

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LÍVIA GIUBILEI SANTOS**

**GESTÃO DO CUIDADO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
UMA CARTOGRAFIA**

**SÃO PAULO  
2018**



**LÍVIA GIUBILEI SANTOS**

**GESTÃO DO CUIDADO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Machado

**SÃO PAULO  
2018**

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**

Santos, Livia Giubilei

Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: uma cartografia / Livia Giubilei Santos. São Paulo, 2018.

198 p.

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

Orientador: Prof. Dr. Ana Lúcia Machado

Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EEUSP e EERPUSP

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde da família.  
3. Cuidados de Enfermagem. 5. Cartografia. 6. Enfermagem.  
I. Título.

Nome: Livia Giubilei Santos

Título: Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: 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.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Machado

Instituição: EEUSP

Assinatura: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



## AGRADECIMENTOS

Esta Tese foi experiência construída e compartilhada por muitos.

Agradeço, imensamente, aos sujeitos desta pesquisa, que não poderão ser nominados por questões éticas. Gratidão por terem me acolhido e compartilhado de forma tão generosa dessa experiência. Juntos, construímos esta Tese.

Agradeço, com carinho, à Prof. Dra. Ana Lúcia Machado que me acolheu desde o início, me guiou e inspirou. Agradeço por ter acreditado, mais que eu, que esta Tese seria possível. Pelas brisas que proporcionavam respiro e novos aromas, e pelas trovoadas que também foram necessárias.

Agradeço às minhas brilhantes companheiras no percurso deste doutorado. À Sara por ser irmã, parceira de tantos desafios, e me encorajar a desbravar novos caminhos. À Karen, querida amiga desde a graduação, por compartilhar de forma intensa e generosa das angústias, inspirações e ajustes da finalização desta Tese. À Rosimeire e Pamela pelas valiosas contribuições e inspirações.

Agradeço à minha família, por serem meu porto seguro e proporcionarem momentos de alegrias e alívio às tensões da vida acadêmica. Em especial, à minha mãe, por ser fonte de inspiração, cuidado, amor e apoio.

Agradeço ao meu amado companheiro Daniel, por ter sido suporte diário para esta produção e para tantos outros desafios que já trilhamos juntos. Por ser para mim fonte de inspiração e de potência para agir, através da experiência do amor que compartilhamos. Por já ser um pai amoroso para nosso filho.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba, pela autorização da realização da pesquisa no município. E ainda, pela autorização de um período de afastamento de meu trabalho, proporcionando algo tão precioso no percurso deste Doutorado: tempo! Tempo para novos olhares, novas análises e escritas renovadas.

Agradeço também a todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde Corolla, em especial aos integrantes da minha equipe: Yara, Érica, Bruna, Maria da Glória, Talita, Valdilene, Edwânia e Roseli; e às enfermeiras: Adriana, Ivanete, Patrícia, Daniela e Ângela, pelo suporte durante minhas ausências. E também à querida Zoica, pelo interesse, preocupação e cuidado.

Agradeço aos colegas de trabalho do setor de Educação Permanente da APS Santa Marcelina, pelo suporte e apoio no início de minha trajetória no doutorado.

Agradeço à Comissão de Pós-Graduação do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EEUSP e EERPUSP, por terem tido compreensão, sensibilidade e escuta às minhas singularidades.

Agradeço às Profs. Dras. Cinira Magali Fortuna e Luciana de Almeida Colvero pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação desta pesquisa.

Agradeço às revisoras, Eva e Evellyn, que me ajudaram na finalização da escrita desta Tese.

E agradeço também a muitos outros que compartilharam e que compartilharão dessa experiência, para que os sentidos produzidos nesta Tese continuem a multiplicar e possam produzir variações, afetos e potência.



SANTOS, L. G. **Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: uma cartografia**. 2018. 198 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo acompanhar os movimentos presentes na gestão do cuidado a um usuário desenvolvida por uma equipe de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Indaiatuba/SP. Considerando que o cuidado é criado na relação e nos encontros entre os múltiplos sujeitos, acredita-se na importância de uma gestão do cuidado que valorize os fluxos conectivos e as subjetividades presentes nos encontros, proporcionando a construção conjunta de um cuidado singular. Desenvolveu-se uma pesquisa-intervenção, utilizando o referencial teórico-filosófico da Esquizoanálise. A cartografia foi o método escolhido, pois permitiu acompanhar, registrar, mapear o movimento de criação e continuidade de diálogos, afetos e acontecimentos na gestão do cuidado da equipe. Para tanto, foram utilizadas as seguintes ferramentas cartográficas: observação participante na UBS; fluxograma analisador com a equipe a partir da discussão do caso de um usuário; entrevista semiestruturada com este usuário; e diário de campo. A observação participante possibilitou à cartógrafa uma imersão no campo investigado e uma proximidade com as produções cotidianas da equipe. O fluxograma analisador permitiu mapear os movimentos da equipe no acompanhamento da usuária, e a entrevista aproximou a cartógrafa dos movimentos dessa usuária na gestão de seu cuidado. O diário de campo constituiu-se de importante dispositivo para acompanhar a processualidade da experiência produzida pela cartógrafa em conjunto com os sujeitos da pesquisa. Pequenas quebras na repetição foram movimentos que se fizeram presentes na gestão do cuidado acompanhada nesta Tese: uma consulta psicológica; uma entrevista-encontro com a usuária; uma conversa em um tempo de descanso para um café; entre outras conexões nos “bastidores”. Também se fizeram presentes movimentos decalcados, das mesmas queixas e condutas, centradas no corpo, em exames e medicamentos. Foi possível interrogar uma gestão do cuidado que bambeia, estremece, afrouxa rotinas, saberes e protocolos dados *a priori*, e que sofre variação de acordo com fluxos, acontecimentos e intensidades ao vivenciar o cuidado em ato. E também gestão do cuidado que bambeia e paralisa, ficando sem jeito. Sujeitos, profissionais e usuários, afetam e são afetados, podendo construir, processualmente, um cuidado singular. A experiência também possibilitou processos de autoanálise para a equipe, que revisitou o caso da usuária escolhida, reconheceu limites, e produziu novos movimentos. A usuária, na experiência da entrevista, teve voz e foi ouvida sobre os cuidados de si e cuidados de “última hora”. E assim, equipe, cartógrafa e usuária, implicadas, em alguns momentos sem jeito, e sem desistir; construíram uma cartografia da resistência na gestão do cuidado da Estratégia Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestão do Cuidado; Cartografia; Enfermagem.



SANTOS, L. G. **Care management in family health strategy: a cartography.** 2018. 198 p. Dissertation (Doctorate) – School of Nursing, University of São Paulo, São Paulo.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to follow the movements of the care management, developed by a family health team of a Basic Health Unit of Indaiatuba /SP, provided to a user of the service. Considering that care is created through relationships and meetings between the multiple subjects, it is believed that care management is important to value the connective flows and the subjectivities present in these meetings, allowing the joint construction of a unique care. An intervention- research was developed, using the theoretical-philosophical framework of Schizoanalysis. Cartography was the chosen method since it allowed to follow, record and map the movement of creation and continuity of dialogues, affections and events in the care management of the team. For this purpose, the following cartographic tools were used: participant observation in the Basic Health Unit, flowchart analyzer with the team from the discussion of the user's case; semi-structured interview with this user; and field diary. Participant observation enabled the cartographer to immerse herself in the field investigated and to follow closely the daily productions of the team. The flowchart analyzer made it possible to map the movements of the team during the user's follow-up, whereas the interview brought the cartographer closer to the movements of this user in his care management. The field diary constituted an important instrument to follow the whole process of the experience produced by the cartographer together with the subjects of this research. Small breaks in the repeated actions were movements observed in the care management accompanied by this study: a psychological consultation, an interview-meeting with the user, a conversation at coffee break times, among other "backstage" connections. Tracing movements of the same complaints and conducts, centered on the body, exams and medicines were also reported. It was possible to question a care management that wobbles, shakes, loosens routines, knowledge and protocols given *a priori*, that varies according to flows, events and intensities, when experiencing care in acts, and that paralyzes, becoming awkward. Subjects, professionals and users affect and are affected and are able to construct a unique care in this process. The experience also allowed for self-analysis processes for the team, who revisited the case of the chosen user, recognized limits, and produced new movements. The user, in the interview experience, had a voice and was heard with regard to selfcare and "last minute" care. Therefore, the team, cartographer and user implicated, at times awkwardly but without giving up, constructed a map of resistance in care management of the Family Health Strategy.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Care Management; Cartography; Nursing.



## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>25</b>
2.1 TRABALHO EM SAÚDE E SUBJETIVIDADES: TERRITÓRIO DE POSSIBILIDADES .....	31
2.2 GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	36
2.3 OBJETIVO .....	47
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>49</b>
3.1 CENÁRIO DA PESQUISA .....	56
3.1.1 Primeiras aproximações .....	58
3.2 PRODUÇÃO DOS DADOS .....	61
3.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	69
3.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	71
3.5 CONHECENDO A UBS SILVESTRE .....	72
3.6 SUJEITOS ENVOLVIDOS .....	75
3.7 ESTREIA DA CARTÓGRAFA EM CAMPO .....	76
<b>4 FLUXOGRAMA ANALISADOR: EQUIPE E SEUS MOVIMENTOS</b> .....	<b>81</b>
4.1 MESMA QUEIXA, MESMA COISA... REPETIÇÕES .....	92
4.2 FORA DA ORDEM, FORA DE ÁREA... CONEXÕES .....	98
4.2.1 “É fora de área” .....	102
4.2.2 “Lá vem a família Lourenço com aquela dor abdominal” .....	105
4.3 JOANA GESTANTE .....	107
4.4 JOANA “NASCE” PARA A EQUIPE .....	110
4.4.1 Fluxograma “nasce” para além do prontuário .....	113
4.5 “DIA FATÍDICO”: “NOSSO FLUXO QUEBROU” .....	120
4.6 POSSIBILIDADES ENTRE A QUEBRA .....	122
<b>5 JOANA E SEUS MOVIMENTOS</b> .....	<b>125</b>
5.1 JOANA EM SUA PRÓPRIA VERSÃO: UMA VIDA MOÍDA .....	132
5.2 JOANA NA GESTÃO DE SEU CUIDADO .....	138
5.3 A ÚLTIMA HORA .....	147
<b>6 JOANA VOLTA PARA A UNIDADE</b> .....	<b>153</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: MULTIPLICANDO SENTIDOS</b> .....	<b>163</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>173</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>185</b>



# **CAPÍTULO 1**

## **APRESENTAÇÃO**

---



## APRESENTAÇÃO

*Escrevo hoje, um dia antes da ida a campo.*

*Incerteza, medo, encontro com o outro, que é sempre inesperado. Nem tudo pode ser estabelecido a priori, estanque, sem possibilidade de mudança, de espaço para as brechas do inusitado, do novo que pede passagem.*

*Mas, é claro! É tempo de enfrentar as “certezas” e abrir-se para as “incertezas”, para o não ensaiado, para o que virá a ser, para o devir. É assim que a cartógrafa vai desdobrando-se por entre a enfermeira. Desterritorializar para “correr os riscos da busca de novos sentidos para o trabalho em saúde” (MATUMOTO, 2003, p. 63).*

*A pergunta que fica: Conseguirei o envolvimento dos sujeitos da pesquisa neste trajeto? (diário de campo).*

Esse é um trecho extraído do diário de campo<sup>1</sup> da pesquisadora, um dia antes de iniciar as idas ao campo de pesquisa<sup>2</sup>.

Apresenta um dos movimentos que o leitor acompanhará, nesta Tese, que foi o de desconstrução e reconstrução da pesquisadora e enfermeira em busca de tornar-se cartógrafa de seu campo de pesquisa. Processo este que se deu com os sujeitos que compunham os cenários.

Apresenta o movimento micropolítico desta pesquisa, cuja busca acontece pelo campo de forças que compõe as realidades em sua dimensão processual.

“O que o cartógrafo quer é se envolver com a constituição de amálgamas de corpo-e-língua. Constituição de realidade” (ROLNIK, 2014, p. 231).

Para a pesquisadora, preparar-se para a ida a campo, foi como elaborar o roteiro de uma viagem em um mapa, que, em campo, tornou-se sempre provisório, modificado por paisagens, situações, sujeitos, coisas, tempos, fluxos e acontecimentos, ao vivenciar a viagem em ato. Afetou e foi afetada, e pode construir, processualmente, mapas singulares dessa viagem.

Algo semelhante aos movimentos da gestão do cuidado, objeto desta Tese. Gestão do cuidado que bambeia, estremece, afrouxa roteiros, rotinas, saberes e protocolos dados *a priori*, e que sofre variação de acordo com fluxos, acontecimentos,

---

<sup>1</sup> Uma das ferramentas cartográficas de produção dos dados desta pesquisa, composto por registros da pesquisadora. Será detalhado no Capítulo 3 desta Tese.

<sup>2</sup> Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Indaiatuba/SP, conforme será apresentado posteriormente nesta Tese.

necessidades, intensidades, ao vivenciar o cuidado em ato. Sujeitos, profissionais e usuários, que afetam e são afetados, podendo construir, processualmente, um cuidado singular.

Viagem que, para a pesquisadora, se iniciou com um processo de entendimento e vivência do que parecia ser um desejo de produção do ser profissional, humano, político, espiritual e social. Envolveu conceitos, estudos, fragmentos, estruturação de ideias, experiências, subjetivações<sup>3</sup>, que foram se formando ao longo de minha trajetória pessoal e também profissional.

Inspirando-me na Esquizoanálise, porque não dizer a “produção desejante”, aquela que possibilita realidades revolucionárias, e é a essência da realidade entendida, nessa estrutura, como imanência do desejo e da produção (BAREMBLITT, 2002, p. 56).

É sempre por rizoma que o desejo se move e produz. Toda vez que o desejo segue uma árvore acontecem as quedas internas que o fazem declinar e o conduzem à morte; mas o rizoma opera sobre o desejo por impulsões exteriores e produtivas (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 22).

De acordo com os filósofos da Esquizoanálise, rizoma está sempre no “entre”, não passando de uma coisa a outra, e sim carregando uma coisa “e” outra. Já a árvore faz decalque, possui o fundamento-raiz, representa o “ser”, com forte unidade principal estruturante, dominante, organizada, cuja lógica é de reprodução (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 48).

Rizoma pode ser entendido como uma rede de intensidades e fluxos, criada na conexão aleatória e inusitada entre os corpos e coisas, produtora também de realidade social (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Dessa forma, a pretensão é que seja uma abordagem rizomática, conectiva, heterogênea, e contribuir para a conexão de diferentes campos, possibilitando realidades inusitadas e inovadoras. Porém, considerando que estruturas mais organizadas, dominantes e pivotantes, como a raiz, são também parte do processo: “[...] existem estruturas de árvore ou de raízes nos rizomas, mas, inversamente, um galho de árvore ou uma divisão de raiz podem recomeçar a brotar um rizoma” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 33).

---

<sup>3</sup> “[...] por contraposição ao processo de produção de subjetividade uniforme, sujeitada e submetida, infinitos e heterogêneos processos de produção de subjetivação livre, produtiva, desejante, revolucionária [...] geram sujeitos singulares [...]” (BAREMBLITT, 2002, p. 169).

No campo das práticas de saúde, tais conceitos parecem fornecer novas perspectivas e possibilidades. Em um campo de práticas fragmentadas, centradas no biológico, capturadas por um modelo biomédico dominante e por influências do capitalismo na sociedade contemporânea, certos acontecimentos podem levar à brecha para a inovação, como uma quebra na repetição.

Pequenas quebras na repetição foi um movimento que se fez presente na gestão do cuidado acompanhada nesta Tese: uma consulta psicológica; uma entrevista-encontro com a usuária; uma conversa em um tempo de descanso para um café; entre outras conexões nos “bastidores”. Assim como também se fez presente, movimentos decalcados, das mesmas queixas e condutas, centradas no corpo, em exames e medicamentos.

Para as reflexões arriscadas nesta pesquisa, estudos sobre o processo de trabalho em saúde e micropolítica do trabalho em saúde, que se baseiam, dentre outros referenciais, na análise institucional, foram importantes. Um desses autores incorporam na discussão o conceito de Trabalho Vivo em Ato e sua dimensão transformadora. Entendido como componente do trabalho que se produz em ato, ou seja, no exato momento do encontro entre profissional de saúde e usuário, tem a potência de abrir linhas de fuga no já instituído (MERHY, 2002).

Trabalho vivo em ato, afecções nos encontros, processos de subjetivações, têm a energia para a necessária desterritorialização que se pretende provocar nas práticas em saúde. Desterritorializar significa romper com as lógicas instituídas, capitalísticas, biomédicas, procedimento centradas, abrindo-se para novas subjetividades formadas com base na estética da multiplicidade, que interpreta o mundo do trabalho e cuidado na sua forma complexa, com expressão de singularidades (FRANCO, 2013a, p. 15).

No encontro entre profissional e usuário, afecções circulam e podem possibilitar a criação de novos sentidos; novos modos de ser e agir no mundo; em ambos os sujeitos envolvidos no cuidado, seja o profissional, ou o usuário. Ocorre um encontro de subjetividades que se renovam e produzem novas subjetividades nesse processo, desterritorializando, rompendo com as lógicas instituídas, ao buscar novos territórios<sup>4</sup> para a existência.

---

<sup>4</sup> A noção de território é colocada aqui num sentido amplo, segundo Guattari e Rolnik (2013, p. 323), “os seres se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam [...] Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.” Passam por processos de desterritorialização, quando abrem-se para passagem de outros fluxos, e se desfazem. Na reterritorialização ocorre a recomposição de um território.

Essas ideias serão abordadas com a devida profundidade no decorrer desta Tese e estão nesta apresentação para explicitar de onde vem e para onde partem as inquietações surgidas.

Inquietações, perguntas e problemas que derivaram principalmente de minhas experiências no campo da formação e das vivências profissionais, me levaram ao desejo de estudar a gestão do cuidado nas equipes de saúde da família, como objeto de pesquisa.

Apresento, agora, momentos relevantes de minha trajetória, que auxiliam a compreender a constituição do desejo deste estudo.

De forma ainda juvenil, ingressei no mundo acadêmico na Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em 2005. Como uma aposta, ainda sem conhecer todas as nuances do universo que adentraria, apenas com uma visão de que a enfermagem me possibilitaria colocar conhecimentos e habilidades em prol da vida, do cuidado.

Nesse momento, vislumbrei a abertura a novas conexões, ampliando, reinventando-me nessa nova jornada.

A jornada foi intensa, com a realização de diferentes disciplinas, estágios, cursos, iniciação científica, intercâmbio por um semestre na Universidade Católica Portuguesa, em Porto/Portugal; iniciativas que foram, aos poucos, conectando-me ao processo de cuidar.

E, ao longo da graduação, fui descobrindo novos espaços de cuidado que não o hospitalar, ao entrar em contato com o agir da enfermagem em diferentes cenários, como em instituições de ensino e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Esses cenários eram os que mais me encantavam. Espaços em que os profissionais de saúde são desafiados a interagir sob uma nova lógica de cuidado, permitindo-lhes ressignificar sua prática, ainda que num campo de tensões paradigmáticas. Novos sentidos para o cuidado em saúde podem ser propostos (SARUBBI JUNIOR et al., 2014).

Ainda na graduação, aproximei-me do processo de trabalho na APS, que causou fascínio pela promessa de ser estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde, defendida como pilar essencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (STEIN; FERRI, 2017; SOUSA, 2014). Fascinou, também, pela possibilidade de proporcionar um cuidado integral, mais próximo do cotidiano dos usuários, estabelecendo vínculo

e confiança, com o apoio de uma equipe multiprofissional. E pela adequada atitude proativa para com as necessidades de saúde da população, assumindo responsabilidade sanitário-política em uma área de atuação, ao implementar medidas que estimulem a população a buscar saúde, qualidade de vida e proporcionar o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença com mais autonomia (STARFIELD, 2002).

Finalizada minha jornada na graduação em enfermagem na USP, inspirada e engajada pelo trabalho na APS, ingressei, em meados de 2009, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina, no município de São Paulo/SP. É uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, em serviço.

A regulamentação pelos Ministérios da Saúde e da Educação, da Residência multiprofissional como modalidade de formação em serviço, pós-graduação *lato sensu* é fundamental no preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2005, p. 1).

Trata da formação de trabalhadores inseridos nos serviços, a qual, além de promover seu processo de aprendizado, também instiga a ação de repensar práticas instituídas e mudanças nos serviços de saúde em que estão inseridos. Os programas de Residência em Saúde têm o potencial de colocar para conversar os gestores, profissionais de saúde, as instituições de ensino e a comunidade (RAMOS et al., 2006).

Foi um período importante, na conformação de meus territórios profissionais, na defesa de um SUS em construção, e da Estratégia Saúde da Família (ESF), potência de nova prática de cuidado, centrada no sujeito. Além de ter proporcionado reflexões sobre as práticas automatizadas, que se mantêm centradas na doença, de reprodução do modelo biomédico, mesmo dentro de um contexto caracterizado pela busca de inovação.

No papel de profissional que presta cuidado à comunidade de baixa renda, o alto número de gestantes adolescentes e o baixo oferecimento de um cuidado diferenciado e preventivo aos adolescentes, me tocaram, motivando-me para a investigação de estudo intitulado “Assistência integral à gestante adolescente na Atenção Básica (AB)

de saúde: prática e percepção dos profissionais envolvidos” com orientação da Prof. Mestre Lierge Gallo Zavareza (SANTOS, 2011).

Neste trabalho, concluí que o profissional de saúde da AB tem o entendimento do que é a atenção integral e refere adotar em sua prática um olhar ampliado às necessidades biopsicossociais da gestante adolescente. Para tanto, utiliza-se de algumas ferramentas que estão ao alcance, no processo de trabalho da ESF, como a visita domiciliar, consulta pré-natal, os grupos educativos e o trabalho multiprofissional. Porém, com frequência, foram referidas “práticas-padrão” e um enfoque de risco biomédico.

Isso representa uma dificuldade dos profissionais em implementar, na prática, ações defendidas em discursos de um cuidado ampliado.

Dificuldades na prática; reproduzir práticas-padrão e enfoques biomédicos; “ficar presa” aos protocolos, às rotinas e regras instituídas, *a priori*, foram algumas das inquietações vivenciadas nos papéis de enfermeira e pesquisadora e que contribuíram para o desejo de produção desta Tese sobre a gestão do cuidado na ESF.

Durante a residência, e após, passei por experiências da prática profissional que me levavam a questionar cotidianamente cenários e práticas diferentes dos conceitos teóricos aprendidos até então. Não reconhecia a realidade como a esperada a partir do aprendizado teórico. Isso gerava movimentos de frustração, afetamento e resignificação dos conceitos.

O aprendizado que nos forma, que nos traz ganhos, se faz sempre por inscrição corporal e não apenas por adesão teórica. [...] tudo se passa quando não se encontra o que se espera, [...] conhecer não é reconhecer a realidade, não é representar, [...] o concreto se atualiza nesses espaços de ruptura (POZZANA, 2013, p. 324, 329).

A prática profissional como enfermeira na ESF faz parte de minha trajetória, há cinco anos, com atuação em unidades de saúde da região do extremo leste do município de São Paulo e há três anos em unidade de saúde do município de Indaiatuba/SP, onde trabalho atualmente, e local em que foi desenvolvida esta pesquisa.

Por um ano e meio, também pude ter a experiência de atuar na Educação Permanente com equipes da AB do extremo leste do município de São Paulo,

desenvolvendo momentos educacionais com os profissionais da rede de assistência com o objetivo de possibilitar a discussão de assuntos necessários à sua prática.

Essas experiências profissionais, tanto como enfermeira, vivenciando o cotidiano do processo de trabalho na ESF, quanto como educadora, problematizando esse cotidiano com vistas a mobilizar ressignificações de modos de atuar, geravam ambivalência de sentimentos que ora clareavam, ora ofuscavam minha busca pelos movimentos da gestão do cuidado na ESF.

A participação nas discussões do Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde, da Escola de Enfermagem da USP, proporcionava contato com temas da Subjetividade, Esquizoanálise e Cartografia, que pareciam me dar elementos para produzir o novo a partir das contradições vivenciadas.

Em conjunto com a Profa. Dra. Ana Lúcia Machado e colegas doutorandas desse Grupo de Pesquisa, produzimos um artigo de revisão integrativa sobre a cartografia na produção de pesquisas em enfermagem no Brasil, com o objetivo de apresentar a geração de conhecimentos da enfermagem brasileira que utiliza a cartografia como método (PIGOZI et al., 2014).

A aproximação desses novos conceitos, estudos, referenciais teóricos e metodológicos, e novas produções, produziam em mim potência investigativa e novos modos de olhar a relação entre pesquisa e vida.

Passei a compreender que, como sujeito implicado, pesquisar a gestão do cuidado na ESF envolvia um processo de autoanálise das significações de meus saberes e agires profissionais. Na implicação, “o sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo” e, a partir desse processo, produz “significação de si e do fenômeno” (MERHY, 2004, p. 32 ).

Ingressei no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em novembro de 2013. Meu território existencial de pesquisadora vibrava e se atualizava a partir dos diversos encontros proporcionados pelas disciplinas, reuniões de orientação e pelos encontros com o grupo de pesquisa.

Enquanto que, no campo da prática profissional, do ser enfermeira, os encontros com diferentes usuários, familiares, profissionais, gestores, entre outros sujeitos que

atuam no cenário do cuidado à saúde, colocavam-me/colocam-me a revisitação de conceitos e teorias do âmbito acadêmico.

Nesta pesquisa, sou sujeito implicado, pesquisadora e pesquisada.

Esta Tese foi se fazendo ao mesmo tempo em que os movimentos de gestão do cuidado de uma usuária, junto com uma equipe de saúde da família, aconteciam e se atualizavam. Ao mesmo tempo em que territórios foram se compondo para que as intensidades vividas pela cartógrafa ganhassem escrita. Vividas pela cartógrafa, mas, ressalto aqui, se trata de vivência compartilhada por muitos (ROLNIK, 2014).

Retomo, ainda, a partir das inspirações iniciais de pesquisadora tornando-se cartógrafa e registrando anseios e devaneios em seu diário de campo, que é tempo de abrir-se para as incertezas!

Incertezas decorrentes de um SUS em construção, que se dá em ato, que se diferencia e se inova na micropolítica, nas conexões rizomáticas, que podem aumentar a potência de agir dos sujeitos envolvidos, e produzir transformações, ou não.

Segundo Guattari e Rolnik (2013, p. 155-156), “a questão micropolítica é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetivação dominantes”. Trata-se da “análise das formações do desejo no campo social”, de criar dispositivos para que as problemáticas se coloquem e se recolorem.

Coloco aqui, como exemplo, a questão da democracia, que os autores trazem no livro e pode estar expressa nas grandes organizações políticas e sociais, mas ganha consistência só se existirem, no nível da subjetividade dos indivíduos, novas atitudes, sensibilidades, novos aprendizados, que não permitam a volta de velhas práticas dominantes. A micropolítica envolve uma nova pragmática, uma nova análise, de “estar alerta para tudo o que bloqueia os processos de transformação do campo subjetivo”, aos fatores que inibem tudo o que escapa das reproduções dominantes (GUATTARI; ROLNIK, 2013, p. 158).

Exemplifico com mais um recorte de meu diário de campo.

Refere-se a um dia em que acompanhei a médica de uma das equipes de saúde da família da UBS, no encontro de seu grupo na comunidade. Trata-se de um grupo de práticas corporais chinesas que ela desenvolve com o apoio de uma educadora física, praticando o chi gong, lian gong e a meditação. O grupo de 26 pessoas reúne-se semanalmente na área de abrangência mais afastada da UBS, no galpão de uma

Igreja. Ao participar, percebi que, para além da prática corporal, esse grupo de pessoas desenvolveu uma união, um pertencimento, vínculo e apoio entre si, em que um cuida do outro, seja no apoio para um exercício mais difícil, seja no apoio em situações da vida.

*No caminho de volta do grupo à UBS, fui no carro da Marina [médica da equipe], e comecei a perguntar sobre a criação e o desenvolvimento desse grupo. Minha grande curiosidade era sobre como conseguiu estabelecer este grupo? Ou melhor, o que ela teve de enfrentar para estabelecer este grupo? Em minhas experiências na ESF, não é muito comum um profissional médico disponibilizar-se para essas ações.*

*Ela disse que tem essa vontade de usar o que aprendeu e sabe para contribuir. Contou que já teve a experiência em outro município em que trabalhou com grupo de chi gong. Quando veio para Indaiatuba, já queria realizar algo parecido aqui. Iniciou o grupo e vinham umas dez pessoas, mas depois foi crescendo. Apenas avisou a coordenadora da UBS que já havia iniciado o grupo e que iria fazê-lo semanalmente. Remanejou sua agenda para poder ter uma manhã para dedicar-se ao grupo, sem prejuízo nos demais atendimentos e número de consultas.*

*Ela reiterou, várias vezes, durante a conversa que faz porque gosta, porque acredita, logo se dedica, buscando fazer o seu melhor.*

*Contou que houve uma época em que a coordenadora do programa de práticas corporais chinesas do município 'quis padronizar algumas coisas', o que a deixou em um movimento de resistência.*

*Muitas vezes também desanima, pois 'é algo que a gente faz e nem é visto', 'valorizado. Exemplifica dizendo que começará a realizar com os usuários desse grupo a auriculoterapia, porém, os materiais que utilizará serão de recursos pessoais, pois, para conseguir esse recurso pela 'prefeitura', é muito difícil, burocrático e lento.*

*'Se eu ficasse como clínica seria muito mais fácil, mas não, faço o que acredito', diz ela, ao contar que acredita e gosta do trabalho como médica de família.*

*Quando voltamos para a UBS, a outra médica, que compõe a outra equipe de saúde da família dessa unidade, estava na cozinha tomando café e, ao ser questionada pela Marina como tinha sido o fluxo na unidade naquela manhã, a mesma respondeu: 'Foi corrido, nunca é tranquilo de quinta de manhã, mas...'. Poderia haver aí uma referência à ausência de Marina na unidade nas quintas de manhã devido ao grupo.*

*Outro dia, perguntei aos agentes comunitários de saúde o porquê de não participarem do Grupo com a Marina. Um deles me respondeu que é 'por causa da produção', ou seja, precisam produzir determinado número de visitas domiciliares ao dia (diário de campo).*

Marina parece fazer um movimento de resistência às forças instituintes e padronizantes, para buscar novas práticas que façam sentido, ao que ela acredita, para um cuidado em saúde ampliado, para a comunidade em que atua.

Resiste à hegemonia do modelo biomédico, que alimenta uma cultura institucional de desvalorização das ações de promoção à saúde nas unidades de

saúde; que gera falta de apoio real dos gestores e das equipes para essas ações; e um produtivismo com priorização de consultas individuais, em vez de ações coletivas (RANDOW et al., 2016).

Por mais que essa prática vá de encontro à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, ou seja, que possua incentivos e estruturas de uma política ministerial, e algum tipo de estruturação pela gestão municipal evidenciada na fala que indica existir uma coordenadora municipal do programa, ainda assim ganhou consistência, nessa UBS, a partir dos movimentos instituintes e micropolíticos de Marina (BRASIL, 2015).

Houve, portanto, para esta Tese, um movimento de imersão da cartógrafa na dinâmica de forças, desejos, fluxos, encontros, conexões, tensões, estruturas, molaridades e molecularidades, que compõem o cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família. Ora movimentos de reprodução, ora de transformação, que foram compondo os cenários acompanhados.

O que o leitor encontrará, a seguir, é um recorte dessa imersão realizado a partir do objeto desta pesquisa: os movimentos da gestão do cuidado de uma equipe de saúde da família a uma usuária, que serviram de norteadores para a viagem de mapas móveis e transitórios desta cartógrafa.

# **CAPÍTULO 2**

## **INTRODUÇÃO**

---



## INTRODUÇÃO

Ao olhar e experienciar as práticas de saúde, percebe-se quanto há para ser desconstruído e reconstruído nesse campo, cuja hegemonia exercida pelo modelo biomédico agencia as práticas profissionais (FRANCO; MERHY, 2013b).

Na perspectiva dos trabalhadores da saúde, usamos os nossos “olhos-profissionais”. Muitas vezes, fazemos prevalecer nossas opiniões, orientados por nossa leitura de mundo e nossos saberes técnicos e nos fechamos para escutar verdadeiramente queixas de outras ordens, para além do físico ou do sintoma clínico tradicional. Fechamos os olhos para toda uma vida que o usuário traz consigo para o encontro com o profissional da saúde.

Nos atendimentos de Joana, usuária cujo caso foi discutido em reunião entre esta pesquisadora e uma equipe de saúde da família neste estudo, por diversas vezes, imperaram práticas centradas em queixas, medicamentos e exames. Nesses atendimentos, havia pouco ou nenhum registro sobre a vida de Joana no prontuário.

Discussões contemporâneas indicam a necessidade de repensar o modelo de atenção dos serviços de saúde. Merhy e Feuerwerker (2009), ao realizar uma reflexão das atuais práticas em saúde, discutem que as ações em saúde ainda apresentam caráter biomédico, ou seja, colocam o sujeito como objeto das ações e não como sujeito de ação. A hegemonia do modelo biomédico, centrado na doença, no corpo e na cura, restringe as práticas em saúde, agenciando para o consumo de produtos e procedimentos. Deixa-se de observar a existência do sujeito, seu sofrimento, sua relação com o corpo social.

Por vezes, somos grosseiros, rotulamos e fazemos imposições à vida do outro, autenticados por um suposto poder com base em saberes científicos.

Inserido no campo dos saberes técnicos da medicina, o processo de cuidar é capturado por seus saberes-poderes. Pode-se ver isso nos escritos de Foucault (2000) sobre a história do surgimento da medicina, um saber-poder que incide sobre o corpo e as populações, com efeitos disciplinares e regulamentadores dos corpos e da vida.

Durante momentos de observação participante na UBS, alguns comentários de profissionais da saúde em conversas de desabafo podem ser aqui utilizados como exemplo:

*Ai, essa moça de novo, ela vem toda semana, a gente sabe que é atestado [...] (técnica de enfermagem expressa-se ao ler o nome de uma usuária na ficha do acolhimento, antes de chamá-la para o atendimento).*

*Ah esses casos tinha que já laquear [...] (enfermeira opina sobre casos de mulheres multíparas que perderam a guarda dos outros filhos, associada ao uso de drogas e a questões sociais).*

*[...] acho que tem que ser alguma ação assim [...] algo mais impositivo da nossa parte mesmo [...] fiquei pensando em a gente começar a agendar as datas das coletas de papanicolau e entregar: “Olha, essa é sua data” [...] não deixar mais para elas agendarem, mas a gente começar a agendar para todas[...] (enfermeira manifesta-se em reunião de planejamento de estratégias sobre a baixa cobertura de coleta de papanicolau da população).*

E o funcionamento dos serviços de saúde é organizado de acordo com concepções tradicionais de assistência, em busca de ser mais resolutivo com a demanda criada.

Na UBS que foi campo deste estudo, as agendas para marcação de consulta dos profissionais médicos de família são organizadas por grupos de risco como hipertensos e diabéticos, puericultura (crianças com até 2 anos de vida) e pediatria, pré-natal e ginecologia. Caso o usuário que queira agendar consulta não se “encaixe” em nenhum desses grupos prioritários, o agendamento é feito para a clínica médica. A agenda para as consultas com as enfermeiras também é organizada por grupos prioritários: pré-natal, puericultura, hipertensos e diabéticos, e a consulta de saúde da mulher de coleta para o teste de Papanicolau.

Essa é a realidade não apenas dessa UBS, mas de outras unidades em que trabalhei e conheci em minha prática de enfermeira da ESF. Realizamos algumas exceções à agenda-“padrão”, quando algum caso “complexo” ou “grave”, que não conseguiu vaga nesse agendamento-padrão, é trazido pelo agente comunitário de saúde nas reuniões de equipe de saúde da família, ou identificado por outro membro da equipe durante algum processo de acolhimento ao usuário. Porém, essas complexidade e gravidade possuem avaliações de acordo com os riscos identificados pelo profissional da saúde, que nem sempre condizem com a necessidade de saúde “urgente” sentida pelo usuário. E são exceções que ocasionam tensão na equipe, pois há uma demanda de agendamentos já completos.

Nessa UBS, como há médicos especialistas nas áreas de pediatria, clínica geral e ginecologia, existe ainda o risco de ocorrer um processo fragmentado do seguimento do usuário. A orientação padronizada pela equipe dessa UBS é que pacientes com necessidade do cuidado continuado<sup>5</sup> sejam agendados para o médico de família. O atendimento pontual, ou fora da área de abrangência das equipes de saúde da família, pode ser agendado com os especialistas. Na prática, o profissional da recepção que efetiva esse agendamento faz a “escolha” em um processo de negociação com o usuário. Assim, ora ele é agendado com o médico de família, ora com os especialistas e, muitas vezes, dependendo da vaga mais próxima e da preferência do usuário.

Por esse motivo, as equipes de saúde da família dessa UBS vão criando seus próprios fluxos para manter o seguimento longitudinal dos pacientes. Assim, para uma das equipes, o agendamento dos pacientes hipertensos e diabéticos é realizado apenas pelo agente comunitário de saúde, como forma de garantir a Linha de Cuidado do Hipertenso e Diabético elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde (VILLAS BOAS, 2016).

Na proposta da Linha de Cuidado do Hipertenso e Diabético, foi padronizado o acompanhamento longitudinal desses pacientes, de acordo com a classificação do seu risco cardiovascular. Dessa forma, os pacientes terão os retornos às consultas de acordo com seus riscos estratificados com base em critérios clínicos e laboratoriais.

Parece haver, nessa proposta, o predomínio do modelo biomédico, baseado na doença, em exames e diagnósticos. Caso, no momento do encontro com o usuário, o profissional não estabeleça a ampliação da abordagem, com a identificação das histórias de vida, desejos, significados, inserções sociais e culturais, entre outras variáveis, pode-se desenvolver um cuidado centrado apenas na patologia.

Esses são alguns cenários da observação participante e também da vivência profissional desta cartógrafa, que são trazidas aqui para introduzir algumas nuances dessa realidade a serem aprofundadas e recortadas sob o olhar dos movimentos da gestão do cuidado na ESF.

Mas já dão indícios de que parece haver hegemonia da racionalidade da medicina científica, nos modelos de intervenção social em saúde, sobretudo no mundo

---

<sup>5</sup> O cuidado continuado ao qual a equipe se refere são pacientes com condições crônicas que necessitam de seguimento longitudinal, como é o caso dos hipertensos e diabéticos; o seguimento da puericultura; e o seguimento da mulher em período gestacional.

ocidental, como matriz no planejamento e na organização da atenção à saúde, norteando as formas de funcionar dos serviços de saúde (PINHEIRO; CAMARGO JUNIOR, 2000).

Os principais programas governamentais de atenção à saúde são centrados na doença ou em grupos populacionais mais susceptíveis ao adoecimento, e isso se reflete na forma como os serviços organizam suas ações e sua clientela. Todo o pacote já está instituído, com protocolos guiando e instruindo o necessário para o controle e tratamento de determinada doença ou do risco (PINHEIRO; CAMARGO JUNIOR, 2000).

Bedrikow e Campos (2017, p. 26-27) realizaram estudo sobre o tipo de clínica pensado, formulado e inserido nos documentos oficiais que organizam a APS no Brasil e orientam a prática médica. Para tanto, distinguiram duas modalidades de clínica: a tradicional e a ampliada. A primeira é a hegemônica, voltada à doença, baseada em um “método empírico-classificatório e raciocínio patofisiológico” que consiste em traduzir sinais e sintomas em diagnóstico. Envolve anamnese, exame físico, exames complementares e o uso de protocolos e diretrizes baseados em evidências clínicas. Assim, o sujeito é “neutralizado; colocado de lado”.

A segunda inclui a “dimensão subjetiva e social” do sujeito, em uma lógica de “co-construção do cuidado”, em que o sujeito faz parte das decisões de seu cuidado. O sujeito não é reduzido à sua doença, pois o objetivo é que continue gerenciando e “fazendo andar” sua vida. Envolve questões emocionais, sociais, culturais e econômicas, as histórias de vida, um trabalho em equipe com diferentes categorias profissionais, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, apoio matricial, e outras ferramentas (BEDRIKOW; CAMPOS, 2017).

Os autores analisaram documentos importantes para a organização do processo de trabalho e da gestão do cuidado nas ESF, como a Política Nacional de Atenção Básica; as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias; alguns Cadernos de Atenção Básica; e a Cartilha da Política Nacional de Humanização pertinente à Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (BEDRIKOW; CAMPO, 2017).

Concluíram que há marcante predomínio da clínica tradicional, nos documentos, e que esta continua sendo proposta para o cuidado na APS. A clínica ampliada

aparece nesses documentos como uma intencionalidade de mudança do modelo, porém, sem indicação de como operacionalizá-la, ou seja, é mantido o arranjo da clínica dominante para os capítulos que versam sobre as questões operativas, atribuições profissionais e o exercício da clínica. Exceção ao Caderno de Atenção Básica dedicado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e à Cartilha da Política Nacional de Humanização, que são centrados nos elementos da clínica ampliada, como o Projeto Terapêutico Singular e o Apoio Matricial (BRASIL, 2009, 2010; BEDRIKOW; CAMPOS, 2017).

A partir disso, reitero aqui que há um desafio a ser enfrentado para a efetiva mudança no modelo médico hegemônico, que envolve transformações nas diversas dimensões dessa realidade. Sem a intenção de reduzir essa complexa problemática, destaco que envolve transformações não apenas na prática cotidiana dos profissionais de saúde que atuam na rede de saúde, mas também uma coerência nas políticas e diretrizes propostas e efetuadas pelos gestores de todos os entes federativos. “Não há como esperar ou exigir que os profissionais mudem sua prática se os documentos oficiais a eles direcionados não foram concebidos nesse sentido” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2017, p. 34).

A aposta que me motiva e leva em busca de respostas é a possibilidade de propor um cuidado novo, criativo, ampliado e não de repetição e adaptação.

