



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

SILAS ODA

**MOVIMENTOS CARTOGRÁFICOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR:  
VISIBILIDADES DOS AGIRES CUIDADORES**

---

Londrina  
2018

SILAS ODA

**MOVIMENTOS CARTOGRÁFICOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR:  
VISIBILIDADES DOS AGIRES CUIDADORES**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Melchior  
Co-orientadora: Prof. Dra. Maira S. S. Bortoletto

Londrina  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Oda, Silas.

Movimentos Cartográficos na Atenção Domiciliar : Visibilidades dos Agires Cuidadores / Silas Oda. - Londrina, 2018.  
99 f.

Orientador: Regina Melchior.

Coorientador: Maira Sayuri Sakay Bortoletto.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, , 2018.

Inclui bibliografia.

1. Micropolítica - Tese. 2. Cartografia - Tese. 3. Produção do cuidado - Tese. 4. Atenção domiciliar - Tese. I. Melchior, Regina. II. Sayuri Sakay Bortoletto, Maira. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. . IV. Título.

SILAS ODA

**MOVIMENTOS CARTOGRÁFICOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR:  
VISIBILIDADES DOS AGIRES CUIDADORES**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dra. Regina Melchior  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Pedro P. S. Mendes  
Universidade de São Paulo - USP

---

Prof. Dra. Rossana S. Baduy  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 31 de agosto de 2018.

Dedico estas cartografias aos trabalhadores  
e usuários do SUS, que somos todos nós.

## GRATIDÃO

A Deus, imanente, em todos e em tudo, pelo afeto e pela razão.

Aos meus amores, Desirée e Lia, por aumentarem à enésima potência minha força de existir todos os dias.

A minha família japonesa e baiana, por cuidar dos meus amores e de mim, sem medir esforços de tempo, distância e recursos financeiros.

Às amigas-orientadoras, Regina e Maira, por caminhar comigo até sem caminhos, sempre produzindo paixões alegres, aumentando minha potência de agir.

Às amigas intercessoras de longa data, Ana, Katia, Thali, Josi, Lucia, Ro, Sarah, pela força com que me deslocam e pelo carinho acolhedor.

Ao Pedro Mendes, por fazer da banca um lugar de produção de vida, produção de amizade! Lembrei de você, Pedro, ao ler Spinoza enquanto ele dizia *“Só os homens livres são muito úteis uns para com os outros e se unem entre si pelo mais estreito laço de amizade, e se esforçam com a mesma intensidade de amor por fazerem bem uns aos outros. Por isso, só os homens livres são muito gratos uns para com os outros.”*

Aos usuários e trabalhadores do SAD pela generosidade de nos receber em casa, por nos permitir viver a produção do cuidado, por compartilhar desse lugar privado de encontros de singularidades.

Muito obrigado!

*Todos os afetos de ódio são maus. Por isso, quem vive sob a condução da razão, se esforçará, tanto quanto pode, por fazer com que não seja afligido por afetos de ódio e, conseqüentemente, se esforçará para que um outro não padeça desses afetos. Mas o ódio é aumentado pelo ódio recíproco e, contrariamente, pode ser eliminado pelo amor, de tal maneira que o ódio se converta em amor. Logo, quem vive sob a condução da razão, se esforçará por retribuir, com amor ou generosidade, o ódio de um outro, etc.*  
(SPINOZA, 2009, p. 187)

ODA, Silas. **Movimentos cartográficos na atenção domiciliar**: visibilidades dos agires cuidadores. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## RESUMO

Interessou-nos nessa pesquisa olhar para a micropolítica do trabalho em saúde no âmbito da atenção domiciliar em um município do sul do Brasil, entre os anos de 2016 e 2017, com o objetivo de cartografar os agires cuidadores, produzindo visibilidades aos territórios do cuidado e a análise das intensidades que atravessavam esses territórios. Para tanto, constituímos um coletivo cartográfico de pesquisa, trabalhadores de um serviço de atenção domiciliar e pesquisadores, com o desafio de juntos produzirmos conhecimento a partir de movimentos intercessores, num efeito pororoca poder olhar para si no agir cuidador, desenhando mapas dos territórios do cuidado. Enquanto intercessores, trabalhadores e usuários, com os quais encontramos, tornaram-se guias no caminhar cartográfico ao nos agenciar nos processos de afetação, produzindo outras visibilidades, diferentes da vista do olho retina. Foram também intercessores em nós Emerson Merhy, Suely Rolnik, Gilles Deleuze, dentre outros, pensadores cujos conceitos cunhados foram ferramentas-experiências no cartografar. O produto dessa pesquisa teve início já com o surgimento do pesquisador-cartógrafo, construtor de conhecimento a partir da análise dos afetos dos encontros e das suas próprias implicações. A partir de então as cartografias desenhadas ganharam formas, cores e texturas com os nomes: A Produção de Vida nas Reuniões de Equipe; Prática do Transver: Uma Despolarização da Bússola Cartográfica; Marcas no Corpo e a Produção do Cuidado; Decido Insistir, Insisto no Mesmo Olhar; Admissão e Alta: A Aposta na Vida é o Critério dos Anômalos; Linhas de Fuga nas Redes de Atenção: A Vida Pede Outros Caminhos; Carta à dona Rita.

**Palavras-chave:** Micropolítica. Cartografia. Produção do Cuidado. Atenção Domiciliar.

ODA, Silas. **Cartographic movements in home care: visibilities of caregivers.** 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## **ABSTRACT**

We were interested in this research to look at the micropolitics of health work in home care in a municipality of southern Brazil, between 2016 and 2017, with the objective of mapping caregivers, producing visibilities for care territories and the analysis of the intensities that crossed these territories. In order to do so, we are a cartographic research collective, workers of a home care service and researchers, with the challenge of producing knowledge together from intercessory movements, in a pororoca effect to be able to look at themselves in the caregiver act, drawing maps of the territories of care. While intercessors, workers, and users with whom we have encountered, they have become guides in the cartographic path as we act in the processes of affectation, producing other visibilities, different from the view of the retina. Emerson Merhy, Suely Rolnik, Gilles Deleuze, among others, were also intercessors among us, whose concepts coined were tools-experiments in cartography. The product of this research began already with the emergence of the researcher-cartographer, builder of knowledge from the analysis of the affects of the meetings and their own implications. From then on the cartographies drawn gained shapes, colors and textures with the names: The Production of Life in Team Meetings; Transver's Practice: A Cartographic Compass Depolarization; Brands in the Body and the Production of Care; I decide to insist, I insist on the same look; Admission and Discharge: The Bet on Life is the Criterion of the Anomalies; Leakage Lines in the Attention Networks: Life Asks for Other Paths; Letter to Mrs. Rita.

**Key words:** Micropolitics. Cartography. Care Production. Home Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Modalidade Nível 1 de Atenção Domiciliar
AD2	Modalidade Nível 2 de Atenção Domiciliar
AD3	Modalidade Nível 3 de Atenção Domiciliar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
eSF	Equipe de Saúde da Família
HU-UEL	Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICL	Instituto de Câncer de Londrina
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SID	Serviço de Internação Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONVERSA COM A VIDA EM PRODUÇÃO: O SURGIMENTO DO PESQUISADOR CARTÓGRAFO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>A PRODUÇÃO DO COLETIVO CARTOGRÁFICO DE PESQUISA.....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>CARTOGRAFANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....</b>	<b>33</b>
3.1	A PRODUÇÃO DE VIDA NAS REUNIÕES DE EQUIPE .....	33
3.2	PRÁTICA DO TRANSVER: UMA DESPOLARIZAÇÃO DA BÚSSOLA CARTOGRÁFICA .....	38
3.3	MARCAS NO CORPO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	43
3.4	DECIDO INSISTIR, INSISTO NO MESMO OLHAR .....	50
3.5	ADMISSÃO E ALTA: A APOSTA NA VIDA É O CRITÉRIO DOS ANÔMALOS.....	57
3.6	LINHAS DE FUGA NAS REDES DE ATENÇÃO: A VIDA PEDE OUTROS CAMINHOS.....	63
<b>4</b>	<b>CARTA À DONA RITA.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>
	APÊNDICE A – Aspectos gerais da atenção domiciliar no SUS .....	90
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para observação de profissionais .....	92
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para observação de usuários.....	93
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido para entrevista de profissionais.....	94
	APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido para entrevista de usuários .....	95
	APÊNDICE F – Termo de sigilo e confidencialidade de manipulação de dados .....	96

<b>ANEXOS</b>	.....	97
ANEXO A –	Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa - UEL .....	98
ANEXO B –	Autorização de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina .....	99

## 1 CONVERSA COM A VIDA EM PRODUÇÃO: O SURGIMENTO DO PESQUISADOR-CARTÓGRAFO

*Nada do que foi será  
De novo do jeito que já foi um dia  
Tudo passa  
Tudo sempre passará  
A vida vem em ondas  
Como um mar  
Num indo e vindo infinito  
Lulu Santos*

Olá Vida! Como é bom e prazeroso falar contigo! Antes de qualquer coisa quero te alertar para que não se estranhe com as minhas palavras, mas ouse primeiro senti-las, numa leitura experiência. Aos poucos vou trabalhando as ideias e sentidos que as constituem. Provavelmente, você terá sensação de que esteja falando com outras pessoas. Na verdade, os encontros que tive e ainda tenho com Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Suely Rolnik, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Rossana Baduy, Tulio Franco, Baruch Spinoza, com os intercessores do grupo de pesquisa “Trabalho e o Cuidado em Saúde”, e outros, me agenciaram a produzir novos mundos, e me encantam, e fazem sentido para mim. Suas ideias tornaram-se conceitos-ferramenta para as minhas existências nos mundos. Te explico melhor, porque afinal temos todo tempo dos mundos.

Dedico em sua homenagem esse trecho da música do poeta Lulu. Muita festa e comemoração para o ano de 1987, parabéns, meus, nossos, deles! Sei que inesperadamente uma vida antes da sua voltou para a fonte de tudo, a morte se deu ainda no ventre. Contudo a sinergia para te gerar continuou e, então, você rompeu a escuridão e o medo! A fórceps te levantaram, e você venceu! Outros contadores de história diriam que você deu azar, porque surgira na chamada Década Perdida dos anos 80, aquela depois do milagre econômico brasileiro da década de 70.

Bobagem! Historiadores disputando a vista do ponto economicista de produzir a vida. Outra vista do ponto nos revela uma década potente e produtora de resistência à valorização do valor da vida, um tempo de tanta gente na rua, mas

principalmente fora dela, nos bairros, na periferia, nas universidades, no parlamento, de disputas intensas para que você tivesse o direito de valer à pena em meio a outros finitos ilimitados, como diria Rolnik (2006), ou outros singulares multiplicidade, na perspectiva de Deleuze e Guattari (2000).

