev. 2016]. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15263>.

Soares, RAQ, Pigozi PL, Bigato KS, Santos SG, Santos LG, Machado AL. Cartografar a subjetividade como tecnologia diferencial e norteadora da assistência de enfermagem a paciente de alta dependência. In: *Anais do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 14-18 nov. 2002, Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012a.

Soares, RAQ, Pigozi PL, Bigato KS, Santos SG, Santos LG, Machado AL. Incorporar tecnologias leves: cartografia do relato de experiência de uma enfermeira assistencial e pesquisadora. In: *Anais do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 14-18 nov. 2002, Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012b.

Souza ML, Sarto VVB, Padilha MICS, Prado ML. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2005 Jun;14(2):266-270 [citado 11 jun. 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en.

Stolic S, Mitchell M, Wollin J. Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: A review of the research literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [serial on the Internet]. 2010 Dec;9(4):203-217 [cited 2016 Jun 18]. 15 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Susan LW, Froelicher ES, Motzer SU. Intervenções Psicossociais. In: Susan LW, Froelicher ES, Motzer SU. *Enfermagem em Cardiologia*. São Paulo: Manole; 2004. p. 883-901.

Teixeira RR. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. Interface-Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2009;13(suppl 1):785-789 [citado 23 maio 2016]. Disponível em: <http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/02/s1.3.pdf>.

Teixeira RR. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgãos. Interface (Botucatu) [Internet]. 2004 Fev; 8(14):35-72 [citado 18 jul. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100004&lng=pt.

Tikian AG, Conover MB. Entendendo os sons e sopros cardíacos: com introdução aos sons pulmonares. Ciclo Cardíaco. Trad. Paulo César Sanches e Paulo Moffa. São Paulo: Rocca; 2014. Cap 3. p. 31-38.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública [Internet]. 2005;39(3):507-14 [citado 7 ago. 2013]. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.

Valadares L. Os dez mandamentos da observação participante. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo [Internet]. Fev. 7;2022(63):153-155 [citado 6 jul. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092007000100012&lng=en&nrm=iso.

Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev. Saúde pública, 2008;42(4),750-6. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-18604367>.

Vitor A, Lopes M, de Araujo T. Self-care deficit theory: analysis of importance and applicability in the nursing practice. Anna Nery School Journal of Nursing/Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [serial on the Internet]. 2010 July;14(3):611-616 [cited 2016 Jun 18]. 6p. Available from: CINAHL with Full Text.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014. 298p.

Wottrich, SH, Quintana AM, Camargo VP, Beck CLC. “Manifestos do coração”: significados atribuídos à doença por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2015;31(2):213-219. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015021127213219>.

Zimmermann K; Einsle F; Dannemann S; Pollack K; Köllner V; Nitschke-Bertaud N. Psychological and physical well-being of cardiological outpatients with chest pain. *M.Psychother Psychosom Med Psychol* [Internet]. 2010; 60(9-10):368-78 [cited 2011 Aug 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20094968>.

Zingmond D, Saliba D, Wilber K, MacLean C, Wenger N. Measuring the quality of care provided to dually enrolled Medicare and Medicaid beneficiaries living in nursing homes. *Medical Care* [serial on the Internet]. 2009 May;47(5):536-544. 9 p. Available from: CINAHL with Full Text.

Zourabichvili F. O Vocabulário de Deleuze, 2004. [citado 27 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/corpoarteclinica/obra/voca.prn.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIROS

Roteiro para observação (questões norteadoras)

- a) Como este profissional chega ao plantão e como é recebido pelos demais colegas?
- b) Como iniciam as atividades? Existe um planejamento?
- c) Que mecanismos de comunicação se estabelecem: entre si, entre os usuários, entre os demais profissionais?
- d) Como é a interação entre a equipe?
- e) Como é a interação com os usuários?
- f) Como ele cuida, que saberes são acessados durante suas atividades? Quais são as solicitações mais frequentes e quais as demandas de cuidado?
- g) Como se dá a passagem de plantão para o turno seguinte (como são passadas e recebidas estas informações)?

Roteiro para realização do fluxograma

- a) Por que você(s) escolhera(m) este usuário?
- b) Qual o percurso e cuidados lhe(s) foram dispensados?
- c) Relate(m) uma situação que aconteceu ao cuidar deste usuário.
- d) O que fez lembrar essa situação? Por quê?
- e) Como você(s) avalia(m) o cuidado realizado a este paciente?

APÊNDICE B – FLUXOGRAMAS TRAÇADOS PELA EQUIPE

SÃO JOSÉ: 82 anos, ICC avançada + complicações: BCP, DM, diretor de empresa, autoritário, reservado, necessitava ter o controle da situação, queria voltar para a UTI, disse que gostaria de morrer no Dia de Nossa Senhora.