Nessa busca, o campo das subjetividades e do cuidado das subjetividades passa a mostrar possibilidades de produção de vida onde se acreditava não havê-las. Encontrei pulsação onde parecia haver apenas trabalho morto, repetição e poder de controle sobre corpos e vida.

## **2.1 TRABALHO EM SAÚDE E SUBJETIVIDADES: TERRITÓRIO DE POSSIBILIDADES**

Pensar o trabalho na área da saúde envolve a incorporação de categorias teóricas, principalmente considerando as especificidades das dimensões processuais e intersubjetivas da prática em saúde (CARVALHO et al., 2012).

Na saúde, serviço que possui um objeto peculiar (necessidades de saúde sentidas pelos usuários e interpretadas tecnicamente pelos profissionais da área), o

processo de trabalho possui especificidades principalmente ligadas ao seu caráter interativo (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009; PEDUZZI, 2002).

A partir dos anos 1990, vertentes teóricas associadas ao referencial de Karl Marx possibilitaram o aprofundamento dos aspectos dinâmicos e relacionais do trabalho em saúde, enquanto Carvalho et al. (2012) destacam três vertentes que oferecem contribuições importantes no estudo da subjetividade no trabalho em saúde: Análise Institucional, baseada em Gilles Deleuze e Félix Guattari; Psicodinâmica do Trabalho, de Christophe Djours; e Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermans (CARVALHO et al., 2012).

De acordo com o referencial teórico, este estudo baseia-se nas contribuições de Deleuze e Guattari, e em autores que também conversam com essa base teórica.

Emerson Elias Merhy, estudioso da micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde, partindo das contribuições de Marx, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Felix Guattari e Gilles Deleuze, introduz o conceito de trabalho vivo em ato e a tipologia das tecnologias em saúde (MERHY, 2002; 2013; MERHY; FEUERWERCKER, 2009; FRANCO; MERHY, 2013b).

Segundo Merhy, na micropolítica do trabalho em saúde, o trabalhador da área, ao realizar o cuidado, opera um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” e “Trabalho Vivo”. O Trabalho Morto é composto por produtos-meios, como instrumentos, saberes, protocolos, entre outras ferramentas sobre as quais já se aplicou um trabalho pregresso em sua elaboração; já está dado, instituído e entra comandando parte da atividade produtiva e criativa do profissional. O Trabalho Vivo, já mencionado neste projeto, é o trabalho em ato, que acontece no momento exato da produção; do encontro entre profissional e usuário; portanto, criador, instituinte (MERHY, 2013, p. 33-34).

As tecnologias em saúde são como “caixas de ferramentas” que o profissional da saúde utiliza para agir. São as tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são vinculadas ao manuseio dos equipamentos tecnológicos, como instrumentais, estetoscópios, entre outros. As tecnologias leve-duras permitem “processar o olhar do profissional sobre o usuário”, em um “processo de apreensão de seu mundo e suas necessidades a partir de um certo ponto de vista”, vinculadas aos saberes estruturados, como a clínica e epidemiologia; e ao raciocínio clínico. E as tecnologias leves realizam-se em ato, e “permitem produzir relações no encontro

com o usuário”, pela escuta, vínculo, confiança. As tecnologias leves possibilitam “captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico” (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O processo de trabalho em saúde constitui-se de encontros. É relacional, ou seja, o cuidado acontece na relação entre produtor e consumidor; em ato, no momento do trabalho em si, tendo o Trabalho Vivo como forte componente (FRANCO; MERHY, 2013b).

O conceito da subjetividade no processo de trabalho em saúde surge do entendimento de que o trabalho em saúde é produzido no encontro de subjetividades.

Por ser um processo relacional entre o trabalhador da saúde e o usuário, além das orientações tecnológicas, traz também toda a bagagem subjetiva própria do ser humano, portanto, opera também na dimensão subjetiva. O reconhecimento dessa subjetividade possibilita aprofundar a compreensão dos fenômenos que envolvem o trabalho na saúde e a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2012).

Entende-se subjetividade para além da interioridade psicológica, de sentimentos da esfera íntima dos sujeitos. Pensa-se em subjetividade como a exterioridade, as forças do fora, quando se dobram para o interior, onde nos tornamos mestres de nossas moléculas e singularidades. É o “fora-em-nós”, como reservatório ilimitado de forças (PELBART, 2000). A subjetividade como campo de possíveis, “[...] formas da vida, das maneiras de sentir, de amar, de perceber, de imaginar, de sonhar, de fazer, mas também de habitar, de vestir-se, de se embelezar, de fluir, etc.” (PELBART, 2000, p. 37).

Remete à produção de sentidos a partir dos vários aspectos da vida, a “modos específicos de estar e funcionar do sujeito social (individual e coletivo) nas várias modalidades de vida (papéis e interações) que o mundo contemporâneo propõe” (MARTINES; MACHADO, 2010, p. 329).

Nesse entendimento, a produção de subjetividade expressa a potência criativa; é produção de afetos, formas de vida, poder de criação da vida.

Nesse sentido, o cuidado em saúde é acontecimento. Inicia-se no encontro entre profissional e usuário, quando ocorrem trocas de afetos, sentidos e sinais, possibilitando a produção de um cuidado das subjetividades “resultantes de forças e

recursos que agem e reagem nesse território de produção” (MARTINES; MACHADO, 2010, p. 332).

Cuidar das subjetividades pode ser pensado, nesse contexto, como desafio de criar; não ter tudo pronto; não estar dado *a priori*, favorecendo e permitindo a reinvenção de si e do mundo:

O que é da ordem da subjetividade ou, melhor dizendo, das subjetividades escapa à mesmice, pode fazer o jogo, pode ser capturado, mas, de repente, salta e viaja em outras direções e sentidos, criando outras linhas, algo que é da ordem das experimentações e das invenções (MACHADO; COLVERO, 2013, p. 35).

As práticas em saúde vão além das temáticas das doenças, olhando o sujeito e o coletivo em sua singularidade, na tentativa de prestar um cuidado mais próximo; de potência criativa. Cuidado que promova a produção de vida e saúde. Cuidado que permita olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus anseios, angústias, sofrimentos, valores, escolhas, sentidos (MERHY; FEUERWERKER, 2009; FRANCO; MERHY, 2013a).

E para olhar para a vida e produção de vida, é preciso despir-se das lentes positivistas. A inteligência por si só não compreende a vida, conforme Bergson (1984), vida é tendência de criação divergente; é inventiva; é a própria mobilidade. A inteligência não admite o imprevisível, e rejeita toda a criação, deixando escapar o que há de novo.

Nosso olho percebe os traços do ser vivo, mas justapostos uns aos outros e não organizados entre si. A intenção da vida, o movimento simples que corre através das linhas, que as liga umas às outras e lhes dá uma significação, escapa-lhe. Essa intenção é que o artista visa captar, colocando-se no interior do objeto por uma espécie de comunhão, abaixando, por um esforço e **intuição**, a barreira que o espaço interpõe entre ele e o modelo (BERGSON, 1984, p. 201, grifo meu).

Intuição, para Bergson (1984), significa a apreensão imediata da realidade por coincidência com o objeto; é a realidade sentida e compreendida de modo direto.

A racionalidade da medicina ocidental, centrada no paradigma positivista, não dá visibilidade às novas linhas de criação e invenção para um cuidado subjetivo. Faz-se necessário a ampliação para um território em que seja possível “intercambiar” a racionalidade com a sensibilidade, com a intuição (MACHADO; COLVERO, 2013, p. 32).

A sensibilidade, intuição, criatividade; o inusitado, desejo, o sensível; a produção de sentidos; a subjetividade dos profissionais de saúde; todo esse conjunto é necessário para a produção de um cuidado singular.

Acredita-se no cuidar a partir da singularidade, e que cada encontro com o indivíduo é uma possibilidade para a construção de novas formas de ser e estar na vida, que vão além dos saberes tecnológico, científico, e estruturado.

Cuidado em saúde envolve, portanto, um encontro de subjetividades que, segundo Franco, Andrade e Ferreira (2009), operam em redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, formando-se nas relações entre os trabalhadores, deles com os usuários, em linhas de conexão (fluxos-conectivos). Essa rede, que se forma no cotidiano do trabalho em um serviço de saúde, é como um rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Um rizoma é um dispositivo de produção da realidade social, configurado pela ação dos sujeitos em conexão entre si e com o mundo, por fluxos de intensidade. Aberto, poroso, é atravessado por diversas lógicas (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

No encontro entre os corpos, no cotidiano de um serviço de saúde, relações se estabelecem e fluxos de intensidade operam linhas de conexão entre eles, ou entre outros sujeitos, ou ainda outros processos de trabalho, formando uma rede, um rizoma. É, portanto, na informalidade do cotidiano do trabalho em saúde, ali onde se dão os encontros entre os sujeitos, que se constitui a realidade de produção do cuidado daquele serviço (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

Nos encontros, momentos do trabalho em si, o Trabalho Vivo constitui-se como componente principal. Isso remete novamente à noção do cuidado como acontecimento, e também à liberdade de inovação e criação que o trabalhador em saúde tem ao produzir o cuidado, a partir de seu componente do Trabalho Vivo, em ato.

Os atos de saúde do profissional podem, assim, adequar-se às singularidades do encontro com o sujeito, a partir de uma gestão do cuidado que também aconteça em rede, rizomática; que esteja aberta às linhas conectivas; aos fluxos de intensidades e às subjetividades presentes nos diversos encontros. Caso o enfoque fique restrito ao instituído, ao fluxo estabelecido previamente, ao aparato tecnológico e científico do saber profissional, ou seja, ao Trabalho Morto, o cuidado perde sua potência. Atos de cuidar envoltos em questões relacionadas apenas à doença e às

definições diagnósticas podem direcionar para a produção de um cuidado verticalizado, não observando o longitudinal da produção da vida (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Porém, determinadas lógicas gerenciais, como regras, normas e protocolos usados para padronizar o encontro e o processo de trabalho, ao mesmo tempo capturam o Trabalho Vivo, aprisionando atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido, no qual o Trabalho Vivo é capturado pelo Trabalho Morto, produzindo reprodução, o engessamento, a captura (FRANCO; MERHY, 2013a).

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato (MERHY, 2013, p. 19).

Interrogar, duvidar, abrir-se aos ruídos, dispor das tecnologias de saúde em compromisso com o usuário, em ato, com centralidade do Trabalho Vivo, seriam movimentos de uma gestão do cuidado que possibilita um acompanhamento singular?

Esses conceitos trabalhados aqui serviram de pistas, mapas transitórios, questionamentos, que a cartógrafa, em atividade, inspirou-se e às vezes atrapalhou-se, estagnou-se, para acompanhar os movimentos da gestão do cuidado na APS.

## **2.2 GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Neste subcapítulo, apresento um sobrevoo inicial no vasto, diversificado, complexo e fértil território da gestão do cuidado na APS. Como uma varredura assistemática no terreno, na busca de pistas, autores, conceitos, ideias, problemáticas, que poderão alimentar a viagem da cartógrafa (KASTRUP, 2009).

Partirei da exploração de definições de alguns autores sobre o conceito de gestão do cuidado.

Pires e Göttems (2009, p. 298), em estudos sobre a autonomia no processo de trabalho da ESF, definem que a gestão do cuidado pode ser entendida como a “forma com que o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos,

podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas”.

Segundo os autores, o processo de cuidado é permeado por uma tensão entre as relações intersubjetivas de ajuda-poder, e a forma como essas relações estão organizadas no processo de trabalho configura-se como a gestão do cuidado, conformando cenários mais dominantes ou de emancipação do outro (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

A excessiva tecnificação do cuidado no processo de trabalho em saúde, o modo mecanicista de produzir serviços e ações em saúde e a inibição das autonomias do sujeito na relação que se estabelece no ato de cuidar, são citados pelos autores como organizações que promovem dominação (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Em um paralelo feito com os estudos de Merhy e Franco (2012), esses autores trazem uma reflexão sobre as tecnologias em saúde, em que processos de trabalho que operam centrados no núcleo tecnológico do Trabalho Morto, produzem alienação, repetição, em um cuidado no qual o usuário é visto como objeto na relação e o profissional da saúde sujeito de conhecimentos científicos hegemônicos. Em contrapartida, quando opera centrado no núcleo tecnológico do Trabalho Vivo, e com uso das tecnologias leves, possibilita formação de vínculo, conversa, escuta, confiança, o que pode produzir um cuidado em que todos os atores da relação são sujeitos.

A depender das conexões estabelecidas entre profissional-gestor, profissional-profissional, profissional-usuário, profissional-processo de trabalho e a outras possíveis conexões no rizoma da gestão do cuidado, o sujeito pode ser potencializado para sua autonomia e cidadania ou podem ser perpetuados processos dominantes.

Cecílio (2009), em reflexão sobre os elementos teóricos da gestão do cuidado, traz que o campo da micropolítica nas organizações de saúde, ou seja, do conjunto de relações que os atores envolvidos no processo de cuidado estabelecem entre si, é um campo atravessado por relações de poder, disputas, acordos, afetos, subjetividades, coalizões. Também reconhecendo relações subjetivas e relações de poder no campo do cuidado.

Segundo esse autor, a gestão do cuidado em saúde é

o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa em diferentes momentos de sua

vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (CECÍLIO, 2011, p.159).

Em outros estudos, também foram identificadas apreensões do conceito de gestão do cuidado. Souza e Carvalho (2014) o consideram como a articulação do cuidado nos movimentos da produção do cuidado da Rede de Atenção à Saúde. Reis, Bertussi e Fuentes (2014), como a organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Pires e Göttems (2009) propõem uma referência metodológica para analisar a gestão do cuidado no trabalho da ESF em seus cenários de autonomia e poder, com base na politicidade do cuidado.

Para tanto, descrevem três dimensões de análise: a primeira, “conhecer para cuidar melhor” que envolve “a conjuntura em que são geradas as relações de ajuda-poder no âmbito da ESF”; a segunda dimensão, “cuidar para confrontar”, envolve as relações interinstitucionais que questiona “como os atores que fazem parte da ESF se articulam e disputam espaços na conformação das relações de ajuda-poder”; e a terceira dimensão, “cuidar para emancipar”, envolve a ajuda-poder entre os sujeitos, cujo foco é perguntar se o trabalho da ESF tem propiciado oportunidade e liberdade de escolha nas ações que realiza (PIRES; GÖTTEMS, 2009, p. 298).

Cecílio (2011, p. 589) também apresenta a gestão do cuidado em múltiplas dimensões, representando-as graficamente em círculos concêntricos, complementares e imanentes, atravessados por um eixo transversal das necessidades de saúde do usuário: A dimensão individual é a mais nuclear, é o “cuidar de si” pelo modo singular de se “andar a vida, fazendo escolhas”; e o indivíduo em si é o protagonista dessa dimensão.

A dimensão familiar da gestão do cuidado possui como protagonistas as pessoas da família, os amigos e os vizinhos, portanto “localizada no mundo da vida” e “assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas”, tendo como elementos principais o apoio, a proximidade e o mundo da vida (CECÍLIO, 2011, p. 591).

A dimensão profissional “se dá no encontro entre profissionais e os usuários”, e está “na esfera de responsabilidade profissional”, portanto, é um espaço de alta potência. Envolve o profissional da saúde e sua competência técnica em dar respostas

às necessidades do usuário, sua postura ética e a capacidade de construir vínculo (CECÍLIO, 2011, p. 591; 2009, p. 548).

A dimensão organizacional da gestão do cuidado contém a equipe de saúde e gerência como protagonistas e envolve “o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita”. “Assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais” (CECÍLIO, 2011, p. 591; 2009, p. 549).

A dimensão sistêmica tem como atores principais os gestores, e envolve “o conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles”, “compondo redes e linhas de cuidado na perspectiva da integralidade do cuidado” (CECÍLIO, 2011, p. 591; 2009, p. 549).

A dimensão societária da gestão do cuidado, cujos atores principais são o Estado e a sociedade civil, envolve a produção e implementação de políticas públicas e de saúde (CECÍLIO, 2011).

Entre essas dimensões imanentes, forma-se “uma complexa rede de pontos de contatos, fluxos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores”. Portanto o autor chega a indicar que essas múltiplas conexões que se formam na gestão do cuidado poderiam se assemelhar a um “rizoma” (CECÍLIO, 2011, p. 592).

Pires e Göttems (2009) enfatizam que, para analisar a gestão do cuidado, se utilizem referenciais teóricos e metodológicos, que explicitem as relações de poder presentes na gestão do cuidado, com foco na autonomia dos sujeitos envolvidos, para promover relações emancipatórias.

Cecílio (2011) também discute o processo de análise da gestão do cuidado e refere que o desafio é construir arranjos avaliativos que consigam trabalhar a riqueza da micropolítica em si, tendo o cuidado de não querer conquistar e normalizar esse espaço, mas deixar-se conquistar por ele, por suas possibilidades, singularidades e criação.

A partir desses apontamentos teórico-conceituais sobre gestão do cuidado, e baseando-se nos referenciais de Subjetividade e Trabalho em Saúde até o momento explicitados nesta Tese, entende-se e pretende-se trabalhar gestão do cuidado como

a disposição das relações, forças e tecnologias de saúde presentes manifestadas nos encontros do processo de trabalho em saúde, em busca da construção conjunta de um cuidado integral. Um processo que possibilite a singularidade das ações de saúde a partir das subjetividades circulantes e forças instituintes presentes nos encontros da complexa rede de produção do cuidado.

Pensando nos referenciais desta Tese, entendo que o cuidado em saúde envolve o encontro de subjetividades, que formam uma rede de intensidades e fluxos conectivos no cotidiano de cuidados da equipe de saúde. Rede aberta, conectiva, porosa como um rizoma, atravessada por diversas linhas e forças que podem revelar as diversas relações que se manifestam nesses encontros, inclusive as relações de poder. Mapear as intensidades desse rizoma da gestão do cuidado na ESF seria possível? Que relações explicitariam?

Cabe enfatizar que esta Tese aborda aspectos da gestão do cuidado em um âmbito bem delimitado: no trabalho das equipes que atuam na APS, especificamente na ESF.

Apresento, agora, uma exploração sistemática desse terreno.

A APS é estratégia adotada por diversos países, desde a década de 60, para reorganizar o sistema de saúde ofertado às suas populações e também na busca de novas possibilidades ao instituído enfoque curativo, individual e hospitalar (FAUSTO; MATTA, 2007).

O Relatório Dawson, em 1920, do governo inglês, já propunha a ideia de APS como forma de organizar o sistema de saúde, por meio de Centros de Saúde Primários. A proposta era de unidades regionalizadas, que prestassem serviços curativos e preventivos, e onde a maior parte dos problemas de saúde poderia ser resolvida (MENDES, 2012a).

Segundo Mendes, há variações na interpretação de APS, com destaque para três: APS como atenção primária seletiva destinada a regiões e pessoas pobres; APS como nível primário do sistema de saúde; e APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2012a).

A terceira interpretação apresentada, e na qual se acredita, nesta Tese, concebe APS de forma abrangente, articulada; principal porta de entrada; coordenadora e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Essa é a concepção contida nas definições iniciais da Política Nacional de Atenção Básica do Brasil (2017).

Para Barbara Starfield (2002), uma importante pesquisadora da área de Cuidados Primários à Saúde, a APS compreende o primeiro nível de atenção, tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Deve organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Tem como atributos ser o primeiro contato no sistema de saúde, oferecer atenção contínua ao longo do tempo, de forma integral, e responsabilizar-se pela coordenação do cuidado no sistema de saúde.

Na nova Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em setembro de 2017, considerando APS e AB como termos equivalentes, define-a como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 68).

No Brasil, a construção da APS vem ocorrendo desde 1924, quando da criação do primeiro Centro de Saúde da USP, passando pelos anos 40, 70, 80<sup>6</sup>. Destaque é dado para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com origens em 1987, por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, e ao Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, em 1994, com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde. Propostas que ganharam o âmbito nacional e influenciaram uma nova reformulação da APS no Brasil (FAUSTO; MATTA, 2007).

Já se passam 20 anos do surgimento do Programa Saúde da Família, que mais tarde passou a ser considerado estratégia prioritária para alterar a lógica de prestação de assistência à saúde. A implementação da ESF, entendida como proposta de

---

<sup>6</sup> Nos anos 40, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a partir de convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller. Inspirado no modelo sanitário americano, com unidades de atenção primária articulando ações preventivas e curativas, porém restritas ao campo das doenças infecciosas e ações verticais de saúde pública. Nos anos 70, implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (Piass), iniciando pelo Nordeste, com abrangência nacional em 1979, em um programa de atenção primária seletiva e atenção médica simplificada, com objetivos de extensão de cobertura. No início dos anos 80, concomitantemente com a crise da Previdência Social, instituiu-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), acelerando a ampliação de rede de atenção primária. Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e, em 1988, com a nova Constituição Federal, criou-se o SUS. A instituição do SUS levou a um intenso processo de municipalização das unidades de atenção básica dos estados, que foram passadas à gestão dos municípios. Com a municipalização, ocorreu enorme expansão da atenção primária no SUS (MENDES, 2012b).

reorganização do modelo assistencial a partir de uma nova configuração do sistema de APS, tem por base a atuação de uma equipe multiprofissional em um território definido, pelo qual assumem responsabilidade sanitária. A equipe é composta minimamente por médico (preferencialmente especialista em medicina de saúde da família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares ou técnicos de enfermagem, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (FAUSTO; MATTA, 2007; BRASIL, 2017).

Trata-se de atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seus ambientes físico e social, possibilitando às equipes de saúde da família a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997).

O processo de trabalho da ESF apresenta peculiaridades relacionadas aos variados contextos de sua implementação nos municípios e também diferentes entendimentos sobre sua proposta. Consequentemente, o próprio desenvolvimento do programa e seus resultados são variados. Nessa perspectiva, os objetos e instrumentos de trabalho dessa equipe redefinem-se permanentemente, em sua prática cotidiana.

No município em que foi realizada esta pesquisa, conforme será melhor detalhado no Capítulo 3.1, o processo de reestruturação da APS iniciou-se a partir de 2010; desta forma, identifica-se que a maior parte das unidades de saúde em que foram implantadas as equipes de saúde da família, mantém médicos especialistas (clínicos, ginecologistas e pediatras). Isso pode gerar processos de trabalho e cuidado fragmentados e “*paralelos*”, como disse a médica de família sobre o seguimento de Joana com o ginecologista, durante reunião em que foi discutido o caso com a equipe.

Com caráter criativo para a forma de trabalho na ESF, ainda assim há alguns princípios para norteá-lo, com destaque para um elemento de orientação fundamental que é a organização do cuidado a partir das necessidades da população adscrita. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017), que lista as características do processo de trabalho, as equipes de AB devem programar e implementar as atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde de sua população, readequando seu processo de trabalho aos problemas identificados. Para tanto, indica diretrizes para qualificar a gestão, como a participação coletiva nos

processos de gestão e fomento ao protagonismo dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2017).

Além do já discutido estudo de Bedrikow e Campos (2017), que identificou o predomínio da clínica tradicional nos documentos oficiais da APS no Brasil, algumas outras abordagens revelam contradições na ESF, devido às características inovadoras contidas nas propostas para a forma de gerir o cuidado em contraposição aos enfoques restritivos e conservadores de algumas práticas (FRANCO; MERHY, 1999; PIRES; GÖTTEMS, 2009; ROMAGNOLI, 2009b).

Na sua operacionalização, com influências das bases teóricas da Vigilância em Saúde, há ênfase na epidemiologia e no planejamento para determinação das necessidades de saúde. De acordo com Franco e Merhy (1999), isso tende a desvalorizar a prática clínica, os planos do desejo e modos singulares de andar a vida dos usuários, em nome do coletivo, focando em ações de extrema objetivação e disciplinarização da vida. Dessa forma, a singularização na produção e vivência dos processos de sofrimento fica menos valorizada.

Os autores pontuam que, nesse processo, o trabalho vivo em ato pode acabar aprisionado em normas e regulamentos ideais definidos no campo da Vigilância em Saúde, e assim perder a potência inovadora da proposta e a possibilidade de singularização (FRANCO; MERHY, 1999).

Um dos exemplos práticos é a forma como estão estruturadas as agendas dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes, nas quais se ofertam vagas para o acompanhamento das necessidades de saúde “prioritárias”, do ponto de vista epidemiológico, conforme já descrito nesta Tese.

Outro exemplo são as ações coletivas de prevenção e promoção à saúde, que também podem ficar restritas às necessidades prioritárias, como, por exemplo, campanhas voltadas para a saúde da mulher, cujo foco fica restrito às ações destinadas ao combate e à detecção precoce do câncer de mama e colo do útero, ou para a saúde do homem, restrito às ações voltadas para a prevenção e detecção precoce do câncer de próstata.

Durante a observação participante realizada na UBS cenário desta pesquisa, percebeu-se o esforço da equipe para viabilizar, de “última hora”<sup>7</sup>, uma ação voltada

---

<sup>7</sup> Expressão relatada pelos sujeitos de pesquisa, que será abordada no subcapítulo 5.3.

para as mulheres, em virtude do Outubro Rosa<sup>8</sup>. A equipe de ACS se uniu na preparação de materiais para a decoração da UBS voltada para a temática, confeccionando rosas de papel e laços alusivos à campanha. Também as camisetas alusivas à campanha foram confeccionadas com recursos próprios, para uso durante o período.

Para orientar a população, a enfermeira coordenadora escalou duplas de agentes comunitários, que abordavam o tema diariamente, pela manhã, na sala de espera da UBS, durante uma semana. Muitos profissionais não se sentiam preparados e não concordaram com a escala, mas, no momento da reunião em que a ação foi decidida, não se manifestaram. Marina, uma das médicas de família dessa UBS, trouxe um roteiro de perguntas e respostas sobre Câncer de Mama e Colo de Útero para ajudá-los na tarefa. Um dos ACS, que possuía habilidades com programas de computador, elaborou uma apresentação em PowerPoint, que foi utilizada durante os dias da campanha. Alguns agentes, em seu dia da escala, acabaram por “boicotar” sua vez e, de *última hora*, outro profissional fez a abordagem.

As enfermeiras da UBS deixaram um dia da semana para que a coleta de Papanicolau fosse realizada sob livre demanda, ou seja, sem agendamento. Em um dia esteve na UBS um caminhão equipado para a realização da mamografia. Tanto a adesão ao exame de Papanicolau, quanto à mamografia, e a participação nas palestras, foram pouco expressivas, conforme relato posterior da própria equipe.

No mês seguinte, em que houve a campanha do Novembro Azul<sup>9</sup>, durante a reunião geral, a equipe da UBS decidiu não realizar nenhuma ação específica. “*A gente vai lá, gasta o esforço uma semana preparando, aí tem que ficar esperando meia hora pra juntar quatro pessoas pra falar, pra dar palestra*” (comentário de funcionária da UBS).

---

<sup>8</sup> Campanha voltada para estimular a participação da população, empresa e entidades no controle do câncer de mama, envolvendo o compartilhamento de informações e conscientização sobre este câncer. O nome remete a cor do laço que, mundialmente, representa a luta contra o câncer de mama. Movimento originário nos Estados Unidos (<http://www.outubrorosa.org.br/historia.htm>).

<sup>9</sup> Campanha voltada para conscientizar a população masculina sobre os cuidados com a saúde. No Brasil, iniciou-se em 2008, promovida pelo Instituto Lado a Lado pela Vida, com o nome Um Toque, Um Drible. Em 2012, ganhou o nome de Novembro Azul, inspirado pelo Movember, movimento internacional dedicado à luta contra o câncer de próstata. Apesar de ser uma campanha que busca abarcar diversas questões da saúde dos homens, percebe-se que o foco continua sendo o câncer de próstata (INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA, 2018; MODESTO et al., 2018).

Para além das relações de poder que se evidenciam nesse relato, pode ser percebido também um processo de planejamento de ações que ocorre de *última hora*, sem o envolvimento efetivo de todos os sujeitos no cuidado, principalmente do público-alvo, em uma ação que buscou reproduzir uma campanha já instituída e dada *a priori*, centralizada na doença e nos saberes profissionais.

Ou seja, o olhar da epidemiologia já define tecnicamente quais são as necessidades legítimas e prioritárias que devem ser objeto da ação do serviço de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009; PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Na reunião de planejamento, que ocorreu no final do ano nessa UBS, uma das médicas sugeriu olhar as datas comemorativas da área da saúde e das grandes campanhas do Ministério da Saúde para então agendar e planejar as ações para o ano seguinte. Corre-se o risco de manter a reprodução de ações centradas em doenças e saberes profissionais, caso a discussão não seja ressignificada e ampliada, favorecendo um planejamento participativo de abordagens e estratégias inovadoras voltadas ao cuidado integral, com a construção de vínculos e facilidades de acesso (ASSIS, 2018).

Discute-se também que, apesar de suas diretrizes enfatizarem a importância da participação coletiva nos processos de gestão e fomentar a participação popular, identifica-se, na gestão, um caráter normatizador, em que muitas questões estruturais e organizacionais já estão definidas, centralmente, pelo Ministério da Saúde (FRANCO; MERHY, 1999). E, como mencionado, muitas das diretrizes nacionais possuem enfoque biomédico (BEDRIKOW; CAMPOS, 2017).

Praticamente nada pode ser considerado “dado”, tudo precisa ser construído e pactuado, tudo precisa ser “significado” no cotidiano, ativamente, envolvendo todos e cada um dos trabalhadores dos diferentes serviços. Do contrário, deixados às normas e ao automático, já sabemos que os (trabalhadores dentro dos) serviços tendem a reproduzir o hegemônico, tendem a produzir descuidado (FEUERWERKER, 2014, p. 108).

No relato da organização de *última hora* da campanha na UBS, identificam-se capturas do processo pelo caráter biomédico instituído, no qual o foco fica centrado na patologia e em exames. Mas, nos “bastidores” do processo, percebe-se o Trabalho Vivo em ato, instituinte, dos profissionais, que se unem e apoiam-se para efetivar as ações. Um agente, de repente, toma a liderança e organiza o processo de confecção de camisetas. Outro agente apoia com suas habilidades manuais e ensina confecção

de elementos de decoração com materiais de baixo custo para os demais. A médica percebe a insegurança dos ACS para a palestra e busca uma forma de apoiá-los. Outro agente contribui com suas habilidades na informática.

A ESF aposta na reorganização da prática assistencial, mas, para Franco e Merhy (1999), não há garantia de que a ESF romperá com o modelo biomédico hegemônico atual sem enfrentar mudanças no plano da micropolítica do processo de trabalho para fazê-lo operar com “tecnologias leves dependentes”, com ênfase no Trabalho Vivo em ato.

A ESF, enquanto campo de possibilidade de produção de novos modos de cuidar, implica processos de produção de novas subjetividades, tanto nos profissionais de saúde quanto nos usuários, constituindo-se em um desafio que se enfrenta, se ressignifica e se (re)constrói no dia a dia dos serviços e das práticas profissionais (ROMAGNOLI, 2009).

Partindo do referencial teórico da Análise Institucional, Romagnoli (2009) faz reflexões sobre a prática na ESF, que se encontra em um campo de forças contraditórias entre o instituído e o instituinte. A autora levanta problemáticas, a partir da vivência com equipes de saúde da família na cidade de Betim/MG. São problemáticas que denunciam relações de poder nessa instituição e dificuldades na efetivação do novo modelo.

Sobressaem a concepção do modelo de saúde assistencialista e curativista, que ainda está introjetado no cotidiano dos profissionais, usuários e da comunidade; a ideia de saúde associada à figura do médico; práticas de medicalização; pouco conhecimento do território e de seus recursos; a não articulação da atenção em saúde mental e atenção primária; a pressuposição de relações hierarquizadas de saberes e poderes e a dificuldade de se trabalhar com grupos.

Pires e Göttems (2009) enfatizam a importância da produção de conhecimentos sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde na ESF e o uso de referenciais teórico-metodológicos que contribuam para a análise da gestão do cuidado com foco na autonomia dos sujeitos envolvidos.

A minha aposta é de que o estudo da gestão do cuidado nos processos de trabalho da ESF tem potencial para contribuir com a reorganização das práticas de saúde e mudança do paradigma hegemônico.

## 2.3 OBJETIVO

Acompanhar os movimentos presentes na gestão do cuidado a um usuário desenvolvida por uma equipe de saúde da família de uma UBS do município de Indaiatuba/SP



# **CAPÍTULO 3**

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

---



## PERCURSO METODOLÓGICO

A proposta de acompanhar a gestão do cuidado de uma equipe de saúde me convocou a um estudo com referenciais teóricos e estratégias metodológicas mais abertas e inventivas.

Essas estratégias permitiram acompanhar processos de produção de subjetividades envolvida nos encontros de cuidados de saúde, e que foram compondo com o processo de gestão de cuidados. Compondo movimentos que se repetiam, abafavam, minguavam, e, que também, de repente, escapavam à ordem, ficavam um tanto fora de ordem, conectivos, e diferenciados.

Para tanto, desenvolvi um estudo qualitativo, do tipo pesquisa-intervenção (PASSOS; BARROS, 2009), utilizando o referencial teórico-filosófico da Esquizoanálise, uma corrente do Movimento Institucionalista, proposta por Deleuze e Guattari (2011).

A abordagem qualitativa é entendida como possibilidade de trabalhar com o universo dos fenômenos humanos que não podem ser reduzidos ou quantificados, como significados, motivos, valores, atitudes (MINAYO, 2007). Busquei, nesta Tese, pelas forças, pelos fluxos, afetamentos, pelas percepções, histórias de vida e de cuidado que movimentavam a gestão do cuidado, e que a gestão do cuidado movimentava.

O referencial teórico insere-se no Movimento Institucionalista ou Instituinte<sup>10</sup>. Segundo Baremlitt (2002, p. 11), é um movimento que reúne um conjunto de correntes heterogêneas, entre as quais se encontra como característica comum a busca por “deflagar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais”. Buscam, assim, favorecer experiências criadoras de novos saberes, e a ruptura com relações já estabelecidas (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2011).

---

<sup>10</sup> Um movimento de “vocalização libertária”, com origem na década de 60, na França, num contexto de intensos movimentos contestatórios que questionavam as instituições política, psiquiátrica, de educação e de trabalho da época, tendo sido fortemente marcados pelo movimento de maio de 1968. No Brasil, foi introduzido no início dos anos 70, em um contexto social e político de restrição violenta das liberdades civis e políticas (BAREMLITT, 2002, p. 11; L' ABBATE, 2012).

O conceito de instituição é entendido, em grande parte das correntes do movimento, como lógicas que regulam a atividade humana, como leis, normas, pautas e regularidades de comportamentos. Porém, a instituição não é estática, tem um sentido ativo entre um movimento instituinte de produção de novas formas, novas relações e realidades sociais, e um movimento instituído de reprodução das formas já estabelecidas, que se apresentam como naturais, cristalizadas, mas que nasceram de processos instituintes anteriores (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2011; BAREMBLITT, 2002).

Essa relação instituído-instituinte pode possibilitar uma vida social em processo constante de transformação e diferenciação, se “se mantêm permanentemente permeáveis, fluidas, elásticas” (BAREMBLITT, 2002, p. 31).

Ao longo da Tese, o leitor encontrará forças e processos instituídos e instituintes que foram percebidos por esta pesquisadora, inclusive alguns já relatados, como é o caso do modelo médico hegemônico, que é força instituída na área da saúde, ou seja, significa, segmenta, normaliza as relações, ações e subjetividades presentes no cuidado, a partir de uma lógica dominante. E forças instituintes percebidas em ações conectivas e mobilizadoras, como é o caso de Marina, na criação do grupo de práticas corporais chinesa.

No campo da saúde, o movimento institucionalista pode trazer importantes contribuições, ao evidenciar as forças e relações que atuam nesse campo sob uma nova perspectiva, ou seja, a de proporcionar processos de autoanálise e autogestão. Essa perspectiva foi trabalhada nesta Tese, principalmente, nos momentos de reuniões com a equipe de saúde da família, que serão trazidas nos Capítulos 4 e 6.

A Esquizoanálise, ocupa-se de como as realidades “funcionam, se processam, se conectam, se separam e se conjugam”. Pode ser entendida como uma leitura ampla do mundo e da realidade em todas suas superfícies e processos, compreendendo tanto o natural, quanto o social, subjetivo, industrial-tecnológico, assim como uma realidade de outra ordem, imperceptível e potente. Tem como objetivo a potencialização da vida. (BAREMBLITT, 2010, p. 53).

Como pesquisadora, mergulhei no universo de sentido, desejo e possibilidades da equipe e da usuária do serviço, na tentativa de acompanhar a experiência que produzíamos em conjunto na gestão do cuidado. Mapeando as forças e os processos

que compõem essa realidade e que, de repente, podiam possibilitar sua transformação e diferenciação.

Segundo Deleuze e Guattari (1995 apud Romagnoli, 2014), na Esquizoanálise, a realidade é abordada em planos coexistentes e imanentes de formas e forças. Constituída por fluxos, em diferentes regimes de funcionamento. No plano das formas, ou plano de organização, os fluxos têm funcionamento estratificado, segmentar. É o plano que designa o que está instituído, de forma molar. No plano de forças, ou plano de consistência, os fluxos têm funcionamento conectivo, fluido. É o plano das forças moleculares, dos encontros e agenciamentos<sup>11</sup> que vão criar invenções, novos sentidos e formas de expressão, singulares.

Não há, na Esquizoanálise, a intenção de uma leitura antagônica da realidade nessa relação entre os fluxos e planos, mas uma coexistência. Nessa perspectiva “tudo é atravessado por segmentaridades molares e desterritorializações moleculares, por planos, superfícies sobrepostas, que deslizam o tempo todo, processualmente”, e assim podem diferir (ROMAGNOLI, 2009a, p 171).

Nos diferentes momentos em que esta pesquisadora esteve com a equipe de saúde da família, fluxos que pareciam estratificados e molares foram mapeados, assim como fluxos que pareciam moleculares e conectivos. No Capítulo 4, serão devidamente apresentados.

Os fluxos e as intensidades, em conexão aleatória e caótica, formam uma rede conectiva, um campo de forças aberto, que denominam como rizoma, conceito da botânica que denomina um tipo de haste subterrânea ramificada em todos os sentidos. Utilizam esse conceito em uma compreensão revolucionária das produções sociais e da realidade, subtraindo a unidade totalizante, desterritorializando formas de pensamento dominantes, multiplicando conexões e possibilidades (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

O rizoma não possui uma unidade central, é múltiplo, aberto, e possibilita linhas de conexão a partir de qualquer ponto. É um dispositivo produtor de multiplicidade (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

A partir desse entendimento, a proposta da Esquizoanálise consiste em criar condições para fomentar a realidade rizomática, e desconstruir os territórios e práticas

---

<sup>11</sup> “Crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que aumenta suas conexões” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 24).

da realidade em que a reprodução e a antiprodução predominam, mantendo-a igual ou com poucas mudanças (BAREMBLITT, 2010; 2002).

Conexões rizomáticas fizeram parte dos movimentos da gestão do cuidado mapeados nesta Tese, escapando à ordem, e proporcionando ações diferenciadas no cardápio de intervenções da equipe para a usuária.

Assim, no contexto da proposta desta pesquisa, cujo objeto é os movimentos da gestão do cuidado na equipe de saúde da família da atenção primária à saúde, o referencial teórico esteve como plano de fundo de todo o processo, iluminando desterritorializações nas formas de pensar e pesquisar; (des)norteando caminhos que me levaram a investigar como funciona a realidade em questão. Pesquisei o “regime” de funcionamento dessa realidade que possibilita, ou reprime, multiplicidades de um rizoma, com conexões e conjunções ao acaso, no caos, “maquinando” novas realidades produtivas e transformadoras (BAREMBLITT, 2010, p. 44).

Para tanto, o referencial metodológico é o da cartografia, inserida no grande referencial da Esquizoanálise (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

A cartografia, no volume 1 da obra *Mil Platôs*, de Deleuze e Guattari, é apresentada como um dos princípios do rizoma. É compor mapas com os sujeitos de pesquisa, a partir da “experimentação ancorada no real”, da construção, e não de reprodução. Acompanhar linhas, processos em produção, e não decalcar pontos (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 30). A partir das ferramentas cartográficas que serão apresentadas no próximo subcapítulo, mergulhei na realidade da gestão do cuidado em uma equipe de saúde da família e, com os sujeitos de pesquisa, construímos uma experiência, que foi mapeada de acordo com as intensidades e afetos que pediam passagem (ROLNIK, 2014).

Trata-se de um método que não possui padrões prontos a serem aplicados, pois a construção ocorre de acordo com as singularidades de cada território estudado. No entanto, não se trata de uma ação sem direção. O cartógrafo poderá guiar-se por pistas, para mantê-lo com uma atitude de abertura às intensidades que circulam nos territórios construídos no próprio percurso da pesquisa (PASSOS; BARROS, 2009). Exemplifico com uma “reunião de validação” proposta por mim para a equipe de saúde da família, ao perceber a necessidade de mais um encontro para explorar outras linhas e afetos que pairavam nos “silêncios” de alguns membros da equipe, conforme será apresentado no Capítulo 6.

Uma das pistas descritas por Kastrup (2008) é que esse método não separa pesquisa e intervenção. A cartografia propõe acompanhar o processo de produção de subjetividade em um dado território. Assim, mapeará os movimentos, as linhas e forças presentes. Cabe ao cartógrafo a habitação e implicação no território para detectar e trabalhar sobre as forças moventes que pedem passagem e expansão. Nesse processo, poderá transformar a si mesmo e ao território.

A intervenção ocorre com esse mergulho na experiência, em que sujeito e objeto estão no mesmo plano de produção. A cartografia consiste no traçado das forças e linhas que movem esse plano, “acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 18).

a cartografia é sempre uma pesquisa-intervenção, pois é impossível, no encontro com o objeto de estudo, não haver zonas de interferências e de indeterminações, que podem, ou não, levar a desestabilizações. Produzir conhecimento é desestabilizar, e isso é intervir. Nesse sentido pesquisar é transformar, inventar, sempre (ROMAGNOLI, 2014, p. 50).