Penso que preciso te contar um pouco mais sobre a vista do ponto de vista. Em um de seus textos, Merhy (2013) nos ajuda a entender como nosso posicionamento ético-político é fundamental na nossa forma de operar no mundo, no nosso modo de agir no encontro com o outro. O exemplo que ele usa para entendermos essa questão é a garrafa de água. Quando se olha para ela, sabe-se que se está diante de um objeto definido em nossa cultura ocidental como uma garrafa de água. Estamos olhando sob uma mesma vista do ponto, que pode diferir em diferentes pontos da vista: garrafa grande ou pequena, garrafa meio cheia ou meio vazia. Outro povo, longe do nosso, pode dizer que é água aprisionada. A garrafa não existe. Estamos diante de uma outra vista do ponto.

Voltando às tuas histórias, outras vidas diferentes de ti, e tão especiais quanto a sua eram produzidas na mesma década, cheias de alegria e desejo de serem livres para se tornarem o que quisessem. Na sua finitude você estreou para ser ilimitada, singular na sua multiplicidade. Você era um pouco do seu pai, um pouco da sua mãe, mas também dos tios, avós e antepassados. Nos encontros com pessoas e com tudo que te cercava você viveu toques, palavras, brincadeiras, músicas, alegrias, dores, pensamentos, paixões, solidão, regras, prazeres, leituras, fé.

Com o tempo, Vida, você se produziu para além dos teus pais e da tua parentela, transformando-se em outras nos encontros com incontáveis vidas. Nessa multiplicidade você é homem, e japonesa, e trabalhadora da saúde, e feminina, e do campo, e esportista, e pai, e corinthiana, e brasileira, e farmacêutica, e estudante, e docente, e tantas outras em uma dobra em espiral contínua. Você foi agenciada nos encontros a se produzir outra, e agenciou a produção de outras. Lembra-se dos encontros com seus tios avós nas grandes reuniões de família? Eram horas de conversas, de contação de hi(e)stórias, e de muito afetação.

Você se produzia a criança brincalhona, de uma leveza atraente, cativante. Fazia sentido para você e para os outros. Você gostava daquela atenção que recebia. Esses encontros marcaram seu corpo de alegria e de uma sensação de

aconchego, de se sentir cuidado, fluxos de felicidade indo e vindo. A mesa se tornava o ponto de encontros após as refeições, onde tudo acontecia ao seu redor. Entre um gole de chá verde e uma respiração, projetos de vida eram retomados, tristezas amenizadas, produção de outros territórios existenciais se faziam.

E o que dizer da chegada da tua irmãzinha, a Vidinha? A espera de nove anos parecia uma eternidade. Havia desejo de compartilhar potência. Transformação de ti! Vida, me lembro de você radiante! As linhas de intensidade aumentadas, conexões abundantes. Vidinha veio a esse mundo num outro tempo, bem diferente do seu, ano de 1996, perto dos anos de *Os Jetsons*. Acho que você não viverá para ver os carros voadores, se é que se chamarão carros.

A poeira da luta pela redemocratização do país na década da Vidinha havia baixado. Resistência diminuída. Pensando bem, Vida, era o neoliberalismo tentando varrer a poeira. Não quero dizer que ela tenha sumido. Dissipou-se num pó muito fino e letargizou os coletivos, e vou me arriscar dizer que até hoje sofremos essa consequência, às vezes disputando na mesma vista do neoliberalismo. Mas, voltando a falar da chegada da Vidinha, você se lembra o que marcou sua pele? Apesar de um sentimento de êxtase, não foi fácil até as coisas se ajeitarem.

E era óbvio que ela viria apressada e com vontade de estrear! Faltava mais de um mês para virada da Lua cheia, e lá estava Vidinha descendo de foguete para a *Terrinha brasilienses*. O problema é que Vidinha não estava pronta para pousar, frágil ainda de força vital. Teve de se energizar por quase três semanas naquelas luzes azuis. Nesse tempo Vidinha quase desistiu da viagem, teimando em retornar à fonte de tudo. Seria um desaforo! Não faria sentido viajar de tão longe para não permanecer e brilhar por aqui.

Ah! E como brilha! Pois é Vida, nesse tempo te vi ali com a vó Rosa, você chorando no seu colo. Foi duro! Dolorido. Surgira a máscara do menino-frágil-e-triste. Fez sentido para ela e grudou em você por um tempo. Com seus braços finos e firmes, seu cheiro adocicado e calmante, sua comida simples e confortante, sua fé vivificadora, vó Rosa te potencializava. Até Vidinha se recuperar foram dias e dias do seu cuidado. E tudo passa, e passou, como a onda de Lulu.

Gostaria de falar um pouco sobre máscaras e territórios existenciais sob a vista de Rolnik (2006), com a intercessão de Deleuze e Guatarri (2000). Aqui máscaras não possui o sentido de falsidade ou dissimulação, são a expressão de um certo modo de agir criado por cada um de nós a partir dos afetos dos encontros, são o próprio rosto daqueles que a vestem. Não há representação, são a realidade elas mesmas. Sem a máscara, não há rosto. Os afetos em seus fluxos de intensidades produzem agenciamentos, que são movimento desejante, que criam territórios onde as máscaras ganham sentido e as existências se efetuam. Há a formação de um plano de consistência ou um território existencial, um espaço estável para ser e agir, mas que a qualquer novo agenciamento pode ser desterritorializado.

Falar sobre cuidado me faz lembrar do teu pai. Quando criança era delicioso sentir os braços fortes daquele homem-herói e a sensação de segurança. Papai estava lá o todo tempo! Te dava colo, fazia tuas vontades, te corrigia, jogava bola, e sempre que voltava de alguma viagem trazia um presentinho. Sei que você ainda consegue sentir o cheiro da terra do sítio do teu avô que teu pai fazia questão de te levar, não somente pela experiência do lugar, mas para encontrar com teu avô e com as crianças do caseiro. Era uma explosão de sensações! Tocar os animais, colher os frutos do pomar, sentir o vento no balanço pendurado na árvore, e até a coceira do bicho-de-pé virava um acontecimento que causava o riso da família, e que coceirinha gostosa. Experiência! Sensações na pele.

O que pode o corpo? Nos escritos em Diálogos, Deleuze (1998) nos fala do pensamento espinozano sobre a potência do corpo, com poder de ser afetado e afetar nos encontros. Afetos não como sentimentos do senso comum, mas afetos como sensações, intensidades não nomináveis, com poder de potencializar ou despotencializar o agir, de compor ou decompor as relações.

Tudo é apenas encontro no universo, bom ou mau encontro. Adão come a maçã, o fruto proibido? É um fenômeno do tipo indigestão, intoxicação, envenenamento: essa maçã podre decompõe a relação de Adão. Adão faz um mau encontro (DELEUZE; PARNET, p. 49).

Da mesma forma, Vida, analise tuas relações para além da consciência transcendente, aquela que pode te cegar as visibilidades do teu agir (DELEUZE, 2002).

Sei que a relação com teu pai em certo tempo foi de tensionamento e até mesmo marcado por conflitos. Você não entendia porque ele se prendia tanto às atividades do trabalho. Um sentimento de saudade batia forte no peito, uma vontade de estar com ele vivendo aquelas intensidades de outrora, das épocas de infância. Nesse momento você já entrava na adolescência, cheio de energia, de sonhos, mergulhando de cabeça nas relações com os amigos, no desejo de produzir outros territórios, outros mundos. Ainda assim, o desejo de estar mais tempo com teu pai para ser afetado naquele mundo só de vocês permanecia e te deixava ora irritado, ora frustrado, mas sempre com a expectativa de um dia poder encontra-lo sem pressa, insistindo na máscara do filho-do-pai-herói. Às vezes esse modo duro de agir do teu pai é um devir em ti, cuidado!

Sabe o que encenou em mim agora Vida? Tua cidade natal. Casa grande de madeira. Quintal. Aquela árvore alta e frondosa, de copa como um chapéu de praia, com as folhas nos seus tons amarelos alaranjados, verdes amarronzados, cheios de coquinhos que atraíam os amigos morcegos. Cheiro de noite quente de verão. Embaixo daquela árvore você foi ninada pela Lua, ao som de cantigas. Penso que o desejo de ser acarinhado te fazia o filhinho-bebê-gato-de-botas, e vingava, e fazia sentido. Mãe e filho trocavam olhares, cheiros, toques, calor do peito, paixão, e cuidado. Sentimento de eternidade. Os fluxos e conexões dos encontros com outras vidas te produzem assim. Somente seu corpo vibrátil em ação para percebê-los. Percebe como as marcas em seu corpo ainda mexem contigo? Mas qual a razão? Alerto mais uma vez que esses efeitos dos afetos em ti e as afecções no teu corpo, as marcas, devem ser colocadas em análise para não ser aprisionada à moral do cristianismo (DELEUZE, 2002).

Com o tempo você percebeu que nos encontros com outras vidas várias máscaras que sempre vingaram não faziam mais sentido, goravam. Sei que algumas delas grudaram com força em você, ainda que te limitassem de se expandir. A bem da verdade, certas máscaras desencantaram de sentido nos novos e diferentes territórios existenciais que se produziam nos encontros. Os afetos não conseguiam se expressar nas máscaras grudadas em você.

*Tudo que se vê não é  
Iguar ao que a gente  
Viu há um segundo*

*Tudo muda o tempo todo  
No mundo  
Lulu Santos*

Ao mesmo tempo penso que em certos momentos você não daria conta de se desterritorializar, seria duro demais. Após várias repetições, você desterritorilizou e descolou dessas máscaras, abrindo espaço para a diferença que pulsava em ti, ainda que por um instante parecesse ficar sem rosto. Sensação de vazio. Mas era movimento, desejo de ser outro. Os encontros te agenciavam, outros afetos pediam passagem e reterritorializar era preciso para construir novos mundos que fizessem sentido.

Na sua existência, Vida, sinto que a máscara mais difícil de se desaprisionar foi e ainda permanece a do sabido-da-saúde-religioso-moral. É um território árido, pouco poroso, e como diria Merhy (2017), muitas vezes uma máscara torturadora da vida do outro. Pois é Vida, lembrei-me dos seus encontros com aquele ente Querido, louco muito louco<sup>1</sup>. O mundo que você produziu com ele antes da loucura era potente, alegre, festivo, criativo, sonhador, lúdico. Os territórios que constituíam esse mundo te faziam mais pulsante, rizomático. E por que esse mundo ruiu?