SÃO CAETANO: 72 anos, arritmia severa, portador de CDI, sem possibilidades terapêuticas, cuidados paliativos, “decisão de desligar o CDI (não prolongar o sofrimento), “família ausente”

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (profissionais) (Etapa de Observação)

Meu nome é Rosimeire Angela de Queiroz Soares, sou aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Dr^a Ana Lucia Machado, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Corações em tratamento: notas cartográficas sobre a produção de cuidados da equipe de enfermagem”. Os objetivos são observar e retratar a rotina de cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem junto aos pacientes com cardiopatia no hospital.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar de nossa pesquisa, mediante sua autorização para acompanhamento e observação (por um curto período de tempo), de suas atividades rotineiras de trabalho e eventualmente informações sobre algumas destas atividades durante sua realização. Esta observação acontecerá em dias e horário previamente determinados de acordo com sua disponibilidade em participar e durante o turno da manhã, por um período de dois meses, apenas uma vez por semana. Você poderá ser acompanhado mais de uma vez ou não, dependendo também do seu interesse e disponibilidade, desde que isso não ocasione qualquer desconforto ou constrangimento a você e nem ao paciente e que não interfira nas suas atividades profissionais. Em momento algum será revelado o nome dos participantes.

Num segundo encontro, faremos uma reunião com os profissionais de enfermagem para discutir as ofertas e demandas de cuidados desenvolvidas pela equipe a um paciente, neste encontro usaremos um instrumento de pesquisa chamado de Fluxograma Analisador, o qual possibilita traçar as ofertas de cuidados dispensadas a este paciente no serviço de saúde. Ressaltamos que a sua participação não é obrigatória em nenhuma destas fases. Para o dia do Fluxograma será solicitado a assinatura de outro termo de consentimento específico para a participação na reunião.

Sua participação é voluntária, sendo assegurada total liberdade de recusar e interromper sua participação em qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer ônus ou prejuízo.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, com foco na produção de cuidados desenvolvidos junto aos pacientes com cardiopatias dentro da unidade de internação. Disponho-me a esclarecer, sempre que necessário qualquer aspecto relacionado à pesquisa, durante o seu desenvolvimento, a fim de eliminar possíveis dúvidas.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, as quais uma ficará em posse do pesquisador e outra em posse do pesquisado.

Para que vocês possam acompanhar o desenvolvimento da pesquisa ou retirar seu consentimento, oferecemos nossos contatos: enfqueirozrose@usp.br / 11-946071894 e o da Profa. Ana Lúcia Machado almachad@usp.br / 11-3061-7602.

Informamos também o e-mail de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: edipesq@usp.br / (11) 3061-7548, caso seja necessário esclarecer dúvidas quanto às questões éticas.

Agradeço a sua atenção,

Rosimeire Angela de Queiroz Soares

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../..... FUNÇÃO TEMPO DE INSTITUIÇÃO:.....
ENDEREÇO:..... Nº APTO:
BAIRRO:..... CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD

Declaro que aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa, depois de ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado a respeito do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações na pesquisa, além da liberdade de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo pessoal.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Nome: _____ Fone: _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(profissionais)
(Etapa do Fluxograma)**

Meu nome é Rosimeire Angela de Queiroz Soares, sou aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Dr^a Ana Lucia Machado, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Corações em tratamento: notas cartográficas sobre a produção de cuidados da equipe de enfermagem”. Os objetivos são observar e retratar a rotina de cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem junto aos pacientes com cardiopatia internados neste setor.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar dessa segunda fase da nossa pesquisa, que consiste na sua participação de uma reunião para discussão do caso de um paciente atendido na unidade, que seja do conhecimento da equipe. Esta reunião acontecerá em dia e hora previamente determinada em conformidade com a chefia da unidade e de melhor disponibilidade de horário para toda a equipe de profissionais do turno da manhã, com duração média de uma hora. Apenas esta reunião será gravada e as discussões posteriormente transcritas, os dados serão mantidos em absoluto sigilo e sem que haja identificação dos participantes em momento algum. Está previsto apenas um encontro, que pode se estender em outro encontro dependendo da necessidade e interesse da equipe em discutir as demandas de cuidados encontrados e dispensadas ao paciente em questão.

Ressaltamos que a escolha do paciente, será feita pelos próprios profissionais da enfermagem, bem como o melhor dia e horário da reunião, previamente acordado com a chefia. Neste encontro, faremos uma reunião com os profissionais para discutir as ofertas e demandas de cuidados desenvolvidas pela equipe a um paciente, neste encontro usaremos um instrumento de pesquisa chamado de Fluxograma Analisador, o qual possibilita traçar os caminhos deste paciente no serviço de saúde. A sua participação não é obrigatória em nenhuma destas fases. A sua participação nesta fase independente da participação na fase anterior e você poderá retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, mesmo após ter sido realizado o fluxograma. Em nenhum momento haverá identificação dos participantes.