Nesta Tese, com inspiração na Esquizoanálise e cartografia, delineei uma pesquisa-intervenção. Acompanhei uma equipe cuidando de uma pessoa, uma família. Tive acesso aos movimentos de ir e vir na produção dos cuidados e das subjetividades que compunham os territórios da gestão do cuidado dessa usuária. Ao longo dos Capítulos 4, 5 e 6, apresento linhas e forças percebidas durante o tempo em que estive mergulhada no território que foi o cenário desta pesquisa. No decorrer do processo, vivi implicações enquanto cartógrafa e também enfermeira da ESF do citado município. Percebi transformações em meus modos de pensar, sentir e fazer a gestão do cuidado, assim como transformações na equipe, que serão tratadas ao longo da apresentação dos dados e nas Considerações Finais.

Destaco que a implicação é salutar para a prática da cartografia enquanto método de pesquisa-intervenção (KASTRUP, 2008). Envolve um “mover-se entre as coisas”, percebendo-as “pelo meio, e não de cima para baixo”, afetando e sendo afetado (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 46; 49). Este conceito será apresentado no Capítulo 5 desta Tese, com base na experiência de implicação desta cartógrafa.

A cartografia tem sido utilizada nas pesquisas em uma diversidade de contextos, como saúde, educação, serviço social, entre outros coletivos, possibilitando as mais variadas formas criativas para abranger a realidade social (CINTRA et al., 2017). Nas

pesquisas em enfermagem, o método da cartografia também tem sido utilizado, principalmente nas áreas de saúde coletiva e mental e em acompanhamento de processos de produção do cuidado (PIGOZI et al., 2014).

A pesquisa cartográfica está mergulhada na experiência, campo de onde partem seus pesquisadores, pesquisados e problemas de pesquisas. Campo de onde parti e de onde partiram minhas inquietações (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2013).

Cartografar, nesta Tese, foi acompanhar e mapear o movimento de criação e continuidade de diálogos e circulação de afetos. Acontecimentos que compõem a gestão do cuidado na perspectiva da subjetividade dos sujeitos trabalhadores e usuários.

### 3.1 CENÁRIO DA PESQUISA

A produção da pesquisa foi realizada no município de Indaiatuba/SP, em uma UBS indicada pela Coordenação de AB do município.

Indaiatuba está localizado a 30 quilômetros de Campinas e 112 de São Paulo, na região sudoeste do estado, e pertence à Região Metropolitana de Campinas. A população local estimada pelo IBGE (2017) era de 239.602 habitantes, com 60,4% da população dentro da faixa etária economicamente ativa, um aumento gradativo da população de terceira idade, e elevada taxa de aumento populacional.

A AB do município, nos últimos sete anos, vem passando por um processo de reestruturação e fortalecimento. Segundo o Plano Municipal de Indaiatuba 2014-2017, a partir de 2010, foi implementada a territorialização das unidades; implantação de novas unidades; reformas de unidades antigas; e formação de novas equipes de saúde da família. No período de execução desta pesquisa, a rede de saúde contava com 15 UBSs, das quais dez atuavam com Saúde da Família. A cobertura de equipes de saúde da família abrangia 37,84% do público, com 15.441 famílias acompanhadas (STEFANI, 2013).

O modelo de organização mais comum nas unidades é o misto, como resquício do processo de inclusão recente das equipes de saúde da família em unidades tradicionais. Dessa forma, as unidades contam com equipes compostas de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e de quatro a

seis ACS, concomitantemente com médicos especialistas, como pediatra, ginecologista e o clínico geral.

As unidades de saúde contam também com um coordenador, em sua maioria enfermeiras, que desempenham as funções de gerenciamento e assistência.

Durante o período desta pesquisa, contava com uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) para todas as equipes de saúde da família, composta por um profissional terapeuta ocupacional, um assistente social, um enfermeiro, um psicólogo e um fisioterapeuta. Essa equipe encarrega-se do matriciamento para a saúde da família, com participação mensal nas reuniões das equipes para discutir casos complexos, além de realizar atendimentos compartilhados com os profissionais, quando necessários.

O processo de trabalho e gestão das UBS é singular, portanto, cada unidade possui suas especificidades.

A rede de saúde possui, além das UBSs, um hospital filantrópico; uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; dois Centros de Especialidades; um Laboratório Municipal; um Serviço de Referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids); um Serviço de Referência em Reabilitação; um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; um Centro de Especialidade em Saúde da Criança e da Mulher, um Centro de Especialidades Odontológicas; um hospital psiquiátrico; um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) II, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD); um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Caps i); um Serviço de Atenção Domiciliar e uma Unidade de Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental).

A Secretaria Municipal de Saúde do município gerencia toda a rede de saúde e efetiva a participação popular no Conselho Gestor Municipal de Saúde do Município, que tem caráter permanente, deliberativo, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive no que tange aos aspectos econômicos e financeiros, com representação paritária entre usuários, trabalhadores do SUS e gestores do governo. Outros meios de garantir a participação popular no município são os Conselhos Gestores locais de cada unidade e as Ouvidorias (elogios, críticas e sugestões) pelo Canal de Ouvidorias da Secretaria Municipal de Saúde.

No Plano Municipal de Saúde de 2014-2017 consta um diagnóstico da situação que identifica um modelo de atenção à saúde com predomínio de produção e gastos em média e alta complexidades.

A proposta da Secretaria Municipal de Saúde do Município nesse plano é consolidar uma rede de saúde com a centralidade na AB, mantendo o processo de expansão e qualificação do trabalho nas UBSs.

O desafio que se coloca é superar a forma ainda hegemônica no SUS de oferecer procedimentos para que os indivíduos adoecidos recuperem sua saúde baseados no modelo biomédico que privilegia a consulta médica, os exames diagnósticos e a medicalização (STEFANI, 2013, p. 88).

Conforme será discutido no Capítulo 4, essa assistência hegemônica centrada em consulta, exames e medicamentos, apareceu nos percursos de cuidados a Joana. E como já apontado, também predomina nas formas como está organizado o processo de trabalho nas unidades de saúde.

Dentre outras propostas deste plano destacam-se: Implementação de Linhas de Cuidado para a organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde; Educação Permanente dos profissionais, que atualmente se desenvolve de maneira esporádica e com cursos isolados; Criar dispositivos de gestão que favoreçam a construção de relações entre equipe e usuários, fortalecendo os espaços de discussão e reflexão sobre o trabalho e a gestão.

A escolha por esse município se deu por ser o local de residência e trabalho da pesquisadora, e também pelo histórico de construção da atenção na localidade, que está em pleno processo de valorização e expansão da AB.

### **3.1.1 Primeiras aproximações**

A apresentação inicial da pesquisa ocorreu em 2015, em reunião entre a pesquisadora e a coordenadora da AB na época.

Na ocasião, discorri sobre o objetivo da pesquisa e o método cartográfico que utilizaria para acompanhar os processos de gestão do cuidado em uma equipe de saúde da família. A coordenadora demonstrou interesse e colocou-se à disposição, autorizando, mesmo que informalmente, a pesquisa.

Conversei sobre a opção, enquanto pesquisadora, de buscar indicação da Coordenação da AB para definir a unidade de saúde para ser o campo de estudo. A busca era por uma unidade com quadro de recursos humanos completo, ou o mais completo possível, e equipe interessada na temática proposta.

A UBS Mercedes foi inicialmente sugerida, por ser uma das maiores unidades do município, com quatro equipes de saúde da família. Porém, é a unidade onde atuo como enfermeira. Refleti em conversas com a coordenação, a orientadora e o grupo de pesquisas sobre essa dupla articulação entre ser profissional e pesquisadora no mesmo território. Optei, então, por outra unidade e, ao longo da pesquisa, concluí ter sido uma boa escolha para esta investigação cartográfica.

A UBS Silvestre foi indicada por possuir “duas equipes de saúde da família, tem a doutora Marina que é muito interessada em pesquisa, tem residência em saúde da família, a enfermeira Patrícia também tem pós-graduação” (fala da coordenadora da AB).

Após alguns meses, retomei o contato com a coordenadora da AB, com o intuito de formalizar a pesquisa e iniciar os trabalhos de campo. Nesse momento, o projeto estava devidamente aprovado no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP (ANEXO A)

Solicitei nova reunião com a coordenadora, que me recebeu no mesmo dia. Entreguei um resumo do projeto de pesquisa e cópia da autorização da pesquisa feita pelo referido Comitê. Retomei as questões da pesquisa e a unidade indicada. A coordenadora demonstrou certa preocupação, pois alguns fluxos dessa unidade estavam diferentes, com residentes de medicina em clínica médica realizando os “acolhimentos”. No caso, o médico de família, “*que faz a gestão do cuidado*”, não participava desse atendimento.

Fiquei intrigada, com a suposta concepção de que o médico de família seria o principal responsável na gestão do cuidado nas equipes? Como essa prática estava ocorrendo nas unidades de saúde? Mesmo assim, a UBS Silvestre foi mantida como campo da pesquisa.

Sugeri ainda uma reunião para a apresentação oficial e formal da pesquisa para ela e o secretário de saúde. No dia agendado para essa reunião, um desencontro momentâneo ocorreu. A coordenadora da AB estava em outra reunião fora da Secretaria de Saúde e não havia reunião agendada com o secretário de saúde. A

secretária do executivo logo resolveu a situação e fez um “encaixe” na agenda para mim.

Desencontros e encaixes são palavras que aparecerão e se repetirão ao longo desta Tese, nos movimentos cartografados da gestão do cuidado de uma equipe de saúde da família. Aqui, desencontros e encaixes da gestão municipal.

Após aguardar por um tempo, entro na sala do secretário de saúde com o Termo de Autorização de pesquisa; um resumo do projeto de pesquisa; e uma cópia da autorização da pesquisa feita pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP. Entrego os documentos e após explicar os objetivos e as ferramentas cartográficas que utilizaria, ele a considerou uma pesquisa muito relevante e proveitosa para o município e assinou o Termo de Autorização (ANEXO B).

O secretário passou então a me “delegar” algumas funções, propondo a inclusão de outros setores e gestores da Secretaria de Saúde na pesquisa e a devolutiva de um suposto “modelo de gestão do cuidado” ao final da pesquisa. Fiquei um tanto incomodada e capturada por esse poder instituído e verticalizado. Expliquei que, para aquele momento, a pesquisa objetivava uma construção com os profissionais de uma unidade de saúde da família do município. Os resultados finais seriam apresentados e refletidos, tanto para os gestores, quanto para os demais profissionais da rede. Pareceu haver pressa e atropelos.

Com tudo devidamente autorizado, entrei em contato telefônico com Patrícia, enfermeira e coordenadora da UBS Silvestre. Agendamos uma primeira aproximação na unidade e a apresentação da proposta da pesquisa.

Combinamos minha ida na semana seguinte, no dia em que realizaria a reunião geral com a equipe de profissionais da unidade. Patrícia, inclusive, disse que adiantou o assunto para a equipe, e que já estavam escolhidos os participantes da pesquisa. Pareceu haver pressa e atropelos. Despachos e encaminhamentos? Reflexos que batem e rebatem dos movimentos da gestão?

Sinto que a gestão, tanto municipal quanto da UBS, parecia estar com ímpeto de despachar, resolver, apressar, encaminhar. Seriam movimentos e tempos de seus cotidianos? Seriam esses os movimentos que chegam às equipes de saúde da família? De minha parte, havia cautela, preparo, tempo para que assimilassem, e para construirmos, nos tornarmos sujeitos vinculados com a pesquisa.

Como pesquisadora, pareço estar em outro tempo! No tempo de aprendiz de cartógrafa, em busca de iniciar a imersão em um novo território. Tempo que parece diferente do vivido pelos gestores e exigido por seus movimentos administrativos e burocráticos. Talvez quisesse que os sujeitos também me acompanhassem nesse meu tempo de aprendiz de cartógrafa, e eles quisessem que eu os acompanhasse nesse outro tempo.

Tempos, movimentos e intensidades que já foram afetando a cartógrafa aprendiz e produzindo o início desta experiência. Mas, antes, apresentarei o processo e as ferramentas de produção dos dados desta jornada.

### 3.2 PRODUÇÃO DOS DADOS

A cartografia pode ser vista como estratégia para acessar, analisar e construir um plano coletivo de forças que produz e move a realidade das coisas. Requer do pesquisador uma postura de atenção e receptividade afetiva aos signos e forças circulantes no território (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Kastrup aponta quatro gestos da atenção do cartógrafo necessários para uma sintonia fina com as intensidades que circulam no território: são eles o rastreio, toque, pouso e reconhecimento atento (KASTRUP, 2009). Nesta Tese, a produção e análise de dados foram guiadas pelos gestos atencionais e proporcionadas por meio de ferramentas cartográficas, conforme será descrito neste e no próximo subcapítulo.

O rastreio é como uma varredura na localização de pistas, signos de processualidade, em uma exploração assistemática do terreno, até que a atenção é tocada por algo. A segunda é o toque, tatear, explorar e rastrear aquilo que ainda não se sabe ao certo o que é, por meio de uma percepção que coloca figura e fundo em um mesmo plano, lado a lado. A terceira é o pouso, a possibilidade de uma parada na perspectiva de certo enquadramento no campo perceptivo, que indica um trabalho mais fino e preciso. A quarta é o reconhecimento atento, capaz de “nos reconduzir ao objeto para destacar seus contornos singulares” (KASTRUP, 2009, p. 45).

Como dizem Deleuze e Guattari (2011, p. 30), ao discorrer sobre o princípio de cartografia: “é uma questão de *performance*”. *Performance* que considero ter sido um desafio, com muitas inseguranças durante as primeiras idas desta cartógrafa aprendiz

ao campo. Estar no campo, algumas vezes, gerava uma ansiedade em “coletar informações”, ao mesmo tempo em que tantos processos e fluxos aconteciam.

Ativar a atenção cartográfica, como aponta Kastrup (2009), envolveu um processo de desprender-se dessa ideia dominante de pesquisador enquanto seletor ou coletador de informações em uma realidade que já se encontra dada. Estar no campo foi lidar a cada instante com a imprevisibilidade do cotidiano, da vida. E, com o tempo, fui sintonizando e afinando minha atenção à experiência que produzia com os sujeitos. Assim, não se tratava de uma coleta de dados, mas sim do processo de produção dos dados.

Para esse processo de produção, que possibilitou acompanhar a gestão do cuidado em uma equipe de saúde da família, as ferramentas cartográficas utilizadas foram: observação participante; “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” (MERHY, 2013, p. 21), construído com uma equipe de saúde da família dessa UBS, a partir da escolha de caso de um usuário acompanhado pela mesma; entrevista semiestruturada com esse usuário; e o diário de campo.

Para Franco e Merhy (2007), as ferramentas cartográficas postas sobre os processos de trabalho em saúde possibilitam captar os movimentos do Trabalho Vivo. Assim, pode-se acompanhar os fluxos e intensidades nos encontros entre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar, em sua dinâmica rizomática.

As ferramentas cartográficas foram como dispositivos, conceito utilizado aqui segundo Barembliitt (2002, p. 67), que traz ser o dispositivo uma montagem, agenciamento que conecta elementos, forças, intensidades, heterogêneos, a serviço da produção. “Gera assim o que se denomina linhas de fuga [...], acontecimentos inéditos e invenções nunca antes conhecidas.” Desestabilizam modos instituídos de funcionar, podendo gerar diferença (FORTUNA et al., 2014).

Nessa cartografia, que pretende acompanhar processos e não coletar dados em uma realidade supostamente dada, foi essencial praticar seus instrumentos de produção de dados como dispositivos, ou seja, como provocadores de agenciamentos, tensionando, movimentando, deslocando para outro lugar, tudo o que se encontra bloqueado. Como “máquinas que fazem ver e falar” (KASTRUP; BARROS, 2009, p. 78).

Iniciou-se o processo de produção dos dados com uma imersão no campo investigado. Essa etapa foi realizada a partir da observação participante, importante

técnica em pesquisas qualitativas, principalmente na área da saúde. Foi utilizada para auxiliar na compreensão da realidade em estudo, a partir da interação da pesquisadora com o meio e os sujeitos (QUEIROZ et al., 2007).

Para Schwartz, M. S.; Schwartz, C. G.<sup>12</sup> (1955 apud MINAYO, 2007, p. 135), a observação participante “é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica”. O observador coloca-se em uma relação face a face com os observados; participa da vida deles, em seu cenário; assim, torna-se parte do contexto sob observação, modificando e sendo modificado por esse contexto. Por não ser apenas um instrumento de coleta de dados, mas também de mudança social, aproxima-se da proposta da Esquizoanálise, da cartografia, e desta pesquisa-intervenção.

Isso foi percebido nesta pesquisa. Minha presença na UBS para a observação participante, e também para a construção do fluxograma e realização de entrevista com a usuária, produziram modificações na equipe de saúde e serão apresentadas ao longo desta Tese. Acrescento aqui um movimento inédito ocorrido na equipe: a ocorrência da reunião de planejamento de ações para o ano seguinte, visto que nos anos anteriores isso não acontecera. Foram duas reuniões registradas no último mês de observação participante, para as quais recebi convite da coordenadora da UBS para estar presente. Arrisco a dizer que a iniciativa da equipe para essa ação diferenciada pode ter sido influenciada pela experiência vivenciada pelos sujeitos nesta pesquisa.

O emprego da observação participante, em pesquisas na área da saúde, pode propiciar o acesso à prática e às subjetividades dos trabalhadores e usuários nos serviços de saúde, o que, nesta pesquisa, contribuiu para o acompanhamento dos movimentos da gestão do cuidado na ESF (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

As observações participantes ocorreram entre os meses de setembro e dezembro de 2016, com periodicidade semanal, e permanência de aproximadamente três a quatro horas por dia. As idas a campo ocorreram em dias da semana e período variados, como forma de possibilitar a vivência, com a equipe, em atividades que acontecem em diferentes dias da semana, como visitas domiciliares, ações em grupo, reuniões de equipe, entre outros.

---

<sup>12</sup> SCHWARTZ, M. S.; SCHWARTZ, C. G. Problems in participant observation. **The American Journal of Sociology**, 60, p. 343-53, 1955.

Desde o início, o tempo de observação no campo esteve aberto a alterações, conforme sugestão e interação com os sujeitos de pesquisa. Minha sugestão inicial era de dois meses, mas o tempo final, mais extenso, foi necessário e suficiente, pois houve um período inicial de adaptação de minhas atividades enquanto cartógrafa e de aquisição de certa confiança e abertura por parte dos sujeitos, conforme será detalhado no subcapítulo 3.7.

Apresentarei como se deu a observação participante, em etapas, porém, em campo, foram acontecendo simultaneamente, de forma um tanto caótica e inter-relacionadas, assim como é a complexidade do cotidiano de trabalho em uma UBS.

Assim, primeiramente, houve minha estreia no campo como cartógrafa. Como fase inicial de reconhecimento de campo, estive na unidade realizando um “rastreo”, “varredura de campo”; permanecendo na unidade de saúde para observar suas rotinas, seus fluxos, suas intensidades, nos diversos ambientes e processos de trabalho (KASTRUP, 2009, p. 40). Chegava à UBS, entrava pela porta principal que dá acesso ao saguão e à recepção, cumprimentava os funcionários que encontrava e circulava pela unidade. Até que minha atenção era “tocada por algo” e fazia paradas em alguns cenários, como a sala dos agentes comunitários, recepção, sala de procedimentos, o consultório das enfermeiras, ou saguão (KASTRUP, 2009, p. 42).

Em seguida, dando continuidade ao processo da observação participante e mantendo a alusão aos momentos dos gestos atencionais, realizei um enquadramento, uma espécie de “zoom”, um “pouso” junto à equipe de saúde da família escolhida para o estudo. Em um trabalho mais fino e preciso, a proposta foi de permanecer na observação dessa equipe, principalmente nos momentos de trabalho em conjunto, como nas reuniões semanais de equipe (KASTRUP, 2009, p. 43).

Em seguida, no último movimento, agora de “reconhecimento atento”, para destacar as singularidades, realizava observações dos sujeitos da equipe em ações e momentos por eles indicados, como em visitas domiciliares, atividades em grupo com a comunidade, e algumas consultas de enfermagem (KASTRUP, 2009, p. 44).

Assim, acompanhei os profissionais de saúde da UBS em diversos momentos de seus processos de trabalho, tanto individuais quanto coletivos. Foram momentos em que me mantive atenta aos sinais, forças, gestos, fluxos, falas, expressões, atos,

processos de trabalho, pactuações, enfim, pistas sobre a gestão do cuidado dessa equipe.

Acompanhei também situações coletivas informais, como momentos de café na copa e cozinha da unidade, que estreitaram o entrosamento com a equipe, além de participar de movimentos que acontecem “nos bastidores”.

Os dados da observação participante foram registrados em um diário de campo, no qual constaram, além da descrição dos sujeitos, o local e as atividades, e também as percepções, sensações, surpresas e dúvidas que experimentei.

O registro acontecia em local reservado, normalmente quando chegava ao meu apartamento, logo após a saída da UBS. Colocava uma cadeira na varanda, e ali, sozinha, começava os registros. Inicialmente, esses registros foram escritos, mas, depois, conforme fui adaptando esse processo aos tempos e às formas em que poderia fluir com mais intensidade, gravava a minha fala livre e, posteriormente, fazia a transcrição.

De início, buscava registrar tudo o que vinha à memória do que vivenciara naquele dia em campo, livremente, com o máximo de detalhes possível. Não queria perder nada. Posteriormente, ao fazer a transcrição de minha fala, esses registros eram recheados com novas análises, novas percepções e o reconhecimento de novas emoções que o contato com os registros gerava em mim.

Sobre o diário de campo, Barros e Passos (2009, p. 173) apontam que, no método da cartografia, é importante o registro do próprio processo de pesquisar, e não apenas do que é pesquisado, trazendo a vivência no campo, de como se deu a experiência da pesquisa, podendo, inclusive, revelar as implicações do pesquisador e ser um “disparador de desdobramentos da pesquisa”.

O contato constante com o diário de campo mantinha-me imersa no campo do estudo, e sua leitura e releitura auxiliavam a refletir sobre minha atuação enquanto cartógrafa, além de possibilitar o acompanhamento da processualidade da pesquisa.

O apoio no grupo de pesquisa, com a orientadora e colegas cartógrafas, também foi importante. Possibilitava revisitar acontecimentos do campo e dar visibilidade a pontos cegos, não percebidos anteriormente por mim, pelas minhas implicações com a pesquisa.

Santos (2017, p. 54), em sua pesquisa cartográfica, também utilizou o diário de campo e o descreveu como “um instrumento para a pesquisadora ver, ouvir e falar sobre o campo de pesquisa”.

Assim, o diário de campo, nesta pesquisa, também se constituiu como um instrumento de produção de dados.

Dando seguimento às ferramentas cartográficas, no período em que estive no campo para observações participantes, com a coordenadora da UBS, escolhemos uma das equipes de saúde da família para participar da construção do fluxograma analisador, a partir de um caso traçador.

Inicialmente, minha proposta para a escolha da equipe tinha como recomendações: que fosse uma equipe completa, ou seja, que não apresentasse falta de algum profissional previsto para contratação; que seus membros estivessem trabalhando juntos há pelo menos um ano.

Porém, conforme apresento no Capítulo 4, esse processo de escolha ocorreu a partir de necessidades sentidas no campo de pesquisa, de adaptação ao processo real do cotidiano dos sujeitos. Imprevistos e outros atravessamentos imperaram.

Após a escolha, uma conversa com essa equipe serviu para propor o fluxograma, com uma explicação breve sobre o que é e quais são os objetivos da ferramenta, e que seria utilizada a partir da discussão de um caso traçador.

A equipe aceitou participar e, então, fiz algumas recomendações para a escolha do sujeito: estar em acompanhamento pela equipe há mais de seis meses, e seu caso já ter sido pauta de discussão em reunião de equipe. O intuito era que já tivessem ocorrido movimentos, encontros, contratos, ações, entre esse usuário e a equipe de saúde.

A equipe efetuou a escolha durante reunião da qual não participei e mais adiante, nesta Tese, no Capítulo 4, será apresentado como foi esse processo.

O fluxograma é uma representação gráfica das etapas do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços (MERHY, 2013).

Tal ferramenta dispara a coletivização do gerenciamento dos processos de trabalho e possibilita revelar problemas existentes que antes permaneciam invisíveis com a “automatização” do trabalho (FRANCO; MERHY, 2013c).

A representação gráfica, conforme Figura 1, inclui três símbolos convencionados universalmente: Elipse, representando a entrada ou saída de um processo de produção de serviço; o Losango, representando momentos de processo decisório; e Retângulo, indicando o processo de intervenção (FRANCO; MERHY, 2013c).

**Figura 1** – Exemplo de fluxograma analisador



**Fonte:** FRANCO, T. B. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. (2013b p. 301-337).

A reunião para a construção do fluxograma ocorreu em data agendada previamente com a equipe. Todos os membros da equipe foram convidados a participar desse momento, e todos estavam presentes. Com o consentimento de todos, as falas foram gravadas e posteriormente transcritas, e outras impressões sutis, que não são captadas pelo gravador, mas pela atenção da cartógrafa, foram registradas no diário de campo.

Para o fluxograma, traçamos um percurso de ações, fluxos, relações, sensações, conexões, quebras, conflitos, inovações, ocorridas ao longo do acompanhamento do caso escolhido. Foi ferramenta importante para mapear e construir narrativas dos movimentos da equipe no acompanhamento de Joana.

Conforme será apresentado nos Capítulos 4 e 6, o fluxograma foi um importante dispositivo que deu visibilidade a nós e potências presentes na gestão do cuidado da equipe.

Ao final da “reunião de construção” do Fluxograma, surgiu a necessidade de mais um encontro para explorar, com mais delicadeza, as intensidades surgidas até então. Com a autorização de toda a equipe, foi realizada, portanto, uma “reunião de

validação” do fluxograma, apresentada no Capítulo 6 desta Tese. Na reunião as vozes foram gravadas, com o consentimento dos participantes.

Continuando nas ferramentas cartográficas, foi realizada uma entrevista semiestruturada com a usuária do caso escolhido pela equipe.

Para essa entrevista, desencontros, quebras, palpites, buscas e tempos de espera ocorreram e são apresentados, nesta Tese, no Capítulo 5. São reflexos da complexidade do cotidiano das unidades de saúde e dos percursos dos usuários em seu caminhar na vida e em busca de cuidados.

A entrevista, após alguns percalços, aconteceu, no tempo em que a cautela, o respeito e a ética foram considerados.

O local, a hora e data foram acordados com a usuária em questão, respeitando a ética e o sigilo para a aplicação dessa técnica de pesquisa. Tive o apoio da equipe que faz o acompanhamento de saúde dessa usuária, para a entrevista. Conversas anteriores e posteriores ao dia da entrevista configuraram o apoio tanto para a pesquisadora quanto para a usuária.

A entrevista com a usuária teve o objetivo de acessar as experiências de seu acompanhamento de saúde, suas necessidades, aflições, seus apoios, suas estratégias, e as subjetividades produzidas nos encontros com a equipe de saúde. Buscou-se o acesso não só às suas reflexões “sobre” suas experiências, mas o “acesso à experiência ‘na’ fala” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 99).

Isso porque a entrevista, na cartografia, é praticada como ferramenta para a construção e o acesso ao plano compartilhado de forças da experiência, e é capaz de acompanhar os movimentos presentes nas falas, bem como provocar mudanças (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014).

Na pesquisa cartográfica, a entrevista não visa apenas obter o conteúdo do dito, mas também estar atenta aos signos que compõem a linguagem e que “carregam as intensidades da experiência”: variações de entonação, ritmo, velocidade, silêncios, tropeços, gestos. “Os signos exalam os afetos ligados à vida, que agora circulam juntos, modulando o dizer, produzindo a vivacidade da linguagem” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 99).

Considerei um encontro com a usuária suficiente para contemplar o objetivo proposto, e não foram necessários novos momentos. Inicialmente, foi norteadada por

questões básicas relacionadas ao objetivo do trabalho, que foram readaptadas, aprofundadas, ampliadas, conforme o andamento da entrevista (ANEXO C).

Com o consentimento da usuária, o momento foi registrado em gravador de voz e, posteriormente, transcrito. Assim como para todas as outras ferramentas cartográficas desta pesquisa, impressões sutis que não são captadas pelo gravador, mas pela atenção da cartógrafa, foram registradas no diário de campo.

Durante toda a produção dos dados, minha atenção assemelhou-se à atenção de um cartógrafo. Kastrup (2009, p. 35-36) indica uma “atenção flutuante”, que se mantém “suspensa”, “aberta”, sem dirigir atenção para algo específico. Em uma concentração sem focalização, como forma de vasculhar, em um olhar aberto e, ainda assim, sensível, concentrado, em uma sintonia fina ao problema, para captar o movimento das forças em circulação.

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Após o período de imersão no campo e a realização das ferramentas cartográficas, estive diante de um material rico, heterogêneo, e em grande quantidade. Mas, por um certo tempo, me sentia perdida, e a escrita não fluía.

Minha implicação como profissional da saúde do SUS, como enfermeira da ESF, como enfermeira do município de Indaiatuba/SP, parecia embaçar minhas lentes cartográficas. A escrita não fluía, porque buscava escrever sobre uma realidade ideal? Minhas lentes embaçadas buscavam um decalque de uma realidade ideal e não enxergavam a produção rizomática da experiência construída legitimamente com os sujeitos de pesquisa?

A Esquizoanálise é entendida, nesta Tese, como a introdução de uma nova imagem do pensamento: “Nada de ponto de origem ou de princípio primordial comandando todo o pensamento; portanto, nada de avanço significativo que não se faça por bifurcação, encontro imprevisível, reavaliação do conjunto a partir de um ângulo inédito” (ZOURABICHVILI, 2004, p. 52). Pensar não como representar, e sim como experimentação.

Foi necessário buscar novas conexões que me desterritorializaram de modos representativos de pensar o conhecimento. Cursos, filmes, músicas; período de

afastamento do meu trabalho, por um tempo do meu agir como enfermeira; encontros do grupo de pesquisa; encontros com a orientadora; outras forças, outros movimentos, outras composições foram sendo sentidas por mim.

Segundo Baremlitt (2010, p. 46), a proposta de “método” de Deleuze e Guattari é o do “*bricoleur*”, na junção de elementos heterogêneos, que não tem nada a ver entre si. O importante é a singularidade, a diferença absoluta.

Tantas produções e análises que estavam ali, que já tinham sido produzidas com os sujeitos de pesquisa na imersão no campo. Dados e análises que continuavam a ser produzidos e atualizados, já fora do campo, em conexões com o grupo de pesquisa, os livros, os autores, os conceitos; com cursos, palestras, filmes, músicas, caminhadas, e tantas outras conexões que se estabeleciam.

É preciso esclarecer que a análise está sendo apresentada em um subcapítulo à parte, porém, o caminho da pesquisa cartográfica pressupõe que os momentos da produção, análise e discussão de dados aconteçam simultaneamente. Como o ato de caminhar, que é constituído por “passos que se sucedem sem se separar”, em um movimento contínuo, desenhado pelo anterior e pelo que vem em seguida. E essa tônica da processualidade está, igualmente, presente no momento da escrita (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 59).

A análise dos dados culminou na produção de narrativas das subjetividades que circularam nas reuniões do Fluxograma, na entrevista com a usuária, e em cenas da observação participante. Essas narrativas apontam movimentos da gestão do cuidado equipe-usuária e da processualidade da experiência produzida pela cartógrafa e pelos sujeitos da pesquisa, em conjunto.

De acordo com a opção metodológica, foram feitas as leituras dos registros no diário de campo; a leitura das transcrições, do desenho esquemático do fluxograma analisador; conversas com a orientadora e com o grupo de pesquisa; caminhadas, entre outras experiências. Durante todo esse processo, fui guiada pelos “gestos atencionais” (KASTRUP, 2009).

O caráter inventivo do método cartográfico necessita que a atenção do cartógrafo seja ativada, como “uma atenção à espreita”, que esteja aberta à captação do inesperado. Conseqüentemente, é necessário desativar ou inibir a atenção seletiva, que, em geral, domina o funcionamento cognitivo do pesquisador (KASTRUP, 2009, p. 39).

A dinâmica atencional ajuda a pensar o conhecimento como composição, como um trabalho de invenção através do cartógrafo, mas não por ele, pois não há agente da invenção (KASTRUP, 2009).

Finalizando, a intenção desta pesquisa-intervenção foi possibilitar aos sujeitos envolvidos a reflexão e uma revisitação das práticas de cuidado. O propósito foi dar passagem para elementos até então não visíveis na gestão do cuidado, como forma de contribuir com novos componentes conceituais, uma nova abordagem do tema, e possibilidades de inovações na prática de cuidado dos profissionais na APS.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo ocorreu em conformidade com as orientações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e levou em conta os princípios éticos exigidos para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme os passos descritos a seguir (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013):

- O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, e à Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba. A pesquisa em campo teve início somente após sua aprovação;
- Após aprovação do Comitê de Ética, os sujeitos da pesquisa foram consultados quanto ao seu desejo, ou não, de participar do estudo, após os esclarecimentos necessários. Foram informados de que a recusa, ou retirada do consentimento de participar, poderia ser feita a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, sem nenhum prejuízo para eles. O consentimento dos participantes foi feito por escrito, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos profissionais e pela usuária do caso escolhido (ANEXOS D e E).

Em relação ao anonimato dos participantes e confidencialidade das informações, foram tomados os seguintes cuidados éticos:

- Os nomes dos sujeitos de pesquisa apresentados nesta Tese são fictícios, para garantir a não identificação desses profissionais;

- O nome da unidade de saúde apresentado nesta Tese também é fictício, contribuindo para a preservação da confidencialidade e do anonimato;
- A pesquisadora firmou, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba/SP, a confidencialidade sobre a unidade de saúde e equipe de saúde da família escolhidas para o estudo (vide Termo de Autorização de Pesquisa – ANEXO B);
- A pesquisadora firmou, junto à equipe de saúde da família, que indicou um usuário para sujeito da pesquisa, manter a confidencialidade sobre essa informação, assim como já mantém no cotidiano de sua prática na relação profissional da saúde e usuário de saúde, para preservação da ética, contribuindo assim para a não identificação do sujeito de estudo.

### 3.5 CONHECENDO A UBS SILVESTRE

A UBS Silvestre está localizada em uma região periférica do município de Indaiatuba/SP e construída em um amplo terreno com declive, um nível abaixo da rua. Logo após passar o portão que dá acesso ao terreno da unidade, pela calçada da rua, há uma escada e também uma rampa, utilizadas para descer e acessar a porta da unidade.

Trata-se de uma construção de alvenaria com telhado aparente e janelas amplas de madeira. Ao redor da unidade, há muitas árvores, grama e sons de pássaros. A sensação é estar em uma casa de chácara, sítio, ou fazenda.

Na mesma rua da unidade, logo em frente, há uma escola de grande extensão que funciona como creche e escola municipal de educação básica infantil. No terreno ao lado da unidade, também funciona uma escola municipal de educação básica do ensino fundamental. E em uma grande construção, aos fundos do terreno da unidade, funciona um Centro Esportivo, destinado aos projetos da Secretaria de Esporte do município para crianças e adolescentes.

Para chegar à unidade passa-se por um bairro com fazenda, chácaras e condomínios de alto padrão, que compõem a área de abrangência da UBS, e contrastam com outros bairros de casas mais simples e pequenos sítios, ou roças, em outra área de abrangência da unidade.

Entrando pela porta principal da unidade, chega-se a um saguão com cadeiras dispostas em fileiras, algumas viradas para o balcão da recepção e outras viradas para a lateral direita e lateral esquerda do ambiente.

Em cada lateral do saguão, há acesso para outra parte da unidade. Do lado esquerdo, acessa-se a sala de espera dos consultórios, que também dá acesso à sala de coordenação, e ao corredor que leva aos consultórios médicos; à sala de coleta de Papanicolau; sala de observação e procedimentos; sala de vacina, expurgo e esterilização; copa e cozinha. Do lado direito do saguão, uma porta leva a uma grande sala onde ficam os ACS, e outra porta leva à farmácia, à sala de pré-consulta e sala do Nasf.

A recepção, localizada no saguão principal, tem um balcão com três computadores e, aos fundos, em uma pequena sala, ficam dispostos os prontuários dos pacientes cadastrados na unidade.

A unidade possui duas equipes de saúde da família: a equipe Verde, que é formada pela enfermeira Patrícia e a médica cubana do Programa Mais Médicos<sup>13</sup>, Vilmaris; por cinco ACS, que atendem a seis micro-áreas (uma micro-área está sem agente comunitário); uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. A equipe Rosa é formada pela enfermeira Carol, a médica Marina, e três ACS para cinco micro-áreas (duas micro-áreas estão sem agente comunitário) e dois técnicos de enfermagem, Irene e Wesley. A equipe Rosa ainda atende a um território chamado “fora de área”, que já fica no município de Belvedere, na divisa com Indaiatuba.

Há um modelo misto de atenção, pois, além das equipes de saúde da família, também possuem um ginecologista, um pediatra e dois médicos clínicos gerais.

A unidade ainda conta com um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma farmacêutica, uma fonoaudióloga (que participa uma vez por semana de projeto em escolas), duas recepcionistas, um técnico de farmácia, e uma faxineira. Também tem o Nasf, como indica a enfermeira Patrícia, “*mas eles são um departamento à parte*”.

Todos os consultórios e a maioria das salas referidas possuem pelo menos um computador. O agendamento de consultas médicas, de enfermagem, de alguns procedimentos de enfermagem e encaminhamentos para especialidades, ocorre a

---

<sup>13</sup> Programa do Governo Federal, lançado em julho de 2013, com objetivo de reduzir desigualdades no acesso à APS no Brasil. Dentre as ações prevista está a provisão emergencial de médicos em áreas prioritárias para o SUS com redução das desigualdades distributivas (BRASIL, 2013).

partir de um sistema de informação da Secretaria Municipal da Saúde. A unidade também está passando por transição entre prontuário físico e o uso do prontuário eletrônico, que também é operacionalizado pelo mesmo sistema de informação.

No período em que estive na UBS, participei das seguintes atividades desenvolvidas pelas equipes:

- Reuniões gerais: acontecem uma vez por semana, com duração de aproximadamente uma hora. Participam os profissionais das equipes Verde e Rosa, assim como uma recepcionista, e a equipe de odontologia. São conduzidas pela enfermeira coordenadora da UBS, ou, na sua ausência, pela outra enfermeira da UBS. Os profissionais do Nasf e os médicos especialistas não participam. Participei de quatro reuniões gerais.
- Reuniões de equipe: acontecem uma vez por semana, por cerca de três horas. Participam os profissionais da equipe Rosa. A equipe Verde não realizou reuniões de equipe durante o período de vigência desta pesquisa. Participei de uma reunião da equipe Rosa.
- Reuniões com o Nasf: acontecem uma vez por mês, com duração de cerca de três horas. Participam os profissionais da equipe Rosa e os profissionais do Nasf. A equipe Verde não realizou reuniões com o Nasf durante o período de vigência desta pesquisa. Participei de uma reunião do Nasf com a equipe Rosa.
- Reunião de planejamento: foi sugerida pela médica da equipe Rosa, durante uma reunião geral, para discutir propostas destinadas ao ano de 2017. Fui convidada a participar pela coordenadora da unidade. Segundo a coordenadora da unidade, este foi o primeiro ano em que ocorreu esse tipo de reunião. Em duas tardes de trabalho, participaram os profissionais das duas equipes, assim como uma recepcionista, e a equipe de odontologia. Os médicos especialistas e os profissionais do Nasf não participaram. Na segunda reunião, participou também uma profissional da equipe de educação continuada da Secretaria Municipal de Saúde.
- Atividades com a comunidade: no período de observação participante, fui convidada a participar em dois momentos de atividade com a comunidade. Uma de caráter pontual, realizada em parceria com a Escola Municipal de

Ensino Fundamental vizinha da UBS, no Dia da Família na Escola. Outra, de caráter permanente, é o dia do encontro do Grupo Lótus, realizado entre a médica da equipe Rosa e uma educadora física de outro serviço de saúde. Trata-se de um grupo de prática corporal chinesa e de convivência realizado no galpão de uma Igreja, na área de abrangência mais afastada e rural da UBS.

### 3.6 SUJEITOS ENVOLVIDOS

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa foram:

- Os profissionais de saúde da UBS Silvestre, que fizeram parte da observação participante realizada pela pesquisadora (Quadro 1).

**Quadro 1** – Sujeitos do estudo segundo nome fictício, função e tempo de trabalho na UBS Silvestre

Nome Fictício	Função	Tempo de Trabalho na UBS Silvestre
Clarice	Recepcionista	14 anos
Beatriz	Agente comunitária de saúde equipe Verde	3 anos
Pedro	Agente comunitária de saúde equipe Verde	5 anos
Rosana	Agente comunitária de saúde equipe Verde	8 anos
Gabriela	Agente comunitária de saúde equipe Verde	1 ano
Fabiana	Agente comunitária de saúde equipe Verde	5 anos
Vilamaris	Médica de família equipe Verde	3 anos
Patrícia	Enfermeira equipe Verde	8 anos
Raiane	Técnica de enfermagem equipe Verde	3 anos
Mário	Dentista	15 anos
Wesley	Técnico de enfermagem equipe Rosa	3 meses
Irene	Técnico de enfermagem equipe Rosa	3 anos
Paulo	Agente comunitária de saúde equipe Rosa	2 anos
Vera	Agente comunitária de saúde equipe Rosa	3 anos
Dione	Agente comunitária de saúde equipe Rosa	3 anos
Carol	Enfermeira equipe Rosa	5 anos
Marina	Médica de família equipe Rosa	4 anos
Lis	Psicóloga da equipe NASF	1 ano
Claudia	Assistente Social da equipe NASF	3 anos

**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados da pesquisa.

- Os profissionais da equipe de saúde da família Rosa, conforme será apresentado ao longo desta Tese, participaram da elaboração do fluxograma analisador do modelo de atenção à saúde.
- Constituiu-se também, como sujeito desta Tese, uma usuária, que faz acompanhamento de saúde com a equipe Rosa, a partir de sua participação em uma entrevista semiestruturada com a pesquisadora.

### 3.7 ESTREIA DA CARTÓGRAFA EM CAMPO

Com a pesquisa devidamente autorizada, faço minha primeira entrada no campo de pesquisa. Chego na UBS Silvestre logo cedo, portando cópias do TCLE para entrega aos profissionais da unidade, além de meu diário de campo: um pequeno caderno e uma caneta.