A cena que ficou marcada é de um telefonema avisando que ele havia desaparecido de casa. Quando o encontraram ele estava debaixo de um viaduto e já havia distribuído suas roupas para os moradores de rua. Havia uma negação da vida, produzida por uma ideia religiosa de abrir mão de si pelo outro, um enorme sofrimento pela desigualdade desse mundo. Te faço uma pergunta para pensarmos a ruína do mundo pré-loucura do teu Querido: qual é o resultado de se viver em um mundo de exploração do outro tentando buscar por si mesmo o fim do sofrimento desse outro sofredor? Delírio! Delírio! Delírio! Produção do louco muito louco! É torturador, é cruel.

Presas ainda à máscara do sabido-da-saúde-religioso-moral, você buscava encontrar explicações para a loucura do teu Querido e aquilo te endurecia, te prendia ao olho retina. E nessa busca, as teorias explicativas elaboradas estavam

---

<sup>1</sup> Termo cunhado por grupo de pesquisadores de Campinas que atuou na rede de saúde mental para facilitar o entendimento da gravidade dos transtornos mentais por pesquisadores que não tivessem aproximação com os termos técnicos utilizados pela psiquiatria (MERHY, 2011).

carregadas de julgamento, ora científico, ora religioso, ora moralista. É genético! É a força do mal! É o tipo de criação! Sei que naquele momento você não percebia assim, até porque a máscara do sabido-da-saúde-religioso-moral era a que fazia sentido, ainda que no fundo a vontade fosse achar um culpado e se livrar um pouco daquela tristeza. E assim, o culpado levaria consigo a tristeza que te machucava.

*Já não tenho dedos pra contar  
De quantos barrancos despenquei  
E quantas pedras me atiraram  
Ou quantas atirei  
Tanta farpa, tanta mentira  
Tanta falta do que dizer  
Nem sempre é "so easy" se viver  
Lulu Santos*

Passados tantos anos e muitos outros encontros com teu Querido, a máscara perdeu poder de encantamento. Culpar já não convence e nem alivia. Com alegria te vi arriscar desestabilizar essa máscara! Na última oportunidade que tiveram, você o encontrou em um outro território que não fosse o da loucura, e pôde ver com seu olho vibrátil<sup>2</sup> um território construído pelo seu Querido com a vó Rosa, que muito lembra aqueles outros territórios que constituíam o mundo pré-loucura que você e seu Querido inventaram.

Nesse lugar não há vestígios do delírio presente no território da loucura, é um lugar de cuidado para os dois. Aquela que um dia cuidou de você no momento turbulento de chegada da Vidinha, agora precisa ser cuidada. E o seu Querido cuida! Na sua dobra em espiral, emerge no encontro com a vó Rosa a máscara do Querido-belo-cuidador. Ele a escuta atentamente, sai para passear, compartilha as refeições, riem juntos, fazem companhia um para o outro. Aquela sensação de aconchego delicioso, um afago do cuidado. Produção de intensas conexões! Aqui ele te deu pistas para construir um outro mundo juntos. Perceba o teu corpo vibrando!

---

<sup>2</sup> O olho vibrátil, constituinte de um corpo vibrátil, não se prende à vista do espectro visível e suas representações a partir do contexto temporal, histórico e de linguagem de certo sujeito que se põe a ver, vai além. É um movimento de alteridade, não no sentido de se colocar no lugar do outro, mas de se misturar com o outro, ser afetado pelo outro, e nesse campo dos afetos o olho vibrátil traz à visibilidade outras subjetividades das vidas que se encontram. Que outros corpos existem além do corpo esquizofrenia?

E desses teus encontros todos, não há como deixar de lembrar dos encontros com o teu Amor. Sem dúvida, os mais viscerais e ardidos sem se ver! São mais de dez anos de afetos, que agenciam em ti o que há de melhor e de pior. Intercessor em ti e vice-versa! O mundo que você produziu com Amor é tão sublime, que beira ao êxtase!

*É um não querer mais que bem querer;  
é um andar solitário entre a gente;  
é nunca contentar-se de contente;  
é um cuidar que ganha em se perder.*

*Luiz Vaz de Camões*

Pouco mais de um ano no mesmo ninho, ele te coloca em análise como ninguém. Te ajuda a desfazer máscaras totalmente sem sentido, mas que, por insistência tua, permanecem grudadas. É um prazer doloroso para se tornar melhor. Estranho seria se assim não fosse, pois a escolha de vocês foi de se deixar inundar um pelo outro. São incontáveis os territórios produzidos para dar conta de tantos afetos! Muitas vezes ter sentido é ser sem sentido, é ser paradoxal, como o são os versos de Camões sobre o amor.

Em meio às intensas conexões, vocês fruíam um ao outro até que a paternidade surgiu inesperada. Quando olho para você, Vida, fico maravilhado com tuas possibilidades de ser a todo momento inesperada, rizomática, caótica. E com seus cromossomos X e Y, num improvável e desejável encontro, na intercessão dos corpos, as partes se encontram explodindo em vocês mesmos, Amor e Vida, um mundo novo a ser produzido com a Nova Vida. Um atraso desprezioso é o sinal da Nova Vida. E os medos, os pequenos riscos absolutos e relativos fazem as mãos suarem e os corpos tremerem numa mistura de prazer e agonia. Sim! Agora vocês são três e jamais serão os mesmos. Pai! Euforia e letargia: como é possível senti-las ao mesmo tempo? A única coisa que você sabe é porque é pai. Se não fosse, não saberia. Experimentado, vivido, sentido. Não há representação capaz de explicar.

Pois é, Vida, sei que você está surpresa com as minhas palavras, curiosa para saber mais quem sou nessa multiplicidade que te constitui, e ao mesmo tempo te vejo sem medo de segurar minha mão e juntos perscrutarmos outros territórios pelas marcas no teu corpo. O que eram afetos soltos na imensidão da sua existência, tornaram-se pistas para a produção de paisagens psicossociais em

construção e desconstrução, uma cartografia das tuas afetações, semelhante ao agir do cartógrafo da geografia produtor de mapas em ato (ROLNIK, 2006). Assim, surgi em ti, me produzi em você, sou eu o pesquisador-cartógrafo. Esclarecerei adiante.

Nos primeiros anos da graduação em farmácia na Universidade Estadual de Londrina (UEL), e em boa parte dela, aprendi a fazer pesquisa nos moldes científicos em busca das respostas universais, de forma cartesiana, estruturada, dura, própria da alma farmacêutica. E fazia sentido e ainda é pertinente construí-la desse modo em certas situações, a fim de alcançarmos respostas para muitos por quês da vida, com seus fatores de risco associados, seus ensaios clínicos randomizados, lançando mão das análises as mais puras possíveis, sob métodos controladores de possíveis vieses, estatisticamente comprovados, com definição clara da posição do pesquisador e do objeto.

Ufa! Quanta segurança para responder minhas dúvidas! Mesmo para os que optam por esse caminho, já é superada a ideia do pesquisador neutro na pesquisa científica (DESLANDES, 2002; MERHY, 2004a). E podemos ir além se considerarmos o pesquisador em sua multiplicidade. Nesse momento Merhy (2004a) nos ajuda a entender que pesquisador é esse. Ele é sujeito implicado, que é ao mesmo tempo interessado e militante, acredita e luta por uma causa, seja ela qual for, pano de fundo para a sua pesquisa, ainda que se esforce e/ou seja, capturado para ser epistemologicamente científico e capacitado para objetivar todo conhecimento produzido.

Lembrei-me do desenvolvimento do trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em que desejava analisar a equipe de saúde da família (eSF) como referência no apoio matricial a partir do olhar do NASF. Minha implicação com o tema era evidente. Eu atuava como farmacêutico numa equipe NASF e apostava num jeito de atuar das equipes, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. Sob essa vista a eSF deveria se responsabilizar pelo cuidado direto ao usuário e sua família e o NASF atuar como apoiador das ações da eSF, contribuindo para a ampliação da clínica.

Meus questionamentos iniciais surgiram do olhar do olho retina, aquele que vê o estabilizado, o instituído, o dado. Havia uma definição clara para mim de como deveria acontecer o trabalho das equipes e sob essa perspectiva o olho retina me dizia que o processo de trabalho dessas equipes não era adequado.

No entanto, durante o período da pesquisa, os encontros com os usuários e os trabalhadores faziam meu corpo vibrar, me agenciavam, era o olho vibrátil em ação, e produziam em mim questionamentos sobre essa forma preconizada de atuação das equipes, inclusive sobre meu próprio agir. Perda de sentido.

E se o trabalhador que produziu vínculo mais fortemente com o usuário for da equipe NASF!? Algo que muitas vezes vivi. Embora a máscara do pesquisador-sabido-convicto ameaçasse se desmanchar, permanecera grudada.

Apegado à segurança em seguir os passos técnicos do grupo focal, realizei um encontro com um dos NASF do município de Londrina para ouvi-los sobre o tema e cumprir com a coleta de dados. Fundamentado na análise de conteúdo, categorizei as falas dos participantes da pesquisa e, posteriormente, realizei a discussão com base nas diretrizes do ministério da saúde sobre a atuação das eSF. Ao finalizar o trabalho fiquei com a sensação de que aquele produto dizia mais do mesmo na perspectiva das normas controladoras do agir dos trabalhadores, mostrando que a produção do cuidado ao usuário deveria acontecer senão pelo cumprimento de diretrizes previamente estabelecidas, ainda que a aposta no modelo matricial de atuação das equipes assuma como diretrizes acolhimento e vínculo. Qual era a vista do ponto?

Merhy (2004a) nos chama a atenção para algo que somente os dispositivos de análise do chamado pesquisador epistêmico<sup>3</sup> não dão conta de responder: quando questionamos junto com os trabalhadores o próprio agir em saúde, nosso e deles. Nesse tipo de pesquisa em que a subjetividade é constitutiva na estreita relação sujeito e objeto, é necessário reconhecer que somos pesquisador implicado. Ao mesmo tempo que analisamos, precisamos colocar em análise a nossa implicação durante todo o processo, da escolha da pergunta à conclusão.

Colocar-se em análise é questionar os próprios atos de saúde produzidos no encontro com o outro de maneira individual e/ou coletiva, é enfrentar o desafio de se perguntar, para que e para quem faço o que faço? E essa análise parte de um determinado horizonte ético-político que gera tensionamento e disputa no campo de pesquisa em todos os atores, inclusive no próprio pesquisador. Em se

---

<sup>3</sup> Segundo Merhy (2004a), o pesquisador em sua multiplicidade é também constituído sujeito epistêmico, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, inclusive capaz de metodologicamente tornar objetivável a subjetividade presente na relação sujeito e objeto. O pesquisador se constitui na dobra dos sujeitos epistêmico e implicado.

tratando de pesquisas para o Sistema Único de Saúde (SUS), há uma aposta radical a ser defendida, a saber, a saúde enquanto um direito de todo ser humano, em que a vida de qualquer um vale à pena. Nesse sentido, não se coloca em análise apenas os diferentes pontos de vista de uma mesma vista, mas a própria vista dos pontos de vista.