Cabe esclarecer que você tem total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, com foco na produção de cuidados desenvolvidos junto aos pacientes com cardiopatias. Disponho-me a esclarecer, sempre que necessário qualquer aspecto relacionado à pesquisa, durante o seu desenvolvimento, a fim de eliminar possíveis dúvidas.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, as quais uma ficará em posse do pesquisador e outra em posse do pesquisador.

Para que vocês possam acompanhar o desenvolvimento da pesquisa ou retirar seu consentimento, oferecemos nossos contatos: enfqueirozrose@usp.br / 11-946071894 e o da Profa. Ana Lúcia Machado almachad@usp.br / 11-3061-7602.

Informamos também o e-mail de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: edipesq@usp.br (11)3061-7548, caso seja necessário esclarecer dúvidas quanto às questões éticas.

Agradeço a sua atenção,

Rosimeire Angela de Queiroz Soares

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../..... FUNÇÃO TEMPO DE INSTITUIÇÃO:
ENDEREÇO Nº APTº:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD

Declaro que aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa, na elaboração do Fluxograma Analisador, depois de ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado a respeito do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações na pesquisa, além da liberdade de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo pessoal.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Nome: _____ Fone: _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa:

Assinatura da Pesquisadora:

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (usuários)

Meu nome é Rosimeire Angela de Queiroz Soares, sou aluna de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob orientação da Professora Dr^a Ana Lucia Machado, estou convidando-o a participar da pesquisa intitulada “Corações em tratamento: notas cartográficas sobre a produção de cuidados da equipe de enfermagem”. Os objetivos são acompanhar e retratar a rotina de cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem junto aos pacientes cardiopatas internados neste setor.

Sua participação consistirá na autorização para que eu possa acompanhar momentos em que o senhor (a) esteja recebendo algum tipo de cuidado de enfermagem e eventualmente informações sobre algumas destas atividades durante sua realização. Em nenhum momento será revelado o nome de qualquer dos participantes. Esta observação acontecerá durante o turno da manhã. Ressaltamos que esta observação será realizada apenas em situações rotineiras e nos momentos que não lhe cause constrangimento, preservando sua privacidade e somente com sua autorização. O senhor será livre para autorizar ou recusar sua participação, em qualquer fase da pesquisa.

Caso tenha alguma dificuldade ou diminuição da capacidade de consentimento, pediremos o devido consentimento para algum representante legal para que assim este possa se responsabilizar pelo termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 466/12.

Cabe esclarecer que o senhor (a) tem total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal. Garantimos sigilo absoluto de sua identidade pessoal em todas as fases da pesquisa.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação.

Ressaltamos que será garantida sua privacidade e autonomia em todas as fases da pesquisa. O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, com foco na produção de cuidados desenvolvidos junto aos pacientes com cardiopatias dentro da unidade de internação.

Disponho-me a esclarecer sempre que necessário, quaisquer dúvidas em qualquer fase da pesquisa.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, as quais uma ficará em posse do pesquisador e outra em posse do pesquisado ou de seu representante legal.

Para que vocês possam acompanhar o desenvolvimento da pesquisa ou retirar seu consentimento, oferecemos nossos contatos: enfqueirozrose@usp.br / 11-946071894 e o da Profa. Ana Lúcia Machado almachad@usp.br / 11-3061-7602.

Informamos também o e-mail de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: edipesq@usp.br / (11) 3061-7548, caso seja necessário esclarecer dúvidas quanto às questões éticas. Agradeço a sua atenção,

Rosimeire Angela de Queiroz Soares

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../..... profissão escolaridade.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD

Declaro que aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa, depois de ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado a respeito do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações na pesquisa, além da liberdade de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo pessoal.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Nome: _____ Fone: _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa ou Responsável legal:

ANEXO D – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO INCOR

Memor. Serv. Ed. 25

São Paulo, 25 de outubro de 2013.

Ilmo. Senhor

Prof. Dr. Roberto Kalil Filho

Presidente da Comissão Científica

Instituto do Coração - HCFMUSP

Ref.: Projeto de Pesquisa: "Corações em tratamento: notas cartográficas sobre a produção de cuidados da equipe de enfermagem"

Informamos que a responsável pela área executora do projeto acima referido está de acordo com a realização da coleta de dados nas suas respectivas unidades.