Entro pelo saguão e vou direto para a recepção da unidade, onde há uma funcionária, jovem e simpática, que me recebe. Digo que tenho uma reunião com a enfermeira Patrícia. Ela pergunta meu nome e diz que vai chamá-la. Logo volta e me indica para seguir até o consultório de Patrícia.

Chego até o consultório de Patrícia, que estava sentada utilizando o computador. Ela sorri e nos cumprimentamos. Ela me pede para sentar. Patrícia parece um pouco desconcertada, sem jeito, com minha presença.

Pergunto se recebeu algo da pesquisa, pois a Secretaria de Saúde havia me informado que a UBS receberia uma cópia do resumo do projeto. Ela diz que não e me pergunta como é a pesquisa. Converso sobre o tema da gestão do cuidado. “*Nossa, complicado, né?*” ela diz. Descrevo o caminho metodológico sugerido; as etapas da minha presença na unidade; a proposta diferenciada de considerar os sujeitos da pesquisa como criadores desse processo com o pesquisador. Enquanto falo, a enfermeira vai acenando pra cima e para baixo com a cabeça, em alguns momentos, com os olhos bem abertos (de espanto?) e no final diz: “*Nossa!*”. O que há nesse não verbal e verbal? Pensamento de “muita coisa, muito o que fazer”?

Patrícia me faz questionamentos a respeito da UBS no qual trabalho como enfermeira nesse mesmo município. Fala sobre os problemas enfrentados na UBS Silvestre e que também acontecem na UBS em que trabalho: a saída dos médicos

cubanos pela finalização do contrato no Programa Mais Médicos. “Ninguém fala nada!”, diz Patrícia, em relação à falta de informação por parte da Secretaria de Saúde de como ficará a reposição desse profissional. Questiona se, na UBS em que trabalho, estamos sabendo de algo. Também não! Fico sem jeito, aflita por retomar ali meu papel como pesquisadora e não como enfermeira de outra UBS. Percebo que não será possível, pois sou sujeito “totalmente” implicado e deixo a conversa fluir.

Passamos a conversar, então, sobre a UBS Silvestre, até que ela me chama para tomar um café e vamos até a cozinha. Há, ali, alguns funcionários sentados à mesa tomando café. Os olhares são desconfiados, com a minha chegada.

Na volta do café, seguimos até a sala de espera dos consultórios, onde já estavam sentados em roda quatorze profissionais aguardando o início da reunião geral. Há duas cadeiras livres, uma ao lado da outra. É onde Patrícia e eu nos sentamos. O silêncio instala-se, com nossa chegada.

Reproduzo agora um trecho do diário de campo que dá sequência a essa cena.

*Olho ao redor e vejo 14 profissionais sentados em roda, em uma sala de espera que possui uma janela ampla ao fundo, aberta, árvores na paisagem, portas de correr que saem para o salão da recepção com as portas fechadas. Maioria dos profissionais sem jaleco, agentes comunitários com camisetas de programas da Secretaria de Saúde (dengue ou proteção aos animais ou programa DST/Aids, etc.)*

*Patrícia me pergunta se desejo começar e digo que seja da forma que for melhor para eles. Percebo que todos mantêm-se em SILÊNCIO e digo que posso, então, começar para assim já me apresentar para todos, já que devem estar todos curiosos com uma pessoa diferente no ambiente. Marina diz em tom de descontração “Quem é essa espiã aqui?” e eu digo “Pois é, deixe eu me apresentar então para todos”.*

*Início minha apresentação, dizendo que sou enfermeira da UBS Mercedes, pois senti a necessidade de me mostrar como semelhante que sou. Estudante de doutorado, que está trazendo o convite para participarem da pesquisa sobre gestão do cuidado na atenção básica. Explico que a unidade para realização da pesquisa foi uma indicação da Coordenação da Atenção Básica. Falo sobre as formas como será realizada a produção de dados e que não serei uma “espiã” nem uma avaliadora. E que caso aceitem o convite devem assinar o TCLE. Explico sobre algumas questões presentes no TCLE (desistência da participação a qualquer momento, não remuneração por participação na pesquisa, entre outras).*

*Percebo que conforme vou falando as pessoas mantêm-se em silêncio, o que causa angústia em mim. Ao final, pergunto se há alguma dúvida, alguma pergunta. Silêncio...*

*Marina diz: “Boa sorte, a gente cansou só de te ouvir explicar...bem trabalhosa” e continua perguntando se essa pesquisa também está sendo desenvolvida em outros lugares, outras UBSs, se é comparativa? Digo que não tem intenção de ser comparativa ou ser aplicada em vários lugares, busca a singularidade do processo de trabalho em uma unidade de saúde. Digo também que tem outra pesquisa sendo desenvolvida em São Paulo*

*sobre gestão do cuidado, mas é voltada para a saúde mental (SANTOS, 2017).*

*Passo o TCLE para cada funcionário presente e Patrícia me pergunta: “Eles podem entregar depois né?”. Digo que sim, e ela diz para todos que depois que eles assinarem, entreguem para ela e ela me entrega na próxima semana.*

*Enfermeira Carol que estava sentada próxima a mim diz: “Você em uma unidade grande...vem pra cá...e pra você fazer lá?”. E falo sobre a dificuldade de fazer em minha unidade pela dificuldade de separação entre os dias que estarei como enfermeira e os dias que estarei para observação. Aproveito para falar que ali serei uma pesquisadora, querendo entender sobre a gestão do cuidado nesta unidade e não uma enfermeira de outro posto de saúde da cidade.*

*Sobram alguns termos em branco e algumas pessoas dizem: “tá faltando fulana”, “e pro pessoal do Nasf?” e Patrícia diz: “quando ela voltar a gente entrega pra ela também”, “o Nasf acho que você não vai precisar né, eles são à parte?”. E digo que caso eles participem de alguma reunião ou observação que eu realizar, ofereço o termo da pesquisa para eles.*

*Peço para que eles se apresentem para conhecê-los, com nome e tempo de trabalho na unidade (diário de campo).*

Durante minhas primeiras idas ao campo, ainda tímida e insegura, sentia-me “fora do lugar”, “perdida”, em alguns momentos “atrapalhando” a dinâmica intensa de trabalho. Em outros momentos, ficava indecisa se cedia ao ímpeto de “por a mão na massa” e tomar condutas enquanto enfermeira. Além disso, havia os sinais iniciais de certa desconfiança por parte dos sujeitos de pesquisa, como a fala referindo-se à “espiã”; olhares desconfiados e falas em busca de comparação entre a forma como alguma atividade era exercida nesta UBS e na UBS na qual atuo como enfermeira nesse mesmo município.

Ao longo do processo, fui conquistando uma presença mais fluida na UBS, e a confiança e o interesse dos sujeitos. Assim, logo começaram a me chamar espontaneamente para participar das atividades; alguns procuravam-me para rápidas conversas, e até fui incluída no “livro das pérolas”, construído pelos ACSs para registrar falas engraçadas ocorridas no cotidiano de convívio dos profissionais.

Lima, Almeida e Lima (1999) também relataram uma desconfiança inicial com a presença do pesquisador em campo, que se atenuou conforme os observadores foram se tornando mais conhecidos. Queiroz et al. (2007) apontam uma fase inicial, na observação participante, de aproximação do pesquisador ao grupo em estudo, quando este precisará trabalhar com as expectativas, os bloqueios e as desconfianças do grupo.

Nesse dia, quando saí da UBS, logo fiz os registros no diário de campo. Ao relê-lo, percebi o início de um movimento de desterritorialização desta cartógrafa. Ainda confusa, cambaleante, entre ser enfermeira e ser pesquisadora. Buscando tornar-me cartógrafa. Algo processual, que foi acontecendo durante as vivências, os encontros e as conexões ao longo da experiência da pesquisa.

Finalizada a apresentação do percurso metodológico traçado para esta pesquisa, seguem os Capítulos 4, 5 e 6, que abrangem os movimentos da gestão do cuidado equipe-usuária, que foram possíveis cartografar, a partir da experiência construída e compartilhada pela pesquisadora e sujeitos da pesquisa.



# **CAPÍTULO 4**

## **FLUXOGRAMA ANALISADOR: EQUIPE E SEUS MOVIMENTOS**

---



## FLUXOGRAMA ANALISADOR: EQUIPE E SEUS MOVIMENTOS

Neste capítulo, descrevo os movimentos da equipe na gestão do cuidado de uma usuária, produto do acompanhar desta cartógrafa junto aos sujeitos desta pesquisa, tendo como principal dispositivo, o fluxograma.

Durante minhas idas ao campo para as observações participantes, havia certa definição de que a equipe Verde participaria do fluxograma.

Em meu primeiro contato com a enfermeira da equipe Verde e coordenadora da UBS Silvestre, Patrícia, conversamos sobre a pesquisa e a indicação dessa UBS pela Secretaria de Saúde do município. Na conversa, Patrícia comentou que já havia adiantado o assunto com sua equipe, que aceitava a proposta.

No decorrer da pesquisa, Patrícia foi sinalizando o tempo possível de sua equipe para o Fluxograma: dentro de poucas semanas ocorreria o desligamento da médica de sua equipe, Vilmaris, devido à finalização do contrato no Programa Mais Médicos. Patrícia lidava com uma indefinição, por parte da Secretaria de Saúde, de quando ocorreria a reposição dessa profissional na equipe. E havia ainda a possibilidade de Patrícia ficar um tempo afastada para submeter-se a um procedimento cirúrgico.

Acontecimentos da vida e do trabalho, impossíveis de serem previstos nos cronogramas e nas metodologias dos projetos de pesquisa! Tempos da vida, tempos do trabalho, tempos da pesquisa!

Diante de tais sinais, fiquei num impasse entre manter a realização do fluxograma com a equipe Verde, pois o tempo dessa equipe não estava compatível com o tempo da pesquisa e da pesquisadora, ou ofertar a troca para a equipe Rosa.

Nas conversas com a orientadora, que eram como brisas que traziam tempo de respirar e sentir novos aromas, decidimos por trazer essa questão temporal para analisar com Patrícia. E assim foi. Com Patrícia, percebemos que, nesses tempos, cabia fazer a oferta da construção do fluxograma para a equipe Rosa.

Conversei com a enfermeira Carol, da equipe Rosa, e retomei a proposta do fluxograma, que já havia comentado na reunião geral de apresentação da pesquisa. Sondei se a equipe dela aceitaria a proposta: “Claro!”, foi a resposta.

Em conversa com a equipe, no tempo indicado por seus componentes, apresentei breve explicação sobre como seria a dinâmica da reunião do fluxograma e

quais eram os objetivos dessa ferramenta. Conversamos também sobre as recomendações da escolha do sujeito a ser investigado: estar em acompanhamento pela equipe há mais de seis meses, e o caso já ter sido pauta em reunião de equipe para discutir a elaboração de plano de cuidados. Definimos também a data e o horário para a reunião.

Estava apreensiva em relação ao fluxograma, por isso preparei-me relendo pesquisas que utilizaram a ferramenta, como Pigozi (2016); Santos (2017); Soares (2016); Martines (2011), e conversando com colegas pesquisadoras do Grupo de Pesquisa. Preparei materiais para levar, como cartolinas, canetas, gravador de voz testado e retestado, e retomei o objeto e objetivo da pesquisa.

No dia agendado para a reunião, cheguei na UBS Silvestre com um pouco de antecedência ao horário combinado com a equipe. Encontrei a enfermeira Carol em seu consultório, finalizando anotações em prontuário. Saudosamente me recebeu e disse que a médica de família da equipe Rosa, Marina, estava finalizando um grupo na área, mas, caso quisesse, já poderíamos começar. Perguntei sobre os demais integrantes da equipe e faltava apenas Marina. Preferi esperar para que todos estivessem juntos desde o início do processo.

Carol perguntou em qual sala seria melhor fazermos a reunião, sugeri algum consultório. Costumeiramente, essa equipe realiza suas reuniões na sala dos ACS, a qual, apesar de ser ampla, sofre interferências de outras pessoas que circulam no mesmo ambiente. Preocupei-me em manter protegido o ambiente, para que a equipe estivesse confortável e segura para falar.

Carol opta pelo consultório da Marina, por ser mais amplo e porque *“lá tem ar-condicionado”*. Novamente questiona se não seria melhor iniciar sem a Marina, que normalmente demora a chegar do grupo. Está preocupada com o tempo. Digo que poderíamos esperar mais um pouco e que, se ela não chegasse, começaríamos. Logo em seguida, Marina chega.

Fomos, então, para o seu consultório e, aos poucos, toda a equipe vai chegando e se acomodando.

Já havia certo tempo de contato, entre nós, afinal, estive em circulação pela UBS durante três meses, para as observações participantes, conforme descrito no Capítulo 3. Todos os que estavam ali na sala já haviam mantido pequenos “encontros” comigo. Uma breve conversa, uma troca de olhares nos corredores, uma visita domiciliar

juntos, reuniões gerais, reunião de equipe e reunião de Nasf juntos, ou um breve tempo na cozinha. Isso pode ter contribuído para um clima mais leve no início da reunião.

Fui preparando os materiais e, enquanto isso, a equipe conversava entre si, e já ouvia algumas risadas e brincadeiras.

Servi uma caixa de bombons. Ficaram animados e logo foram passando a caixa de mão em mão para que cada um escolhesse seu bombom. Um agrado, um cuidado, afinal, faltavam poucas horas para o final do expediente da manhã!

Estávamos em um consultório médico típico, com uma mesa disposta de forma que a cadeira do profissional estava de um lado da mesa e, do lado oposto, duas cadeiras, uma para o paciente e outra para o acompanhante. A maca estava encostada na outra parede. Em cima da mesa, alguns prontuários e o computador.

Marina sentou-se em sua cadeira; Carol sentou-se na cadeira do paciente, e os demais profissionais trouxeram mais cadeiras e formaram uma roda. Participaram da reunião, além de Carol e Marina, os ACS Paulo, Vera e Dione, e os técnicos de enfermagem Irene e Wesley.

Carol questionou a equipe: *“Nosso caso vai ser a Joana Lourenço mesmo?”*. Marina afirmou com convicção: *“Joana Lourenço [...] A família Lourenço, né!”* complementou. O ACS Paulo já estava com uma pilha de prontuários em seu colo: *“Já tá tudo aqui!”*.

Quanta expectativa surgiu nesse momento!

Trouxe uma cartolina com informações rápidas sobre a pesquisa, contendo título, objetivo e instrumentos, para retomá-los com a equipe e situá-la sobre o desenvolvimento da pesquisa até aquele momento. E também uma cartolina com os símbolos do fluxograma para desenvolver sua construção.

Colei os cartazes na parede do consultório de forma a facilitar a visualização e servirem de bússola. Todos da equipe começaram a percorrer os olhos por eles, em silêncio.

*“Isso aí... cardápio de intervenções [Carol diz a expressão que está escrita no cartaz] Vixi Maria! Vai ser arroz, feijão [...] com sobremesa e tudo!” e todos riem.*

*Afinal, estávamos a duas horas do horário de almoço!*

Marina começa a ficar apreensiva:

*Não sei se vai dar certo [...] Ela saiu e não quer voltar nunca mais né... intervenção dela foi assim né? [...] Este fluxo é muito difícil... fazer né? [...] Será que é melhor a gente pegar, como caso índice, o filho?*

[Silêncio.]

*Como é focado em um paciente, pensei da gente pegar o filho... talvez facilite, porque a vida dele é mais curta... e a gente só coloca isso aqui como dificuldades... da mãe... tudo mais... (diz Marina).*

[Silêncio.]

Vida mais curta. Parece que há tentativas para agilizar o fluxograma?

Marina começa a ficar preocupada com a proposta e sua complexidade. Faz tentativas de demarcar um começo cujo caminho já esteja previsto e explicado, um caminho mais curto, mais inteligível, mais superficial? Mais seguro? E responder a uma demanda trazida por mim, pesquisadora, de forma mais ágil?

Talvez fosse efeito do desenho esquemático e linear do fluxograma representado no cartaz, diante da complexidade do caso escolhido. E parece haver complexidade, dificuldades e incertezas sobre a intervenção direcionada a Joana, que foi assim: “*Saiu e não quer voltar nunca mais*”.

Houve, portanto, um momento em que a equipe ficou indecisa quanto ao caso. Escolher o caso de Joana também seria escolher revisitar e expor essas incertezas, dificuldades e complexidade?

A proposta do fluxograma é disparar reflexões sobre os processos de trabalho instituídos, conforme apontado no subcapítulo 3.2 desta Tese. E, a partir do que experienciei nos momentos de observação participante, parecem não ser frequentes os processos coletivos e profundos de análise e reflexão crítica no trabalho e para o trabalho, o que pode estar causando certa estranheza, algum espanto e até insegurança.

Em revisão bibliográfica sobre o processo de trabalho da ESF, Souza e Abrahão (2010) discutem que são necessárias reflexões sobre os processos de trabalho desenvolvidos com implementação de processos de autoanálise.

A reunião de equipe é um dos espaços potentes para discussão coletiva das práticas e problemáticas do trabalho, além de organização e planejamento de ações

sendo necessário, no entanto, desburocratizar este momento e evitar automatismos. O “jeito de estar” em reunião promove diferenças. “Estar em um ambiente que provoque pensamentos questionadores, que valorize o indivíduo e o grupo, que leve em conta a sintonia das relações afetivas são fatores determinantes no processo de criação” (CRUZ et al., 2008, p. 178).

Na UBS Silvestre, reuniões de equipe semanais acontecem na equipe rosa, e reuniões gerais semanais também, sendo espaços potentes para disparar processos reflexivos. Uma das equipes, porém, não estava conseguindo realizar reuniões de equipe há um algum tempo, o que pode perder potência coletiva desta equipe.

Nas reuniões semanais da equipe rosa e nas reuniões gerais que participei, percebi que são espaços importantes para a organização do processo de trabalho, divulgação de informes, discussão de casos, desabafos, confraternizações, e encontro. São, em sua maioria, coordenadas e conduzidas pelas enfermeiras e com uma predominância de falas das médicas e enfermeiras. São momentos que problemáticas importantes vividas no cotidiano de trabalho são levantadas, em momentos de desabafos e “lamentações”, porém, na maioria das vezes, não se aprofunda a discussão. Algumas das lamentações foram recorrentes em reuniões posteriores, como por exemplo, as queixas da equipe da grande quantidade de “atendimentos no acolhimento”.

Reuniões mais horizontalizadas, com “des-hierarquização das relações”, valorização dos saberes de todos profissionais que compõe a equipe de saúde, podem fortalecer a equipe, transformar o trabalho, gerar motivações, e criar suporte para enfrentar desafios (CRUZ et al., 2008, p. 172).

Feuerwerker, 2014, também traz reflexões sobre a importância de processos autoanalíticos nas unidades de saúde:

“olhar para si”, mas mais do que isso, significa montar e desmontar mundos, conseguir operar movimentos de desterritorialização e reterritorialização em relação à práxis de produção do cuidado. O trabalhador da saúde que não faz esses movimentos, não consegue “cuidar de si”, tende a permanecer aprisionado na plataforma organizacional que conduz a produção do cuidado em uma Unidade de Saúde pelas linhas do instituído, capturado intensamente pelas lógicas hegemônicas capitaneadas pelos modos de agir das profissões de saúde encasteladas cada uma em si mesma” (FEUERWERKER, 2014, p 103-104)

Os processos de autoanálise são fundamentais para que os profissionais da saúde possam ser protagonistas de mudanças nas práticas de saúde. Feuerwerker ainda sugere a Educação Permanente em Saúde (EPS) como importante ferramenta para os coletivos colocarem-se em análise. (FEUERWERKER, 2014).

A EPS constitui-se em política de gestão do SUS. Desde 2004, é política pública para formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde do SUS. Envolve processos educativos no trabalho e para o trabalho, baseados na aprendizagem significativa e problematização, que promovam reflexão, por parte dos trabalhadores da saúde, de seus atos produtivos no cotidiano (Peduzzi et al 2009).

Na UBS Silvestre, durante momentos de observação participante, houve relatos de profissionais de saúde a respeito de pouca participação em momentos de educação, ou mesmo queixa de participação em cursos pontuais que não contemplam suas necessidades no trabalho cotidiano: [...] *Por que a Secretaria de Saúde não faz cursos para os agentes comunitários de saúde? [...] não temos capacitação, [...]* (comentário de ACS durante um dia em que estive em campo).

Retomo que no Plano Municipal de Saúde de Indaiatuba do período de 2014 – 2017, uma das propostas de ação tratava-se da intensificação da EPS.

Retornando nas reações iniciais da equipe com a proposta do fluxograma, recordo-me de quando estive na UBS Silvestre, uma semana antes da data programada para elaboração do fluxograma, quando confirmei a data de nosso encontro, e Marina demonstrou certa preocupação:

*Legal... bom, vai dar pra ver várias coisas erradas, furadas, que tivemos [...] Só de eu não lembrar bem sobre o caso já mostra que tá errado... eu pedi para o Paulo até separar os prontuários para a reunião para podermos ir lembrando (comentário da Marina).*

Expectativas com a reunião do fluxograma! A fala da Marina ora pode ser pensamento só dela, ora pode ser como porta-voz de reações surgidas no coletivo da equipe.

Revelar erros? Há um modelo do correto e verdadeiro em relação ao qual, quando o compararmos, revelaremos erros e desvios ao padrão? Como se estivéssemos em busca da reprodução de uma realidade? Talvez essas expectativas de Marina e equipe estejam atravessadas pela instituição pesquisa, tradicional e dominante, que busca a representação do objeto (BARROS; KASTRUP, 2009).

O problema, para a cartografia, não é o falso ou verdadeiro. A pergunta é se os afetos estão conseguindo passar e como. O cartógrafo não busca revelar sentidos, mas criá-los. O que interessa é participar da experiência, da “constituição de territórios existenciais” (ROLNIK, 2014, p. 66).

O desafio desta cartógrafa, com a elaboração do fluxograma, não era revelar erros e acertos. O desafio era mergulhar nas intensidades da experiência que estava sendo construída coletivamente. E assim dar linguagem a possíveis movimentos em construção da gestão do cuidado.

Faço aqui uma pausa para um pulo alguns meses adiante dessa cena, quando estava nas transcrições, leituras e análises, após a finalização dos trabalhos de idas à UBS Silvestre. Já distante do campo (fisicamente), fui em busca daquela brisa refrescante e instigante das conversas com a orientadora, quando surgiu a seguinte análise: Se fosse hoje, teria feito essa reunião de outra forma! Mas, o que é isso? Pode se perguntar e estranhar o leitor, pois fiquei incomodada com essa afirmação feita por mim mesma!

Para melhor entendimento desse processo, retomo aqui que, para a cartografia, a análise não é sobre dados que teriam uma objetividade independentemente do processo de pesquisa. A análise envolve “dar visibilidades às relações que constituem uma dada realidade, na qual o pesquisador se encontra enredado”. Analisar envolve uma atitude analítica que possibilite à pesquisa um movimento de voltar-se para si mesma. Um movimento que interroge seus efeitos e articulações (BARROS; BARROS, 2014, p. 179).

Nada mais do que pôr em análise a própria pesquisa, processo este que tive a pretensão de fazer nesta cartografia.

Se fosse hoje? Usarei palavras de Guimarães Rosa para alcançar o tom mais vibrante para esta conversa. É uma frase do livro *Grande Sertão Veredas*, que foi recitada durante um curso intensivo de verão de Esquizoanálise, ocorrido em Belo Horizonte/MG, no Instituto Gregório Barenblitt, no mês de janeiro de 2018, do qual participei. Fui afetada intensamente, e as palavras ficaram registradas em minhas sensações. Não apenas a frase, mas também o curso. Um curso em que pude

vivenciar desterritorializações, a partir de experiências com grupos de Esquizodrama<sup>14</sup>.

Após o curso, voltei os olhos para o fluxograma e pensei que, se fosse hoje, faria de outra forma, e exploraria as multiplicidades!

Multiplicidade entendida aqui, segundo Deleuze e Guattari (2011, p. 21; 25), como fazer o múltiplo subtraindo o uno, subtraindo a unidade principal significante, “não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas ao contrário, de maneira simples”. São rizomáticas, “[...] mudam de natureza ao se conectarem às outras”.

E durante a conversa com a orientadora sobre isso, a frase recitada de Guimarães atualizou-se em meus pensamentos e parecia ter encontrado o lugar certo para valorizá-la.

Ela remete à ideia de movimento e abertura às multiplicidades, em que nada está pronto, terminado, imutável, tudo está aberto à invenção.

[...] o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão (ROSA, 1994, p. 24).

Hoje, esta pesquisadora não terminada e em constante mudança, faria esta reunião de outra forma. Hoje, pois já tive novos encontros e novas experiências. Fui afetada por experiências culturais, sociais, espirituais, amorosas, acadêmicas, assistenciais. Desde quando esta pesquisa ainda se transformava em projeto de investigação cartográfica, estou mudando: não sou igual ao início.

Que tal seria experimentar uma nova configuração com uma reunião “silvestre”? Todos em roda embaixo da árvore de copa extensa, que fica no gramado ao lado da UBS? Que efeitos isso poderia ter causado na dinâmica instituída das reuniões dessa equipe? Sem computador, prontuários, maca e tudo o mais que existe num consultório? Sem a cadeira única de um lado da mesa onde geralmente se impõe o saber médico hegemônico, e onde se sentou Marina? Ou experimentar uma atividade corporal coletiva no início da reunião? Que efeitos isso poderia ter causado na

---

<sup>14</sup> Criado por Gregório Barenblitt (2010, p. 115), “[...] trata da montagem de dispositivos técnicos que têm por objetivo uma equizoanálise praticada com recursos tomados da arte, do teatro, da pedagogia, da psicoterapia, dentre outros”.

dinâmica instituída das relações entre os corpos dispostos naquele momento? Que efeitos isso poderia ter causado para construirmos o fluxograma?

Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos (DELEUZE, 1992, p. 218).

Penso que o uso de dispositivos pode disparar uma quebra na repetição, na ordem rotineira de estar e fazer, na automatização, para proporcionar na equipe a experimentação de nova configuração. Engendrando um novo espaço-tempo, o fora do comum. Um encontro com novos agenciamentos pode desterritorializar os territórios já registrados, e possibilitar a vinda de novas formas de pensar e agir.

Como apontado anteriormente, a EPS, dentro outros espaços coletivos para reflexão, poderiam disparar quebras na repetição.

A reunião do fluxograma, da forma como aconteceu nesta pesquisa, também foi dispositivo que agenciou novas conexões, novas análises e novos pensares na equipe, conforme será disposto ao longo deste e dos demais capítulos que se sucedem.

Por isso, reforço ao leitor, e também para mim, para não sermos capturados em busca de um modo verdadeiro, correto. Esse vislumbre de outra forma de reunião com a equipe, não tem a intenção de dizer que uma forma é correta ou mais correta que outra. Ou de uma forma que engendra novidades e outra não.

Para Deleuze e Guattari, a experiência começa quando em meio a um caos de afetos e perceptos nós instauramos um plano, um corte que nos permite produzir sentido, conectando e relacionando certos elementos. Dizemos que são “certos elementos” porque nunca será possível apreendê-los todos, nunca será possível uma totalização completa dessa experiência dos afetos em um único plano, e justamente por isso o plano que constituímos para nos mover é sempre contraposto a infinitas outras composições que poderiam ser efetuadas. Este “fora”, que não pode ser abarcado no plano que constituímos, é chamado de virtual, de virtualidade, e não deve ser lido como uma oposição ao que é real, mas como sua possibilidade de diferenciação (GUIZARDI; LOPES; CUNHA. 2015, p. 333-334).

Tem a intenção de dizer das infinitas possibilidades de leitura amplas do mundo e da realidade em todas as suas formas, superfícies, processos, como a própria Esquizoanálise compreende. Das possibilidades de diferenciação. Já seria outro

encontro, pois pesquisadora e sujeitos já estariam outros, em uma nova experiência (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2015).

Voltando na pesquisadora de ontem, ao momento inicial com a equipe, de indecisão e insegurança na escolha do caso: seria Joana ou seu filho? Para clarear, fiz uma conversa detalhada e explicativa sobre o fluxograma e seu processo de construção coletiva. Ao final, a equipe manteve a escolha por Joana Lourenço.

Porque Joana Lourenço?

O processo de escolha da equipe, conta Marina, ocorreu em uma das reuniões semanais dessa equipe, que fez uma votação para a escolha, pois estavam em dúvida entre dois casos. E porque Joana?

*Porque ela tava frequente em todas as reuniões (diz Marina).*

*Ou ela ou algum membro da família dela (diz o ACS Paulo).*

*A partir dela acho que foram surgindo outras descobertas (diz Carol).*

*Envolve todas as... que tá tudo interligado né... a mãe, pai, irmã, o filho, os filhos, o marido (diz a ACS Vera).*

*E, assim, mobilizou a equipe no sentido... assim... emocional... que que a gente vai fazer, às vezes de impotência em alguns momentos [...] (diz Marina).*

A vivência intensa e percebida de um incômodo na prática dos profissionais de saúde são as que podem produzir disposição para se inventar alternativas para enfrentamento. São incômodos que mobilizam (FEUERWERKER, 2014).

Joana mobiliza, intriga, se faz presente, gera impotência, afeta, interliga.

Seria por este incomodar, que a equipe escolheu o caso de Joana para discussão com uma pesquisadora?

Equipe parece estar em busca de invenção de alternativas para o caso de Joana que “*saiu e não quer voltar nunca mais*”.

#### **4.1 MESMA QUEIXA, MESMA COISA... REPETIÇÕES**

Voltando para o registro da reunião do fluxograma, lanço o questionamento para o coletivo: Como foi a entrada de Joana na equipe?

Alguns ACSs sugerem que a entrada de Joana ocorreu no pré-natal. Marina, de posse do prontuário de Joana, começa a folheá-lo e esclarece que Joana possui passagens na UBS Selvagem desde 2005.

A equipe toma a decisão, por sugestão de Marina, de ir se guiando pelo prontuário como forma de recordar o histórico de cuidados para com Joana. Traçam como ponto de início o mês de setembro de 2013, por ser o primeiro registro no prontuário de um atendimento com a atual equipe. Decidem que os históricos anteriores relevantes serão atualizados ao longo da trajetória de cuidados desta equipe para com Joana.

Vale aqui recordar que Carol trabalha há cinco anos nesta UBS; Marina há quatro anos e meio; Dione e Vera há três anos e Paulo há dois anos. Wesley é o calouro, pois está há três meses, e a veterana Irene trabalha há mais de cinco anos.

Conforme leitura de Marina, baseada no prontuário físico de atendimentos, a entrada de Joana na equipe atual ocorreu com 26 anos, em uma consulta agendada.

*[...] ela veio para resultados de exames que haviam sido solicitados pela colega por conta de uma dor que ela tinha no hipocôndrio direito [...] os exames estavam até tranquilos [...] no exame físico, ela tinha uma dor realmente onde ela falava [...] ela tinha uma dieta inadequada... podia ser uma dor por conta disso, ou podia ser uma pedra na vesícula... foi meu diagnóstico inicial... aí a gente pediu um ultrassom de abdômen... e orientamos dieta, óleo mineral, né? (depoimento de Marina).*

Joana dá entrada por uma consulta médica com Marina, que oferta ação centralizada, na anamnese, análise de exames laboratoriais, exame físico e no raciocínio clínico. O momento de decisão dá-se com a elaboração da hipótese diagnóstica médica, que leva ao cardápio de intervenções de mais exames investigativos, orientações dietéticas e prescrição medicamentosa.

Pela leitura de Marina, faço uma análise das tecnologias de saúde, já apresentadas nesta Tese no subcapítulo 2.1. As tecnologias duras e leve-duras dominam o processo de cuidado a Joana, nesse atendimento. Cuidado que parece atravessado e molarizado pela racionalidade biomédica hegemônica.

E Marina continua se guiando pelo prontuário, em ordem cronológica.

Joana procura novamente a UBS Silvestre em 10 de outubro de 2013, queixando-se de dores de cabeça. Por não ter consulta médica agendada no dia, a decisão é por ofertar a “*avaliação*”, como diz Marina. Outras denominações já

referidas nesta pesquisa, por outros participantes, para essa mesma ação, foi “encaixe”, ou, ainda, “acolhimento”. Essa ação configura-se por um atendimento não agendado previamente, feito pela equipe para a avaliação de usuários que chegam na unidade com queixas; um atendimento fora da agenda, de última hora. No subcapítulo 5.3, essa ação será abordada com profundidade.

No seguimento do plano de cuidados desenvolvido em consulta médica anterior com Marina, Joana retorna à UBS Silvestre em 21 de outubro de 2013 para consulta agendada. Segue-se um atendimento semelhante aos anteriores, no que diz respeito às tecnologias de saúde predominantes no processo de cuidado realizado. Ou seja, ação centralizada na avaliação dos exames, exame físico e raciocínio clínico, que levou à formulação da hipótese diagnóstica de enxaqueca e decisão pela oferta de medicamentos.

E assim seguem-se os relatos de procura de Joana por atendimentos na UBS Silvestre, devido a dores, e uma gestão do cuidado que parece ser centrada na racionalidade biomédica, de última hora, com predomínio de intervenções que utilizam tecnologias duras e leve-duras e atendimentos com médicos disponíveis no momento. Atendimentos fracionados, descontínuos, que parecem focados na queixa do momento, numa lógica imediatista e reducionista do processo de saúde e adoecimento de Joana.

*[...] Aí, dezembro deste mesmo ano... numa avaliação... retorna sentindo algo que se movimenta dentro do abdômen [...] nessa ocasião foi a Dra. Vilmaris que avaliou [...] Outro acolhimento [...] dia 19 (dezembro)... paciente refere queixa anterior... **mesma coisa**... massa na região do abdômen [...] Em março, ela passou com Dr. Claudio (ginecologista), em avaliação [...] **mesma queixa**... dor abdominal [...] maio... cólica há 3 dias... aí passou com Dr. Eduardo... porque aí é tudo avaliação, então quem tava mais disponível no momento na verdade [...] (depoimento de Marina, grifo nosso).*

Atos de cuidar envoltos em questões relacionadas apenas à doença e às definições diagnósticas podem direcionar para a produção de um cuidado verticalizado, não observando o longitudinal da produção da vida (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

A sequência de relatos de Marina sobre os atendimentos de Joana, guiada pelo prontuário, revela um cuidado restrito à dimensão biológica, fragmentado, verticalizado, em que não aparecem informações sobre a vida de Joana.

Enquanto Marina folheia e lê os diversos atendimentos pelos quais Joana buscou a UBS Silvestre, os demais membros da equipe mantinham-se em silêncio. Repetiam-se, repetiam-se e repetiam-se dores, acolhimentos, avaliações médicas, exames e medicamentos. Mesma queixa... mesma coisa.

E a pesquisadora mantinha-se na construção do fluxograma, registrando as decisões, os cardápios de intervenções, as saídas e entradas de Joana na equipe, que pareciam seguir o mesmo padrão de produção. Mantinha também a atenção cartográfica aberta e sensível, em busca de linhas e fluxos que escapassem à repetição.

Estávamos em um terreno solidificado, de durezas, lentidão e estratificação (DELEUZE; GUATTARI, 2011). Nada mais se passava?

Durante as leituras de *Mil Platôs*, volume 1, de Deleuze e Guattari (2011), um conceito me instigou a um pouso mais duradouro nesse terreno e um reconhecimento atento de suas particularidades.

Ele é antes como uma foto, um rádio que começaria por eleger ou isolar o que ele tem a intenção de reproduzir. [...] O decalque já traduziu o mapa em imagem, já transformou o rizoma em raízes e radículas. Organizou, estabilizou, neutralizou as multiplicidades seguindo eixos de significância e de subjetivação que são os seus. [...] Ele injeta redundâncias e as propaga (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 31).

Seguíamos o prontuário. Parece que seguíamos um decalque? Imagens como escritos, nas folhas do prontuário, que reproduziam o processo do cuidado traduzindo os fluxos e as intensidades dos encontros Joana-equipe a uma lógica dominante? Os fluxos estavam organizados, significados e sujeitados à lógica biomédica. Prontuário decalcado? Atendimentos médicos que fizeram decalque?

Não há intenção de responder a essas perguntas, mas trazê-las como forma de proliferar sentidos e acolher a experiência construída entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa. “Analisar é assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas” (BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B., 2014, p. 178).

Merhy (2013a, p. 82) faz uma reflexão sobre os saberes e agires mobilizados pelo profissional da saúde quando vai atuar e define três núcleos. Um é o “núcleo específico sobre o problema”, “sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação”. Esse núcleo é definido pela

“intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema”. Esse recorte profissional constitui o segundo núcleo, denominado “núcleo profissional específico”. Esses dois operam essencialmente as tecnologias duras e leve-duras.

Merhy (2013, p. 83) coloca a existência de um terceiro núcleo, que é o “núcleo das atividades cuidadoras de saúde”, que opera “os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários”. Esse núcleo deve estar articulado e “contaminar” os núcleos específico e profissional, diminuindo as relações de dominação entre os sujeitos envolvidos no processo.

É importante apontar que essa conformação tecnológica que será operada nos serviços concretos, é também produto de disputa de forças sociais e lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos). No modelo biomédico hegemônico, “que expressa um grupo de interesses sociais”, há uma centralidade na organização por problemas específicos, deixando a dimensão cuidadora em uma função secundária ou complementar. Além de subjugar os núcleos específicos e profissionais, dos outros profissionais da saúde, à lógica médica. Desenha-se, assim, um modo de operar que “expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços” (MERHY, 2013, p. 83).

Pelo prontuário, parece que seguíamos a atuação do núcleo específico sobre o problema “dores abdominais”, de Joana, territorializado no campo do saber médico. Não apareciam relatos sobre agires no núcleo cuidador. Não apareciam relatos sobre agires dos demais profissionais da equipe.

Há, no prontuário, um decalque do processo de cuidado, pela lógica biomédica? Ficam de fora do prontuário as ações do núcleo cuidador? Ou elas ficaram de fora do processo de cuidado de Joana? E as ações dos núcleos profissionais específicos dos demais membros da equipe, também ficam de fora do prontuário e/ou do processo de cuidado?

Será que nós, profissionais da saúde, no ritmo do nosso trabalho, temos usado o prontuário como decalque?

Arrisco a pensar que é assim mesmo. Capturas pelo instituído, que podem ser postas em discussão a partir de invenções de autoanálise e autogestão. De processos de produção dos coletivos do “conhecimento e a enunciação das causas de sua

alienação”, possibilitando uma reapropriação dos saberes acerca de si mesmos, suas necessidades, suas demandas, suas soluções, em uma autoanálise (BAREMBLITT, 2002, p. 139). Possibilitando, também, recuperar “seu poder de organização e autogerenciamento”, em uma autogestão (BAREMBLITT, 2002, p. 82).

A gestão do cuidado de Joana parece centrada em práticas capturadas pelo saber biomédico, com predomínio do Trabalho Morto, tecnologias duras e leve-duras, com nenhuma referência, até então, de saberes de outros profissionais ou mesmo abertura para a vida de Joana.

Será que ao construírem a gestão dos cuidados, os núcleos cristalizam-se, ficam endurecidos mais e mais, distanciam-se, tornando-se ilhas de mutismo onde quase ninguém se escuta, quase não há diálogo? Mas também podem fundir-se, confundir-se, tornarem-se um amálgama<sup>15</sup>?

E no ritmo em que seguíamos na reunião do fluxograma, havia algo de enfadonho, pois todos permaneciam em silêncio, à espera ansiosa do final da sequência repetitiva em que a dinâmica da reunião foi capturada. Ao mesmo tempo, espanto, quando se ouvia a ACS Vera exclamando: “Nossa!”, em meio a tantas dores e vindas de Joana à UBS Silvestre.

A repetição parecia estar sendo descoberta pela equipe. Outras intensidades buscavam passagem.

Para além das dores, quem é Joana? Para além das dores, de medicamentos e exames, o que mais pede passagem nesses movimentos de Joana com a equipe? Para além do decalque, quais outros fluxos e intensidades compõem esse processo de cuidar?

---

<sup>15</sup> No sentido figurado, “nome que se dá à mistura de coisas diversas e heterogêneas. É também a reunião desordenada de pessoas de diferentes classes e qualidades. Em linguística, amálgama é também a mistura de duas palavras com o objetivo de criar uma nova” (Disponível em: <https://www.significados.com.br/amalgama>. Acesso em: 24 jul. 2018).

## 4.2 FORA DA ORDEM, FORA DE ÁREA... CONEXÕES

Em continuidade aos movimentos que traçamos, rascunhando uma possível gestão do cuidado, abordo agora os que incluem movimentos da equipe com o que está fora da ordem e da área.

*Tá grampeado ao contrário... isso aqui tá **fora de ordem** [...] 27 de Abril... passou com o psicólogo... tá aqui espontâneo... deve ter sido um atendimento aberto [...] Não lembro de ter feito este encaminhamento [...] não sei da onde que veio [...] Vimos que ela tava vindo sempre, mas a gente não viu o psicólogo sendo uma opção inicialmente... inicialmente. (comentário de Marina, grifo nosso).*

Marina encontra uma folha do prontuário fora da ordem cronológica. A folha fora de ordem é de uma consulta com o psicólogo. Fora da ordem presente nos atendimentos médicos de Joana, até então, que parecem custar a ler suas dores, que parecem ser de outra ordem. Dores que escapam.

Escapam, ainda, informações ao longo do processo de trabalho, pois a equipe não entende como ocorreu essa consulta ao psicólogo nessa época do acompanhamento de Joana. O psicológico parece que ficou fora da ordem. Consulta que escapou do cardápio de intervenções proposto até então. Consulta que brotou no meio de uma e outra avaliação, de uma e outra folha no prontuário.

E nessa folha fora da ordem, há registros de uma avaliação com o psicólogo da UBS Silvestre na época.