A partir dos encontros com a Rolnik (2006) em seus escritos em *Cartografia Sentimental* e de experiências cartográficas de outros pesquisadores como Baduy (2010), Bertussi (2010) e Moreira (2011), surgiram pistas para um outro jeito de fazer pesquisa aplicada à saúde, cujas afetações fossem constitutivas na produção do conhecimento. Lancei-me o desafio de me produzir pesquisador-cartógrafo, de descolar do pesquisador-sabido-convicto, de deixar os afetos passarem pelo corpo, e assim dar visibilidade e língua a eles em forma de territórios de existência com aqueles que eu encontrasse na pesquisa, inclusive com a minha multiplicidade.

Os territórios existenciais estão o tempo todo em construção e desconstrução pelos agenciamentos que atravessam nossos corpos e dão forma a um certo modo de operar no mundo do trabalho em saúde, refletindo na produção do cuidado. Não há possibilidade alguma de desvencilhar-se dos afetos no encontro com o outro. São fluxos de intensidade indo e vindo nos corpos que se encontram, que ora se atraem ora se repelem, desmancham máscaras ao mesmo tempo que simulam o surgimento de outras, e que novamente se desmancham ou grudam em nós, como em um efeito pororoca, uma dobra em si mesmo no encontro com o outro (SILVA, 2004).

Para dar concretude a essa relação, dos afetos no encontro e do cuidado produzido, podemos pensar em uma situação do cotidiano das equipes: por que quando nos encontramos com usuários com características semelhantes, de difícil controle de determinada doença, por exemplo diabetes, fazemos apostas diferentes? Com alguns investimos mais tempo e nos esforçamos para inventar práticas cuidadoras para além de prescrições, orientações e cobranças. Já com outros, o cuidado tem menor potência de produzir vida de um outro lugar, de um outro território. Permanecemos presos ao agir protocolar e numa discursividade de tom vertical sobre os usuários.

Esse algo que nos agencia nos encontros não é percebido pelo olho retina, é captado pelo olho vibrátil. É a percepção dos movimentos do corpo vibrátil em nós que permite colocar em análise por um lado o olhar armado do olho retina, levando ao questionamento sobre o sentido do território do diabético-descompensado-complicado que construímos com os usuários, e por outro lado, o agir cuidador inventor em meio ao efeito pororoca “corpo vibrátil e olho retina”, em que surge não a dualidade do bom ou ruim, mas o novo, o inusitado, o surpreendente. Sobre a formação desse outro novo, inusitado, surpreendente território existencial, Rolnik (2006, p.13) nos diz:

Entre a vibratilidade do corpo e sua capacidade de percepção há uma relação paradoxal. É a tensão desse paradoxo que mobiliza e impulsiona a potência de criação, na medida em que nos coloca em crise e nos impõe a necessidade de criarmos formas de expressão para as sensações intransmissíveis por meio das representações de que dispomos. Assim, movidos por esse paradoxo, somos continuamente forçados a pensar/agir de modo a transformar a paisagem subjetiva e objetiva.

Nesse lugar da dobra do corpo vibrátil e do olho retina fui me produzindo pesquisador-cartógrafo durante o mestrado, com a missão de dar visibilidade aos territórios cuidadores em produção nos mais diversos encontros com trabalhadores e usuários, no âmbito da atenção domiciliar no SUS. Seguindo as pistas deixadas por Rolnik (2006), Santos e Mendes (2016), e Kulpa e Baduy (2016), utilizei a bússola cartográfica, aquela que aponta para lugares de expansão da vida, levando comigo o princípio do antiprincípio, extramoral, em que mudar princípios tornou-se uma exigência para mim.

Aqui, lugares não se referem a espaços físicos ou a áreas geográficas propriamente ditos, mas aos territórios existenciais nos quais a vida se efetua. Levei também na mochila, além da bússola e de um antiprincípio, um caderno, uma caneta, um celular-gravador e alguns conceitos-ferramenta<sup>4</sup> já ditos até o momento.

---

<sup>4</sup> Conceito-ferramenta nos remete à ideia da experimentação de um determinado conceito no encontro com o outro, no acontecimento, que é o espaço paradoxal das incertezas que levam a um novo sentido das existências. A experimentação do conceito na incerteza do encontro desmancha as suas representações, possibilitando que outras vistas sejam enxergadas (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

É necessário dizer algo mais sobre o pesquisador-cartógrafo. Nas discussões que fizemos no grupo de pesquisa antes de iniciarmos e durante os encontros com as equipes e com os usuários havia alguma coisa desconcertante, um incômodo em mim relacionado à produção do pesquisador-cartógrafo. Como iríamos aos encontros sem um roteiro estruturado? Que campo de pesquisa era esse que não se vê? Será que estaremos preparados para cartografar? Nesses momentos era agenciado pelas intercessoras do grupo para me atentar ao sensível do corpo vibrátil.

O cartógrafo não está pronto, não há método pronto, não há estruturação do pesquisador-cartógrafo. Ele se produz de modos diferentes em todo tempo nos encontros, e necessita se constituir dessa forma, em movimento, o método é o encontro (CERQUEIRA et al., 2014). Se assim não fosse, como seria capaz de captar os diferentes territórios de cuidado produzidos em ato pelos trabalhadores e usuários em seus movimentos cartográficos?

Tomo as ideias produzidas por Deleuze e Guattari (2000) sobre o viver rizomático para pensar a produção do pesquisador-cartógrafo e do pesquisador-decalque. Uma imagem que me ajuda nesse momento é do brincante com sua massa de modelar e o carimbo. Há texturas, cheiros e cores diferentes da massa de modelar, podendo se transformar em qualquer coisa a partir do desejo de quem a manipula. Esse desejo é potência de criação, e por mais que se tente reproduzir uma mesma obra é impossível fazê-la de maneira artesanal. Algo sempre será diferente, nem que seja a disposição das marcas da impressão digital do brincante na massa.

Quando se utiliza o carimbo, o desenho formado será sempre o mesmo, reprodução, repetição, decalque. Se pensarmos que a produção cartográfica se guia pelos lugares de expansão da vida e em defesa dela, não há como ir aos encontros “moldado” e instrumentalizado com carimbos. O cartógrafo se produz à medida que os encontros vão acontecendo e cria em ato seus próprios desenhos para dar visibilidade aos territórios formados.

O cartógrafo se produz nas afetações dos encontros, seu corpo é o campo de pesquisa ele mesmo, sua produção se dá no real não se prendendo à ideia de inconsciente-representação. Aqui o inconsciente é desejo antiedipiano, desejo é força em movimento, movimento rizomático em fluxos de intensidade

formando mapas, cartografia (DELEUZE; GUATTARI, 2000). Diferente é o decalque, o carimbo, que produz o campo de pesquisa estereotipado no passo a passo cientificista em busca da verdade, externo ao pesquisador.

Dessa forma, Vida, o campo de pesquisa foi se constituindo no eu cartógrafo. Nos encontros, o corpo era afetado pelos intercessores do grupo de pesquisa, pelas leituras que fazia, pelos filmes que assistia, pelas pessoas no ônibus, pelos trabalhadores e usuários, pelos cenários, pelos cheiros, pelos toques. Rizomática que é, a vida produz multiplicidades e me deu pistas para desenhar mapas, que a qualquer momento poderiam ser modificados, desconstruídos, transformados. Os mapas que nos interessavam naquele momento eram aqueles que permitissem uma certa visibilidade dos territórios cuidadores na atenção domiciliar produzidos nos encontros dos trabalhadores e usuários.

Pois bem, Vida, as cartografias a seguir dos encontros que vivi durante a pesquisa dedico não somente a ti mas a todas as trabalhadoras e trabalhadores da atenção domiciliar, usuárias e usuários, cuidadoras e cuidadores, amigas e amigos do grupo de pesquisa. É com vocês também que falo agora e os convido a caminhar comigo pelas palavras às vezes embaralhadas, às vezes perdidas em pensamentos desconexos buscando sentidos, num tempo de narrativas e reflexões que não seguem o tempo cronológico da vida sem graça.

Faço um pedido a vocês, leiam o texto sem preocupações com a exatidão semântica de termos que soarem estranhos. Que as narrativas e os autores que trago para a conversa agenciem vocês para enxergarem territórios de cuidado inusitados, até mesmo diferentes dos que eu fui capaz.

## 2 A PRODUÇÃO DO COLETIVO CARTOGRÁFICO DE PESQUISA

Abro esse capítulo numa conversa com pensamentos soltos sobre as afecções e os agenciamentos do primeiro encontro com a equipe do serviço de atenção domiciliar numa CADEIA.

*Onde faremos a oficina de trabalho com a equipe? No Sesc Cadeião. Cadeião? Sim, faremos no espaço cultural do Sesc, onde funcionava a antiga cadeia da cidade, claro que reformada, adaptada às novas atividades, mas que manteve as celas e estruturas históricas daquele lugar.*

*Conversar sobre cuidado numa cadeia, isso mesmo? Nunca havia entrado numa cadeia e a oportunidade seria para falar de cuidado, de vida, antitético não!?*

*Corredores sombrios, celas escuras e frias, desenhos, mensagens e assinaturas nas paredes.*

*Tudo está intacto!*

*As afecções eram de tristeza, desespero, medo, angústia, morte! Corpo em intensa vibratilidade, trazendo à tona intensidades da violência no cotidiano da vida. Para que servem as cadeias que continuamos a inventar? O que é uma vida livre? Que cadeias teremos que derrubar para produzir um cuidado libertador?*

*Corredores brancos, celas claras e quentes, desenhos, mensagens e assinaturas nas paredes.*

*Tudo insiste em permanecer intacto!*

*Hospitais. Clínicas e ambulatórios. Unidades de saúde da família. Domicílios-hospitais.*

Antes de falar sobre o encontro, conto sobre nossa escolha de estudar a produção do cuidado na atenção domiciliar. Há quase uma década, pesquisadores ligados ao Departamento de Saúde Coletiva da UEL<sup>5</sup> têm produzido conhecimento a partir do referencial da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esses e outros pesquisadores, entre docentes, graduandos, pós-graduandos, trabalhadores de saúde, pertencemos a um grupo de pesquisa que se integra a uma rede nacional de observatórios de políticas públicas em saúde, que se propõe a estudar os efeitos,

---

<sup>5</sup> BADUY, 2010; BADUY et al., 2017; FÉLIX, 2017; LIMA, 2015; LOPES, 2015; LOPES et al., 2016; OLIVEIRA, 2014; ROCHA, 2016.

implementação e institucionalização das políticas com o olhar voltado à produção do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as políticas de saúde a serem estudadas pela rede de observatórios, o grupo da UEL optou por analisar a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), em razão de experiências acumuladas pelas equipes de saúde do município de Londrina nessa modalidade de cuidado que datam seu início antes da criação da própria política, tanto na atenção básica (AB), quanto em serviço específico de internação domiciliar, denominado Sistema de Internação Domiciliar (SID) (GIL et al., 2017; LONDRINA, 2009).