Atenciosamente,

Luci Maria Ferreira
Diretora do Serviço de Enfermagem III
Coordenação de Enfermagem
Instituto do Coração – HCFMUSP

De acordo:

Dra Jurema da Silva Herbas Palomo
Diretora da Coordenação de Enfermagem
Instituto do Coração – HCFMUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 623.121

ANEXO E – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CORAÇÕES EM TRATAMENTO: NOTAS CARTOGRÁFICAS SOBRE A PRODUÇÃO DE CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Rosimeire Angela de Queiroz Soares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23424713.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 623.121

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Como a proposta é acompanhar processos diários de produção de cuidados e para isto cartografar movimentos reais e sutis de sensações, sentimentos e ações dos profissionais de enfermagem ao cuidar de pacientes cardíacos, a opção é pela pesquisa qualitativa. Este método está ancorado no referencial teórico da Esquizoanálise proposto pelos filósofos franceses Deleuze e Guattari.

A Esquizoanálise, uma das correntes da análise institucional, é uma concepção de leitura da realidade e múltiplas superfícies: natural, subjetiva, social, industrial e tecnológica, e de outras ordens, imperceptíveis, mas potentes (Barembly, 1992). Além disso, este referencial pode ser entendido como uma ética estética de valorização da vida, na busca por valorizar a vida vibrátil e agradável, em sua potencialidade máxima (Peres, Borsonello, Peres, 2000). Neste projeto, pretende-se trabalhar a ideia de estética como sensibilidades ampliadas que permitem apreender processos de cuidar que ocorrem na relação entre profissional e paciente. Os instrumentos para a produção dos dados terão o intuito de sentir as sutilezas do cotidiano de produção de cuidados no hospital, visto por muitos apenas como um local de tratamento do corpo biológico.

Continuação do Parecer: 623.121

A pesquisa aposta num movimento de criação do cuidado das subjetividades em saúde e para cartografar este movimento, propõe a observação cotidiana, refinada, o diálogo com os profissionais de enfermagem e os teóricos escolhidos. Portanto, uma das inquietações deste projeto é como os profissionais produzem cuidados diante das questões de subjetividade durante suas atividades no cotidiano hospitalar. “cartografar é dar língua a afetos que pedem passagem” (Rolnik, 1989, p.69).

Segundo o referencial adotado, afirma-se que não só o paciente, mas os profissionais também são afetados durante essa relação que consiste numa mútua produção de cuidados (e subjetividades) (Deleuze, Guatarri, 1995).

Objetivo da Pesquisa:

Cartografar a produção de cuidados dos profissionais de enfermagem durante a assistência a pacientes com o coração em tratamento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos e benefícios diretos para os pacientes, mas sim para a área de enfermagem

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa com forte cunho psicológico e inferências sobre o manejo de pacientes a partir do referencial da esquizoanálise. Utilizar-se-á do método da cartografia, que segundo a autora “a cartografia é um referencial metodológico recente nas pesquisas de enfermagem”. “O método da cartografia opera pesquisas pela frequência das intermediações, negociações, experimentações complexas, na dinâmica das subjetividades em formação e em jogo nas cenas já postas e a serem construídas”. Tem como proposta “acompanhar processos diários de produção de cuidados e para isto cartografar movimentos reais e sutis de sensações, sentimentos e ações dos profissionais de enfermagem ao cuidar de pacientes cardíacos, a opção é pela pesquisa qualitativa”. As autoras afirmam que “A proposta desta pesquisa é fotografar, refletir, amparar o sentido de vibrações, de potências que podem existir e reafirmar-se no encontro entre pessoas”.

O projeto de pesquisa está bem redigido e claro, mencionada que o projeto já está em andamento pois a primeira etapa de revisão de literatura já foi feita, bem como a obtenção de aprovação pela comissão de pesquisa da instituição co-participante. Está na fase de aprovação pelos CEP da proponente e da instituição co-participante para iniciar a coleta de dados.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 623.121

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador anexou o projeto aprovado no exame de qualificação, a carta de autorização da área onde será realizada a pesquisa, o TCLE dos pacientes conforme sugerido e uma carta apresentando respostas aos questionamentos feitos no parecer anterior. Também informa que o projeto agora apresenta 3 TCLE, um para o paciente, um para os profissionais participantes da fase 1 e outro para aqueles da fase 2. O pesquisador respondeu adequadamente aos questionamentos feitos.

Recomendações:

Sugere-se no TCLE dos participantes (pacientes) retirar a frase "...esta etapa terá duração de 2 meses" porque a participação do paciente será apenas em um dado momento; também retirar a frase "...e realizar denúncias". Embora o TCLE contenha todas as informações necessárias, recomenda-se utilizar o modelo da instituição co-participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atender as recomendações sobre o TCLE e não precisa retornar ao CEP da proponente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SÃO PAULO, 23 de Abril de 2014

Assinado por:

**Ruth Natalia Teresa
Turrini (Coordenador)**