*[...] usuária de drogas dos 15 aos 21 anos, maconha e cocaína, de ter sido internada... diz ter sido motivada a parar pelo marido [...] infância [...] presenciou muitas brigas, muita violência física, o pai tentando matar a mãe quando tava alcoolizado, [...] aos 13 anos trabalhava como babá na casa de um tio e este tentava abusar sexualmente dela, nunca teve coragem de denunciá-lo pois na época não tinha... boa fama [...] ela era chamada de biscate pelas irmãs [...] queixa de que se esquece de fatos, diálogos [...] questão de minutos, em minutos assim ela esquece...e aí foi orientado uma psicoterapia com ele às terças-feiras [...] (depoimento de Marina).*

Uma quebra na repetição! Fora da ordem predominante nos atendimentos médicos de Joana, por entre as frestas da quebra, começam a escapar alguns *flashes* da vida de Joana. Para além da dor abdominal, há vivências de sofrimentos, abusos, violências, uso de drogas e esquecimentos. Para além dos medicamentos e exames, uma novidade aparece no cardápio de intervenções, escuta e suporte psicológico em encontros semanais. Para além das tecnologias duras e leve-duras, tecnologias leves.

Atendimento fora da ordem, que quebra a repetição, e prolonga rachaduras e frestas, que buscam conectar cuidados fragmentados.

*Aqui não tem anotado, mas eu acho que o psicólogo já tinha me atentado a isso, e ela veio com essa queixa de esquecimento frequente... e aí a gente fez essa avaliação um pouco mais voltada a isso né... tá vindo sempre com essa **mesma queixa** e não tem nada objetivo... o que será que pode ser, né? (depoimento de Marina, grifo nosso).*

Fora do registro do prontuário, nos bastidores e corredores da UBS Silvestre, parecem haver encontros, conversas, trocas de informações entre os profissionais sobre o caso de Joana. Conexões que podem fazer os profissionais se interrogarem sobre o cuidado reproduzido nos encontros com Joana e se intrigarem sobre o que há por trás das mesmas queixas. *Mesma queixa e não tem nada objetivo... o que será que pode ser?* Conexões que podem ampliar os saberes e agires que os profissionais de saúde mobilizam para produzir o cuidado, e articular os núcleos.

O território em que transitávamos na reunião começa a adquirir algumas porosidades, por onde novas linhas e intensidades brotam e conectam-se.

*aí ela veio com essa queixa do esquecimento frequente [...] aí eu fiz o minimal pra ver a avaliação da questão mental [...] reavaliei de novo o abdômen [...] conversei bastante sobre os ganhos que ela tinha com as manutenções das queixas [...] pessoa nova com múltiplas passagens em consultas [...] eu orientei a valorização dos aspectos positivos dela, procurar realizar coisas prazerosas [...] ela comentou o crochê que ela gostava de fazer... ofereci o Grupo Lótus [...] que é grupo de prática corporal chinesa, né, mas ela nunca... nunca foi [...] Um pouco **fora de medicamento**, na verdade" (depoimento de Marina, grifo nosso).*

*Pessoa nova com múltiplas passagens em consulta.* O que passa e o que não passa nos movimentos Joana-equipe?

Sem nada de objetivo, sem alterações orgânicas identificadas, e manutenção das queixas e vindas à UBS, a decisão da profissional é por ofertar ações assistenciais de outra ordem, para além dos medicamentos e exames, uma proposta de um grupo de promoção à saúde.

Decisão e oferta de ação, fora da ordem até então estabelecida, ordem biomédica centrada. Novidade que parece ter sido possibilitada por novas conexões inusitadas entre a equipe, o psicólogo, e Joana. E pode-se perceber que novos elementos surgiram durante a consulta médica, o relato de tecnologias leves.

Novas intensidades parecem ter circulado na equipe para decisões a respeito do caso de Joana, que convocaram os profissionais a pensar em outras formas de agir e cuidar.

Apesar das novas propostas que surgem no cardápio de intervenções feito pela equipe, Joana não dá continuidade, não retorna nos atendimentos do psicólogo e não vai no Grupo Lótus. Joana continua a escapar, fora da ordem, e um novo *flash* de sua vida parece também escapar da equipe... Joana gosta de crochê.

E Joana continua em seu movimento de buscar a equipe com as mesmas queixas.

*ginecologista também... ela vinha em paralelo né... ela vinha com a gente também e com ele [...] AGOSTO! com as mesmas queixas... a gente colocava assim [...] pessoal, na avaliação, já colocava assim [...] e aí a gente acabava só usando medicação, buscopan, o soro [...] revezava um pouco entra a dor da barriga e a dor de cabeça (depoimento de Marina, grifo nosso).*

A gestão do cuidado de Joana pela equipe parece traçar um movimento inconstante, descontínuo, intermitente, volúvel, flutuante. Cuidados e propostas se perdem ao longo do processo de trabalho fragmentado. Alguns pontos de conexões tentam se estabelecer, geram intensidades e movimentos fora da ordem, mas não vingam. Parece que não ganham territórios para se efetivarem. Logo se volta à ordem de atendimentos centralizados em queixas e tecnologias duras e leve-duras.

Romagnoli (2009b), em estudo sobre as práticas da ESF à luz do institucionalismo, faz reflexões baseando-se nos pensamentos de Deleuze e Guattari, que podem iluminar esse movimento flutuante da gestão do cuidado de Joana.

Na análise de algumas práticas na ESF, Romagnoli (2009b, p. 530) percebeu a vida presa em um plano de organização cristalizado, mantendo a reprodução, e o “fazer igual”. Tanto nos usuários, que buscam por práticas curativas, quanto nas equipes, que mantêm formas tradicionais para atendimento. Contudo, também percebeu práticas que convocavam o plano de consistência, encontros e agenciamentos que promoviam criação. “[...] processos diferenciados ocorrem em planos concomitantes e imanentes, sendo que em determinadas circunstâncias há um predomínio de um plano sobre outro”.

A gestão do cuidado, no cotidiano das unidades de saúde, anda assim, flutuante? Flutua entre territórios duros, estratificados, solidificados, instituídos e territórios mais porosos, instituintes, com frestas e rachaduras por onde podem circular linhas conectivas e inventivas? Apresenta fluxos em um plano de organização,

predominantes, mas que, de repente, fogem da ordem e podem agenciar planos de consistência que promovem criação e novas práticas?

Marina foi folheando o prontuário e contando: Ah continuou [...] em tipo dois meses passou umas seis vezes... praticamente.

*Poliqueixosa, poliqueixosa ela [...] Sabe o que é... é que ela vinha sempre... aí a gente começou sabe... tudo a **mesma coisa** [...] (comentário de Carol, grifo nosso).*

*[...] uma pessoa que vem com muitas queixas e sempre, ela acaba sendo aquela pessoa chata que você vai às vezes levando, e às vezes coisas que são importantes você acaba passando, mesmo clinicamente [...] Ah, não tem nada, isso aí é da cabeça, não sei o que... (comentário de Marina)*

Joana poliqueixosa, em seus movimentos, parece consumir a equipe, que mantém a mesma coisa, a mesma queixa, a mesma conduta, a repetição! Parece que as novas conexões não vingam na ordem da repetição. Há um suposto saber preconcebido sobre o outro, que vai se repetindo nos encontros do cuidado.

Santos, Mishima e Merhy (2018, p. 866) em estudo sobre a dimensão subjetiva das práticas de equipes de saúde da família em Maceió/AL, identificou que as tecnologias duras e leve-duras são as mais legitimadas entre os profissionais de saúde, embora reconheçam a importância das tecnologias leves, como a escuta e o acolhimento, e a pratiquem. Isso pode provocar uma tensão no processo produtivo, pois acontecem muitos relatos de que os usuários não estão “sentindo nada”, enquanto entendem que o problema real, patológico, não está sendo atendido.

Situação semelhante acontece na gestão do cuidado de Joana, pois, pela fala de Carol e Marina, percebe-se que as buscas por atendimento, por parte de Joana, enquanto “*não tem nada*”, geram aborrecimentos na equipe. Torna-se aquele usuário rotulado, já conhecido, para o qual se realiza a “*mesma coisa*”. Mesmo reconhecendo não ser uma alteração biológica (“*não tem nada*”), a equipe volta-se para ações centradas em tecnologias duras e leve-duras e um cardápio de ofertas centrado em medicamentos e exames. Profissionais de saúde e usuários são capturados por práticas curativas.

#### 4.2.1 “É fora de área”

E os ACS? Na ordem que consta no prontuário, não aparecem para o fluxograma. Vamos tentar sair um pouco da ordem e nos encontrar com outros *flashes* da vida de Joana.

*“Eu nunca achava ela”* (comentário do ACS Paulo).

Uma pequena pausa no fluxograma para trazer ao leitor, aos poucos, mais vida de Joana.

Conforme será detalhado mais à frente nesta Tese, no Capítulo 5, foi realizada uma visita domiciliar à casa de Joana. Onde achamos Joana?

Passando por longos trechos de estrada asfaltada, cercada pelos dois lados de altos e longos muros de fazendas, até chegarmos na divisa com o município de grande porte vizinho, quando Paulo diz: *“Aqui já é Belvedere!”*. A partir daí, inicia-se uma velha e esburacada estrada de terra em uma área rural simplória. Avançando um pouco à frente, no pequeno sítio atrás da linha férrea do trem de carga, chega-se na roça de Joana.

A rua de terra da roça de Joana é sem saída, e, no seu final, há uma Igreja simples de portas fechadas que parece não funcionar mais. No terreno ao lado e no terreno atrás, há vizinhos com seus pequenos e simples sítios. A casa de Joana também fica em um pequeno e simples sítio, cercado por tela de alambrado, um simples portão de madeira. A casa é de construção de alvenaria sem reboco ou acabamento, de pequena extensão, e possui uma área de varanda na frente.

*“Eu nem conheço lá, mas sei que é longe, tudo é muito longe!”* (comentário de Carol). É um lugar distante.

*“Não é nossa área de abrangência”* (comentário da ACS Vera). É outro lugar.

*“Na verdade, é Recanto das Flores, né!”* (comentário de Vera). É algum lugar.

*“[...] lá é **fora de área** do [UBS] Recanto das Flores”* (comentário de Paulo, grifo nosso). É lugar nenhum.

A gestão do cuidado de Joana junto a essa equipe parece ter uma questão de território importante.

Território, na ESF, é a base para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde. Territorialização, área de abrangência, microáreas, população

adscrita, entre outras definições, são princípios organizativos instituídos das unidades de saúde (BRASIL, 2017).

Na nova Política Nacional de Atenção Básica, território é considerado unidade geográfica única, sob a qual executam-se as ações estratégicas de vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Ações dinamizadas a partir do estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário de cada território. Configurando, assim, “um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território” (BRASIL, 2017, p. 69).

E quando o usuário que chega para ser atendido nas unidades de saúde são de outro lugar? Algum outro lugar irá atendê-lo? E se for lugar nenhum? Fora daqui e fora dali.

*[...] porque quando ela fez o cadastro... tanto a Sílvia [mãe de Joana] quanto ela falavam que ela tava na Rua Amaris, número 35, casa 2, e eu nunca encontrava ela lá... teve uma vez que eu encontrei ela lá, pra mim ela morava lá. [...] até então ela era uma incógnita (depoimento de Paulo).*

*Hoje ele [Paulo] sabe onde ela mora [...] Mas isso há menos de um mês (comentário de Carol).*

O ACS Paulo, durante a reunião do fluxograma, expôs sua dificuldade em saber o verdadeiro endereço de moradia de Joana. O endereço que Joana informou em seu cadastro inicial na UBS Silvestre é de sua mãe. Durante as visitas domiciliares, Paulo foi percebendo as ausências de Joana, até descobrir seu endereço de moradia fixa. Joana era uma incógnita! Poderia ser daqui, dali, de qualquer lugar, de lugar nenhum.

Mas, a partir do momento em que a equipe descobre que Joana não é moradora da área de abrangência da equipe, o que ocorre?

Durante essa conversa que surgiu no decorrer da reunião do fluxograma, descobrir que Joana não morava na área de abrangência da equipe logo disparou o questionamento de enfermeira em mim: “*Pelos protocolos, era para vocês encaminharem ela pro [UBS] Recanto das Flores?*”. A equipe respondeu que sim, porém...

*E eu não tiro mais por conta de ela já estar passando aqui e já ter o vínculo né [...] nós mantivemos aqui por conta da demanda dela [...] tinha até falado pra enfermeira Carol que ela mora lá, mas como tava passando muito aqui, aí continuou [...] Prontuário dela tá aí, tudo, separado, quando ela precisar [...] pegou o prontuário e passou, sem problemas (depoimento de Paulo).*

A equipe parece fazer concessões, aceitar desvios nas regras estabelecidas, e mantiveram a possibilidade de Joana continuar o acompanhamento na UBS Silvestre.

*Aquela área sim [pertence ao Recanto das Flores], mas tem muita gente que mora pra lá que está passando aqui... porque não foi nem cadastrado lá...(comentário de Paulo).*

*Eles seriam fora de área do Recanto das Flores... então, como é fora de área...(comentário de Marina).*

As regras estabelecidas parecem ser de uma determinada forma de organizar a distribuição da população nas unidades de saúde do município que se mostra, insuficiente e excludente, com algumas regiões que ficam de fora.

No cotidiano de trabalho nas unidades de saúde, tanto “os de fora” quanto “os de dentro” comparecem buscando cuidados, tensionando o mapeamento burocrático padronizado nas esferas administrativas. Os desvios na regra e os desmanchamentos dos limites dos mapas vão produzindo, no engendramento usuário-equipe, territórios de última hora.

Como gerenciar o cuidado nesse dentro e fora? É possível inventar maneiras pra se movimentar, oscilando e cuidando dentro e fora?

Na experiência traçada nesta Tese, percebi que Joana provoca na equipe movimentos instituintes, o desmanchar de limites e regras instituídas. O território instituído, definido, determinado no planejamento da gestão municipal é/era furado. E, de última hora, Joana, em busca de cuidados, tensiona a equipe esse território planejado/furado, e no engendramento Joana-equipe, linhas de cuidado fazem-se passar pelos furos do mapa da área de abrangência definida **para a** equipe, criando novos territórios e lugares de cuidado **pela** Joana-equipe.

Será que Joana, em busca de cuidados, em seus movimentos de “mesmas queixas”, também tensiona a equipe em um território de saberes médicos, instituído, que busca “encaixá-la”? E no engendramento Joana-equipe, conexões e intensidades buscam passagem para criar novos territórios de cuidado, com novas formas de pensar e agir no cuidado de Joana?

Esses são movimentos que vão compondo uma gestão do cuidado flutuante?

Retornando ao fluxograma, Joana parece cada vez mais fora... fora de ordem, fora de área; na maior parte das vezes, buscando a unidade fora de consultas agendadas ou programadas. Uma incógnita para a equipe, com suas queixas

incógnitas, nebulosas, que são compreendidas pelas lentes biomédicas como “não tem nada”. E a equipe se esforça para “encaixá-la”, no cadastro, pela descoberta de sua moradia, e nos atendimentos de “avaliação”.

Talvez, precisa-se também desencaixar. Desencaixar os instituídos, tirar das caixas que significam, estratificam, classificam, molarizam; e abrir as caixas na busca por outras conexões, outras lentes, outras práticas.

“Os deslocamentos da subjetividade se dão a partir do “fora”, portador de forças estranhas que pedem uma decifração ao desestabilizar o território existencial conhecido. Essas forças, quando entram em contato com a subjetividade, aumentam a impressão de estranheza do mundo e conduzem a rupturas de sentido.” (ROMAGNOLI, 2009a, p. 170).

Talvez, nos movimentos da gestão do cuidado de Joana, precisa-se um oscilar que proporcione pequenas aberturas ao fora. As subjetividades afetadas na relação com o fora, durante os encontros entre os sujeitos no processo de cuidar, desestabilizam, podem abrir-se à novas conexões, podendo produzir, assim, novos territórios de cuidado para dentro de seus processos.

#### 4.2.2 “**Lá vem a família Lourenço com aquela dor abdominal**”

Nesse momento, antes de prosseguirmos, propôs-se um momento de reflexão com todos da equipe sobre o que havia sido discutido até então, com a intenção de estimular outros membros da equipe a falar. A pesquisadora mostra o fluxograma desenhado até o momento para todos. Paulo recorda-se de outros momentos importantes que ficaram “fora” do prontuário:

*Então... eu lembro que em reunião foi discutido esta família, e foi mais até a parte da Sílvia [mãe de Joana], que ela tava tendo muita dor abdominal, e que ela tava... tipo somatizando o problema da família, e ela tava carregando todo o problema da família, e foi discutido um por um né... (depoimento de Paulo).*

*[...] engraçado, porque a mãe dela, a Sílvia, vinha também com certa frequência com uma dor muito parecida, e a gente falava **lá vem a família Lourenço com aquela dor abdominal** [...] É, os filhos, as crianças, vinham também com uma dor abdominal, umas coisas irregulares (depoimento de Marina, grifo nosso).*

Novamente, para além do prontuário, aparecem encontros, discussões, conexões entre os profissionais, em reuniões e *flashes* da vida de Joana, nos

bastidores das consultas, e nos acolhimentos. Esses parecem ser espaços em que há diálogo, há encontro entre profissionais de diferentes categorias, e onde os fluxos são conectivos e podem agenciar novas formas de pensar e planejar o cuidado para Joana.

O que mais aparece de Joana nos bastidores?

*E no começo não tinha ainda equipe definida, então a gente ainda tava no cadastramento [...] A gente não sabia qual paciente que ia se focar assim... (comentário de Paulo).*

*[...] Assim era uma pessoa que tá reclamando muito [...] não tinha os agentes... então a gente não conseguia associar que ela era a mesma... era a filha da Sílvia que também tinha a dor... né... então, eu acho que aparecia muito pontual... então, não chegava pra gente isso não [...] (depoimento de Marina).*

A equipe faz a reflexão de que, no início do trabalho deles nessa UBS, estavam em um processo de planejamento e configuração do processo de trabalho. Os ACS faziam o cadastramento inicial das famílias, e os demais membros da equipe pareciam ter atendimentos com atuações mais pontuais. Conexões e leituras mais ampliadas dos casos, ainda eram difíceis.

A equipe parece valorizar o trabalho do ACS e o processo de trabalho no modelo da ESF. Associam à possibilidade de um processo de cuidado diferenciado, que acessa os indivíduos, as famílias e a comunidade, a partir do apoio em equipe e da possibilidade de um conhecimento e proximidade com as famílias.

Marina passa a folhear o caderno onde registram as reuniões de equipe semanais e encontra relatos de discussões sobre a família Lourenço:

*João, que é o pai [...] alcoólatra [...] foi final de 2014 que apareceu a Sílvia, por conta do João [...] então, toda reunião o João aparecia olha...então enquanto o João aparecia nas reuniões, a Joana tava aparecendo aqui, porque o João mesmo, vir aqui, ele nem vinha [...] (depoimento de Marina).*

Ao longo das lembranças que a equipe vai fazendo para a construção do fluxograma, conexões sobre o caso de Joana vão sendo atualizados! Conexões que na época do cuidado não se concretizaram, mas que se atualizam nessa reunião coletiva. Marina faz associações inéditas entre as tantas vindas de Joana e as discussões de caso da equipe sobre o seu pai.

*A lá aqui, ó...11 de dezembro, tentar reagendar com Sílvia a consulta com psicólogo [...] tentar entender a patologia da família, foi aqui que começou [...] Porque o psicólogo participava dessa reunião aqui, era reunião de equipe*

*com o Caps, até [...] o João veio por conta do Caps AD... (depoimento de Marina).*

E nas conversas para além do prontuário, as conexões se ampliam, e um novo elemento aparece nos bastidores da equipe, como reuniões realizadas com outros serviços da rede para discussão dos casos. Cuidado que busca conexões.

Fora do prontuário, a equipe recorda-se e revive os movimentos conectivos contidos na gestão do cuidado de Joana. E novos elementos e tecnologias apareceram nessa gestão: tecnologias leves, núcleo cuidador, contexto familiar, histórias de vida, inserções de outros profissionais de saúde e trabalho com outros serviços da rede.

Fora do prontuário, o rizoma que se produz na gestão do cuidado aparece e ganha potência.

### 4.3 JOANA GESTANTE

Havia relatos breves e pontuais, no prontuário, durante consultas com o ginecologista, sobre o desejo de Joana de engravidar. Em uma das diversas vindas de Joana na unidade, é feito o teste rápido de urina de gravidez, cujo resultado foi positivo! Joana fica grávida!

*E aí começou o pré-natal [...] a gente imaginava que ia ser um caso muito difícil por conta dessas várias vindas... com a gravidez: “ah, vai piorar a dor e tal” [...] acho que ela veio uma vez, talvez, na avaliação [...] foi um pré-natal muito tranquilo! [...] Aparecia só na consulta mesmo (depoimento de Marina).*

A equipe recorda-se do cuidado de Joana, durante seu pré-natal, como tranquilo. Por mais que, ao longo da leitura dos atendimentos seguintes, houvesse ainda as procuras por queixas nos acolhimentos e, ao final do pré-natal, uma ocorrência de oligidrâmnio<sup>16</sup> levando a um parto prematuro. O que é, para essa equipe, um seguimento tranquilo?

*[...] passou mais uma vez, em janeiro, com uma cólica [...] dia 27 e depois aqui, dia 28 [...] veio com inchaço nas pernas... então, ela veio com umas queixas assim... normais... ainda mais no começo... mas não era tão*

---

<sup>16</sup> É uma “acentuada diminuição do volume do líquido amniótico diagnosticado quando o volume se apresenta inferior a 250ml, entre a 21ª e a 42ª semanas gestacionais” (BRASIL, 2012, p. 165).

*frequente, vinha uma vez por mês em avaliação? Ela que vinha uma vez por semana... até veio legal [...] (depoimento de Marina).*

O seguimento tranquilo, nesse momento, parece estar relacionado com demandas de Joana que são esperadas, compreensíveis, inteligíveis, no raciocínio clínico, “*queixas assim... normais*”. Situação diferente da vivenciada pela equipe antes da gravidez de Joana, em que suas queixas frequentes eram como incógnitas, ou como “*nada*”.

*E ela veio nas rotinas, e aí fizemos curva glicêmica porque ela tava num valor limítrofe, orientamos a dieta, fizemos o protocolo normal dela... vacina fez bonitinho, orientamos sobre ganho de peso, que tinha ganho muito peso [...] (depoimento de Marina).*

O seguimento tranquilo também parece relacionado com o seguimento dos protocolos esperados, nesse caso, protocolos assistenciais do pré-natal. Joana, agora, apresentava uma demanda de saúde que se enquadrou nas rotinas, nos protocolos, e linha de cuidado do pré-natal. Entrou na ordem e “*vinha direitinho*”.

*[...] a melhora dela foi no pré-natal, que, nossa... conversava e tudo, mas... era diferente de antes que sempre tava com queixa de dor, dor, dor [...] era gostoso atender ela (depoimento de Carol).*

*Ela acompanhava, vinha direitinho, não tinha problema de ela faltar e ter que ir atrás... o marido trazia ela, ela tinha uma intenção, saía do pré-natal já com uma consulta agendada, porque tinha que voltar (depoimento de Paulo).*

*Ela se sentiu valorizada mesmo (comentário de Carol).*

Essas falas de Carol e Paulo aconteceram durante reunião realizada entre a equipe e a pesquisadora, após finalizada a construção do fluxograma e após a entrevista realizada com Joana. Foi a ocasião para a equipe validar o fluxograma construído na pesquisa, e será mais detalhada no Capítulo 6. Percebem-se novas análises sobre o caso de Joana, trazidas pela própria equipe, deflagradas após os vários encontros construídos nesta pesquisa.

O seguimento tranquilo, com essas novas análises, também parece ter sido uma sensação, para a equipe, do prazer em cuidar e, para Joana, de ser cuidada.

O acompanhamento pré-natal, o contato entre Joana e os profissionais da equipe, com um motivo diferente das desgastadas mesmas queixas, parece ter renovado as relações entre esses sujeitos. Parece que não houve mais tensão causada com encaixes para queixas fora de hora e fora de ordem. A gestão do

cuidado de Joana passou a seguir protocolos definidos, com retornos programados em consultas.

Mas nem tudo pode estar definido à priori, ações e decisões que não estão nos protocolos são realizadas em ato.

É exemplo o relato de Marina, que, se sentindo orgulhosa do cuidado prestado pela equipe, narra, com detalhes, as conexões que buscou na rede para um momento de risco na gravidez de Joana:

*Ela tava com 116 de BCF [Batimento Cardíaco Fetal] [...] fazia 3 dias que tinha caído da própria altura e desde então ela achava que o neném tinha diminuído a movimentação [...] aí, eu encaminhei pro Hospital [...] no dia seguinte, eu entrei em contato telefônico e ela falou [...] que não tava sentindo o bebê mexer [...] aí eu falei: então, você vem à tarde aqui comigo [...] se não, talvez ela nem viesse, não sei [...] na consulta ela tinha um BCF de 118!! [...] e aí, como eu já tinha visto [...] que não tinha tido resultado ela indo no Hospital...eu liguei pra Dra. Amanda [médica obstetra que trabalha no Hospital] [...] e ela orientou encaminhar novamente pro Hospital [...] Dra. Amanda me mandou: olha, ela ficou aqui internada, tava com oligoâmnio [...] e no final de semana a criança nasceu [...] com 36 semanas e pouquinho (depoimento de Marina).*

Diante da interpretação de Marina de um risco importante, a equipe mobiliza a Rede de Saúde por fluxos não rotineiros. Foi o caso de entrar em contato telefônico direto com a profissional de confiança da equipe que trabalha no serviço de referência, quando esse serviço de referência não enxergou o mesmo risco identificado pela equipe.

Nessa análise, trago Cecílio (2012, p. 286), que pontua que múltiplos atores produzem diversificadas lógicas de regulação do acesso e consumo dos serviços na Rede de Saúde. Uma dessas lógicas é a “regulação profissional”, feita pelos profissionais da saúde, em seus contatos pessoais, de confiança e conhecimento. Assim, fluxos de usuários, mais ou menos conforme aos fluxos formais, articulações e pontos conectivos entre os serviços de saúde, vão se configurando de acordo com os agenciamentos criados nestes encontros.

A equipe parece fazer uma “regulação profissional”, ao ponderar o risco com base no que conhece de Joana, ao longo desses encontros de cuidados, e no que conhece dos serviços de referência na rede. Com base nas sutilezas que captou nos encontros Joana-equipe, e nos encontros equipe-Rede de Referência, Marina percebe a necessidade de mobilizar a rede e mobilizar Joana, supervisionando-a mais de perto, “se não, talvez ela nem viesse, não sei”.

A equipe encaminhou, e manteve-se como responsável pela articulação da gestão do cuidado de Joana na rede. Gestão do cuidado que mobiliza, articula e singulariza.

Marina produziu canais nas Rede de Saúde estratificada? Canais que possibilitaram a continuidade intensiva do momento do encontro. Inspirada por leituras de Deleuze e Guattari (2011), digo canais diferenciando dos caminhos raízes, que cortam o fluxo e tendem a homogeneizá-lo em um aspecto objetificante, não dando espaço para as singularidades.

E mais *flashes* da vida de Joana surgem, para além do prontuário.

*Uma coisa que me chamou atenção foi em um acolhimento que ela veio com queixa ginecológica [...] examinei [...] o marido entrou junto, e eu achei ele num tom assim [...] da forma como ele falou que... ela estava fedendo, que tinha alguma coisa errada com ela lá embaixo [...] e ela nesse momento ela não expressava nada... ela baixa a cabeça e fica quieta, né [...] “porque eu catei ela da rua... eu que cuido dela” [fala de Carol sobre a fala do marido de Joana] [...] quando ele saiu, eu perguntei: nossa, vocês brigam muito? E ela disse não [...] [Carol fala das orientações que realizou sobre cuidado pessoal] [...] dei uma conversadinha, mas... parece que deu uma melhorada [...] na presença dele, ela não fala [...] Eu já conhecia ele mas esse foi o primeiro momento que me assustou... e ele falar assim na frente dela... o modo (depoimento de Carol).*

A entrada para o atendimento ocorre por uma queixa específica de sintoma no corpo. Porém, Carol deixou-se afetar pelas falas e reações do marido, e de Joana, na presença do marido. Assim, deu passagem para esses outros fluxos presentes nesse encontro. Tecnologias leves e afetamentos do encontro de Carol com Joana e o marido, que não apareceram na ordem dura do prontuário e vão compondo a relação Joana-equipe.

O núcleo das atividades cuidadoras de saúde que foi ampliado, articulado e embasou os núcleos profissionais dos saberes territorializados, desencadeando ações singulares (MERHY, 2013).

Afetos e fluxos continuam a buscar passagem...

#### 4.4 JOANA “NASCE” PARA A EQUIPE

E o filho de Joana nasce.

*Aí, a continuação de Joana, continuo na verdade por conta do filho, porque ela não passou mais, passou a criança, né, Carol [...] e é engraçado que a queixa é dor abdominal (depoimento de Marina).*

Marina passa a se guiar pelo prontuário do filho de Joana. Nascido prematuro, sem complicações. Conforme fluxo estabelecido na Rede de Saúde do município, devido à prematuridade, o acompanhamento em consultas médicas pediátricas ocorre no Ambulatório de Especialidades da Criança, localizado em bairro cerca de 14 quilômetros distante da UBS Selvagem. O agendamento da primeira consulta nesse ambulatório ocorre durante a internação do binômio mãe-bebê, no pós-parto, no hospital do município. *“Então, a princípio, ele não era nem para acompanhar aqui com a gente, né, o de rotina ia ser no ambulatório de pediatria (depoimento de Marina).*

A equipe conta que Joana passou a procurar a UBS Silvestre com o filho, cerca de uma vez por semana. Inicialmente, com queixas de dificuldade de amamentação e cólicas, porém, depois, a procura passou a ser recorrente pelas mesmas queixas: constipação intestinal, choro e cólicas.

*No hospital, eles medicavam muito, e a gente fazia orientação [...] (comentário de Carol).*

*[...] ela começou a vir... [...] 1x/semana no mínimo [...] então, ela mantinha, apesar do acompanhamento dela, pediatra dela, ser lá... aqui ela sempre correu atrás da gente... não sei como que é o esquema de encaixe, alguma coisa lá [...] ta tendo muita cólica. (depoimento de Marina).*

Apesar de o seguimento do filho ser em outro local, Joana tem vínculo e continua buscando a UBS Silvestre, nos momentos de dúvidas nos cuidados com o filho e nos momentos das queixas. Joana parece encontrar abertura e acesso, por parte da equipe, nesses momentos “fora de hora”, fora de consulta agendada, de última hora. E a equipe mantém-se aberta e disponível para esses encontros, por mais que considerassem o Ambulatório de Especialidades da Criança como o responsável pelo atendimento “de rotina” do bebê.

*E aí ela vinha com a orientação que tinha sido dada lá né [...] mas mais ou menos né, porque às vezes a gente não sabia...e até a gente puxou algumas..alguns atendimentos de lá, né...então ele continuou na rotina lá e agora ele tá ainda em investigação pra megacolon congênito (depoimento de Marina).*

*Então, da ultima vez que eu passei lá, pelo o que ela tinha me dito, ela ia passar em cirurgia com ele [...] (depoimento de Paulo).*

*Ela ia fazer uma biópsia (comentário de Carol).*

*Ela não soube dizer, né (comentário de Marina).*

Os atendimentos parcelados, ora na unidade ora no ambulatório, fracionavam e fragmentavam o cuidado. Isso leva a equipe a ir em busca de informações de Joana e do filho nos outros serviços da Rede, porém, a comunicação não parecia ser efetiva. As informações da própria Joana, muitas vezes, parecem não referir com exatidão as investigações em curso no outro serviço.

*[...] é que na pré consulta ela não fala... aí, depois de um tempo que você já anotou ali, ela fala... olha, eu tô usando esse, ela vai tirando da bolsa os remédios [...] que aí eu chamava a doutora para ir lá olhar, e aí ela já contava outras coisas [...] (depoimento de Carol).*

Joana tem seu tempo e ritmo para contar ou não as coisas, as dores, o que acontece, o que faz, o que usa.

Cecílio (2012, p. 282), em uma conferência no XII Congresso Paulista de Saúde Pública, ocorrido em 2011 em São Bernardo do Campo/SP, fez um debate sobre o que denominou de “problemas teórico-práticos”, os quais apresentavam regularidade ao longo de suas pesquisas e experiências profissionais.

Um deles tratou da disjunção do tempo do usuário, do gestor e da equipe para o acesso e consumo de serviços de saúde. A equipe, no “tempo do cuidado”, tenta viabilizar um tempo que considera adequado para um bom cuidado, de acordo com seus saberes e éticas profissionais. O usuário, no tempo das necessidades, busca por um tempo de acordo com sua perspectiva individual e experiência da doença (CECÍLIO, 2012, p. 284).

Joana tem seu tempo e ritmo, que parecem ser diferentes do processo de trabalho da equipe. A equipe tem pressa.

*[...] gesta quatro... três partos anteriores[...] (comentário de Marina sobre o histórico de gestações de Joana).*

*[...] ela não tem nenhum com ela... esse é o primeiro filho que ela tá cuidando (comentário de Carol).*

E a equipe começa a trazer a história para além das dores. Intrigada e afetada, questiono se essas questões apareceram no pré-natal.

*Não, nunca falou (comentário de Carol).*

*A gente fica sabendo isso por conta da mãe (comentário de Marina).*

*Eu até conversei com ela... mas ela fala muito pouco assim (comentário de Paulo).*

*[...] a mãe veio e comentou que ele [marido] batia nela, né, mas ela nunca falou (comentário de Carol).*

*Mas isso tudo começou a aparecer depois da criança, que, até então... (comentário e Marina).*

A equipe começa a “descobrir” histórias de vida de Joana contadas por sua mãe. Joana parece não falar sobre seu histórico com os profissionais de saúde, apesar de ser o local que ela tanto procura em busca de cuidados.

*Teve um desses períodos aí, ela ligou [...] ligou acho que num dia, depois ligou no dia seguinte, né [...] tinha hora que eu ficava de saco cheio, né [risos], resolvi atende... ela chorou bastante, falou que já tinha dado cinco mamadeiras pra criança e a criança não parava de chorar, se isso era normal? Aí eu falei pra ela ficar calma [...] e nesse mesmo dia apareceu a mãe... dizendo assim que ela queria ver a criança e ela [...] porque ela tinha medo de ir na casa dela e o marido mandar ela embora da casa, né [...] e aí que foi essa lebre de dar uma investigada melhor [...] (depoimento de Carol).*

Novamente, a equipe demonstra cansaço com as mesmas queixas e procuras frequentes de Joana, seja na unidade e mesmo por telefone. Porém, as conexões inusitadas nos bastidores trazem novos afetamentos na relação Joana-equipe. Há uma abertura da equipe, não apenas para Joana, como também para seus familiares, o que permitiu que a equipe acessasse informações importantes da vida de Joana. A equipe parece ser referência importante de cuidados para a família de Joana.

*Eu acho que a Joana apareceu mesmo acho que depois da gravidez... com o nascimento da criança, eu acho... que a gente... descobriu mais coisas (depoimento de Carol).*

*E aí começaram os problemas de verdade (comentário de Marina).*

O nascimento do filho de Joana parece ser um marco importante para a equipe, ao longo do percurso de cuidados, como um momento a partir do qual a equipe descobre Joana, que até então era uma incógnita. Será que Joana “nasce” para a equipe com o nascimento real do filho? Parece ser também, para a equipe, o momento em que se iniciam os verdadeiros problemas. Será que os problemas de verdade já não existiam antes de o filho nascer?

#### **4.4.1 Fluxograma “nasce” para além do prontuário**

A partir desse momento, na reunião do fluxograma, já estamos fora do prontuário, fora de ordem cronológica, seguindo as intensidades que surgem na

memória e nos afetos de cada integrante da equipe para (re)compor o percurso de cuidados de Joana. Os relatos parecem cada vez mais vivos.

E a equipe continua a buscar conexões que possam potencializar seu cuidado. Durante o período em que ocorreram as observações participantes com a equipe, na UBS Silvestre, presenciei um momento em que a enfermeira Carol e a enfermeira Patrícia vão ao refeitório para uma pausa, após uma manhã muito intensa e corrida na unidade, para “*espairecer um pouco*”.

Conversam sobre assuntos diversos, tomam café. E, entre tudo isso, a enfermeira Carol faz um “desabafo” sobre o caso de Joana: uma mulher que tem trazido constantemente o bebê em encaixe, cada vez com uma queixa diferente, já tem até exames invasivos agendados para fazer. Já perdeu a guarda dos outros filhos e agora teve este. Carol suspeita que ela seja agredida pelo companheiro, pois já presenciou ele sendo grosseiro para referir-se a ela. “*Ela já foi prostituta e conheceu esse cara que a tirou dessa vida, e agora ela quis um filho com ele.*”

Uma pausa. Tempo para espairecer um pouco das intensidades e correrias do dia, e das intensidades que provocam o caso de Joana.

Tempo para um desabafo, para uma conversa que parece estar em busca de um alento, de um fôlego, de coragem para buscar novas construções para o que parecia não ter jeito. “*Não sei mais o que fazer*”, comenta a enfermeira Carol. A enfermeira Patrícia lhe sugere conversar no Ambulatório de Especialidade da Criança, com a assistente social de lá.

Conversas, encontros, conexões inusitadas, “nos bastidores”, que abrem novas possibilidades e novos caminhos para o cuidado de Joana. Movimentos rizomáticos na gestão do cuidado de Joana.

Durante o fluxograma, recordo-me dessa cena ocorrida há cerca de 2 meses antes desta reunião. Percebo que se tratava de Joana, e pergunto para a equipe como foi o contato com o Ambulatório de Especialidade da Criança.

*É, eu fiz um relatório, que ela tava vindo muito, muito aqui, né? Aí eu encaminhei pra lá pra eles terem ciência de que tinha alguma coisa errada né [...] A criança com um mês de vida tomando cinco medicação! Né?! Tava... excesso de medicação... então eu mandei mais para terem ciência né” (depoimento de Carol).*

*Mas eles não mandaram contrarreferência (comentário de Marina).*

A equipe continua a buscar e mobilizar conexões para o cuidado fragmentado da rede com o bebê de Joana. Mesmo com esse empenho, queixam-se da falta de comunicação entre os serviços, que dificultam um cuidado, e de uma rede integrada.

Oliveira et al. (2016), em estudo sobre os processos microrregulatórios desenvolvidos por uma UBS, de um município da Região Metropolitana de São Paulo, também pontua que a informação sobre os casos encaminhados para os serviços especializados, ou seja, a contrarreferência, não acontece. Sem essa informação, as equipes vão criando redes informais de comunicação entre os serviços, envolvendo o próprio usuário ou a família como intermediadores da informação. Ou, ainda, buscam realizar contatos pessoais via telefone.

Na equipe Rosa, a criação de uma rede informal de comunicação ocorreu diversas vezes, com informações da própria Joana, dos familiares e com a busca de informações por outras vias, como telefone e prontuário eletrônico.

Mas, em alguns momentos, a equipe não cria movimentos em busca de informações, e paralisa, na falta da contrarreferência. Como é o caso desse momento em que a equipe fica sem saber a repercussão do relatório de Carol.

Afetados com as descobertas recentes da vida de Joana, a equipe toma a decisão de levar o caso para discussão junto ao Nasf. É uma equipe multiprofissional, que tem a pretensão de atuar de forma integrada com as equipes de AB, incluindo equipes de saúde da família. Compartilham práticas e saberes em saúde com o objetivo de apoiar as equipes referenciadas na resolução de problemas, ampliando suas ofertas de ações (BRASIL, 2014). Recordo que o Nasf em questão, nesse município, é composto por uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma enfermeira.

*A reunião do Nasf a gente faz 1x/mês, e a gente faz as reuniões nossas 1x/semana, então toda semana a gente vê a demanda [...] e tem alguns casos que se repetem, justamente [...] quando a gente começou ver que formou muito nó, a gente passa pro Nasf (depoimento de Marina).*

*Aqueles que têm uma necessidade de uma... opinião, né, de um seguimento... sei lá... É um caso que não tá fechando assim, na verdade (comentário de Carol).*

*De fazer esse fluxo com as outras unidades, por exemplo [...] porque como elas tão rodando [...] (comentário de Marina).*

*[...] a gente escolhe os casos, não clínico só, e que envolvem assim... a equipe fica, é... incomodada com alguma questão, né (comentário de Marina).*

“*Caso que não tá fechando*”, que “*incomoda*”, que forma “*nó*!” Casos que envolvem demandas e necessidades para além do biológico, como questões sociais, psicológicas, familiares e econômicas. Casos complexos, emaranhados em um “*nó*”. Afetam, “*se repetem*”, retornam com os mesmos “*nós*” de antes, incomodando. Situações que a equipe tem a possibilidade de buscar outras opiniões e “*fazer esse fluxo*” com a Rede, através do Nasf, fazer rodar em uma rede de cuidados. Ampliar as conexões, e trazer novos olhares para o caso em uma discussão multidisciplinar.

E, para o caso de Joana, o nó emaranhou-se com as novas informações trazidas pela família. O incômodo já está mais presente, e o caso “*não fechava*”, pois as queixas e as vindas nos acolhimentos continuavam, agora com o filho.

A reunião ocorrida com o Nasf também foi acompanhada durante o período de observação participante desta pesquisa. Foi realizada na UBS Silvestre, com a assistente social e psicóloga do Nasf, a médica Marina, a enfermeira Carol, os ACSs Paulo, Vera e Dione.

Nessa reunião, Carol comenta sobre as sucessivas vindas de Joana e seu bebê em acolhimento, “*o bebê tem 2 meses e já tem um prontuário dessa grossura [mostra com os dedos] na unidade*”. Paulo brinca, dizendo: “*O prontuário dele tá maior que o meu, da minha vida inteira*”. A assistente social questiona se as queixas são reais, ou seja, se há alguma questão biológica e a equipe diz que isso pode ser coisa de Joana, que “*não sabe, fica achando que o bebê tem que fazer mais cocô e fica trazendo, achando que não é normal*”.

Marina diz que essa questão está sendo investigada no Ambulatório de Pediatria. Carol expõe sua preocupação de que algo mais acontece nessa família “*Eu acho que o marido bate nela... porque tem mais história nisso [...]*”. Relata a situação de que a mãe de Joana, Sílvia, naquele mesmo dia, a procurou na UBS em busca de informações e ajuda para Joana, dizendo que não tinha reconhecido sua própria irmã e que o marido não deixava sua família entrar em contato com ela.