Interessou-nos nessa pesquisa olhar para a micropolítica do trabalho em saúde no âmbito da atenção domiciliar, com o objetivo de cartografar os agires cuidadores, produzindo visibilidades aos territórios do cuidado e a análise das intensidades que atravessavam esses territórios.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL<sup>6</sup> e da pactuação com as Diretorias de Atenção Primária à Saúde e de Serviços Complementares de Saúde, ambas responsáveis pelas equipes atuantes no cuidado domiciliar – equipes de saúde da família e equipes do serviço de atenção domiciliar (SAD), respectivamente – iniciamos a imersão no cotidiano dos serviços juntos às equipes.

Num primeiro momento nos aproximamos do SAD e acordamos com a coordenadora uma oficina de trabalho ainda em outubro de 2016 para apresentarmos o projeto de pesquisa e convidarmos os trabalhadores a participar conosco. Havia muita expectativa pelo primeiro encontro com as equipes e o desejo de uma produção intercessora com as vidas se produziam naquele serviço. Até o momento da reunião, a única pessoa que tínhamos contato era com a coordenadora Ana. Nos contatos prévios ela já se mostrava uma pessoa solícita e disposta a nos

---

<sup>6</sup> A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, via Plataforma Brasil, e à autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina por tratar-se de serviços executados neste município, recebendo aprovação em ambas (Anexos A e B, respectivamente). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, e convidados a participar da mesma. Os indivíduos que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para observação de profissionais (Apêndice B) e de usuários (Apêndice C), participação, gravação e transcrição das entrevistas de profissionais (Apêndice D) e de usuários (Apêndice E). Foi também solicitada à instituição guardiã de possíveis documentos analisados, autorização para manipulação dos mesmos através de assinatura, pelo pesquisador, do termo de sigilo e confiabilidade (Apêndice F). Todos os nomes de usuários e trabalhadores foram preservados, sendo que os nomes citados no texto são fictícios.

ajudar com o projeto e isso ficou mais claro ao encontrá-la pessoalmente na oficina. Apesar do pouco tempo na coordenação do SAD, percebia-se que ela tinha uma boa relação com os trabalhadores e havia conseguido mobilizá-los a participar conosco.

Um detalhe importante sobre a nossa entrada no serviço era a implicação de uma das pesquisadoras do grupo de pesquisa com o SAD. Ela fizera parte das equipes como fisioterapeuta apoiadora por um breve período, e havia deixado marcas nos corpos daqueles trabalhadores, afecções potentes expansoras da vida. Era nítido o carinho que todos tinham por ela, sendo um fator que contribuiu para nossa entrada.

Na relação com os trabalhadores fomos percebendo algumas coisas, as equipes eram compostas por profissionais de faixas etárias e tempo de serviço diferentes. Alguns já haviam vivenciado a produção do cuidado em outros serviços nas redes pública e privada, inclusive com muitos anos de atuação profissional. No entanto, no SAD, a maioria dos trabalhadores tinha pouco tempo de experiência, com uma média de quatro anos ou menos. Apesar disso era possível observar uma boa interação entre eles, olho retina, inclusive uma sensação de liberdade para brincar um com o outro e o respeito entre todos, olho vibrátil.

Nosso desafio naquele momento era nos colocarmos em afetação com as equipes, o corpo vibrátil em ação, nosso e deles, a fim de iniciarmos a construção de um coletivo cartográfico. Para isso, usamos como ferramentas a contação de histórias e a encenação por todos os presentes sobre a produção do cuidado realizado no trabalho ou em alguma situação pessoal, algo que nos havia deixado marcas. Essas ferramentas foram dispositivos ativadores dos corpos vibráveis e disparadores de processos de autoanálise<sup>7</sup> das práticas de cuidado.

Sobre o momento das histórias, compartilhei sobre o seu Antônio, que acompanhei durante a residência em saúde da família, a quem havia sido indicado o tratamento de hemodiálise em razão de complicações renais decorrentes do diabetes. Muito religioso, cuidava de uma igreja como “caseiro”, morando no mesmo quintal. Ele se negou a realizar o tratamento afirmando que Deus iria cura-lo e que não precisávamos nos preocupar. Entramos em contato com os familiares,

---

<sup>7</sup> O termo autoanálise é utilizado no sentido da capacidade dos coletivos colocarem em análise o próprio agir, dando visibilidade às capturas por certas lógicas hegemônicas dos modos de produzir o cuidado, possibilitando movimentos instituintes de uma nova realidade. Há, então, um grande potencial para a invenção de práticas cuidadoras singulares pedidas pelos usuários (FRANCO, 2006).

apoiamos a esposa, explicamos sobre o tratamento, mas ele permaneceu com a escolha e veio a falecer em pouco tempo. Respeitar sua vontade ou impor a verdade científica? Quanta impotência diante da morte! Ou seria frustração diante da impossibilidade de controlar a vida do outro?

Da mesma forma, imagino como foi difícil para a Andressa, uma das médicas das equipes do SAD, que nos contou a história da própria mãe. Assim que entrou no serviço a mãe estava com câncer e precisava cuidar de usuários na mesma situação de forma rotineira, principalmente em cuidados paliativos. Como lidar com isso? Como as nossas implicações interferem no modo como cuidamos? Como produzir vida onde às vezes só enxergamos a morte?

Em outro momento, as equipes encenaram a rotina do cuidado realizado nos domicílios, trazendo a realidade e as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e pelas famílias na produção do cuidado. Uma das encenações trouxe um contexto familiar bastante complexo, em que o mote era o conflito familiar e a dificuldade de comunicação entre a equipe e os cuidadores. Embora a comicidade tenha trazido leveza para a cena, foi possível identificar vários aspectos do cuidado no domicílio. Observou-se a marcação do território dos núcleos de conhecimento, dividindo o cuidado por categorias profissionais.

Surgiu também no território do cuidado a posição do “sabido” em relação ao “paciente” e ao cuidador. Em nenhum momento foi questionado aos cuidadores a forma como eles já cuidavam. As falas foram direcionadas em recomendações de como fazer da maneira “correta”. Eram muitas informações ao mesmo tempo sobre alimentação, medicação, aspiração de secreção, posicionamento da cama, causando uma sensação de sobrecarga, beirando à angústia frente a tantas responsabilidades após a saída dos profissionais do domicílio. Além das recomendações, as demais cenas de intervenções feitas no domicílio se basearam em queixa e conduta: não dorme, dá o remédio, não tem dinheiro, a assistente social consegue benefício.

Outra cena explicitou a dificuldade em lidar com as demandas trazidas pelo cuidador. Na cena o cuidador demonstrava preocupação com a obstipação apresentada pela usuária, enquanto a equipe insistia na afirmação da boa evolução da função pulmonar. Depois de muito insistir com a técnica de enfermagem sobre o problema que o incomodava, a mesma perguntou à médica o

que poderia ser feito e ela apenas respondeu que estava tudo bem. Essa cena me agenciou a pensar sobre os casos em que o usuário apresenta comprometimento cognitivo ou está em cuidados paliativos, como era o caso da cena. Nesse caso, talvez o cuidador seja quem possa traduzir da melhor forma as necessidades de saúde. Surgia uma pista que indicava uma produção compartilhada do cuidado, trabalhador e cuidador.

Ouvir uns dos outros as histórias inundadas das afecções produzidas pelos agenciamentos dos encontros e olhar para as encenações do cotidiano do cuidado nos aproximou dos trabalhadores e abriu espaço para conversarmos sobre o que nos afetava na produção do cuidado. Colocamo-nos para refletir sobre nossos modos de agir nos encontros com os usuários e cuidadores, tanto de forma individual quanto como coletivo. Com a bússola cartográfica ativa fui sentindo as pistas que impulsionariam os meus primeiros rabiscos dos territórios de cuidado produzidos na atenção domiciliar.

Convidamos, então, as equipes a produzirem a pesquisa conosco como um coletivo de pesquisadores cartógrafos, explicitando o desejo de construir com eles mapas dos territórios de cuidado produzidos a partir dos encontros com os usuários e cuidadores. Surgiram, então, alguns questionamentos *“mas quais casos vocês querem, que tipo, qual perfil de usuário? quanto tempo ficarão com a gente?”*. De fato, ao pensar no rigor metodológico das pesquisas em saúde, ainda que seja um estudo qualitativo, esses questionamentos são pertinentes para certos tipos de pesquisa.

Entretanto, nossa resposta foi que o cuidado é algo tão complexo e percorre caminhos tão distintos e distantes que as pessoas escolhidas para serem acompanhadas não eram determinantes para os resultados da pesquisa. Cada experiência de cuidar e ser cuidado é única, pois ela acontece no momento do encontro. O tempo necessário para o desenvolvimento da pesquisa era aquele que fosse possível dar visibilidade a rede de cuidados em produção no âmbito da atenção domiciliar, aquela constituída por pontos formais da rede de serviços de saúde, acessados de forma protocolar ou não, e pelas redes produzidas no decorrer da vida. Claro que tínhamos um tempo limite formal para o cumprimento dos ritos de pesquisa, contudo, os encontros com os usuários e com os próprios trabalhadores do SAD responderiam os questionamentos realizados.

Nesse encontro com os trabalhadores foi possível sentir que este convite era tanto um desafio para nós como para eles. Receber pesquisadores no cotidiano do próprio trabalho e junto deles tornar-se protagonista na produção de conhecimento não era algo simples e confortável para os trabalhadores, uma vez que a proposta era olhar para o cuidado produzido no âmbito da própria atuação, a atenção domiciliar. Apesar desses estranhamentos iniciais, não tivemos dificuldades de vivenciar os processos de cuidado produzidos pelos trabalhadores, pelo contrário, a sensação em muitos encontros era de que fazíamos parte das equipes.

No decorrer da pesquisa os próprios trabalhadores nos indicavam casos que os agenciavam, ora pelo labirinto em que se encontravam, ora pela produção de vida rizomática que os surpreendiam. Certos casos eram tão agenciadores que havia insistência para que os acompanhássemos nas visitas, *“essa pessoa você precisa conhecer!”*. Também eram compartilhadas dificuldades no processo de trabalho e as angústias que surgiam diante de casos difíceis. Dessa forma, fomos nos constituindo um coletivo cartográfico nos encontros, desenhando mapas, dando visibilidade às singularidades das vidas em produção nos territórios do cuidado.