Todos ficam preocupados com a história de Joana e mais espantados ainda quando a enfermeira Carol diz que Sílvia, a mãe, contou que está com a guarda de dois filhos de Joana, porém, tem mais uma, que o marido de Joana “*deu a filha da Joana pra ex-esposa cuidar*”. A psicóloga do Nasf, chocada com essa situação, comenta: “*Como assim?! Ele deu uma filha dela para ex-esposa?! [...] Nossa, realmente tem altos indícios de essa Joana estar em um relacionamento abusivo*”.

A assistente social do Nasf sugere: *“Essa família merece um genograma! Vamos fazer um genograma pra entender melhor isso”*. Passam a desenhar o genograma da família Lourenço com as informações que a equipe vai fornecendo.

*Acho que a dor no estômago que ela tinha, ela transferiu pro filho agora (comentário de Marina em tom descontraído).*

*Mas, Marina, não tem uma explicação na medicina oriental que dores e doenças relacionadas ao estômago e intestino tem algo relacionado com culpa? Acho que tem... mas, e essa história do esquecimento que ela tem tido, vale a pena investigar? (comenta a assistente social do Nasf).*

A assistente social retoma a problemática do esquecimento e pergunta à equipe se Joana tem algum histórico de esquecimentos anterior ou de passagem no Caps.

A equipe busca recordar-se de acontecimentos mais antigos, e a ACS Vera conta que, quando era pequena, morava próximo da casa de Sílvia, mãe de Joana. Lembra que Joana e a irmã sempre deram muito trabalho para a mãe delas. Quando elas tinham uns 9 anos, fingiam que iam para a escola e na verdade fugiam e iam para Belvedere e *“passavam muitos dias fora”*.

A enfermeira Carol começa a folhear o prontuário de Joana atrás de históricos mais antigos. Encontra a anotação do atendimento com o psicólogo da UBS na época, em 2014, e lê na reunião. Trata-se do atendimento, já relatado nesta Tese, no início do fluxograma. A equipe parece surpreender-se com essas informações. Não sabiam desse atendimento! Ao final do registro do psicólogo, Joana relatou: *“Não fui capaz de cuidar de nenhum”*, referindo-se aos três filhos que tinha na época.

É cogitado, na reunião, um possível sentimento de incapacidade, ou mesmo de culpa, de Joana em sua relação com os outros filhos e certa insegurança no cuidado com o filho atual, que poderia estar provocando tantas vindas à unidade, em busca de orientações.

Todos se preocupam ainda mais com Joana, como se as suas dores, queixas, seus retornos, comesçassem a ser mais compreendidos.

*“Nossa, o que será que podemos fazer pra ajudar essa família?”*, comenta a assistente social, após toda a história revelada e as discussões sobre o caso de Joana.

Recordo de Carol, no seu tempo de desabafo, que parecia estar em busca de um alento, de um fôlego, de coragem. Em conexão com as intensidades que passam

agora pela assistente social, parece também haver uma busca de forças para lidar com a impotência.

Esses profissionais de saúde, outros profissionais de saúde, nós, profissionais da saúde, gestores do SUS, pesquisadores do SUS, estamos em busca de forças para lidar com a impotência?

E algumas propostas de intervenção são definidas pela equipe Nasf em conjunto com a equipe Rosa. Solicitar um atendimento especializado para Joana, com a psicóloga do Ambulatório de Especialidades da Criança, aproveitando que já faz o acompanhamento do filho lá. Investigar se há histórico de Joana no Caps do município. Conversar com a mãe ou a irmã de Joana para obter informações detalhadas a respeito. E efetuar uma visita domiciliar, em conjunto com o Nasf, na casa de Joana.

Algumas propostas são colocadas em práticas e outras não vingam:

*Elas até queriam fazer visita na casa da Joana... junto, né, tinham até marcado, né, mas aí também não deu certo, né (comentário de Carol).*

*Ela [Joana] até quis, ela se dispôs a passar aqui, mas também não estava casando os horários, porque ela vinha a pé, não tinha como vir, aí também depois que ficou de ir pra lá também não quis (esclarecimento de Paulo).*

A reunião com o Nasf parece ter possibilitado novos olhares e novas alternativas de intervenção para o caso. A equipe (re)descobre informações importantes, que se perderam ao longo de um processo de cuidado fragmentado e busca ir atrás de intensidades que, na época, não passaram pelo foco biológico centrado. Agora, são atualizadas no desejo da equipe de retomar um ponto que ficou esquecido: a saúde mental de Joana. E Joana, o que deseja? Essa é uma intensidade que parece ainda buscar passagem.

*[...] ela vinha com tantas outras queixas que o esquecimento... ela... nem citou mais! A gente nem investigou mais! Mas aí, no histórico, tinha algum antecedente assim [...] aí, eu liguei no Caps... pra saber dela [...] falei com a Samantha [enfermeira do Caps], que levantou o prontuário da Joana lá e teve uma única consulta lá, em 2010, com uma hipótese diagnóstica de F20, ou seja, esquizofrenia... e foi prescrito Haldol para ela [...] (depoimento de Marina).*

A equipe, no dia posterior à reunião com a equipe do Nasf, já vai em busca das conexões perdidas de Joana. E a informação que conseguem é de espantar! Em uma consulta, levanta-se a suspeita de esquizofrenia e a prescrição de Haldol!

*Só que, aí, ela parou de ir... foi só essa única vez, e aí eu conversei com a Samantha, como que tinha que ser [...] ela orientou que se fosse necessário podia encaminhar pra triagem lá de novo [...] e eles até propuseram [...] agendar uma visita domiciliar [...] Aí eu agendei uma avaliação [...] pra eu conversar com ela e depois encaminhar pro Caps! [...] ver o que que é esse negócio de esquecimento mesmo? Porque tinha uma hipótese diagnóstica [...] e ela não veio nesse dia! (depoimento de Marina).*

A equipe esforça-se para gerenciar cuidados fragmentados, soltos, perdidos ao longo dos percursos feitos por Joana na rede de saúde. Insiste em certas buscas e conexões para cuidar! Faz remanejamentos no processo de trabalho para priorizar o atendimento de Joana. Porém Joana não comparece ao atendimento. A equipe parece focar necessidades e investigações trazidas por Joana anteriormente, mas hoje, o que quer Joana?

*[...] depois dessa discussão que teve com o Nasf [...] Porque aí a gente reviu: “Opa! Tem coisa no Caps, ela tem e não foi mais, tal”... a preocupação com a criança nem foi tanta, porque ele já estava sendo acompanhado na pediatria, a gente não ficou preocupado com a criança, ficou preocupado com ela, com essa situação (depoimento de Marina).*

A gestão do cuidado de Joana, nos movimentos produzidos pela equipe, parece que oscilou e pôde estabelecer conexões com diferentes profissionais, com familiares de Joana, e com outros serviços da rede de saúde. Parece que a equipe, afetada, incomodada, sentindo impotência; desestabiliza os territórios de mesmas queixas e mesmas condutas e estabelece conexões rizomáticas, na busca de novos sentidos e novas práticas na gestão do cuidado de Joana. As tecnologias predominantes passam a ser as tecnologias leves, do diálogo, da escuta, do vínculo. O trabalho vivo em ato passa a traçar movimentos conectivos e instituintes.

“Os trabalhadores da 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 um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e é a partir desta configuração do trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado (FRANCO, 2006, p 466).”

Marina define a gestão do cuidado desenvolvida pela equipe de saúde da família como “*bem além das quatro paredes do consultório*”.

#### 4.5 “DIA FATÍDICO”: “NOSSO FLUXO QUEBROU”

“Aí! O *dia fatídico!*” (comenta Marina, enfaticamente, rindo). E começa a descrever o que aconteceu nesse dia, com falas exaltadas, demonstrando indignação com os fatos ocorridos. Conta que, no dia seguinte à falta de Joana no atendimento proposto pela equipe, esta foi à UBS para vacinar o filho. Marina diz que estava “*super preocupada*” e, então, resolveu fazer uma abordagem à Joana naquele momento:

*[...] Entrei com ela, o marido sei lá onde tava [...] sentei como se fosse uma consulta, mas como eu tinha pouco tempo, eu fui muito direta, eu falei [...] “eu vi que você teve uma passagem no Caps, parou de ir, a gente queria ver direitinho isso, né, mas porque que você não tá conversando com a sua mãe?” [...] ela tava se abrindo, falando disso...dessa questão da mãe [...] Numa dessas, o marido entrou, abriu o consultório assim, e foi falando...“Vamos embora, senão for dar essa vacina, porque aqui não presta” [...] falou que o problema na verdade era por conta da própria família [...] Porque ele colocou muito isso: “Recolhi ela da rua... ela era... tava toda largada!” [falas da Marina sobre as falas do marido] (depoimento de Marina)*

Marina parecia muito envolvida e afetada pelas últimas descobertas sobre Joana, e não queria mais perder tempo para dar continuidade em cuidados que ficaram perdidos e esquecidos ao longo dos encontros de Joana-equipe.

Antes, quando vista na unidade, “olhos-profissionais” já sabiam que Joana vinha com as “mesmas queixas” antes mesmo de ser avaliada. Os encontros eram desencontrados: encontros com o corpo e desencontros das intensidades que pulsavam nos entre. Agora foi a equipe que a buscou, com novos olhos, e olhos não tão novos. Olhos novos que tentavam ver para além das queixas, olhos que buscavam ver o que Joana trazia além das queixas biológicas. Olhos não tão novos, que pareciam já saber o que Joana precisava, antes mesmo do encontro acontecer, e foi direto ao assunto.

E um encontro novo e não tão novo aconteceu. Encontro novo, que não se deu com foco no corpo e nas queixas, como aconteceram por vezes antes. Encontro não tão novo, que também teve sua parcela de desencontro! Encontro desencontrado no tempo, em que o tempo da médica Marina não foi ao encontro com o tempo de Joana. Desencontrado também na busca, em que a busca da médica Marina não foi ao encontro com o que o marido e Joana pareciam buscar.

Parece que intensidades, emaranhadas em um nó, esgarçaram-se. Parece que subjetividades encontraram-se no limite. Parece que alguns encaixes ficaram apertados.

*Ela estava conversando comigo naturalmente... ele chegou, ela ficou com a cabeça para baixo e parou de conversar, parou! [...] [Ele] Começou a queixar muito [...] aí eu falei: “Então, calma, espera aí, Joana, então vamos fazer a vacina” [...] E aí fez a vacina e foi embora [...] E não apareceu mais! Não apareceu mais! Tá desde outubro, foi dia 25 de outubro a última vez que eles vieram [...] (depoimento de Marina).*

Silêncio na reunião do fluxograma.

A equipe aparenta aumentar ainda mais a preocupação, e fica com receio de o marido maltratar Joana, pois já havia demonstrado agressividade em um ambiente público. Passam a buscar informações sobre como a família encontra-se após o ocorrido. Buscam conexões de cuidados, mesmo Joana não tendo voltado mais na unidade.

*A irmã dela acabou passando em uma consulta naquela semana mesmo [...] E abri pra ela [...] “Ahh, mas eu não tenho contato com ela” [falas de Marina sobre a fala da irmã] [...] Então, é um vínculo muito ruim... Nessa mesma semana, eu abri pra Sílvia também, porque a Sílvia veio passar em consulta [...] “Eu tenho medo porque ele é muito agressivo [...] eu fico preocupada com ela, né” [falas de Marina sobre a fala da Sílvia] [...] a gente [equipe de saúde] se mobilizou, nossa, o que será que aconteceu? Será que ela tá viva ainda? A gente só descobriu que tava viva porque aí a Carol viu que o filho passou em consulta lá... Então, pelo menos esse acompanhamento tá indo (depoimento de Marina).*

Cuidados, buscas e conexões mantêm-se nos “bastidores”. E o último contato da equipe com Joana, até o dia da discussão do fluxograma, aconteceu por uma visita domiciliar de Paulo, que disse ter encontrado Joana na casa. Conversaram sobre a investigação do problema intestinal do filho, que aguardava nova consulta no Ambulatório, “e ela atendeu de boa, falou do filho numa boa”.

“E aí chega que nosso fluxo quebrou, né!” (comentário de Marina, entre risos).

Não quebrou! Os cuidados ainda continuam; a equipe mantém discussões, encontros nos bastidores...

*aí, o que que aconteceu [...] a gente teve uma nova reunião no Nasf, e passamos isso... e aí a Lis [psicóloga do Nasf] [...] ficou de conversar com a Flávia [psicóloga do ambulatório de pediatria] [...] parece que a Joana já tava passando lá com a Flávia [...] mas ia colocar esse a mais pra Flávia lá né [...] (comentário de Marina).*

Quando realizamos a reunião para o fluxograma, todos esses acontecimentos já haviam se passado, e a equipe permaneceu com esse caso como o escolhido para discussão com a pesquisadora. Parece que as intensidades do caso de Joana continuam circulantes, vivas, percorrendo os profissionais da equipe, que ainda buscam conexões e estabelecer outras redes de cuidado para Joana.

#### 4.6 POSSIBILIDADES ENTRE A QUEBRA

Finalizamos a discussão dos fluxos que já tinham acontecido, até aquele momento, para o cuidado de Joana, e uma quebra constituía um suposto fim do percurso.

Ainda havia tanta intensidade e subjetividades circulantes na equipe sobre o processo de cuidado de Joana, que resolvi ser porta-voz de uma pergunta que buscava passagem: E o que vocês estão pensando para o caso agora?

Mais processos de autoanálise foram desencadeados, e a equipe passou a rascunhar algumas propostas.

*Porque vai ser importante retomar algumas coisas dela mesmo, né... mas eu acho que se tiver tranquila [...] não tiver aquele turbilhão, vamos priorizar mesmo o atendimento da criança mesmo, porque agora é o principal e depois a gente retoma essa história da psiquiatria, né (comentário de Marina).*

*Eu vou continuar fazendo visita lá para saber do acompanhamento dele, se tá passando, resultado, para os feedbacks (comentário de Paulo).*

*Eu penso mais na entrada dela em relação à criança, por exemplo, se resolver o problema de criança... eu acho que logo ela volta (comentário de Carol).*

A equipe decide fazer um movimento de pausa, recuo, em ações diretas com Joana, para aguardar o tempo das necessidades dela. Manterão visitas domiciliares do ACS de acompanhamento, mas com o foco no bebê, pois entendem ser ele também o atual foco de Joana. Parece que buscam renovar o vínculo com essa família.

Rascunham essas propostas, de forma tímida, por estímulo desta cartógrafa, mas que percebe terem passado por um processo de reflexão das próprias práticas, processos de trabalho e gestão do cuidado, a partir da discussão do caso de Joana pelo fluxograma.

E não teriam sido, esta escolha e a discussão do caso de Joana com esta cartógrafa, uma nova entrada nos movimentos da gestão do cuidado neste fluxograma?



# **CAPÍTULO 5**

## **JOANA E SEUS MOVIMENTOS**

---



## JOANA E SEUS MOVIMENTOS

Neste capítulo, apresento um momento que foi muito esperado por mim durante o período de produção de dados na UBS Silvestre: o encontro com Joana. Nessa esperança na concretização do meu encontro com Joana, podem ser pensadas algumas implicações.

Implicação, não entendida como engajamento ou comprometimento. Segundo Monceau (2008, p. 22), implicações são as relações que os indivíduos desenvolvem com as instituições. E são relações em que não podemos decidir estar ou não implicados, pois as instituições nos tomam. As implicações existem e geram efeitos, mesmo que não desejemos ou saibamos. São importantes, portanto, as análises dos modos como nos relacionamos com essas instituições, “o verdadeiro trabalho científico deve estar aí”.

Uma delas é minha implicação com a própria pesquisa, com o desejo de mergulhar nas multiplicidades de forças que compõem a gestão do cuidado nesse cenário investigado. E isso incluía conhecer Joana, já que foi a força que impulsionou movimentos, análises e construções na equipe Rosa e, por conseguinte, na pesquisa.

Outra é uma implicação com instituições que atravessam e conformam meu território profissional de ser enfermeira, no qual o cuidar é imperativo. Território profissional que também é composto por ser profissional da saúde da AB e da ESF, que se vincular com o usuário e responsabilizar-se por seu acompanhamento de saúde são fundamentais. Em vários momentos, na entrevista e também no fluxograma com a equipe, disparei questionamentos a partir de um desejo por cuidar de Joana.

Monceau (2008, p. 21) recorda uma frase, dita por Lourau, que ilustra bem esses momentos vividos por mim no campo: “A instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca”.

Implicações que geraram efeito, que não percebi no momento, mas que foram percebidas com o processo de discussão e análises no coletivo do Grupo de Pesquisa (MONCEAU, 2008).

Romagnoli (2014, p. 49) traz importante contribuição nesse entendimento de minhas implicações enquanto cartógrafa e profissional da saúde e enfermeira da AB e enfermeira do município de Indaiatuba. A partir do referencial da Esquizoanálise, a

autora faz uma leitura particular desse conceito. Nesse referencial, a implicação pode ser pensada como permitindo ao pesquisador a conexão aos planos e agenciamentos da realidade estudada. “Diz respeito ao próprio movimento da pesquisa que, nessa vertente, seria ligar-se com o ‘fora’ das situações, agenciar.” Nesse sentido, coloca a implicação do pesquisador como importante dispositivo no trabalho de campo, porque “é a partir de sua subjetividade que fluxos irrompem, agenciamentos ganham expressão, sentidos são dados, e algo é produzido”.

Arrisco, então, a pensar que esta pesquisadora (cartógrafa e enfermeira de outra UBS) implicou-se no campo de forças e movimentos que foram compondo a gestão do cuidado de Joana. E que, ao mesmo tempo, também foram compondo a cartógrafa e os sujeitos na experiência. A partir de agenciamentos que se davam, em processo, com os sujeitos da pesquisa, com cenas e histórias de cuidado, com o Grupo de Pesquisa, e com tantos outros fluxos, objetos, sujeitos e intensidades. Possibilitando a desconstrução de subjetividades, de formas de pensar, agir e sentir, no mundo da pesquisa e do cuidar. Abrindo-me para mergulhar e ser afetada pelas intensidades da realidade do campo, e também afetar.

Arrisco a pensar, ainda, se esse também não seria um movimento que pode acontecer na gestão do cuidado? Profissionais de saúde, implicados na conexão com o “fora”, dando passagem para forças heterogêneas e agenciamentos, inusitados nos encontros; convidando “os instituídos a se expressarem de outra forma, sem ser a configuração dominante, provocando a convergência [...] das diferenças” (ROMAGNOLI, 2014, p. 49).

Estes foram movimentos já questionados a partir da experiência do fluxograma com a equipe, e que aqui são reavivados pelo conceito da implicação.

A experiência do encontro com Joana, como será apresentado neste Capítulo, também possibilitou-me um processo de questionamento das forças instituídas de meus territórios profissionais, ao agenciar, ligar com o “fora”, com fluxos heterogêneos que me afetaram, no encontro com Joana.

O meu percurso até a realização da entrevista com Joana foi longo, tanto em sua duração no tempo quanto no espaço.

Teve uma longa duração no espaço, pois, como já apontado nesta Tese, no subcapítulo 4.2.1, Joana é de um lugar distante da UBS Silvestre, percorrendo estradas de terra até chegar na divisa com o município vizinho.

Teve uma duração longa no tempo, pois transcorreu-se um período de aproximadamente quatro meses, entre a realização do fluxograma e a da entrevista.

Isso porque foi um percurso repleto de entraves, desencontros, desinformações, pausas, retornos, buscas e palpites. E não seria esse também o percurso real vivido pela equipe para a gestão do cuidado?

Logo após a reunião do fluxograma, fluxos quebrados e ressentidos entre a equipe e o marido de Joana (abordados no subcapítulo 4.5) pediam cautela, ética e cuidado nessa possível aproximação da cartógrafa com Joana, que fez, então, um afastamento.

Tantas subjetividades intensas e ainda nebulosas (para a cartógrafa) pairavam nos territórios de cuidado equipe-Joana e equipe-família dolorida. Nesse momento, um pouco coincidente com o período de festas de final de ano no qual a UBS permanece fechada por algumas semanas, faço um afastamento do campo.

Um tempo de cuidado, ou tempo devir-cuidado, para lidar com cautela e ética com tensões e intensidades, reais e recentes, do trabalho em saúde. Um tempo devir-cuidado para Joana, para a equipe e para a cartógrafa. Um cuidado que devém tempo, e um tempo que devém cuidado. Um período para gestar o cuidado com o percurso da Tese, diante de subjetividades nebulosas.

No retorno, fiz um encontro breve com a equipe, que referiu que a situação de Joana era novamente uma incógnita. Ela não havia retornado à UBS, o ACS Paulo não encontrava a família na residência. Acreditavam que tinha mudado para outro bairro, que pertence à área de abrangência de outra UBS do município. A equipe referiu que seguia monitorando a família por meio de informações de passagens de consultas do filho no Ambulatório de Especialidade, pelo prontuário eletrônico. Pareciam sentir-se, de certa forma, aliviados de que “*pelo menos o filho continua sendo acompanhado*” (comentário de Marina).

Cuidados interrompidos, conflitos, rompimentos, mudanças de territórios, são alguns dos desafios que as equipes vivenciam para a gestão do cuidado. Os usuários, com seus percursos reais de vida, estremecem os percursos de cuidado delineados pelas equipes? Fazer a gestão do cuidado parece que envolve estar aberto e flexível à inconstância da vida.

Joana, em seus percursos reais da vida, escapa aos percursos de cuidado rascunhados pela equipe no processo de gestão desse cuidado? Joana parece

escapar, também, do percurso desenhado pela pesquisadora! Equipe e pesquisadora, na gestão desse cuidado e na gestão desta pesquisa, parecem estar na “corda bamba”.

Corda bamba, corda frouxa, instável, difícil de controlar. Equipes na gestão do cuidado estão na corda bamba? Profissionais que se tornam equilibristas?

Corda bamba remete à palavra bambear. Bambear, segundo o Dicionário Houaiss, é “tornar ou ficar bambo; afrouxar(-se)”, sinonímia de hesitar e oscilar. Estar na corda bamba, na gestão do cuidado, é afrouxar os instituídos, dando passagem para o “fora”? É oscilar, que, ainda usando o Dicionário Houaiss, também podemos pensar em mover, “sofrer abalo”, “tremar”, “sofrer variação”. É abalar, estremecer e então mover e variar o cuidado? Sigo no mapeamento dos movimentos (HOUAISS; VILLAR, 2009).

A conduta da equipe é de espera e vigília. Parece que, assim como para a pesquisadora, para a equipe também foi preciso um tempo: de espera diante de acontecimentos tão intensos.

E a pesquisadora estava em mais um impasse: realizar um novo fluxograma com outro usuário cuja entrevista fosse possível? Manter Joana como usuária, mesmo sem a sua entrevista, que parecia estar impossibilitada de ocorrer por diversas forças? Ou, ainda, realizar a entrevista de Joana no Ambulatório de Especialidades, já que a família tem ido lá para acompanhamento do filho, e Joana já havia passado em consulta com a psicóloga do serviço (sugestão da própria médica Marina e da enfermeira Carol)?

Enquanto fazia contato com o Comitê de Ética, outros pesquisadores do meio acadêmico e do grupo de pesquisa, para analisar a viabilidade dessa proposta de entrevista no outro serviço, a equipe consegue encontrar Joana em uma visita domiciliar do ACS Paulo e da médica Marina. Os cuidados e buscas por Joana não estagnaram, parece que flutuavam. A equipe mantinha-se vigilante.

Paulo disse que perceberam que “*as coisas estão do mesmo jeito*”. Nessa mesma visita, ofereceram a entrevista como parte de uma pesquisa e Joana aceitou.

Em conversa com a equipe, devido a Joana morar longe e depender do esposo para trazê-la, foi combinado uma visita domiciliar com Paulo para me apresentar e explicar sobre a pesquisa para Joana. Três datas foram agendadas, porém, nas duas

primeiras, o marido referiu que não estariam em casa, pois o filho estava doente, e na terceira conseguimos concretizar a visita.

Fomos para a visita domiciliar em meu carro particular. Chegamos na casa de Joana, um pequeno e simples sítio, em uma rua de terra sem saída, conforme descrito anteriormente nesta Tese.

Era um dia de céu azul, poucas nuvens e sol forte.

Paulo bate palmas em frente ao portão de madeira, e o primeiro a sair da casa é um homem, Antônio, marido de Joana. Paulo diz que o motivo da visita é a entrevista sobre a qual haviam conversado e Antônio volta para dentro da casa para chamar Joana.

Após certo tempo, Joana vem até o portão com o filho no colo, sem Antônio. Aparenta ser uma mulher simples, de poucas vaidades, vestido longo, que não marca o corpo, chinelos nos pés, sorriso com alguns dentes faltando, cabelos desalinhados e uma expressão facial de desconfiança.

Paulo me apresenta como uma enfermeira que veio fazer uma entrevista. Logo após a fala dele, me reapresento, dizendo que estou realizando uma pesquisa e que por isso preciso conversar com algumas pessoas que passam no posto de saúde para obter informações sobre o acompanhamento oferecido. Digo também que vim até ali para propor que ela participe da pesquisa através de uma entrevista. Ela aceita e diz: *“Já tamo aqui, vamos fazer”*.

Ela volta para dentro de casa. Há certa demora para o retorno, mas Joana e Antônio retornam, abrem o portão e falam para entrarmos. Olho para Paulo surpresa, e ele também parece estar. Situação inédita, recordo que a equipe nunca havia conseguido entrar na casa de Joana, com visitas sempre “de portão”, com “o sol na cabeça” (comentário de Marina sobre a visita domiciliar que realizou na casa de Joana).

Após a leitura, os esclarecimentos, assinatura do TCLE (ANEXO E) e autorização de Joana para a gravação em áudio da entrevista, Antônio fala para ficarmos à vontade, que logo ele teria que sair para trabalhar. Foi para dentro da casa para almoçar, mas antes ofereceu algo para beber e comer. A entrevista aconteceu na varanda da casa de Joana, por indicação dela.

Início com algumas questões de identificação que são prontamente respondidas por Joana. Quando começo a conversar sobre seu acompanhamento de saúde e

sobre os serviços de saúde que utiliza, ela não se abre muito e não aprofunda suas respostas. Mas, conforme a entrevista avança, Joana parece ter encontrado seu tempo para falar de suas dores, sofrimentos e desabafos. Os diálogos foram se soltando e as histórias aparecendo.

Ela manteve-se cabisbaixa durante a entrevista. Com uma das mãos balançava o carrinho em que seu filho estava, ou segurava a mamadeira em sua boca. Em alguns momentos, no final da entrevista, em que fala um pouco mais sobre seu sofrimento, tomada pela emoção, fica com olhar lacrimajante. “*Desabafei tudo!*” diz Joana ao final da entrevista, e ri. E eu me surpreendi, pois esperava a Joana monossilábica referida pela equipe durante o fluxograma.

## 5.1 JOANA EM SUA PRÓPRIA VERSÃO: UMA VIDA MOÍDA

E neste capítulo apresento Joana, menos com a intenção de constituir-se como uma reprodução de sua história e mais de constituir-se como experiência de encontro do qual subjetividades circulam e se atualizam. O que a cartógrafa quer é dar passagem, dar expressão, para as intensidades e os afetos que percorreram seu corpo no encontro com outros corpos (ROLNIK, 2014).

Com base em uma entrevista em cartografia, que buscou acompanhar a “processualidade do relato, a experiência em cuja base não há um eu, mas, sobretudo, linhas intensivas, fragmentos de sensações, sempre em vias de constituir novas formações subjetivas” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 109).

Joana está presente em grande parte da produção desta pesquisa, portanto, alguns momentos podem parecer repetitivos, mas são relatos próprios sobre suas experiências, que podem ser situações já trazidas por outros sujeitos.

Joana Lourenço, 30 anos, está “*amigada*” com Antônio, há 8 anos, com quem reside e com o filho de 8 meses (Emanuel). Na escola, frequentou até a 1ª série do ensino fundamental. É dona de casa, teve quatro filhos: Camila, de 6 anos; Jonas, de 14 anos; Manuela, de 11 anos; e Emanuel, de 8 meses. Camila mora “*na cidade*” com parentes de Antônio, e os demais filhos com a sua mãe. Vai à igreja evangélica de vez em quando, por estar sem condições de transporte, “*com a moto não dá pra ir todo mundo*” (ela, Antônio e Emanuel).

Em relação aos serviços de saúde, cita o “*postinho do Silvestre*” como um local que já frequentou bastante, por sempre ter morado por estas regiões. Relaciona-o ao acompanhamento de suas gestações, “*minhas gravidez foi passado ali*”. Relaciona também como o local de suas buscas por médico, quando sentia dores de cabeça devido à enxaqueca. Caracteriza tais momentos como sendo uma procura “*só na última hora*”, quando ia no “*encaixe*”. Mas enfatiza: “*Pra falar a verdade, eu quase não ia, não procurava médico não, só na última hora*”.

Com o nascimento do filho, diz que começou a frequentar também outros serviços de saúde, como o “*hospital lá na Morada do Sol* [referindo-se ao Ambulatório de Especialidade da Criança]”. Agora, procura os serviços de saúde mais por causa do filho, para ela “*só na última hora*”, e coloca a distância como uma dificuldade na hora de buscar o serviço.

Essa questão da “última hora” me intrigava, pois Joana repetia a “última hora” para quase todas minhas tentativas de aprofundar e dar continuidade ao nosso diálogo sobre seus acompanhamentos nos serviços de saúde. A última hora parecia uma resposta pronta, que dificultava mergulhos mais duradouros nas intensidades que circulavam naquele nosso encontro, assim, alguns territórios não ganhavam corpo.

Na gestão do cuidado de Joana, seu tempo é a “última hora”? Por hora, deixarei assim, e retomarei esse questionamento em subcapítulo posterior.

Pergunto se ela tem alguma necessidade, atualmente, que a faria buscar por algum acompanhamento de saúde, e ela diz, soltando risadas curtas e tímidas: “*a minha saúde tá... tá em ordem... eu acho... tá em ordem*”.

E no caminhar da entrevista, Antônio sai de dentro de casa para a varanda e, de pé, enquanto estávamos sentadas, começa a discursar, desmedida e desenfreadamente, sobre Joana. Conta sobre as histórias de abusos, rejeição e violência familiar, no passado de Joana, e como ele a ajudou a sair da rua, da prostituição e das drogas.

Suas falas e atitude atravessaram as linhas conectivas que buscava estabelecer no encontro com Joana. Uso aqui linhas, inspirada em Deleuze e Guattari (2011, p. 43), quando dizem que o rizoma é feito de linhas, que se ligam às multiplicidades. Buscava, então, percorrer linhas de um rizoma, como forças que tecem movimentos em “direções movediças”. E não fixar em pontos, em representações. A entrevista na

cartografia busca seguir “linhas rizomáticas”, mais do que “linhas arborescentes, binarizantes”, proliferando questões mais do que coletando informações (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 110).

Fico, naquele momento, um tanto quanto desconcertada, pensando na inconveniência de algumas falas, pois ao mesmo tempo em que mostravam preocupação e busca por ajuda para Joana, também carregavam indelicadeza e desvalorização. Havia, ali, alguns indícios de tensões e dependência na relação entre Joana e Antônio.

Joana, nesse momento, não fala, continua cuidando de Emanuel, que está no carrinho de bebê ao seu lado. Antônio discursa a respeito de Joana, conta as histórias de Joana por Joana, e Joana para de falar.

Cada vez mais, uma ansiedade por ouvir Joana vai me tomando o corpo. Joana não era mais **sujeito** de fala, era **objeto** da fala dos outros; neste momento, do marido.

Não direciono perguntas ou comentários ao discurso de Antônio. Direcionava minhas falas apenas para Joana, na tentativa de retomá-la como sujeito daquele encontro. Antônio, após seu discurso, pede licença, reitera que podíamos ficar à vontade e sai para trabalhar.

Ficamos então à vontade! E fomos retomando nossa conversa.

*E, eu queria ouvir de você um pouco, agora... porque ele contou bastante coisa da sua vida...queria que você me contasse um pouco (pesquisadora).*

*Mas ele já contou tudo (comentário da entrevistada Joana, sorrindo).*

*Mas a versão dele... qual é a sua versão da sua vida? (pesquisadora).*

Ouvir Joana tinha se tornado necessário. Dar voz para Joana vibrava através de minha intuição pelo meu corpo cartógrafo, vibrátil, “[...] corpo que alcança o invisível. Corpo sensível ao encontro dos corpos e suas reações: atração, repulsa, afetos [...]” (ROLNIK, 2014, p. 31).

*Ah, a minha vida é vida sem sentido... que nem ele falou né... eu ando triste, eu não tenho alegria, não tenho vontade de sair, minha vida é só aqui ó, dentro, aqui fora [...] por mim também, se eu pudesse, eu dormia o dia inteiro [...] acho que nem pra comer eu levantava, se pudesse vara o dia com a noite, eu varava (depoimento da entrevistada Joana).*

Joana toma para si o relato de suas experiências, seus sofrimentos, sua vida. E aquela saúde que estava em ordem começa a ganhar novos sentidos. Diz não ter

ânimo para fazer as coisas, tem levado uma vida sem sentido, em uma *“tristeza profuuunda”*.

Uma tristeza que tem uma profundidade enfatizada na duração ao expressar a palavra, e também na imprecisão da duração do sentir-se triste, *“nem sei quanto tempo, bastante tempo”*.

Profunda também porque tem relação com acontecimentos antigos. Joana relaciona sua tristeza às vivências sofridas que *“às vezes volta tudo à lembrança”*, e passa a trazer históricos familiares de mágoas, rejeição, descuidos e desatenção.

*[...] meu pai e minha mãe brigava muito... meu pai bebia... meu pai já me botou pra fora de casa com meu moleque, deixou eu dormir na rua com ele, meu filho quase morreu de pneumonia... tem tudo isso, né [...] tem certas coisas, assim, que, às vezes, volta tudo à lembrança, né...então é na onde a gente fica mais abatida, mais triste...(silêncio) é a vida né! (depoimento da entrevistada Joana).*

Parece ter uma relação distante, ruidosa, quebrada com a família.

*[...] vivia na rua... nas drogas... porque mãe? Não dava carinho, dava atenção mais pra um filho e não dava pro outro... pai? Pai... pai também é... chucro... só falava com a gente na última hora, também não converso com meu irmão, não converso com minha irmã, sabe? Então assim... tudo... desleixado... ninguém liga com ninguém... aí tem hora que a gente fica sozinha, né, daí vem tuuudo esse passado na cabeça [...] (depoimento da entrevistada Joana).*

Vivências de descuidos, relações fragilizadas, laços rompidos. Viveu na rua, foi usuária de drogas e diz, na época, não ter tido apoio de sua família; *“não tinha nada, a mãe não tava nem aí, pai também não”*. Vivências pesadas, remoídas, das quais, nesse encontro, acessamos uma pequena parcela exposta na superfície, *“Tuuudo”*, como num *iceberg*, permaneceu com sua profundidade submersa.

A cartógrafa acessou subjetividades e linhas que foram emergindo à superfície, e com delicadeza e ética solicitava um mergulho mais duradouro de algumas intensidades, conforme Joana se mostrava disponível e acessível. Muitas histórias e vivências continuaram submersas.

Conta que, quando tinha por volta dos 13 anos, sofreu tentativa de abuso por parte do tio materno, mas não contou para sua família. *“Eles não ia acreditar”*. Na sua família, intitula-se como *“uma ovelha negra”*, *“rejeitada”*.

Atualmente, não tem contato com a família, apesar de morarem no bairro próximo. Contou as mesmas histórias que Antônio disse, durante seu *“discurso”*, ao

falar sobre a família de Joana, que não a ajuda. Quando precisou de ajuda para levar Emanuel ao hospital, não teve ajuda deles. Às vezes, sua mãe telefona, mas somente para falar sobre problemas de lá. *“Daí eu já fico com aquilo na cabeça, fico remoendo, aí fico triste, daí fico abatida pelos canto”*.

Pergunto de que pessoas ela tem recebido ajuda e apoio para lidar com seus sofrimentos e ela diz que a única pessoa que está do lado dela é Antônio. Inclusive, conseguiu parar de usar drogas há 8 anos, com a ajuda dele. Quando ela vivia na rua, *“ele foi a única pessoa que Deus enviou no meu caminho porque, se não fosse ele, também acho que nem viva hoje eu tava... tava morta”*.

Joana também fala sobre sua relação com um corpo que dói, que chega a ser misterioso. Conta sobre o mistério da sua barriga, que dói, tem cólicas igual *“quando você vai ter uma criança”*, enjoo, ânsia de vômito, tontura, sente algo mexer lá dentro *“que nem criança”*, incha, *“fica que nem de grávida”*. Fez vários tipos de exames e não consta nada, *“um mistério pros médicos, médico nenhum descobre o que que é”*.

*[...] às vezes muitas pessoas fala que é coisa psicológica, né? Que é coisa da cabeça... não, não é não coisa da cabeça, psicológico não é, uma pessoa não vai sentir enjoo, não vai sentir... vai fazer o quê? 6 anos, minha filha vai fazer 7 anos, vai fazer 7 anos que eu convivo com isso... é (silêncio) mas tem que conviver, né?” (depoimento da entrevistada Joana).*

Mistério, pelo Dicionário Houaiss, *“é algo que é incompreensível, que não se pode explicar ou desvendar”*, um enigma, incógnita. Dor misteriosa, que os exames e médicos não explicam, que a medicina não alcança (HOUAISS; VILLAR, 2009). Então, Joana diz que desistiu de ir em médico para descobrir o que é. *“Só vou mesmo na última hora.”*

Recordo aqui, que durante o fluxograma a equipe também referiu a palavra incógnita para falar de Joana.

Fala também de suas *“crises de dor de cabeça”*, que diz serem enxaqueca; estas não são misteriosas. Faz uma conexão com a recordação de suas vivências, pois, quando começa a pensar muito nessas coisas, *“a cabeça ataca... remoe o passado... esforça a mente”*.

Em alguns momentos, Joana conta ter esquecimentos: *“Dá um branco”*; *“certas coisas que foge da mente”*. Remoe, e esforça, e ataca, e também foge. O que foge? Fugindo do quê? Fuga de uma mente que está a moer e remoer o passado, e que às

vezes esquece certas coisas, “dá um branco”? Passado que volta na cabeça, e coisas que fogem da mente?

Minha atenção cartográfica estava voltada para Joana, que às vezes soltava algumas risadas tímidas, rindo de si mesma e de seus mistérios. Outras vezes passava a desviar o olhar em assuntos mais pesados; olhares distantes durante alguns silêncios, e marejar de olhos para falar de suas tristezas.

*Acho que a minha filha também tá passando pelo mesmo problema, que ela é triste, ela é jogada pelos canto, ela tá passando nesse daí também... ela é a mesma coisa do que eu... se você chegar lá agora, ela tá lá, só sentada sozinha, conversando sozinha... que nem eu (ri), eu converso sozinha... Às vezes, ele [Antônio] fala pra mim (ri): Você tá conversando com quem? Eu falo: Sozinha (depoimento da entrevistada Joana).*

No caminhar da entrevista, conta sobre escutar vozes e ver vultos.

*Escuto, escuto vozes (comentário da entrevistada Joana).*

*É? Muito frequente?(pesquisadora).*

*Não, agora parou um pouco, né, mas na época eu escutava bastante: “Que que você tá fazendo viva ainda?”; “Vai, se mata logo de uma vez”... (comentário da entrevistada Joana).*

*Mas isso muito tempo atrás?(pesquisadora).*

*Não, não, pouco tempo atrás... ichi...eu já tinha ganhado ele [Emanuel], que nem quando ele [Antônio] falou que, quando eu escutava voz, também a voz mandava eu matar ele, se matar... falava um monte de coisa... eu via vulto dentro de casa (depoimento da entrevistada Joana).*

Antes de Emanuel nascer, conta que “já tentei me matar, cortar o pulso”.

Pergunto se falava na UBS sobre essas questões que estavam acontecendo com ela, e diz que não: “Não era coisa de a gente tá relatando assim, né”. Parece que “era coisa” de orar, pois diz que o que ela fazia para passar era orar.

*A gente tem a bíblia ali, né... quando, assim, que eu via assim essas coisas, eu clamava muito o sangue de Jesus, né, eu falava assim: sangue de Jesus tem poder [...] daí sumia [...] daí eu pegava e ia orar, né, orava bastante, daí depois voltava de novo (depoimento da entrevistada Joana).*

Parece que, para Joana, suas vozes e vultos “era coisa” de outra ordem, talvez também da ordem do misterioso, do enigmático; algo a ser combatido com a fé, com a oração.

Mas onde estão os serviços de saúde nesse território misterioso, enigmático, de sofrimento de Joana?

## 5.2 JOANA NA GESTÃO DE SEU CUIDADO

No seguimento dos movimentos de Joana, retomarei aqui uma das dimensões da gestão do cuidado propostas por Cecílio (2011, p. 589), a “dimensão individual”. Corresponde ao “cuidar de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte”.

Nesse sentido é que abordo aqui: Joana na gestão de seu cuidado.

Joana diz que não relatava seus sofrimentos, para além das dores no corpo, no serviço de saúde. Porém, recorda-se de encontros pontuais com profissionais da saúde, para os quais se abriu e contou “as coisas”. Relembra de quando passou com o psicólogo na UBS Silvestre. Esta consulta também foi lembrada pelos profissionais da equipe Rosa durante o fluxograma e a reunião do Nasf, conforme apresentado nesta Tese nos subcapítulos 4.2 e 4.4.1.

*[...] e quando o Marcelo era psicólogo ali, né, eu cheguei a passar uma vez com ele, mas também eu só passei uma vez, né, eu relatei essas coisas aqui assim que eu relatei aqui [...] mas também não passei mais... não passei mais.” (depoimento da entrevistada Joana).*

Relembrou também da consulta com a psicóloga do Ambulatório de Especialidades.

*Foi só uma vez [...] Então, a gente conversou né, eu relatei pra ela as coisas, ela também conversou comigo, daí ela deu o papel pra eu tá indo [...] ali perto da rodoviária, né, pra passar lá [no Caps] (depoimento da entrevistada Joana).*

Há indícios de serem encontros de cuidados importantes e valorizados por Joana, nos quais ela relata todas “essas coisas” que fazem parte de suas subjetividades doloridas. Mas como ela mesma diz, “é uma vez”, parece que não houve consistência ou continuidade, pelo menos para Joana, que se justifica dizendo que mora muito longe e fica difícil fazer os acompanhamentos.

A distância, assim como a última hora, me intrigava. Para além da distância, outras linhas parecem fazer Joana escapar dos acompanhamentos.

Intrigada, tento um mergulho na busca das intensidades distantes e pergunto se ela pensa que em algum serviço de saúde pode ter ajuda e ela me surpreende

dizendo, em tom preciso: *“Ajudar de que jeito? Aí a pergunta que eu faço...ajudar de que jeito?”*.

Mergulho que me deixa sem ar, sem palavras, sem jeito! A enfermeira dobrou-se sobre a pesquisadora e toma para si esta fala. Enquanto profissional da saúde, imersa tão próxima e tão distante das vidas dos usuários, recorro de tantas vezes em que, diante de situações as mais sofridas possíveis, perguntava, retoricamente, “de que jeito ajudar?”, como forma de transbordar indignação e impotência.

Faço aqui uma ponte com fragmentos do Capítulo 4. Recorro que a equipe de saúde, diante do caso de Joana, também já esteve ou está sem jeito. A médica Marina diz que o caso mobilizava a equipe, inclusive emocionalmente, no sentido de: *“Que que a gente vai fazer, às vezes de impotência, em alguns momentos”*. A enfermeira Carol, em seu tempo de desabafo, na cozinha com a enfermeira Patrícia, busca fôlego e coragem para o que parecia não ter jeito, e diz: *“Não sei mais o que fazer”*. A assistente social do Nasf busca forças para lidar com a impotência, e diz, durante a reunião: *“Nossa, o que será que podemos fazer pra ajudar essa família?”*.

E ficamos assim, numa Saúde que está sem jeito? Como sair ou aliviar essa impotência ou essa falta de jeito? Impotência, no Dicionário Houaiss, é “falta de poder, força ou meios para realizar algo” (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Retomo aqui o potencial mobilizador de estar incomodado com as vivências e práticas cotidianas. Estar sem jeito, incomodado, pode levar à reflexão e decisão sobre mudanças ou incorporação de novos elementos na prática (FEUERWERKER, 2014). Esses são movimentos que podem estremecer, afrouxar, oscilar, ou fazer hesitar a gestão do cuidado?

E me encontro sem jeito diante da pergunta de Joana, que também parece ser retórica, como a que muitas vezes já me fiz, diante da gestão do cuidado, transbordando impotência.

Joana, diante de suas diversas idas aos médicos que não descobrem seus mistérios, e de suas consultas de *“só uma vez”*, parece perder a credibilidade e a esperança nesta Saúde, que está sem jeito. Parece acreditar, também, que suas dores também não têm jeito, são misteriosas e segue, assim, do seu jeito, *“tem que conviver, né”*. Parece que toma a decisão, na gestão de seu cuidado, de que as idas aos serviços serão assim, de *“última hora”*.

A impotência, mesmo que momentânea, de estar sem jeito, parece ser a força que compõe essa experiência de gestão do cuidado de Joana.

E Joana, com sua pergunta, parece que me convocou, abriu lugar para que eu acessasse essa experiência, da qual também já fazia parte. E eu, implicada, deixei-me afetar, percorrendo, com Joana, as linhas que estavam sendo traçadas. Senti alguns de meus territórios profissionais estremecendo, abalando, afrouxando. Abrindo espaço para agenciar com novas conexões, na busca por novas forças ou meios para realizar e pensar a gestão do cuidado.

A impotência de estar sem jeito, parece ter sido um plano comum traçado por nós no momento daquele encontro. Plano comum entendido aqui como uma experiência em sua dimensão processual e criadora (KASTRUP; PASSOS, 2014).

Um jeito poderia ter sido por meio do encaminhamento para o Caps? Realizado inicialmente pela psicóloga do Ambulatório de Especialidades da Criança, e, posteriormente, reforçado pela equipe Rosa. Essa ação aconteceu durante visita domiciliar da médica Marina e do ACS Paulo: “[...] doutora Marina da vez que ela veio aqui falou assim como eu tenho o papel [encaminhamento] na mão, [...] eu podia tá indo a qualquer dia, qualquer momento”, conta Joana.

Porém, Joana não vai. Pergunto para ela o motivo, que diz: “*Porque lá é lugar pra doido, eu não sou doida*”. Entusiasmada, começa a contar detalhes de um filme que havia assistido na televisão no dia anterior.

*Era desse negócio que ficava doido lá, né, um homem entrou pra fazer pesquisa, lá dentro, ele e mais um, só que ele foi investigando, investigando... a turma foi dopando ele, com remédio, com cigarro, tinha... foi dopando, né, nas coisas... e quando foi pra ele sair, ele não saiu, né, porque deixaram ele doido... ele entrou bem e queria sair doido... e não deixaram (depoimento da entrevistada Joana).*

Fazendo uma busca na programação de canais abertas da televisão, identifiquei que o filme referido por Joana poderia ser *Ilha do Medo*. Suspense americano, é dirigido pelo cineasta Martin Scorsese e lançado em 2010, baseado no livro *Paciente 67*, de Dennis Lehane (SCORSESE, 2010).

O enredo passa-se na década de 50, em uma ilha que contém um hospital psiquiátrico para “criminosos loucos”, como diz um dos personagens. No início do filme, um suspense é criado em torno da apresentação do local. Com trilha sonora

dramática, o espectador vê um local cheio de mistérios e medo, com “criminosos loucos” acorrentados passeando no jardim.

Muros altos, com cerca eletrificada, pacientes sendo dopados, instruídos a acreditar em mentiras, subjetividades assujeitadas por poderes institucionais. As cenas mais chocantes são de quando Teddy, personagem principal, entra na ala dos criminosos mais violentos, que estão enclausurados em celas, muitas vezes desnudos, emagrecidos, alguns dopados e outros enraivecidos.

Cenas de um imaginário da loucura e do que se passa em serviços voltados para *doidos*, como refere Joana.

Por sua vez, documento técnico produzido pela Fiocruz (2015) apresenta uma revisão da literatura brasileira sobre as mudanças do modelo de atenção na Política Pública de Saúde Mental, com a identificação de que um dos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira é a superação do estigma social relacionado à loucura.

Bezerra Jr (2007, p. 247) traz que a Reforma Psiquiátrica abrange uma proposta de mudança paradigmática, não apenas de modelo assistencial. E desdobra em planos assistencial, clínico, político, jurídico e sociocultural. No plano sociocultural, o desafio é “produzir uma nova sensibilidade cultural para o tema da loucura e do sofrimento psíquico”, promovendo uma “desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental”.

Diante da referência ao filme, pergunto para Joana se ela tem medo de ir ao Caps, pela referência a loucos e doidos, e ela me diz:

*A gente entra num lugar bem, mais ou menos assim entre aspas, e sai pior, então é melhor não ir... (comentário da entrevistada Joana).*

*Você acha que você vai sair pior? (pesquisadora).*

*Ah, sei lá, né, que nem, se fosse pra mim ir lá, nesse ali perto da rodoviária [Caps], eu ia fazer um tratamento de seis meses, então, daí, no caso, eu acho que ia ficar internada lá, né [...] A Flávia, lá da Morada do Sol falou pra ele [Antônio]: “durante 6 meses ela tá novinha em folha”. (depoimento da entrevistada Joana).*

*Seria internada? (pesquisadora).*

*No caso, eu acho que seria, porque ela falou ainda pra ele se ele teria condições de estar cuidando do moleque [Emanuel] (depoimento da entrevistada Joana).*

Joana compreendeu que seriam seis meses de internação no serviço do Caps. Esta informação não apareceu no fluxograma da equipe. Após a entrevista, quando retorno à unidade de saúde, perguntei para a equipe a respeito. Disseram que

provavelmente Joana não compreendeu a proposta, pois no Caps o acompanhamento não ocorre com internação.

Arrisco a pensar que não foi explicado com clareza o que aconteceria nesse tempo provável no Caps, e o que seria esse serviço. Joana diz que é “*que nem no Teiadão... acho que é tudo igual*”. Telhadão é o nome como é conhecido popularmente o hospital psiquiátrico da cidade.

Na decisão do encaminhamento de Joana, pode ter acontecido falta de comunicação e de abertura de espaço para a própria Joana colocar-se como sujeito ativo do processo. Ao final, não aderiu à proposta. Perguntei se ela relatou para os profissionais que não desejaria uma internação, e ela disse que não.

Machado e Colvero (2013, p. 33) falam do “cuidado das subjetividades” que não tem como ser dado *a priori*. Precisa ser problematizado, colocando o usuário como protagonista e criando “espaço de diálogo na cena do cuidado”. É o “desafio de criar” e não “encaixar”. É se movimentar na “dança dos afetos e criar o cuidado em consonância com o usuário”.

Parece que não houve consonância com Joana nas decisões para seu cuidado.

*Será que não tem uma outra opção além de precisar ficar internada? (pesquisadora).*

*Mas, que nem no caso, né, daí eles vão dá remédio pra gente tomar, esses remédio às vezes é forte, quem que vai tá cuidando dele [Emanue]? Aí é que tá né, ele [Antônio] quase não fica em casa, ele trabalha o dia inteiro, todo dia, então, no caso, é só eu e ele, vai que eu passo mal, aqui não tem ninguém... aí fica meio difícil né (depoimento da entrevistada Joana).*

Joana tem seus imaginários sobre “os tratamentos” da Saúde Mental: internação e medicamentos. Diz que os medicamentos fortes vão deixá-la “*lelé da cuca*”.

Compreendo que cuidar em saúde mental não é só “medicamentoso” e “internação” como está no imaginário de Joana, envolve as alternativas que os profissionais de saúde podem utilizar no dia-a-dia dos serviços, compartilhadas com a rede de atenção à saúde e rede social do sujeito, na tentativa de minimizar o sofrimento e estimular atividades que promovam a vida do sujeito (COLVERO et al, 2013)

Santos (2017, p 165), ao realizar uma cartografia da saúde mental na atenção básica, acompanha em seu trabalho alguns dispositivos para potencializar o cuidado a sujeitos em sofrimento psíquicos como: os grupos realizados pelo Nasf e

compartilhados com a ESF; as consultas médicas e de enfermagem; os acolhimentos ofertados pela equipe fora do programado, quando o sujeito “(...)produz movimento na equipe [...] produz barulho e exige um cuidado inovador, no encontro (...)”, cuidado que “(...)ganha novos elementos nos espaços coletivos de discussão”.

Compartilha que esses dispositivos têm grande poder de promover um cuidado inovador, a depender “do posicionamento e das escolhas profissionais no momento do encontro com o sujeito em sofrimento psíquico” (SANTOS, 2017, p. 166).

São pistas para pensar gestão do cuidado de Joana.

Joana traz uma questão bastante significativa na gestão de seu cuidado: Como vai cuidar dela, se não vai conseguir cuidar do filho? Ao longo da entrevista, Joana intensifica a importância da relação com seu filho.

*Você acha que “essas coisas” a gente pode ter tratamento e ter ajuda? (pesquisadora).*

*Ahhh... ter tem, né [...] basta a gente querer né... ajuda, tratamento... é que nem eu falei, né, que se eu fosse pra lá ficasse lá seis mês eu ia perder o acompanhamento dele crescer, dele engatinhar, dele chama de mãe....porque, dos outros, eu não tive nada disso... nada, nada, nada... então eu ia perder dele também (depoimento da entrevistada Joana).*

Joana não quer perder o acompanhamento do crescimento do filho! Seus outros filhos foram criados por outras pessoas, provavelmente por ela ainda estar dependente de drogas na época, “*porque eu vivia mais na rua, né, eu tinha muito sono na época, eu era assim, sabe, dormir demais*”.

Mesmo reconhecendo que o "individual" é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico, é possível, sempre, reconhecer uma esfera "individual" na qual seria possível escapar da mão pesada das determinações sociais mais amplas, e que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena (CECILIO, 2011, p.591).

Joana parece fazer escolhas nos seus modos de “andar a vida”. Apesar das forças, condições de vida, e determinações sociais, que parecem compor seus territórios de sofrimento, busca “cuidar de si”, com uma potência de “produzir um modo singular de andar a vida” (CECILIO, 2011, p. 589).

Poder cuidar de seu filho parece ser desejo em processo de produção, parece ser o que move seus territórios existenciais de sofrimento em busca de novos

agenciamentos. O entendimento de desejo, nesta Tese, baseia-se no referencial da Esquizoanálise, como “força criativa e produtiva buscadora de encontros”, conectiva, que desestabiliza territórios, produzindo o novo (BAREMBLITT, 2002, p. 58).

Cuidar de si parece ser, um pouco, também, cuidar de Emanuel; cuidar de Emanuel parece ser, um pouco, também cuidar de si.

*É, só que eu não cheguei a comentar com ele [Antônio] essas coisas, né, que eu ia perder isso, perder aquilo... pensei na minha mente, né, falei assim: já perdi dos outros, agora vou perder desse daqui também? [ouve-se o pio de uma coruja ao fundo] (depoimento da entrevistada Joana).*

Joana parece “gestar seu cuidado”, nutrindo-o, tendo como desejo movente, de linhas e fluxos conectivos, a possibilidade de cuidar de Emanuel. Penso que o encontro com a pesquisadora parece ter proporcionado tempo para ela, como sujeito principal desse processo; ter voz e ser ouvida.

E assim Joana segue, “convivendo”, do seu jeito, “mais ou menos assim entre aspas”, sem “perder o acompanhamento dele crescer”.

*Normal, né, assim triste, como falei, né, esse jeito meu aqui que você tá vendo é... todo dia... é todo dia... às vezes ele chega, eu tô moída, eu tô deitada no sofá [...]. (depoimento da entrevistada Joana).*

Há uma vida moída, cansada, deitada no sofá.

*[...] eu cuido dele, dou comida, dou banho [...] normal... é que, às vezes, bate a tristeza, né, daí eu pego e ponho ele no carrinho, eu sento...[respira fundo], fico sentada um pouco, daqui a pouco já levanto... aí vou fazer o que tenho que fazer (depoimento da entrevistada Joana).*

Há uma vida um pouco sentada, mas que respira fundo e, daqui a pouco, levanta.

Há indícios de pequenos tempos de cuidar de si, de sentar, respirar fundo e levantar a vida moída do sofá.

A religião também parece ser uma conexão que Joana, de última hora, se utiliza no que considere como cuidados de si. Em vários momentos, cita Deus: “Graças a Deus isso some da mente”; “Ajuda, ajuda, só quem dá pra gente é Deus, né”, entre outras falas já apresentadas. Seria como uma força externa que a livra, momentaneamente, de suas aflições.

Joana conta que desejou a gravidez de Emanuel como uma forma de “ter alguma alegria”, ter alguma companhia, pois ficava todo dia sozinha em casa enquanto

Antônio trabalhava. Quando estava passando no Ambulatório de Especialidade da Criança, após o nascimento de Emanuel, sentia que queria ficar isolada de todos, abandonar Antônio e Emanuel, e manter-se “*num canto pra ficar 24 horas isolada, sozinha*”.

*Sofro assim, sozinha... tem coisas que passam na minha cabeça que não conto pra ninguém... nem pra ele [Antônio] não desabafo* (depoimento da entrevistada Joana).

A vida parece estar assim meio moída, jogada no sofá, um pouco sentada, sozinha. Joana aparenta estar fechada em um território de solidão e tristezas, sem quase nenhum outro laço social valoroso, além do marido e do filho.

*Ah [...] a gente tá conversando aqui, daqui a pouco já... é só nesse momento [...] de conversa, de alegria... é só nesse momento, virou as costas acabou, é a mesma pessoa... é a mesma coisa...* (depoimento da entrevistada Joana).

No momento, nos encontros, na conversa, na última hora, a vida levanta e se alegra, mas é só por um momento. É “*só uma vez*”.

E a enfermeira, cada vez mais, dobrava-se sobre a pesquisadora, que mergulhou nas intensidades do encontro, deixando-se ser afetada pelos territórios de Joana. Sentia necessidade de cuidar de Joana, de encontrar qual era o jeito!

*O que você acha que os serviços de saúde precisam melhorar?* (pesquisadora).

*Dar mais atenção pra gente... porque... eles dão atenção, né... mas assim do jeito deles, né... mas, às vezes, a gente procura uma atenção assim, como dizemos assim... de mãe pra filho [...] o que a gente não acha assim... às vezes, o marido até ajuda, né, mas às vezes não é aquele, aquele apoio assim: “Vamos conversaaaar”... sabe, assim... que nem um apoio né, assim de mãe e filha... carinho da minha mãe também não tive [...]* (depoimento da entrevistada Joana).

Em suas experiências com os serviços de saúde, e suas experiências com seu próprio sofrimento, Joana detém um conhecimento, um saber, que “tem a ver com a elaboração de sentido do que nos acontece” (BONDIÁ, 2002, p. 27).

É um saber a partir das experiências de cuidar e ser cuidada, dos sentidos que Joana elaborou para si sobre as assistências e desassistências. E seus sofrimentos, nos diferentes espaços sociais, seja na família, seja nos serviços de saúde, ou em outras relações.

*[...] vai pessoa lá que é assim, drogado, usuário de droga, que vive na rua [...] eles não dão assim aquela atenção que eles precisa... às vezes, eles deixa ela, assim, meio de lado, né [...] acho que eles devia dar mais atenção assim a esse povo [...] porque às vezes assim eles não dão né, eles rejeita (depoimento da entrevistada Joana).*

Diante do que conhece, Joana não quer meio cuidado, quer um cuidado atento, cuidado apoio, cuidado que converse, cuidado de mãe, cuidado maternal.

*E o que você gostaria, agora, em relação a sua saúde? (pesquisadora).*

*Perder a barriga [diz sorrindo] porque, que nem... eu tô sentada assim, quem vê, pensa que é uma barriga normal e tudo, mas tem dia que ela tá desse tamanho, então, isso daqui, incomoda a gente, que, às vezes, a gente quer ponha uma roupa, não fica bem (depoimento da entrevistada Joana).*

E nessa vida moída, há espaço e passagem para vaidades de uma mulher, mãe, esposa.

Finalizando a entrevista-encontro, pergunto para Joana se haveria algo a mais que quisesse conversar e, em mais uma surpresa, ela disse: “*Não, já falei tudo... desabafei tudo!*” e riu!

Desliguei, então, o gravador e fui arrumando papel e caneta que estavam em cima do meu colo e Joana diz: “*Mas você já vai? Tá cedo!*”.

Era uma entrevista-encontro, que estava tão prazerosa, que sentíamos não querer que acabasse.

Fiquei por ali mais um tempo, e Joana continuou conversando e desabafando, livremente, fiz poucas intervenções. Até quando Antônio retornou para casa, e passou novamente a dominar a fala sobre ela, a respeito dela.

*“[...] o acontecimento não é mais apenas a diferença das coisas ou dos estados de coisas; ele afeta a subjetividade, insere a diferença no próprio sujeito [...]” (ZOURABICHVILI, 2004, p. 11-12).*

Ali, naquela tarde, em meio a galinhas cacarejando, pássaros cantando, corujas piando, Emanuel balbuciando, Antônio chegando e saindo, e o vento passando, nosso encontro foi um acontecimento.

### 5.3 A ÚLTIMA HORA

Retomo, neste subcapítulo, o questionamento se, na gestão do cuidado de Joana, seu tempo é o da última hora?

Durante a entrevista, questionei quais eram os principais motivos que a levavam a buscar a UBS Silvestre e ela relatou:

*[...] não procurava médico não, só na última hora [...] uma dor de cabeça [...] enxaqueca [...] quando não tava bem, né, só na última hora... mas era muito difícil eu frequentar médico (depoimento da entrevistada Joana).*

E, por mais outras vezes, quando tentei acessar as experiências que Joana já havia tido com serviço de saúde, a última hora chegava.

Buscar a UBS Silvestre ou buscar qualquer tipo de serviço de saúde, para Joana, parece ter como referência o profissional médico, sintomas físicos e um disparador de tempo: A última hora.

*[...] na última hora, né, quando vê que não aguenta mais, assim, pega um resfriado, não aguenta ficar em pé, dá uma febre... daí vai no hospital, caso contrário toma um remédio aqui em casa mesmo, e melhora [...]* (depoimento da entrevistada Joana).

Essa última hora parece ser composta pela percepção da intensidade dos sintomas, muito mais intensos quanto mais comprometem seu corpo e não podem ser resolvidos por cuidados em casa.

*[...] que nem eu mesmo ia no encaixe [...] a única reclamação que eu tenho mesmo é que no encaixe demorava muito [...].*

*[...] até marcar consulta [...] consulta é longe, demora, tem que ficar esperando, então daí nós vai no hospital, que é mais rápido (depoimento da entrevistada Joana).*

Última hora que também parece ser composta pela busca de ações curativas imediatas e pontuais, e não por ações de promoção da saúde ou de prevenção, inseridas em um cuidado integral e longitudinal. Para estas, Joana deveria estar na hora certa e não na última hora?

Nesse momento da entrevista, as falas, os sentimentos e as preocupações da equipe proporcionadas no encontro do fluxograma se atualizavam em minhas memórias. Joana, dolorida, que ora escapava e ora buscava a equipe, estava sempre na última hora.

Franco e Merhy (2013d) falam sobre a produção imaginária da demanda. A busca pelo serviço de saúde passa pela percepção do usuário do que é ofertado por esse serviço. Essa percepção do usuário está relacionada com um campo simbólico, um imaginário, que se cria sobre a ideia de cuidado que o serviço tem para lhe oferecer e resolver seu problema. É socialmente construída, e, dentre outras coisas, está relacionada ao perfil do serviço de saúde, a forma como se dão as relações entre profissionais e usuários e como se produz o cuidado.

Assim, uma reflexão importante que os autores trazem a partir disso é sobre o modelo médico hegemônico, que supervaloriza a produção de procedimentos e o uso de medicamentos. Isso impacta o modo como os usuários e profissionais percebem o serviço de saúde e o cuidado. Produz certa forma de ver e viver o cuidado e a saúde, uma subjetividade atravessada por essa lógica, que vai operando e organizando um imaginário da demanda por procedimentos e medicamentos, em vez de cuidados (FRANCO; MERHY, 2013d).

Demanda e oferta parece que vão se cocriando, em processos mais aprisionados e assujeitados, ou processos mais libertários e criativos.

No caso de Joana, suas demandas recorrentes por queixas corporais de última hora, ao mesmo tempo em que, para a equipe “*não falava nada*” (comentário da enfermeira Carol), ou seja, deixava velados seus sofrimentos, violências, esquecimentos, vozes e vultos, pode ser um analisador<sup>17</sup>, para essa equipe. Diz sobre a percepção de Joana do que esse serviço de saúde pode lhe oferecer como cuidado, e ser um analisador dos modos de produção do cuidado da equipe.

Também diz das subjetividades que foram se criando nas relações de Joana com os serviços de saúde e nas suas diversas experiências de cuidado, ao longo da vida. Assujeitam seus modos de perceber e viver o ser cuidada, a saúde, o cuidar de si e o cuidar do outro, como processo centrado no biológico e no imediatismo. Na última hora, não há tempo para esperar!

Franco e Merhy (2013d, p. 208) concluem que é possível produzir outro referencial para os usuários, resignificando a ideia de cuidado, a partir de um serviço de saúde de novo tipo. Com um processo de trabalho centrado no usuário, com relações acolhedoras e capazes de produzir vínculo, que valorize “tecnologias

---

<sup>17</sup> “Elementos da realidade social que manifestam com maior veemência as contradições das instituições e do sistema social” (ROMAGNOLI, 2014, p. 47).

relacionais” e invista em “processos de subjetivação”. Para que os diversos sujeitos presentes na cena do cuidado possam construir um novo sentido para o trabalho em saúde.

Na gestão do cuidado, usuários e profissionais, podem produzir novas formas de sentir, pensar, fazer e viver o cuidado; abrindo-se para novas linhas que pedem passagem, criando e não encaixando.

E, nesta análise, minha atenção cartográfica faz agora um sobrevoo pelos registros no diário de campo, com a atenção tocada por essas linhas do tempo e da demanda de última hora. Reconhece uma tensão de forças entre a equipe de saúde e os usuários.

Durante diversos momentos em que estive com a equipe, nas observações participantes, profissionais queixaram-se do excesso de atendimentos de usuários no “encaixe”, com suas demandas de última hora.

Usuários com suas demandas de última hora, conforme chegam, são direcionados para o “encaixe”, e geram tensão na equipe. “*Ai, meu Deus... mais um acolhimento*”; “*lá vem outro acolhimento*”, foram falas que tocaram a atenção cartográfica.

Geram tensão, pois se torna uma demanda que está fora do planejado e agendado para aquele dia, e diversas formas de “encaixar” essa demanda no cardápio de ofertas são feitas, analisando-se caso a caso.

Então, a recepcionista encaminha o usuário “queixoso” para a pré-consulta. O técnico de enfermagem faz uma primeira escuta de qual é a queixa; verifica os sinais vitais necessários; e encaminha para um atendimento com a enfermeira. A enfermeira, muitas vezes, também está responsável por outras funções naquele dia, e não somente para atender a esse encaixe. Assim, quando os técnicos percebem que já há grande quantidade de usuários para a enfermeira atender nos encaixes, busca outras opções, no fluxo do dia, como vagas livres de consultas de clínica médica na agenda do mesmo dia.

“*É importante ela fazer um tratamento. Hoje, como é acolhimento, a gente vai atender à queixa do momento*” (comentário da enfermeira Carol) durante um atendimento de encaixe que realizava para uma jovem.

*A gente fica apagando fogo e longitudinalidade, não fazemos [...] Fica fazendo esses encaixes bobos e o nosso trabalho de acompanhamento não conseguimos fazer* (comentário da enfermeira Patrícia).

Novamente, me utilizo do “problema teórico-prático” da disjunção do tempo trazida por Cecílio (2012, p. 284-285). As diferentes lógicas ou “modos de viver o tempo” entre os profissionais da saúde e usuários, em vez de serem sinérgicas, na prática, são competitivas entre si. Produzem “ruídos”, tensões. O usuário quer acesso ao serviço de acordo com a urgência das suas necessidades sentidas. A equipe vai definir o caráter da urgência, de acordo com seus saberes tecnológicos, operando principalmente com o “conceito de risco”. Nessa disjunção, o usuário será visto pela equipe como “imediatista”, incomodando-se com a “pressão distorcida” que o usuário faz para ter acesso.

Os “*encaixes bobos*” para as “*últimas horas*”, tensionam a equipe.

O encaixe seria uma ação disponibilizada no serviço de saúde para tentar encaixar os tempos?

Ainda nessa disjunção, Cecílio (2012, p. 285) aponta que essas diferentes lógicas têm em comum “os ditames da medicina tecnológica”: consultas médicas, exames, corpo doente, diagnóstico e tratamento. Usuários e profissionais da saúde buscam encaixes para quase tudo, dentro dos ditames da medicina tecnológica.

O encaixe parece direcionado para a queixa do momento, para a queixa de última hora, para o atendimento pontual, para soluções imediatas, para “apagar o fogo” de uma demanda não programada, para ações curativas. O acompanhamento parece ser realizado nos momentos agendados, e é quando a equipe vai poder “tratar”, vai fazer o seu trabalho de “cuidar”, parecendo, esse “cuidar”, ser mais amplo do que o “cuidar” realizado no momento do encaixe.

Parecem ser momentos que não se integram nos percursos de cuidado geridos pela equipe. O encaixe é considerado fora do que é acompanhar esse usuário, ao longo do tempo, e do que é gerenciar esse cuidado?

Equipe e usuários ficam numa tensão entre a última hora e a hora certa, entre o encaixe e a consulta agendada. Tensão presente na gestão do cuidado.

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) discutem a prática do acolhimento na ESF. Advertem para o risco de se criar, em uma mesma unidade, como que dois serviços, com duas lógicas diferentes: um voltado para as intercorrências, doença e sintoma

(com a equipe que estiver no acolhimento, voltado para as demandas agudas); e outro voltado para as ações programáticas, promoção e educação em saúde (com a equipe que se mantém no cuidado continuado).

Sugerem que o acolhimento realizado pela mesma equipe de referência daquele usuário, ou seja, a mesma equipe à qual o usuário é vinculado naquela unidade, pode transformar esse momento em mais um momento de cuidado (TESSER, NETO; CAMPOS, 2010).

A enfermeira Patrícia, antes de começar a reunião geral, que acontece uma vez por semana, desabafou: *“Nossa, teve tanto encaixe ontem que não deu pra planejar nada pra reunião de hoje”*. Durante a reunião, disse indignada:

*20 encaixes! [...] Dor de cabeça um dia e vem no encaixe para pegar dipirona!” [Patrícia fala ainda de usuários que chegam às 15:30 no encaixe] “Acho desrespeito com a gente isso [...] A pessoa passa o dia inteiro em casa e vem no final do dia pra acolhimento com dor de cabeça?!” (depoimento da enfermeira Patrícia).*

A tensão que o excesso de atendimentos de encaixe causa no processo de trabalho dessa equipe e na relação com o usuário é percebido no desabafo da enfermeira Patrícia.

*Aí só fica apagando fogo, apagando fogo, resolvendo o que aparece, fazendo as coisas de última hora, na afobação... se fizer planejamento muito fogo que aparece não vai mais ter [...] (comentário do ACS Pedro).*

Os profissionais-bombeiros estão apagando fogo de demandas de última hora, e o planejamento das ações também tem ficado para última hora?

Parecem ser necessárias novas invenções nas formas de organizar e ofertar o cuidado. Penso que espaços coletivos que promovam processos de autoanálise e autogestão na equipe, em conjunto com os usuários, podem contribuir para repensar essas práticas e elaborar propostas adequadas à realidade singular da UBS.



# **CAPÍTULO 6**

## **JOANA VOLTA PARA A UNIDADE**

---



## JOANA VOLTA PARA A UNIDADE

A construção desta narrativa ocorre a partir da “reunião de validação” do fluxograma realizada entre a pesquisadora e a equipe Rosa.

A validação não é entendida ou proposta, nesta pesquisa, e nessa reunião, como “critério de correspondência”.

Conforme Passos e Kastrup (2014, p. 203), o “critério de correspondência vigora de modo explícito ou implícito e é apoiado no entendimento do conhecimento como representação da realidade”, de uma validação que busca a “verificabilidade” ou “refutabilidade” de resultados de uma pesquisa, com base na correspondência com o objeto estudado.

Inspirou-se, portanto, na validação em pesquisa cartográfica, proposta por Passos e Kastrup (2014, p. 205), que atravessa todos os momentos da pesquisa, além de acontecer tanto entre pesquisadores quanto pesquisados. A diretriz que orienta a validação cartográfica é o “acesso ao plano coletivo de forças”.

Assim, a proposta desta cartografia, e da reunião, não se baseia em uma representação da realidade, mas em acompanhar processos em produção da gestão do cuidado de uma equipe de saúde da família. Processo que não está “dado”, mas emerge com o próprio processo de pesquisa-intervenção (BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B., 2014).

Foi uma reunião proposta pela pesquisadora, logo após a finalização da “reunião de construção” do fluxograma, e que foi prontamente aceita pela equipe.

Na reunião de construção, abordada no Capítulo 4 desta Tese, predominaram as falas da médica Marina. O fato dava indícios para a cartógrafa de que outras linhas, conexões e intensidades do processo de gestão do cuidado de Joana, não foram acessadas no momento daquela reunião.

Além do que, durante essa reunião, a atenção da pesquisadora esteve voltada para os sujeitos e as subjetividades circulantes, o que, muitas vezes, a fez deixar a construção do “desenho esquemático” do fluxograma de lado.

Foi realizada, pois, a reunião de validação, para apresentar para a equipe o “desenho esquemático” do fluxograma construído, a partir do que havíamos produzido coletivamente no dia da reunião de construção.

Como já apontado, não se tratava de buscar verificabilidade, mas de acompanhar os movimentos que poderiam ter surgido na equipe após o fluxograma e a devolutiva sobre questões importantes surgidas no momento da entrevista da pesquisadora com Joana.

Foi realizado o agendamento prévio com a equipe e no dia participaram a enfermeira Carol, os ACSs Paulo e Vera, e o técnico de enfermagem Wesley. A médica Marina também participou, mas chegou no final da reunião, pois estava em uma ação educativa com os monitores da creche do bairro. A ACS Dione e a técnica de enfermagem Irene não participaram, pois estavam de férias.

Com a anuência de todos, a reunião foi gravada.

O primeiro a chegar para a reunião foi o ACS Paulo, que me vê e logo diz: “*Joana veio aqui no posto!*”. Outros membros da equipe chegam para a reunião, e quando a enfermeira Carol entra na sala, diz espontaneamente “*Viu, ela veio aqui, sabia?!?*”. A médica Marina, quando chega na reunião, quase em seu final, também diz, entusiasmada: “*E agora, Joana volta para a unidade!*”.

Receber da equipe, de forma espontânea e entusiasmada, informações dessa cena do retorno de Joana na unidade, durante um período em que não estive presente no campo, me fez sentir como parte integrante que compõe com a experiência da equipe na gestão do cuidado de Joana.

Pode ser também a equipe sentindo-se integrante da composição da experiência da pesquisa, que, como já apontado, são processos em produção que emergem nesta pesquisa-intervenção. “O interesse em uma pesquisa é mútuo; ele concerne tanto à pesquisadora quanto a pesquisados. Por isso se pode afirmar que a pesquisa é intervenção: porque ela gera articulação” (BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B., 2014, p. 187).

E a equipe conta que Joana, de última hora, fora de agendamento, compareceu na unidade pedindo receita de anticoncepcional e pomada de assadura para o filho. O anticoncepcional foi fornecido, já que “[...] aqui [na UBS Silvestre] a gente faz na hora, né, anticoncepcional”, conforme disse Carol. Já a pomada de assadura de Emanuel, “[...] a Dra. Marina disse que não iria fazer porque não está acompanhando a criança, e não fez”.

“[...] Sabia que ela não iria demorar muito para voltar aqui na unidade.” Essa vinda de Joana na UBS parece dar indícios para a equipe de que alguns fluxos poderiam ser retomados.

Apresento para a equipe, na forma de *slides* do programa PowerPoint, o fluxograma do caso de Joana esquematizado.

“*Ela vem todo mês!*”; “*Olha isso!*”; “*Gente!*”, são reações de Carol ao longo da apresentação, e, ao final, diz “**Assustador!**”. Carol e Paulo complementam-se, ao explicar ser assustador as várias queixas de Joana e suas várias vindas na unidade.

O fluxograma do caso de Joana parece ser assustador; espanta, exclama! Movimenta afetos na equipe, que passam a trazer análises e reflexões sobre os seus movimentos, de forma espontânea.

Carol diz que, resumindo o que viu pelo fluxograma, Joana é uma pessoa que necessita de ajuda, mas não tem apoio, e suas vindas frequentes eram para “*dizer alguma coisa*”. A ACS Vera também diz que ela vinha na UBS mais à procura de ajuda do que por “*questões no corpo*”.

Para Carol, a UBS era o único lugar que “*acolhia*” e que “*dava apoio*”, porque a família não tinha mais contato, e o marido “*coloca ela muito para baixo*”; então, ela vinha na UBS.

Para Paulo, o marido até se mostra aberto a ajudar, “*mas de forma reticente*”, não acreditando muito que ela possa melhorar e colocando empecilhos para aderir aos tratamentos indicados.

A equipe parece reconhecer muita solidão e falta de apoio nos territórios de Joana. Traz novas perspectivas do caso, após os processos de fluxograma e informações da entrevista da pesquisadora.

O foco das discussões não foi mais as dores no corpo misteriosas, mas de um possível entendimento dos movimentos de Joana. Buscam entendimento e reconhecimento de seus próprios movimentos, enquanto equipe que “*acolhia*”, de um determinado modo, as vindas de Joana para “*dizer alguma coisa*”, além das “*questões no corpo*”

*Acho que ela espera que alguém converse com ela, que não desvalorize ela, porque o marido toda hora estava desvalorizando (comentário do ACS Paulo).*

*Mas até a gente mesmo, com ela vindo todo mês em encaixe, a gente tava cansado! Poxa vida, dor abdominal, mas **ela não tem nada** e vem com essa*

*dor abdominal... aí dava soro, colocava ela no soro, melhorou? E ela dizia que não... mas não tem mais o que fazer! Entendeu? Ai, a Joana já está aí... vixi maria!* (comentário da enfermeira Carol sobre a reação da equipe quando Joana chegava para encaixe, grifo nosso).

*Fez aquele **tumulto** todo, aquela coisa toda, hora que a criança melhorou pediram alta e pronto [diz em tom de indignação]. Na minha visão, a criança **nunca teve nada** e era uma criança realmente chorona, talvez pelo próprio histórico da mãe de tristeza, e de não ter ninguém pra ajudar* (depoimento da enfermeira Carol, grifo nosso).

Nas leituras da equipe, Joana quer apoio, quer ajuda, quer dizer alguma coisa, quer conversar, não quer ser desvalorizada. Mas parece que a equipe estava cansada, indignada, e lamentava-se quando Joana procurava a UBS, visto que não tinha nada “*no corpo*”, nem ela e nem o filho! Reduzir as buscas de Joana à UBS a nada, seria também desvalorização? Desvalorização de suas questões para além do corpo?

Mas o que seriam questões do corpo? E questões além do corpo? Haveria uma divisão entre questões do corpo e outras demais questões das subjetividades, dos afetos, da vida, do humano, etc? Joana retorna, retorna e retorna, com suas mesmas queixas, misteriosas e incógnitas, carregadas de subjetividades, de forma integrada e indivisível, mas parece que, em muitos atendimentos, aconteceu uma suposta divisão entre questões do corpo e outras questões. Parece, ainda, que fora de hora, na “última hora”, só havia tempo para “encaixar” as questões do corpo.

Como gerir um cuidado pensando nas questões do corpo de forma separada das questões, inseparáveis, dos afetos colados ao corpo? Carol parece fazer essa reflexão dos limites que a equipe teve no caso de Joana.

Joana parece disparar afetos e reflexões na equipe. Parece disparar impotência: “[...] *não tem mais o que fazer!*”. Estão, assim, sem jeito? Joana fez e faz tumulto, desordem, barulho, ruídos na equipe?

Marina também aponta limites:

*Se você ficar atenta a pequenos detalhes [...] às vezes, a gente é falho nisso mesmo [...] já tava às vezes ali e eu não me atentei, né? [...] se eu tivesse visto com mais atenção, o prontuário, a história, me atentar um pouco nisso* (comentário da médica Marina).

Fala de limites de uma atenção reduzida às mesmas queixas, às “*questões do corpo*” e que custa a se atentar aos pequenos detalhes da história de vida de Joana. Olhos-profissionais que desenvolviam encontros desencontrados.

A equipe parece fazer um processo de autoanálise, pensado aqui, segundo Baremlitt (2002, p. 17), como colocar-se como “protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas”. Desta forma “enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida”.

Ao longo das conversas, a equipe vai dando indícios de que as ações que havia planejado para o caso de Joana não ocorreram: não houve mais visitas domiciliares pela equipe, na casa de Joana; e não houve mais buscas de informações sobre Joana e o filho em outros serviços da rede. A equipe diz que os familiares de Joana também não apareceram mais na unidade. “*Sumiu*” diz Carol sobre a mãe de Joana.

Parece que os movimentos da gestão do cuidado de Joana minguaram, paralisaram. Parece que as ações pensadas para Joana não vingaram, mornaram.

Pergunto para a equipe se eles mantiveram alguma ação no caso de Joana, e Carol pergunta à Paulo se ele tem ido lá, em visitas. Ele diz que não, porque a UBS ficou um tempo sem o carro, o que fez com que ele ficasse um tempo sem ir “*até para minha área*”. Vera logo complementa: “*E também não é nossa área de abrangência, né?*”.

Falta de carro para deslocar-se para uma área distante da UBS, falta de agente comunitário em algumas micro-áreas, falta de serviço de saúde de referência no bairro entre Indaiatuba e Belvedere. Há insuficiências de recursos humanos, físicos, sociais, políticos, que impactam e dificultam a gestão do cuidado de Joana.

Recordo aqui de uma cena durante as observações participantes. Finalizada uma reunião geral, Marina conversa comigo sobre as possibilidades de realizar a entrevista de Joana. Uma técnica de enfermagem de outra equipe, que ainda estava na sala, perguntou onde ela morava e Marina respondeu: “*ela mora na área do Recanto das Flores, ela nem é nossa*”.

Joana, fora de área, fora do fluxo, de algum lugar, de lugar nenhum. A equipe já relatou ter feito concessões para que Joana continuasse seu acompanhamento na UBS, como já discutido nesta Tese no capítulo 4.2.1. Porém, parece que a equipe ora inclui ora não inclui, ora se responsabiliza ora não se responsabiliza pelo caso de Joana. São movimentos oscilantes, bambeantes, da gestão do cuidado de Joana?

*Eu acho assim, é esperar porque ela vai voltar, aos poucos ela vai voltando [...] e ela veio uma vez [...] Daqui a pouco ela já começa a pedir encaixe!*”  
(comentário de Carol).

Paulo enfatiza que deixou claro para Joana, em última visita domiciliar realizada, que a unidade está de portas abertas para quando ela necessitar.

A gestão do cuidado de Joana parece estar ainda à espera de movimentos de Joana, à espera de Joana e suas últimas horas.

E a equipe passa a conversar entre si, retomando alguns pontos esquecidos sobre o caso de Joana, reconectando informações e cuidados que pareciam não ter mais circulado pela equipe. E, ao final desse processo, Carol diz que vai se encarregar de verificar se Emanuel está com algum acompanhamento em outra unidade ou se está, assim, sem acompanhamento.

A equipe parece ter retomado as discussões do caso de Joana a partir desse movimento provocado pela pesquisadora de validação do fluxograma.