Desde o início do desenhar das cartografias havia uma intencionalidade no olhar de cada pesquisador de se direcionar para uma questão mais específica que o interessasse sobre a produção do cuidado. Nesse sentido, a cada encontro com os trabalhadores e os usuários, meu olhar estava atento às redes cuidadoras, bem como aos movimentos instituintes que as constituíam. Contudo, apesar das tentativas de armar o olhar em direção às redes em produção, as intensidades que passavam pelo corpo me agenciavam a dar outras visibilidades para o cuidado em acontecimento, na dobra: cuidado-território existencial, e cuidado-espaço intercessor, e cuidado-produção de vida, e cuidado-alteridade, e cuidado-rizoma, e cuidado-redes vivas, e, e, e.

Os usuários e trabalhadores tornaram-se guias no cartografar da produção do cuidado, os quais possibilitaram a construção de um saber sob a vista deles próprios. A ideia dos guias não nos prende ao decalque de um itinerário terapêutico, não se fixa no caminho percorrido pelo usuário em uma determinada rede de saúde, mas parte do encontro com os guias para em ato visualizar territórios de produção do cuidado, e desses para outros apontados pela bússola cartográfica,

em direção aos territórios de expansão da vida (MOEBUS; MERHY; SILVA, 2016). O desenhar das cartografias aconteceram na dobra do olhar guias-cartógrafo, a partir dos agenciamentos nos encontros.

Vivi este processo intensamente durante dez meses, e o texto a seguir é um produto desses encontros.

### 3 CARTOGRAFANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

#### 3.1 A PRODUÇÃO DE VIDA NAS REUNIÕES DE EQUIPE

Quatro salas pequenas, um refeitório, um corredor, todos os ambientes sem ar condicionado, com exceção da farmácia, alocada em um espaço anexo ao prédio. Banheiros externos compartilhados com os servidores do laboratório de análises clínicas municipal e do pronto atendimento infantil. Mais de trinta trabalhadores para serem acomodados nesse espaço, com a necessidade de ampliação da equipe por conta da demanda crescente de solicitações de admissão de usuários ao SAD. Como organizar o processo de trabalho num espaço tão pequeno?

Embora a equipe não passe muito tempo dentro da sede do SAD, nos momentos que isso ocorre, sente-se o aperto, mas dá-se um jeito. Mexe daqui, ajeita dali, pendura pra cá, empilha pra lá, puxa uma mesa, empresta uma cadeira, compartilha o computador, e o trabalho segue adiante.

Das atividades internas na sede, sem dúvida as reuniões das equipes eram as que mais me agenciavam por tantos acontecimentos paralelos para além do cumprimento de uma pauta formal. Durante as reuniões, nos encontros com os trabalhadores, era possível visualizar territórios distintos, mas que se produziam ao mesmo tempo.

Vivenciávamos o compartilhamento do alimento à mesa, as disputas de projetos de cuidado, o fortalecimento do coletivo para o cuidado, os movimentos de análise da própria prática. Era também um lugar para renovar o fôlego e aliviar as tensões. Os escritos na ata registravam apenas as formalidades das discussões, mas não eram capazes de falar de toda riqueza desses momentos. Tudo isso acontecendo no refeitório, único local com uma mesa grande o suficiente para reuniões. Era o território do compartilhamento.

Em média, a cada quinze dias as equipes se reuniam por regiões – sudeste, centro-oeste, nordeste – para discutir sobre os casos acompanhados. Já nos primeiros encontros, fomos avisados que era de praxe compartilhar comes e bebes durante as discussões e prontamente nos convidaram para participar. E de fato a comida era algo presente nos momentos em que os trabalhadores estavam na

sede. Independe das reuniões, eles se juntavam no refeitório durante os intervalos e no horário do almoço. Sempre que ali chegávamos havia alguma coisa em cima da mesa, um bolo, uma bolacha, pão, café, algum alimento estava à disposição e nos era oferecido.

O sentido do alimento no ambiente de trabalho abre a possibilidade para um outro olhar, um território do compartilhar da vida. O alimento aqui no sentido de sensações da vida, de cheiros, de quente, de gelado, de doce, de azedo, de amargo. A vida em suas singularidades. O alimento também como produção de mais vida e revigoramento. Era um território de existências, mais que território da comida.

Cruz et al. (2016) utilizam a analogia da “cozinha da pesquisa”, em que falam a respeito de um espaço-encontro para processamento das vivências da pesquisa, espaço-tempo para conversar sobre o próprio trabalho e sobre si mesmo, das alegrias e aflições, dúvidas e descobertas. Espaço para educação permanente, em que os ingredientes para preparar o alimento eram encontrados dentro da vida do outro e dentro de si. Para os trabalhadores do SAD, em cada encontro na “cozinha da discussão de casos” havia agenciamentos deslocadores do olhar sobre si e sobre o outro, o outro-colega, o outro-usuário, o outro-cuidador, possibilidades de invenção de novas formas de cuidar.

Se por um lado a estrutura da sede não era a mais adequada para os trabalhadores, fazer as reuniões no refeitório produzia um ambiente aconchegante que nos deixava mais à vontade. As duas ou três horas que passávamos ali nos diziam muito da equipe, mostrando-nos a vida o tempo todo atravessando o trabalho, numa produção mútua. Ao se discutir os casos, os vários agenciamentos produzidos pelas afetações dos encontros com os usuários e cuidadores eram trazidos pelos trabalhadores em enunciações feitas em palavras e pelas intensidades do corpo, olhares, expressões, choro, silêncio, riso.

As falas eram carregadas das marcas presentes nos corpos dos trabalhadores, marcas do saber do núcleo profissional, marcas das histórias pessoais, marcas do agir normativo, marcas da dimensão cuidadora, marcas da visão de mundos, marcas de convicções religiosas, marcas do vínculo com os usuários. Os diferentes agenciamentos dos encontros produziam territórios cuidadores constituídos das várias marcas das vidas dos trabalhadores, ora

aumentando a potência da vida dos usuários e cuidadores, ora diminuindo sua expansão.

Em meio às discussões, o corpo vibrátil direcionava o olhar para a potência de vida no agir dessas equipes. Na composição desse agir era possível visualizar uma certa horizontalidade na relação entre os trabalhadores. A partir das experiências que tive na área hospitalar e na atenção básica, surpreendeu-me a liberdade que todos tinham de falar, opinar e decidir juntos, desde cuidados clínicos a decisões sobre a organização do processo de trabalho. Isso não significa que não havia disputas e, em certos momentos, conflitos. Contudo, pude vivenciar as pactuações feitas em reunião sendo efetivadas nas ações que acompanhávamos nos domicílios e, quando necessário, eram novamente discutidas.

Interessa-nos nesse momento dar visibilidade a uma mudança da vista sobre as relações entre os trabalhadores, especialmente no âmbito das categorias profissionais. Não se trata aqui da ampliação da clínica e do apoio matricial, ou de novos arranjos organizacionais, ou do *modus operandi* de um processo de trabalho. Apesar das equipes do SAD terem formatado ao longo dos anos um modelo de reunião de trabalho que se aproxima das discussões clássicas de casos clínicos e dos princípios do apoio matricial, havia movimentos de alteridade nos encontros, abertura para processos de afetação entre os trabalhadores, movimentos de quebra de paradigma da hierarquia do saber nuclear, da soberania clínica.

Outra situação que indicava a potência da equipe, era o vínculo produzido com usuários e cuidadores. Ao olhar por uma outra vista, essa tecnologia leve<sup>8</sup> era utilizada não somente como ferramenta para a produção do cuidado, mas também se desenhava como dispositivo de gestão do cuidado, um dispositivo avaliador dos projetos terapêuticos em andamento. Durante as discussões, as

---

<sup>8</sup> Merhy (2006) considera que utilizamos três tipos de caixas de ferramentas tecnológicas na produção do cuidado em saúde. As tecnologias duras são aquelas relacionadas ao conhecimento sobre a técnica de manuseio de equipamentos, interpretação de exames laboratoriais, além dos próprios objetos utilizados pelos trabalhadores, como por exemplo um estetoscópio, uma seringa ou um medicamento. As tecnologias leve-duras são constituídas pelo componente duro – os conhecimentos estruturados sobre as ciências que se aplicam ao campo da saúde, como a clínica – e o componente leve, que é o próprio agir do trabalhador em ato no encontro com o usuário, podendo decidir em que medida fará uso das tecnologias duras. Já as tecnologias leves são as ferramentas relacionais utilizadas pelos trabalhadores capazes de abrir canais de conversa com as singularidades que constituem os usuários. São exemplos das tecnologias leves a escuta ativa, o vínculo, o acolhimento.

pactuações fluíam até o momento em que se captava movimentos de incômodo nos corpos de um ou outro trabalhador com maior proximidade do usuário ou do cuidador, questionando o modo de agir da equipe no caso.

Criava-se, então, espaço para a verbalização do vivido nos encontros nos domicílios e as disputas de projetos eram colocados sobre a mesa. Era comum ouvir *“já foi oferecido esse tratamento, mas a dona Sonia já disse pra mim que não quer”, “sinto que o caminho não é por aí, o seu Antônio não vai dar conta de realizar o cuidado dessa forma”*. Esse movimento acolhido pela equipe era importante inclusive para colocar em análise o que já haviam produzido de cuidado até aquele momento.

Um questionamento a se fazer nesse momento é qual o sentido temos dado para a palavra vínculo e responsabilização na produção do cuidado? Pensando a respeito, era interessante perceber a tensão gerada na equipe quando algum trabalhador realizava uma intervenção na discussão de um projeto terapêutico, trazendo para a centralidade da cena a vida do usuário com suas necessidades e seus desejos. Havia a sensação de perda de controle, uma confusão dos papéis de sujeito e objeto das ações de saúde. Que sabido sou eu? Era o sabido sendo deslocado, sendo agenciado a desterritorializar, desmanche da máscara controladora.

Observa-se ainda a produção do vínculo como ferramental de trabalho das equipes, dando-se de forma unilateral em busca do controle da vida do outro, no sentido de persuasão e imposição de um modo de cuidar, do que é correto para o outro, ainda que se faça em defesa da vida. Talvez um pensamento do trabalhador que ilustre essa situação seja *“preciso me vincular ao usuário para conseguir alcançar os objetivos terapêuticos que propomos”*. Numa outra perspectiva, movimentos de alteridade como esses vivenciados com os trabalhadores do SAD se contrapõem ao modelo de vigilância em saúde, que têm suas bases fincadas nas ações programáticas e em avaliações por meio de indicadores epidemiológicos, sem levar em consideração a complexidade da vida.

Engravidar a palavra vínculo de outro sentido não significa remar contra a correnteza das normas e diretrizes estabelecidas nas políticas de saúde, num movimento insano dos afogados, mas é encontrar canais de desvios que nos ofereçam outras águas mais límpidas nas quais enxergaremos as singularidades

presentes nas vidas. A aposta que se faz é que os agenciamentos em nós produzidos pelas diferenças na vida do outro sejam potência para agir no entre numa relação de simetria, de aproximação dos corpos para o cuidado em ato (SEIXAS et al., 2016).

A produção de vínculo permite aos trabalhadores reconhecer singularidades que constituem o viver dos usuários e cuidadores, e enxergar de que forma elas estão presentes nos territórios do cuidado. Lançar mão do vínculo, enquanto dispositivo avaliador do cuidado, pode ser altamente potente para deslocar o olhar instituído capturado por certas máscaras pouco porosas que produzimos nos encontros com os usuários, e para buscar nas singularidades pistas para outros tipos de invenção na saúde, fortalecendo a dimensão cuidadora.

Baduy (2010) trabalha com a ideia das máscaras a partir de Rolnik (2006), acrescentando adjetivações de níveis de porosidade buscadas em Benjamin (2000), que se aproxima do sentido de ser afetado pelo outro num processo de coexistência, de interpenetração. A depender do tipo de relação estabelecida entre aqueles que se encontram, a máscara é classificada conforme a porosidade de quatro tipos de materiais, barro, madeira, vidro e ferro, da máscara mais porosa para a menos. A caracterização das máscaras evidencia como cada uma lida com a diferença encontrada no outro, utilizando-a em certa medida como substrato para o engendramento de territórios mais cuidadores ou para a afirmação de um agir controlador desqualificador da vida do outro. A diferença ora como potência, ora como desigualdade.

A potência dos movimentos de alteridade dos trabalhadores – altos graus de diferença-potência – também podia ser captada na produção do cuidado deles mesmos dentro das equipes, um cuidando do outro. Ao cartografar esse território, era possível enxergar situações de proteção da vida, em que o cuidado era marcado pela prudência de não expor detalhes do caso por se tratar de algo íntimo ou que poderia trazer um sofrimento maior ao torná-lo público.

As intensidades desses territórios prudentes do cuidado entre os trabalhadores eram sutis durante as reuniões. Em uma delas, entre as discussões de um caso e outro, percebia algo estranho entre alguns trabalhadores, uma certa tensão. Eles se conversavam com olhares e combinavam uma visita a alguém aparentemente não admitido no SAD. Após a reunião soube que parte da equipe

estava cuidando da mãe de um dos trabalhadores diagnosticada com câncer. Naquele encontro ficava claro que ali era o limite para entrarmos, e esse limite fazia parte do cuidado.

Em uma outra situação a equipe conversava sobre um caso bastante difícil, em razão da relação conflituosa presente nos encontros com o usuário e sua família. Ao perceber o território árido do cuidado, no qual teriam que agir por tempo indeterminado, um dos médicos da equipe se dispôs a assumir o caso para que a outra médica, grávida, embora fosse mais próxima ao usuário, não tivesse que enfrentar a situação durante a gestação.

O exercício de olhar para o lado, deixar-se afetar pelo companheiro de trabalho, e enxergar nele uma vida que vale a pena, produz um processo de trabalho mais solidário e torna o corpo vibrátil mais sensível aos encontros, favorecendo a autoanálise do próprio agir. Esse agir cuidador entre os trabalhadores, fortemente marcado pela alteridade, é um exercício desejável de despolarização da bússola do cuidado para que haja o desprendimento de um norte certo e, então, polarize para outros nortes, quantos forem necessários, sempre em direção à expansão da vida. Dessa forma, há o fortalecimento do trabalho vivo<sup>9</sup> do coletivo SAD, potencializando a produção de novas práticas cuidadoras em ato.

### 3.2 PRÁTICA DO TRANSVER: UMA DESPOLARIZAÇÃO DA BÚSSOLA CARTOGRÁFICA

Desde a infância sempre tive dificuldades em lidar com feridas, úlceras, cortes e deformações no corpo. No período em que atuei no NASF e depois na residência em saúde da família eu procurava não presenciar a realização de procedimentos e curativos quando visitávamos usuários com essas condições. O aspecto da pele, o cheiro, as cores, as secreções, o conjunto todo me agenciava a fuga. Durante as visitas com as equipes do SAD tive que enfrentar a vibratilidade nauseante do meu corpo em alguns casos e pude sentir como é difícil e

---

<sup>9</sup> Merhy (2006) chama de trabalho vivo em ato aquele que é produzido no momento do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, e como tal é um agir criador, que se utiliza de ferramentas já produzidas (trabalho morto) ao mesmo tempo que em ato inventa outras a partir das necessidades do usuário. Nesse espaço do trabalho vivo em ato há importantes graus de liberdade para produzir o cuidado junto com o usuário. É considerado um espaço autogovernável, de autonomia.

desconfortável tanto para o cuidador quanto para os trabalhadores lidarem com essa situação diariamente.

Um desses casos era da dona Marisa. Senhora de 62 anos, com histórico de tratamento de câncer de pele na região da boca, cirurgia mal sucedida de enxerto na mandíbula, pneumonias de repetição, úlceras por pressão e feridas no corpo todo sem causa definida, encaminhada ao SAD pelo Hospital Universitário de Londrina (HU-UEL). No caminho para a casa da dona Marisa estava me sentindo apreensivo pelo estado que a encontraria, lembrando-me dos relatos da equipe durante a reunião de equipe. Não sabia como seria minha reação ao ver o rosto desfigurado e acompanhar a realização dos cuidados.

Olhar para a dona Marisa na sala de visita logo na entrada da casa foi difícil. A cada passada de olhos se confirmava aquilo que eu havia construído de imagem em minha mente. Triste! Desconfortável! Olho retina e olho vibrátil presos ao território da dor. Surge na sala um menino, era o neto mais novo de apenas dois anos, passou por nós e foi para o quarto dos pais. Em outro quarto estava outra neta, de seis anos, assistindo televisão. Como era para eles conviver com a avó naquela situação dentro de casa? Dona Marisa era considerada pelos familiares um dos pilares da família, muito ativa, a matriarca líder. De repente, mãe e avó que brincava com eles, pegava-os no colo, cozinhava, aconselhava, cuidava de todos, nesse momento estava irreconhecível no leito.

Outro encontro que me agenciou desse lugar desconfortável foi com a pequena Evelin, uma menina de dois anos, com uma doença rara de descamação da pele, ictiose lamelar. Era meu primeiro contato com ela. Encontrá-la e ver seu corpinho todo marcado pela doença me afetou de forma tão intensa, produzindo afecções ardidas, impossível de serem todas descritas, talvez aflição tenha sido a primeira. Não consegui me aproximar, fiquei estático. Ela correu para conversar com a Camila e o Sergio, enfermeira e médico da equipe, balbuciando algumas palavras. Nesse momento ela me deslocou com um sorriso. Por mais que o olho retina quisesse me prender à sua pele frágil e machucada, aquela menina pulsava vida e colocava meu corpo para vibrar com outras intensidades longe da dor!

Enquanto conversavam com a mãe, Evelin insistia em brincar com eles. Camila e Sergio demonstravam um carinho especial por ela, conversavam, faziam perguntas, brincavam, como se fossem da família. Aquela visita era mais que

uma entrega de colírio e uma avaliação clínica, era um encontro produtor de vida. A mãe nos contou como estava o processo no ministério público para conseguir um creme hidratante que não era padronizado pelo SUS. Havia uma mobilização de todos da equipe em torno desse caso para conseguir o acesso aos tratamentos necessários.

Nesses e em outros encontros com usuários e cuidadores, o modo como os trabalhadores olhavam para os usuários e se relacionavam com eles me agenciava a transver as feridas na pele com tudo que ela me causava de incômodo, possibilitando enxergar as tecnologias leves sendo intensamente utilizadas para potencializar a vida.

A bússola cartográfica que até então apontava para o sofrimento daqueles corpos se despolarizava em razão do fluxo de intensidades nos territórios do cuidado produzido pelos trabalhadores, apontando para novas direções, para os diálogos entre os trabalhadores e os usuários, em que havia respeito ao comunicar cada ato que seria realizado naquele momento, não se limitando ao procedimento em si, mas também se falava da vida, ainda que não houvesse réplica vocalizada. Os corpos dos usuários sutilmente respondiam com expressões, olhares, suspiros, fluxos de intensidade retornando de seus corpos em direção aos trabalhadores. Havia alteridade no agir, o reconhecimento da presença viva do outro acontecendo nos encontros.

Quando colocamos a bússola cartográfica em nossa mochila de pesquisador, ou enquanto trabalhador, no bolso do jaleco, corremos o risco de magnetizá-la, apontando fixamente para uma direção, seja por efeito do desconforto no corpo vibrátil causado pelo encontro com o outro – talvez uma sensação de angústia difícil de suportar, como foram os casos narrados – ou por não conseguirmos praticar o princípio extramoral para a produção de uma relação simétrica, e permanecemos no julgamento da vida do outro, permanecemos atraídos por esses campos magnéticos que enfraquecem as existências.

Diferente da bússola dos navegantes, que prima pela exatidão magnética polarizada da Terra, apontando sempre para o norte geográfico ou o sul magnético, a bússola cartográfica não indica um norte fixo, mas é constantemente despolarizada pelas intensidades dos encontros e repolariza a partir dos

agenciamentos do corpo vibrátil ao encontrar a vida se efetivando num devir<sup>10</sup> que faça sentido, numa invenção de outros corpos, em movimentos rizomáticos nos territórios do cuidado.

Embora a despolarização possa acontecer nos encontros, oportunizando a repolarização por outros campos magnéticos, diferentes daqueles que outrora atraíam o ponteiro da bússola, pode haver a forte captura por certos campos magnéticos, impedindo a mudança de direção pedida pelos usuários na produção do cuidado. Dessa forma, o ponteiro permanece apontando para um norte com pouco ou nenhum aumento da potência da vida do usuário. E por que, por vezes, a despolarização se torna tão difícil de acontecer no corpo do trabalhador? Que campos magnéticos são esses?

Com base nas reflexões produzidas por Merhy e Feuerwerker (2007), podemos dizer que há uma tensão constitutiva dos modos de operar na produção do cuidado relacionada a campos magnéticos da medicalização e da substitutividade. A partir disso, um primeiro entendimento necessário, é que, ainda que opostos, não há uma anulação de um pelo outro, mas uma atração mútua de ambos os campos sobre o ponteiro, compondo os territórios do cuidado, e por isso se diz que há uma tensão constitutiva.

Merhy e Feuerwerker (2007) tomam a medicalização sob o olhar de Donnangelo (1976), trazendo para a discussão os modos hegemônicos do pensamento moderno, que reproduzem as relações sociais capitalistas em todas as dimensões da vida, inclusive sobre o operar em saúde. A ideia da medicalização vai ao encontro das normatizações que se impõem sobre os corpos de órgãos doentes, alvos de uma intervenção, o que os autores chamam de um agir flecha dos trabalhadores de saúde, os sabidos, em que se produz relações assimétricas com os usuários, não sabidos. É um agir unidirecional.