E questões que apareceram na entrevista da pesquisadora com Joana e que foram compartilhadas com a equipe, logo após a entrevista, por serem importantes para o cuidado de Joana, apareceram e parecem ter contribuído para novas análises sobre o caso.

Por fim, retomo com a equipe outras questões importantes que surgiram na entrevista de Joana e que ainda não haviam sido trazidas pela equipe nessa reunião. Sobre Joana ouvir vozes e já ter tentado cortar os pulsos.

*Ela tem um transtorno psiquiátrico que tem que ser visto, né, mas, ao mesmo tempo, o marido segura, né, ali é o que está mais prendendo... a gente até ofereceu, a gente identificou, né, a gente foi, encaminhou [...] Ela achou que ia ser internada [...] mesmo a gente explicando qual é a lógica do negócio...Mas, talvez, até reconstruindo o vínculo, se ela retornar com a gente, no momento mais tranquilo até tem como a gente retomar (depoimento de Marina).*

A equipe parece reconhecer as limitações que tiveram em suas abordagens, e, como disseram anteriormente, esperam por novos movimentos de Joana para, em algum momento, retomar e propor novas abordagens.

A reunião finaliza e saio com sensações de angústia e desânimo. Penso que “as coisas estão do mesmo jeito” (relembrando a fala que o ACS Paulo teve com a pesquisadora antes de irmos para a visita domiciliar de Joana), assim mesmo, sem jeito?

Minha implicação no campo, como enfermeira dessa rede de saúde, dobrava-se sobre a pesquisadora, que se angustiava ao analisar as produções com lentes

embaçadas, que buscavam ver, mas como uma visão que já não captava diferenças. Parece que estava ofuscada por expectativas de ser efetuado um cuidado para Joana, para além das dores, para além de propostas que não vingaram, que a incluísse como sujeito principal da gestão do cuidado. Em busca de um jeito?

Carol conta sobre o caso de uma usuária da área da Equipe Verde, Maria. Ela tem esquizofrenia, já passou por internações em hospital psiquiátrico, mas, depois do nascimento de seu filho, parece ter tido muita melhora. Já com Joana foi diferente.

*Mesmo com a criança ela (Joana) se sente sozinha... ela falou assim: ah, vou me realizar como mãe agora, mas não tá se realizando* (comentário da enfermeira Carol).

*Acho que a Joana, se conhecesse a Maria, talvez se animasse um pouco!* (comentário da ACS Vera, em uma brincadeira e rindo).

Ali, no meio das conversações, uma brincadeira, um devaneio, uma divagação do pensamento, fizeram surgir e produzir na cartógrafa, por um instante, novos afetos, intensidades e indagações.

E se Joana conhecesse Maria? E se outras Joanas conhecessem outras Marias? E se fosse possível, assim, proporcionar novas conexões para Joana? E se fosse criado, assim como numa brincadeira, numa experimentação, um cardápio de intervenção novo, que não se fechasse nos encaixes, consultas de só uma vez e encaminhamentos não aderidos por Joana? Poderíamos sair das mesmas queixas, das mesmas coisas, do mesmo jeito, de lamentações, indignações e impotências que parecem ser paralisantes? Seria um jeito?



# **CAPÍTULO 7**

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: MULTIPLICANDO SENTIDOS**

---



## CONSIDERAÇÕES FINAIS: MULTIPLICANDO SENTIDOS

O cartógrafo cartografa sempre o processo, nunca o fim. Até porque o fim nunca é na realidade o fim. O que chamamos de final é sempre um fim para algo que continua de uma outra forma. [...] A cartografia é, desde o começo, puro movimento e variação contínua (COSTA, 2014, p. 69).

Neste último capítulo, busco trazer para o leitor algumas considerações a partir dessa experiência cartográfica. Posso dizer que são finais, pensando se tratar de um final que é provisório. Os processos continuam em produção, em movimento. Cartografar envolve investigar processos de produção de subjetividade, mapear coletivo de forças, que nunca se concluem, estão sempre em variação (PASSOS; KASTRUP, 2014).

Esta Tese foi uma viagem aberta às variações, forças e singularidades dos territórios percorridos, e guiada pelo objetivo de acompanhar os movimentos da gestão do cuidado a um usuário, desenvolvida por uma equipe de saúde da família de uma UBS do município de Indaiatuba/SP.

Acompanhei processos de produção de subjetividades envolvidos nos encontros de cuidados de saúde, e que foram compondo com o processo de gestão de cuidados. Compondo movimentos que se repetiam, abafavam, minguavam e, que também, de repente, escapavam à ordem, ficavam um tanto fora de ordem, conectivos, e diferenciados.

Acessei e compartilhei com a experiência singular da gestão do cuidado de Joana junto à equipe Rosa, que se atualizava a partir dos diferentes dispositivos de produção de dados: observação participante, fluxograma analisador, entrevista semiestruturada com usuário e diário de campo. “Colhi” e “acolhi” a experiência (PASSOS; KASTRUP, 2014, p. 210).

Inspirando-me na Esquizoanálise e na cartografia, fiz uma pesquisa-intervenção, que me possibilitou estar imersa e implicada no campo, e, assim, presenciar diversos momentos em que Joana se fez presente, e a equipe fazia Joana presente. Momentos que movimentavam a gestão do cuidado: uma discussão na reunião de equipe, uma conversa na copa, na reunião com o Nasf; uma conversa na reunião geral, no

fluxograma, na entrevista com Joana. Parece que todos os sujeitos, inclusive Joana e eu, trabalhamos para a gestão de seus cuidados.

Os diferentes dispositivos de produção dos dados praticados parecem ter possibilitado me aproximar do objetivo desta pesquisa-intervenção. Evidenciaram, tensionaram, desestabilizaram, movimentaram, deslocaram os fluxos, as forças, os processos que se encontravam estagnados. E a experiência que construímos e compartilhamos foi um provocador de construção e reconstrução de subjetividades para a equipe, para Joana e para mim. Assim, percebi transformações, em meus modos de pensar a pesquisa e pensar a gestão do cuidado, assim como transformações na equipe, mesmo que sutis.

Ao longo da viagem, arrisquei a pensar alguns sinais que tocaram minha atenção cartográfica, como possíveis processos de autoanálise dessa equipe. Foram falas dos componentes da equipe que pareciam dizer da percepção e do reconhecimento de alguns limites e progressos no processo de cuidar de Joana e, conseqüentemente, de novos entendimentos sobre as dores de Joana e das novas possibilidades e propostas para seu cuidado. Em um processo de revisitar o caso de Joana e recolocá-lo para movimentar na rede de cuidados.

Momentos de autoanálise parecem movimentar não só a gestão do cuidado, como as formas como estão estabelecidos os processos de trabalho: conforme relatado nesta Tese, a equipe da UBS Silvestre realizou pela primeira vez uma reunião para planejamento de ações para o ano seguinte, ao final do período de observações participantes desta pesquisa.

Penso que o uso de dispositivos que disparem processos de autoanálise pode proporcionar uma quebra na repetição, na ordem rotineira de estar e fazer, na automatização; desterritorializar os territórios já registrados; e possibilitar que novas formas de pensar e agir venham. “Aposta-se na construção de dispositivos auto-analíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se auto-analisar” (MERHY, 2004, p. 33).

Parece que se espera da pesquisadora que retorne ao campo com indicações de modelos para a gestão do cuidado, como um roteiro a ser seguido. Isso esteve presente na fala do Secretário de Saúde ao autorizar a pesquisa, e em sinais sutis da fala da médica Marina preocupada com a revelação de erros na gestão do cuidado de Joana. Porém, nesta pesquisa cartográfica, não houve a intenção de produzir

verdades sobre o tema. E ainda, mais do que “fechar” a gestão do cuidado em modelos dados *a priori*, a experiência produzida nesse estudo, aponta a importância de momentos coletivos para autoanálise das equipes, seja em reuniões de equipe, seja em processos de educação permanente. Com mais espaços para reflexão, as equipes poderão repensar seus instituídos, ampliar conexões com o fora e bambear a gestão do cuidado.

Ao longo da viagem, também ocorreram processos de autoanálise desta cartógrafa, pesquisadora, enfermeira, implicada! Revisitei modos instituídos de pensar a pesquisa que me atravessavam durante a produção e análise dos dados e que me levavam, algumas vezes, em busca de uma representação da realidade. Revisitei também as instituições que me atravessam, e que me levaram algumas vezes a embaçar minhas lentes cartográficas, dificultando que enxergasse as forças acessadas no plano comum dessa experiência, com os sujeitos de pesquisa.

Nesse processo, foi necessário buscar novas conexões, que me desterritorializaram. Questionei as forças instituídas de meus territórios profissionais, ao agenciar, ligar com o “fora”. Cursos, filmes, músicas; período de afastamento de meu trabalho; de um tempo do meu agir como enfermeira; encontros do grupo de pesquisa; encontros com a orientadora. E assim, outras forças e movimentos que já estavam ali, na experiência construída no campo, ganharam relevo.

Neste tipo de estudo o mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, colocando-o sob análise (MERHY, 2004, p. 33).

A implicação também foi entendida neste estudo, à luz da Esquizoanálise, conforme leitura de Romagnoli (2014). Implicada, a cartógrafa conectou e agenciou com o campo de forças e movimentos que foram compondo a gestão do cuidado de Joana. Foi possível criar mapas com os movimentos que tocaram sua atenção cartográfica e tecer menos certezas do que questionamentos, possibilitando proliferar novos sentidos sobre a gestão do cuidado.

Questionei se esse movimento de implicação também não seria um movimento que acontece na gestão do cuidado. Profissionais de saúde, implicados, que se conectam e agenciam com o campo de forças da experiência do cuidar, conectando

com o “fora”, dando passagem para forças heterogêneas, e estremecendo os instituídos.

Estremecer, afrouxar, bambear, oscilar, foram movimentos cartografados ao longo desta viagem, como se pesquisadora e equipe parecessem estar na corda bamba, na gestão desta pesquisa e na gestão do cuidado de Joana. Foi um percurso repleto de entraves, desencontros, pausas, dúvidas, retornos, cuidados interrompidos, conflitos, mudanças de território, decalques, conexões. O que levou ao questionamento se os usuários, com seus percursos reais de vida, estremecem os percursos de cuidado delineados pelas equipes.

Uma gestão do cuidado que bambeia, estremece, afrouxa roteiros, rotinas, saberes, agires e práticas profissionais, fluxos na rede de saúde, e protocolos dados *a priori*, e sofre variação de acordo com fluxos, acontecimentos, necessidades, intensidades, no vivenciar o cuidado em ato. Sujeitos, profissionais e usuários, que afetam e são afetados, podendo construir, processualmente, um cuidado singular.

Parece ser esse um sentido novo sobre pensar a gestão do cuidado que a experiência desta Tese gestou.

E nesse movimento de implicação, mesmo com períodos de pausas ou quebras, quando Joana ficava um tempo sem ir até à UBS e a equipe parecia ter parado seus cuidados para com Joana, ainda assim, mantinham-se vigilantes e continuavam suas tentativas de cuidar de Joana. Seja na discussão de seu caso com uma pesquisadora, seja na busca por informações através de prontuário eletrônico.

Parece que a equipe não desistiu. Mesmo quando descobriram que Joana não fazia parte da área de abrangência da equipe. Cartógrafa que também não desistiu, esteve atenta aos sinais que indicavam ser possível continuar com o caso de Joana, mesmo quando a orientadora aconselhou desistir de Joana, diante de indícios violentos do marido.

Não desistir parece ser uma atitude revolucionária, da força da micropolítica, de forças e fluxos que perpassam, se conectam e agitam os afetos da resistência.

Parece ser força instituinte. Nas “bordas do espaço instituído”, há o instituinte, imprevisível, que “comporta tanto o poder como as singularidades de resistência e produção de novos sentidos” (PEREIRA, 2007, p. 8).

E assim, implicados, em alguns momentos sem jeito, trabalhamos sem desistir, construindo nossa cartografia da resistência na gestão do cuidado da ESF.

Resistir parece ser também a estratégia, neste momento político atual pelo qual, nós brasileiros, passamos. Acontecimentos políticos e econômicos recentes impactam a APS e o SUS, que aqui busco defender.

Já existia um cenário de subfinanciamento ao SUS e APS, que tenderá a se agravar, com a Emenda Constitucional nº 95/2016, que limita gastos federais pelos próximos 20 anos. Segundo Mendes (2016), é uma medida de austeridade que poderá impor a desestruturação e privatização progressivas na saúde pública (MENDES, 2016; CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018).

Em setembro de 2017, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica, que revisou as diretrizes para a organização da AB no SUS, trazendo novidades, mas suscitou preocupações quanto à manutenção da ESF como estratégia prioritária. Isso devido ao fato de apresentar flexibilização para a utilização dos recursos federais para o custeio da saúde da família, instituindo financiamento para outros modelos na AB, inclusive a possibilidade de equipes de AB sem o ACS, o que ameaça a manutenção desse profissional como integrante da AB (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018; ABRASCO; CEBES; ENSP/FIOCRUZ, 2017).

Em nota conjunta, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) denunciam o enfraquecimento progressivo do SUS, com fechamento de leitos em hospitais públicos e universitários, além do déficit de profissionais na ESF em várias cidades. E ainda convocam que “cada pessoa, grupo, movimento, denuncie este desmonte e se mobilize para o fortalecimento do SUS” (ABRASCO; CEBES, 2017).

Trouxe aqui esses dois acontecimentos que impactam as políticas públicas da saúde e, conseqüentemente, atravessam as dimensões da gestão do cuidado na ESF; porém, outras preocupantes mudanças políticas e econômicas têm sido orquestradas em nosso País, apesar de manifestações contrárias de entidades e sociedade civil.

Como criar e manter a gestão de cuidados com recursos financeiros escassos, por uma política de subfinanciamento que se agrava?

Nas equipes da UBS Silvestre, havia déficit de profissionais, com regiões do território sem ACS, o que prejudicava o acompanhamento, por meio de visitas domiciliares desse profissional, às famílias dessas regiões. Ainda houve um período no qual a equipe ficou sem carro, o que também prejudicou esse acompanhamento, pois existem regiões bem afastadas na área de abrangência.

Para a gestão do cuidado de fato acontecer são necessários recursos: humanos, físicos, financeiros; de políticas, diretrizes, saberes, energia humana, produção de subjetividades, resistência, de “sub-versão”<sup>18</sup> às normas rígidas, etc.

Como criar e manter a gestão de cuidados com planos de governo que parecem querer dismantelar direitos sociais já conquistados por lutas legítimas?

“Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas”, uma frase de Deleuze (1992), lida, por acaso, há algum tempo, em um artigo de Gallo e Aspís (2010). Afetou, e anotei com certa esperança, no espaço que ainda restava em branco, no rodapé de meu diário de campo.

Tantas anotações, afetamentos, experiências, leituras, cenas, que fizeram parte desta pesquisa-intervenção, que alimentaram a construção desta Tese, mas que não ganharam espaço para aparecer nesta escrita. Essa frase, em um movimento de resistência, ganhou seu espaço.

Envolve um “criar condições revolucionárias de operar no mundo” (GALLO; ASPIS, p. 102):

Deixar-se arrastar por caminhos desconhecidos, criando uma subversão, uma sub-versão da versão maior. Criar uma condição revolucionária no seio daquela estabelecida. Agir, criando espaços de minoridade, novas rotas [...] Uma forma de resistência, hoje, portanto, talvez seja esta [...] reativarmos nosso poder de criar sub-versões (GALLO; ASPIS, p. 103).

Nesta cartografia da resistência da gestão do cuidado, arrisco então a pensar que pequenas “sub-versões” foram sendo operadas, pela equipe, por Joana, pela cartógrafa.

Em uma gestão do cuidado composta por fluxos, em um plano de organização, predominantes, instituídos, mas que de repente, resistem, fogem da ordem e podem agenciar planos de consistência que promovem criação e novas práticas?

E Joana em busca de cuidados, em seus movimentos de “mesmas queixas”, também resiste junto à equipe, tensionando um território de saberes médicos instituído, que buscava “encaixá-la” nos fluxos estabelecidos?

---

<sup>18</sup> “[...] uma sub-versão da versão maior. Criar uma condição revolucionária no seio daquela estabelecida” (GALLO; ASPIS, 2010, p. 103).

Nos movimentos de resistência Joana-equipe, conexões e intensidades buscam passagem para criar novos territórios de cuidado, com novas formas de pensar e agir a gestão do cuidado?

Equipe que parece fazer uma pequena “sub-versão” do território de abrangência e possibilita que Joana, mesmo fora de área, seja acompanhada na UBS.

Joana que parece fazer uma pequena “sub-versão” na busca por um cuidado maternal, a partir de suas “mesmas queixas”, de seus “vários acolhimentos”, de suas “dores” que pareciam não ser “questões do corpo”.

Joana, que parece convidar a todo momento a equipe e a cartógrafa a repensarem uma suposta versão maior, estabelecida, linear, homogênea, da gestão do cuidado. Uma suposta versão com um movimento contínuo, padrão, com tudo encaixado.

Será que a busca por encaixar esse padrão, por seguir o linear, sendo que lidamos com os movimentos tão inconstantes da Vida, dispara impotência, bloqueios e pouca criatividade nas equipes de ESF? Gera pontos de cegueira, como lentes cartográficas embaçadas?

Joana, que sempre busca o encaixe da UBS, parece também solicitar que encaixe a leveza, o lúdico, a contestação, a rebeldia, o inusitado, o improvisado, o humano, as subjetividades voláteis e descontínuas. Solicita que encaixe a invenção de outra escuta, para além das questões do corpo concreto, do corpo biológico, do corpo físico. Solicita que suas questões do corpo sejam também abertura para suas questões das subjetividades, dos afetos, da vida, do humano, conjuntamente, sem divisão. Solicita que encaixe novos cuidados, que, de última hora, denomina de maternal. Solicita que encaixe suas dúvidas, suas opiniões, suas escolhas para a gestão de seu cuidado. Insiste para que se encaixe a Vida, com suas imperfeições e belezas, seus possíveis e impossíveis!

Arrisco, ainda, um último pensar sobre a gestão do cuidado.

Brincando com a palavra gestão, em momentos de análise com o Grupo de Pesquisa, uma livre associação de palavras se iniciou, mas nada que parecia vibrar com os movimentos em produção desta pesquisa. Até que uma palavra despertou a cartógrafa: “gestar”.

Gestão. Gestar. Fluxos e sinais que pulsavam do campo pareciam ganhar linguagem com a palavra “gestar”. E um pouso e reconhecimento atento procederam-

se sobre as intensidades que surgiram nesse encontro entre a cartógrafa e a palavra “gestar”.

O significado figurativo de gestar, segundo o Dicionário Caldas Aulete, em seu verbete atualizado, é criar, elaborar, conceber. Do latim *gestare*, “levar”, “carregar consigo” (AULETE, 2007).

Gestar. Levar, carregar, transportar, dar passagem, movimentar para criar, transformar, inovar. É processo de produção. É produção em processo.

Gestar que remete à gestação, o gestar de uma vida que cresce, que está em produção. Nutrir, proteger, possibilitar a criação da vida, a expansão da vida.

Gestar o cuidado. Movimentar, possibilitar, nutrir o processo de produção do cuidado, em suas possibilidades de transformação, criação, expansão, diferenciação.

O gestar do cuidado de Joana pela equipe. Equipe que faz movimentos, que move, faz transportes, transporta, que cria o cuidado. Gestar que, em alguns momentos, tem fluxos que brotam e não vingam, abortam, pedindo a passagem para que novos fluxos brotem, vinguem e nasçam novidades, transformações.

Gestar o cuidado, como possibilitar as relações, forças e tecnologias de saúde presentes nos encontros do processo de trabalho em saúde, buscando a construção conjunta de um cuidado integral. Um processo que possibilita a singularização das ações de saúde a partir das necessidades de saúde do sujeito e subjetividades circulantes nos encontros da complexa rede de produção do cuidado.

Arrisco pensar que gestar parece ser da produção em produção, da gestão em sua dimensão viva, móvel, fluida, que está em processo de construção a partir da efervescência que se dá nos encontros, nos afetamentos, entre os diversos sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado.

## REFERÊNCIAS

---



## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. **Por outro ministro da Saúde com outra política para a saúde** – Por um Ministério da Saúde comprometido com o SUS. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2017 jul. 25. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/por-outro-ministro-da-saude-com-outra-politica-para-saude-por-um-ministerio-da-saude-em-defesa-do-sus/29737>. Acesso em: 22 jul. 2018.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Contra a reformulação da PNAB - nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Rio e Janeiro: ABRASCO, 27 jul. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798>. Acesso em: 22 jul. 2018.

ASSIS, M. Campanha demais e informação de menos. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 269-271, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000100269&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100269&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0261>. Acesso em: 8 jul. 2018.

AULETE, C. Aulete Digital – Dicionário contemporâneo da língua portuguesa: Dicionário Caldas Aulete, vs online. 2007. Disponível em: <http://www.aulete.com.br>. Acessado em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório da Plenária do Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Textos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014. v.1, 116p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017, n. 183, Seção I, p. 68-76.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

\_\_\_\_\_. **Introdução à esquizoanálise**. 3. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2010.

BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 175-202.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-75.

BARROS, L.P.; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 172-200.

BERGSON, H. As direções divergentes da evolução da vida: torpor, Inteligência e Instinto. In: \_\_\_\_\_. **Cartas, conferências e outros escritos**. São Paulo: Abril Cultural, 1984, p. 155-205, cap. II.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. A clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n 2, p. 25-35, 2017.

BEZERRA Jr, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-50, 2007.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p.20-28, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 jul. 2018.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100004&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100004>. Acesso em: 10 set. 2015.

CASTRO, A. L. B.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Texto preparatório para o Abrascão 2018: Financiamento da atenção básica no SUS**. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CastroLimaMachado-Financiamento-da-APS-2018-1.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, v. 13, p. 545-55, 2009. Suplemento 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>. Acesso em: 10 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Acesso em: 10 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 280-9, 2012. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/48707/52780>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CINTRA, A. M. S. et al. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 45-53, 2017.

COLVERO, L. A. et al. Cotidiano de cuidados em saúde mental na atenção básica à saúde. In: MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A.; RODOLPHO, J. R. C. (Orgs.). **Saúde mental: cuidado e subjetividade**. São Caetano do Sul: Difusão; Rio de Janeiro: Senac, 2013, v. 2. p. 25-48.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013.

COSTA, L. B. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV**, v. 7, n. 2, p. 66-77, 2014. Disponível em: [https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111/pdf\\_1](https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111/pdf_1). Acesso em: 17 jun. 2018.

CRUZ, M. L. S. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psicologia Revista**, v. 17, n.1-2, p. 161-83, 2008.

DELEUZE G. **Conversações, 1972 – 1990**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_; GUATTARI F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1. ed. v. 1, São Paulo: Ed. 34, 1995.

\_\_\_\_\_; GUATTARI F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2. ed. v. 1. São Paulo: Ed. 34, 2011.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Qualitative research, cartography and healthcare: connections. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 15, n. 38, p. 663-75, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FORTUNA, C. M.; MONCEAU, G.; VALENTIM, S.; MENNANI, K. L. E. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 255-66, 2014.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: \_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In.: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão Em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: \_\_\_\_\_.; MERHY, E. E.(Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 13-1.

\_\_\_\_\_. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: \_\_\_\_\_.; MERHY, E. E.(Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 301-37.

\_\_\_\_\_.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. (Org.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009. 164p.

\_\_\_\_\_.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. **PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: \_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 151-71.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas, SP. In: \_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013c. p. 277-300.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013d. p. 199-212.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Documento técnico final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Fundação Calouste Gulbenkian, Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, 2015. 90 p.

GALLO, S.; ASPIS, R. L. Ensino de filosofia e cidadania nas "sociedades de controle": resistência e linhas de fuga. **Pro-Posições**, v. 21, n. 1, p. 89-105, abr. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072010000100007&lng=em&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072010000100007&lng=em&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2018.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

GUIZARD, F. L.; LOPES, M. R.; CUNHA, M. L. S. Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In.: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.318-46.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IBGE. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 abr. 2018.

INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA. **A campanha**. Disponível em: <https://www.ladoaladopelavida.org.br/a-campanha-novembro-azul>. Acesso em: 23 jul. 2018.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

\_\_\_\_\_. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R.; BESSET, V. L. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Trarepa/Faperj, 2008. p. 465-89.

\_\_\_\_\_; PASSOS, E. Cartografar é traçar um pano comum. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 15-41.

\_\_\_\_\_; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: \_\_\_\_\_. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p 76 – 91.

L' ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P.; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e entrevista semiestruturada na pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, p. 140-2, 1999. Número especial.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 66-86.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Histórias do grupo de pesquisas da subjetividade em saúde. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; RODOLPHO, J. R. C. (Orgs.). **Saúde mental: cuidado e subjetividade**. São Caetano do Sul: Difusão; Rio de Janeiro: Senac, 2013, v. 2. p. 25-48.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 328-33, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200025&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200025>. Acesso em: 10 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer: uma cartografia**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MENDES, A. N. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da proposta de emenda constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 jul. 2018.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde. In: \_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012a. p. 55-70.

\_\_\_\_\_. A APS no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012b. p. 71-138.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 19-68.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 68-94.

\_\_\_\_\_. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=1015>.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

\_\_\_\_\_; FRANCO, T. B. Cartografias do cuidado e trabalho em saúde. **Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.151-63, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MODESTO, A. A. D. et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 251-62, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000100251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100251&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>. Acesso em: 3 maio 2018.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 jul 2018.

OLIVEIRA, L. A. et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 8-21, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 abr. 2018.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: \_\_\_\_\_; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

\_\_\_\_\_; KASTRUP, V.; TEDESCO S. Dossiê cartografia: pistas do método da cartografia – v. II. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, 2013.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 203-37.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, n. 1, v. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 jul. 2018.

\_\_\_\_\_; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPJV / Fiocruz, 2009. p. 320-28.

PELBART, P. P. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PEREIRA, W. C. C. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 7, n. 1, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a02.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

PIGOZI, P. L. et al. Revisão integrativa da cartografia na produção de pesquisas em enfermagem no Brasil. **Saúde e Transformação Social**, v. 5, n. 3, p. 75-82, 2014.

\_\_\_\_\_. **Cartografia do cuidado ao adolescente: bullying e intersectorialidade**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PINHEIRO, R.; CARMARGO JUNIOR, K. R. D. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 101-19, 2000.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 294-9, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200020&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200020>. Acesso em: 10 set. 2015.

POZANNA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 323-38, 2013.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

RAMOS, A. S. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p 375-90.

RANDOW, R.; CAMPOS, K. F. C.; ROQUETE, F. F. et al. Periferização das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: desafios da implantação do Lian Gong como prática de promoção à saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 29, p. 111-7, 2016. Suplemento. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6412/5219>. Acesso em: 28 abr. 2018.

REIS, A. A. A.; BERTUSSI, D. C.; FUENTES, I. C. P. A gestão do cuidado na rede de saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 206-42.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2014. 247p.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, n. 21, v. 2, p.166-73, 2009a.

\_\_\_\_\_. Breve estudo institucionalista acerca do programa de saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.3, p. 525-36, 2009b.

\_\_\_\_\_. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROSA, J. G. **Grande sertão: veredas**. Nova Aguilar, 1994. Disponível em: <http://stoa.usp.br/carloshqn/files/-1/20292/GrandeSertoVeredasGuimaresRosa.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2018.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-70, 2018.

SANTOS, L. G. **Assistência integral à gestante adolescente na atenção básica de saúde: prática e percepção dos profissionais envolvidos**. 2011. Tese de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Faculdade Santa Marcelina, São Paulo.

SANTOS, S. G. **Cuidado da saúde mental na atenção básica: cartografia de uma gestão**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SARUBBI JUNIOR, V. et al. No contexto da creche: a enfermagem e suas representações do cuidado à criança como ato educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 48-54, 2014. Número especial 2.

SCHWARTZ, M. S.; SCHWARTZ, C. G. Problems in participant observation. **The American Journal of Sociology**, v. 60, n.4, p. 343-53, 1955.

SCORSESE, M. A ilha do medo (Shutter Island). Estados Unidos: Paramount Filmes, 2010, 1 DVD. 138 min.

SOARES, R. A. Q. Equipe de enfermagem e produção de cuidados a pessoas que sofrem do coração: uma cartografia. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOUSA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 206-42.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 221-8, 2011.

SOUZA, R. F. S; ABRAHÃO, A. L. Reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (ESF). *Revista Labor*, v. 1, n. 3, 2010. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/9291/7481>. Acesso em 17 jul. 2018.

SOUZA, T. P.; CARVALHO, S. R. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 18, p. 945-56, 2014. Suplemento 1. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000600945&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000600945&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0518>. Acesso em: 10 set. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STEFANI, J. R. (Org.). **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria de Saúde de Indaiatuba, 2013. Disponível em: <http://www.indaiatuba.sp.gov.br/saude/transparencia/gestao-de-saude-publica>. Acesso em: 10 set. 2015.

STEIN, A. T.; FERRI, C. P. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-4, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1586](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1586). Acesso em: 24 jul. 2018.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: PASSOS, E., KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 92-127.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3615-24, 2010. Suplemento 3. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Acesso em: 16 abr. 2018.

VILLAS BOAS, M. L. Programas de Hipertensão e Diabetes Mellitus. Indaiatuba: Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba, 2016. 67p.

ZOURABICHVILI, F. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004 (versão digital). Disponível em: <<http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-vocabulario-francois-zourabichvili.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

**ANEXOS**

---



## ANEXO A



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EEUSP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cartografia da gestão do cuidado de uma equipe de Saúde da Família do município de Indaiatuba - SP

**Pesquisador:** Livia Giubilei Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52306416.8.0000.5392

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.464.693

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de segundo parecer à pesquisa-intervenção, de natureza qualitativa baseada no método do estudo será a Cartografia, a fim de acompanhar o processo de gestão do cuidado de uma equipe de saúde da família no município de Indaiatuba, SP.

As pendências eram: Explicitar os procedimentos para assegurar a garantia do anonimato dos participantes; Rever os termos de consentimento livre e esclarecido para adequá-los às instruções elaboradas pelo CEP da EEUSP, com base nas normativas e regulações da CONEP.

#### Objetivo da Pesquisa:

Cartografar a gestão do cuidado desenvolvida por uma equipe de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Indaiatuba – SP.

Acompanhar os movimentos presentes na gestão do cuidado à um usuário desenvolvida por uma equipe de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde do município de Indaiatuba - SP

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não deixava claro como seria mantido o sigilo das identidades dos participantes na divulgação dos resultados, uma vez que será incluída uma única equipe de saúde, de uma unidade, podendo ser fácil a identificação dos participantes. Em carta resposta às pendências, a

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-8858

**CEP:** 05.403-000

**E-mail:** cepee@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 1.464.693

pesquisadora informa que não incluirá dados que possam identificar a unidade de saúde incluídas e os participantes, usuários e equipe. Informa que há, na cidade, 10 unidades básicas e que cada uma conta com mais de uma equipe. O usuário, ainda que indicado pela equipe, terá as informações fornecidas à pesquisadora protegidas pelo sigilo, tendo isto sido informado aos profissionais. A gestão da secretaria municipal também está ciente que os dados coletados são sigilosos e serão usados para a pesquisa, sendo a divulgação feita de maneira a proteger o anonimato da unidade participante.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante tendo em vista a necessária humanização dos serviços de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Incluído modelo da autorização que será apresentada à prefeitura de Indaiatuba que, segundo a pesquisadora, já autorizou a realização da pesquisa.

**Recomendações:**

não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_631694.pdf	06/03/2016 16:21:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Livia_giubilei_projeto_CEP_2.doc	06/03/2016 10:24:41	Livia Giubilei Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_novo_usuario.docx	06/03/2016 10:20:57	Livia Giubilei Santos	Aceito

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**CEP:** 05.403-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-8858

**E-mail:** cepee@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 1.464.693

Justificativa de Ausência	TCLE_novo_usuario.docx	06/03/2016 10:20:57	Livia Giubilei Santos	Aceito
Outros	RESPOSTAS_PENDENCIAS_DESCRITAS_NO_PARECER_CONSUBSTANCIA_DO.docx	06/03/2016 10:18:41	Livia Giubilei Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MODELO_TERMOS_DE_AUTORIZACAO_DE_PESQUISA.docx	03/03/2016 17:57:16	Livia Giubilei Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo_profissional.docx	03/03/2016 17:54:38	Livia Giubilei Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_livia.pdf	06/01/2016 01:01:35	Livia Giubilei Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 24 de Março de 2016

---

**Assinado por:**  
**Lisabelle Mariano Rossato**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-8858

**CEP:** 05.403-000

**E-mail:** cepee@usp.br



## ANEXO B



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
 CEP 05403-000 - São Paulo - SP - Brasil  
 Fone: 55 (11) 3061 7533 - Email: spgee@usp.br

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu Dr. José Roberto Stefani,  
Secretário de Saúde do município de Indaiatuba,

autorizo a pesquisadora, Lívia Giubilei Santos, realizar o estudo "Cartografia da gestão do cuidado de uma equipe de Saúde da Família do município de Indaiatuba – SP". Fui previamente informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso com o resguardo das informações que possam identificar o local e sujeitos participantes do estudo.

Indaiatuba, 19 de Agosto de 2016.

Dr. José Roberto Stefani  
 Secretário Municipal de Saúde  
 CRM 12.123

Assinatura e carimbo



## ANEXO C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIO

#### I) Caracterização do sujeito:

Nome:                      Idade:                      Sexo:

Filhos:              Situação conjugal:      Com quem vive:      Formação:

Tem profissão? Qual?

Religião:

Serviços de saúde que frequenta?

#### II) Questões norteadoras:

- 1) Conte-me que situações te trouxeram aqui? Como você iniciou seu cuidado nesta unidade de saúde?
- 2) Conte-me como você observa o cuidado prestado à sua saúde?
- 3) Fale-me um pouco sobre suas necessidades de saúde e de que forma são cuidadas.



## ANEXO D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### (Profissional da Saúde)

Convido o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada "Cartografia da gestão do cuidado de uma equipe de Saúde da Família do município de Indaiatuba – SP" desenvolvida por Livia Giubilei Santos, pelo Programa de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Dra. Ana Lúcia Machado.

Trata-se de uma pesquisa com o objetivo de acompanhar o processo de gestão do cuidado à um usuário por uma equipe de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde do município de Indaiatuba. A pesquisa será feita através de entrevista com um usuário do serviço, observação e discussões em grupo com os profissionais de saúde da equipe.

Caso aceite participar, serão realizados dois momentos de discussão em grupo de até 1 hora de duração, sendo um primeiro realizado para que você e os outros profissionais participantes da pesquisa compreendam o instrumento de pesquisa denominado Fluxograma Analisador e as intenções desta pesquisa. No outro momento em grupo, usaremos o Fluxograma Analisador, o qual possibilita traçar os fluxos e os caminhos do usuário no serviço de saúde ao longo de seu acompanhamento. Com seu consentimento, sua fala nestes momentos de discussão em grupo será gravada (com gravador de voz) e seu discurso será registrado. Estes momentos serão agendados previamente em local, data e horário mais conveniente para você e os outros participantes. Caso haja necessidade de explorar melhor algum assunto surgido nos dois momentos anteriores, um novo encontro pode ser sugerido de acordo com a aceitação e disponibilidade de todos participantes.

Durante a pesquisa também serão realizados momentos de observação participante uma vez por semana por dois meses, onde irei atuar como observadora do processo de trabalho geral da Unidade de Saúde e do processo de trabalho de sua equipe de saúde da família, com anuência sua e de seus colegas de trabalho envolvidos.

Será garantido sigilo absoluto de sua identidade pessoal, de forma que seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo não serão divulgados na pesquisa, que será apresentada em forma de tese de doutorado e divulgada em revistas científicas especializadas.

O risco em participar da pesquisa envolve a ocorrência de desconforto, vergonha ou emoção que possam surgir ao falar sobre algum assunto durante a discussão em grupo ou durante a observação. Eu, como pesquisadora e enfermeira, tenho conhecimentos necessários para lidar com cautela e respeito durante a pesquisa, e estarei atenta a possíveis desconfortos diante dos assuntos abordados para minimizar os riscos ou, caso necessário, fazer uma interrupção na discussão em grupo ou observação e solicitar apoio da equipe para assistência. Saiba que, você está livre para sair do trabalho em grupo ou solicitar interrupção da observação quando achar necessário.

O benefício relacionado à sua participação será para compreender como ocorre o cuidado ao usuário do serviço de saúde na atenção básica e isto poderá ajudar os profissionais que trabalham na atenção básica a aprimorar o cuidado de seus usuários.

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, não utilizarei também as informações fornecidas por você, se assim o quiser.

O(a) Sr(a) não terá custos ou remuneração com a participação na pesquisa. Esclareço que, caso tenha alguma despesa com a participação na pesquisa será ressarcido por mim, pesquisadora responsável.

Esclareço que, mesmo que a participação ofereça risco mínimo, você terá o direito de ser indenizado no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme estabelece a Resolução 446/12.

Para que você possa acompanhar o desenvolvimento da pesquisa, esclarecer dúvidas ou solicitar a retirada de sua participação, estes são meu e-mail e telefone: liviagiubilei@gmail.com/ 11- 99903 - 9420; e da orientadora, Profa. Ana Lúcia Machado: almachad@usp.br / 11- 3061 - 7602, bem como nosso endereço: Escola de Enfermagem da USP, departamento ENP - Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo, SP.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: Endereço - Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000; Telefone - (11) 3061-8858; e-mail – cepee@usp.br.

Forneço também o contato da Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba, que autorizou a realização deste estudo: Endereço – Av. Fabio Roberto Barnabé, 2800 - Jardim Esplanada II – Indaiatuba/SP; Telefone - 3834-9166; e-mail – saúde.atencaobasica@indaiatuba.sp.gov.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso queira participar, solicitamos que assine na linha abaixo indicada e rubriche todas as páginas das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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.

Agradeço a sua atenção e sua participação!

Declaro que, após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Projeto de Pesquisa: “Cartografia da gestão do cuidado de uma equipe de Saúde da Família do município de Indaiatuba – SP”

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## ANEXO E

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### (Usuário de saúde)

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada "Cartografia da gestão do cuidado de uma equipe de Saúde da Família do município de Indaiatuba – SP" desenvolvida por Lívia Giubilei Santos, pelo Programa de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Dra. Ana Lúcia Machado.

Trata-se de uma pesquisa que será realizada em uma Unidade Básica de Saúde de Indaiatuba com o objetivo de acompanhar o processo de gestão do cuidado de uma equipe de saúde da família a um usuário do serviço de saúde. A pesquisa será feita através de entrevista com um usuário, observação e discussões em grupo com os profissionais de saúde da equipe.

Caso aceite participar, irei realizar uma entrevista com você sobre como iniciou seu acompanhamento com a equipe de saúde que te atende e como esse acompanhamento continuou ao longo do tempo. A entrevista poderá durar cerca de 30 minutos e acontecerá a partir de perguntas abertas, para que você fale livremente sobre sua opinião. Com seu consentimento, sua fala no momento da entrevista será gravada (com gravador de voz) e seu discurso será registrado. Esta entrevista será agendada previamente em data e horário mais conveniente para você, dentre os dias e horários de funcionamento do serviço de saúde, e será realizada em um lugar dentro do serviço de saúde, que pode ser uma sala ou consultório que não esteja ocupado, onde você se sinta a vontade para conversar com tranquilidade, sem ser atrapalhado por outras pessoas ou barulhos. Caso seja necessário conversar mais sobre algum assunto falado durante a entrevista, irei agendar mais um momento de entrevista, se você permitir.

Será garantido sigilo absoluto de sua identidade pessoal, de forma que seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo não serão divulgados na pesquisa.

O risco em participar da pesquisa envolve a ocorrência de desconforto, vergonha ou emoção que pode surgir ao falar sobre algum assunto durante a entrevista. Eu, como pesquisadora e enfermeira, tenho conhecimentos necessários para lidar com cautela e respeito durante a pesquisa, e estarei atenta a possíveis desconfortos diante dos assuntos abordados para minimizar os riscos ou, caso necessário, fazer uma interrupção na entrevista para solicitar apoio da equipe para assistência.

Caso seja necessário algum suporte de saúde, isso será reportado para sua equipe de saúde (Unidade Básica de Saúde) que já faz seu acompanhamento de saúde.

O benefício relacionado à sua participação será para compreender como ocorre o cuidado ao usuário do serviço de saúde e isto poderá ajudar os profissionais que trabalham em unidades básicas de saúde a aprimorar o cuidado.

Cabe esclarecer que você tem total liberdade de se recusar a participar desta pesquisa, ou parar de participar a qualquer momento da pesquisa, sem que isso te prejudique. Não utilizarei também as informações fornecidas por você, se assim o quiser.

O(a) Sr.(a) não terá custos ou remuneração com a participação na pesquisa. Esclareço que, caso tenha alguma despesa com a participação na pesquisa será ressarcido por mim, pesquisadora responsável.

Esclareço que, mesmo que a participação ofereça risco mínimo, você terá o direito de ser indenizado no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme estabelece a Resolução 446/12.

Para que você possa acompanhar o desenvolvimento da pesquisa, esclarecer dúvidas ou solicitar a retirada de sua participação, estes são meu e-mail e telefone: liviagiubilei@gmail.com/ 11- 99903 - 9420; e o da orientadora, Profa. Ana Lúcia Machado: almachad@usp.br / 11- 3061 - 7602, bem como nosso endereço: Escola de Enfermagem da USP, departamento ENP - Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo, SP.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: Endereço - Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000; Telefone - (11) 3061-8858; e-mail – cepee@usp.br.

Forneço também o contato da Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba, que autorizou a realização deste estudo: Endereço – Av. Fabio Roberto Barnabé, 2800 - Jardim Esplanada II – Indaiatuba/SP; Telefone - 3834-9166; e-mail – saúde.atencaobasica@indaiatuba.sp.gov.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso queira participar, solicito que assine na linha abaixo indicada e rubricue todas as páginas das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via assinada e rubricada por mim ficará em sua posse, e a outra via ficará em minha posse.

Agradeço a sua atenção e sua participação!

Declaro que, após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Projeto de Pesquisa: “Cartografia da gestão do cuidado de uma equipe de Saúde da Família do município de Indaiatuba – SP”

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_