Em meio ao campo social e histórico capitalista no qual se produzem as práticas de saúde, Merhy e Feuerwerker (2007) enxergam a produção de outros

---

<sup>10</sup> Em entrevista à Claire Parnet, Deleuze explica que devir “não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 3), e oferta o seguinte exemplo: “A orquídea parece formar uma imagem de vespa, mas, na verdade, há um devir-vespa da orquídea, um devir-orquídea da vespa, uma dupla captura pois “o que” cada um se torna não muda menos do que “aquele” que se torna. A vespa torna-se parte do aparelho reprodutor da orquídea, ao mesmo tempo em que a orquídea torna-se órgão sexual para a vespa.” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 3). Devir é produção subjetivante, é produção de singularidade em intercessão.

sentidos em saúde acontecendo ao mesmo tempo por dentro desse agir instituído, uma vez que há trabalhadores encontrando singularidades nos corpos dos vivos que pedem cuidado para fortalecer outras existências para além do corpo de órgãos. Esse é chamado pelos autores de um agir pororoca na produção do cuidado.

E como poderíamos operar de maneira substitutiva, não medicalizadora, não preso ao controle sobre o corpo de órgãos, diante de uma situação como era o caso de dona Marisa? Talvez já tenhamos caminhos para isso na própria relação entre a dona Marisa e seus familiares, e acrescento pistas que Deleuze nos dá ao falar sobre “encontro” (DELEUZE; PARNET, 2005, p. 11-14):

[...] não se tem encontros com pessoas, e sim com coisas, com obras: encontro um quadro, encontro uma ária de música, uma música, assim entendo o que quer dizer um encontro. [...] Acabo de escrever um livro sobre um grande filósofo chamado Leibniz e insistindo em uma noção que me parece importante nele, mas que é muito importante para mim: a noção de dobra<sup>11</sup>. [...] E então recebo duas cartas, dois tipos de cartas, em que esfrego os olhos... Há cartas de pessoas que dizem: “Mas sua história de dobra, somos nós”. E percebo que são pessoas que fazem parte de uma associação que agrupa 400 pessoas na França [...] É a associação de dobradores de papéis [...] “Concordamos totalmente, o que você faz é o que fazemos”. [...] Os outros, que me enviaram o mesmo tipo de carta, é incrível, foram os surfistas. À primeira vista não há relação alguma com os dobradores de papéis. Os surfistas dizem: “concordamos totalmente, pois, o que fazemos? Estamos sempre nos insinuando nas dobras da natureza. Para nós, a natureza é um conjunto de dobras móveis. Nós nos insinuamos na dobra da onda, habitar a dobra da onda é a nossa tarefa”. [...] Sempre me aconteceu isso, são encontros, encontrei os dobradores de papéis, não preciso vê-los, aliás, ficaríamos decepcionados, provavelmente, eu ficaria, e eles ainda mais. Não preciso vê-los, mas tive um encontro com o surfe, com os dobradores de papéis [...] Temos encontros com o charme, com o trabalho das pessoas, e não com as pessoas [...].

Encontrar dona Marisa é encontrar com sua multiplicidade, com suas singularidades, com seus devires, numa relação de composição. O encontro de cada familiar com ela acontece num território único, singular, em que os corpos são afetados formas diferente, podendo compor mais ou menos intensamente com suas existências. O corpo avó cuidadora e acariciadora de dona Marisa compõe fortemente no corpo dos netos, e produz neles aumentos da força de existir. São

---

<sup>11</sup> Interessado na ideia de dobra de Leibniz, Deleuze fala a respeito do deslizamento do dentro e do fora e do dentro das coisas, de dobraduras de um corpo em suas existências infinitas, em que um vazio aparente está repleto da dobra, da coexistência de mundos. A matéria e alma dobrados. Uma vez desdobrados, encontrar-se-á matéria e alma (DELEUZE; PARNET, 2005; DELEUZE, 1991, apud CRUZ, K. T., 2016).

bons encontros, e é isso que buscamos nas relações. Da mesma forma que o devir mãe líder e protetora compõe fortemente com o corpo dos filhos.

Penso que encontrar o corpo de órgãos doente de dona Marisa é parte da dobra das existências nesses territórios, porém as singularidades cuidadora, acariciadora, líder e protetora permanecem vivas na relação com seus familiares, afetando seus corpos de alegria, aumentando a força de existir, ainda que o corpo de órgãos esteja enfraquecido.

Por ora, considerando o tensionamento constitutivo da dobra medicalização e substitutividade do operar em saúde, trouxe narrativas nas quais pude ver territórios cuidadores produzidos no efeito pororoca do não lugar das singularidades, fortemente tomado pelo trabalho vivo em ato, num operar substitutivo dos modelos hegemônicos de controle sobre a vida. Em outro momento veremos como a captura pelo operar medicalizador pode se tornar torturador do viver daqueles que resistem aos maus encontros, os quais enfraquecem os territórios cuidadores, diminuindo a potência do viver.

### 3.3 MARCAS NO CORPO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

O enfrentamento da doença da mãe. A perda precoce do avô. Há outras tantas marcas nos corpos dos trabalhadores quantos são os incontáveis territórios existenciais que constituem suas vidas. E se é algo que os constituem, como seria possível despir-se delas no cotidiano do serviço? Ainda assim insistimos em tentar fazê-lo, obviamente sem sucesso, tornando-se muitas vezes um martírio na vida do trabalhador.

Nos encontros com os usuários e cuidadores criamos máscaras que buscam incessantemente esconder certas afecções – tristeza, medo, sofrimento, dúvida – produzidas nos movimentos de afetação com a justificativa de não “interferir” negativamente no cuidado e não correr o risco de nos expormos e sermos vistos em nossas fragilidades, o que na minha vista do ponto não chamaria de fragilidades, mas de humanidades. Qual a razão de (ser necessário) agir dessa forma? Existe um limite de abertura para os afetos nos encontros? O que podem as marcas no corpo do trabalhador na produção do cuidado? Um termo que ouvi dos trabalhadores e que talvez traduza a palavra afetos nesse momento seja “envolver-

se/envolvimento com o caso”. Compartilho a seguir a narrativa de dois encontros que agenciaram em mim esses questionamentos.

**O enfrentamento da doença da mãe.** Era dia de visita ao seu Jairo no Instituto do Câncer de Londrina (ICL) e seria minha primeira experiência no serviço. Seu Jairo era usuário antigo do SAD, com idas e vindas ao serviço, entre internações e altas do ICL.

Em outras oportunidades eu já havia passado várias vezes de carro em frente ao instituto e sempre via muita gente circulando por ali, entrando, saindo, aguardando do lado de fora para ser atendido. Mas para mim era apenas parte da paisagem até aquele dia.

Caminhar entre crianças, idosos, jovens, pobres, ricos, negros, indígenas, amarelos, pardos, brancos, sentir o cheiro delas, ouvir as vozes, sotaques diferentes, e trocar olhares me traziam um sentimento de tristeza por tantas pessoas enfrentando aquela doença. Um hall de espera, até certo ponto grande, que se tornava apertado em razão de pessoas vindas de todas as regiões do país. Muitos encontros aconteciam ali diariamente. Como era possível produzir vida naquele lugar? Meu olhar estava capturado pelas primeiras sensações e não conseguia enxergar que aquele era um lugar de intensa produção de cuidado.

Dias antes, a equipe havia realizado uma visita no domicílio do seu Jairo e seu quadro clínico indicava melhora, mas logo precisou ser internado novamente. Para nossa surpresa quando entramos no ICL ele se encontrava em um quarto do setor de cuidados paliativos, acompanhado pela sua esposa, dona Nina. Minha primeira vez no ICL seria para acompanhar um usuário em cuidados paliativos, à beira da morte? O quadro clínico havia agravado e a médica plantonista informou que conversaria com o médico titular para transferi-lo novamente ao SAD para dar continuidade aos cuidados em casa.

Entramos no quarto e o semblante do seu Jairo era de angústia, estava bastante inquieto. Logo toda equipe foi cumprimenta-lo com um sorriso *“vimos aqui para vê-lo, seu Jairo!”*. Aquilo parece que trazia um alento para ele, que segurava a nossa mão com força, não querendo que saíssemos dali. Não parecia que ele nos via como trabalhadores de saúde naquele momento, mas como amigos, pessoas próximas.

Com dificuldade, por conta da traqueostomia, ele dizia “*eu vou morrer, não vão embora, não quero ficar sozinho!*”. Ele dizia isso com todo seu corpo, com os olhos, com as mãos, com a expressão do rosto. Seu corpo vibrava intensamente. O que importava naquele momento? Qual ferramenta de cuidado seria capaz de trazer o alívio das dores e da sensação de morte iminente?

Diferente de outros usuários que acompanhamos, a equipe parecia impotente frente à situação. Consternados, esboçaram dar algum conforto para o corpo físico do seu Jairo. Tentaram erguer o encosto da cama, melhorar a posição do travesseiro para os pés que estavam doendo, mas eram tomados pela vibratibilidade dos corpos, buscando produzir um outro cuidado que fizesse sentido para o seu Jairo. O sentimento de tristeza não era somente meu, era compartilhado. Dona Nina também não dizia uma palavra.

Como esse encontro foi duro. O olhar ia para lá e para cá, tentando de alguma forma suportar aquele momento. Nessa hora, precisávamos acalotá-lo, consolá-lo, utilizar as ferramentas humanas do cuidado, as mais genuínas tecnologias humanas de cuidado criadas em ato, não ensinadas nas escolas das ciências médicas ou produzidas pela indústria da saúde. A nossa presença era o cuidado mais efetivo, segurando as mãos do seu Jairo.

Ao nos despedirmos, mais uma vez o seu Jairo apertou forte nossas mãos e pediu que não fôssemos. Nesse instante a Rose, uma das técnicas de enfermagem da equipe, não segurou as lágrimas. A minha vontade era de sair logo dali. Não fui capaz de lhe dar um abraço para apoiá-la naquele momento. Rose me disse que cuidou da mãe com câncer até o seu falecimento e ainda era difícil entrar no ICL e lidar com esses casos, aliás uma situação bastante comum para o SAD. Ao mesmo tempo que lamentava, dizia que não podia chorar na frente dos usuários, e não gostava quando isso acontecia. Era a temida fragilidade surgindo em meio aos afetos do encontro.

**A perda precoce do avô.** Dona Laura foi uma das primeiras usuárias que visitei e que mais me agenciaram a pensar sobre o cuidado, não somente por sua vida, mas por tanta intensidade envolvida em seu caso, das afetações nos encontros com a equipe e do relacionamento com seu esposo, seu Nelson.

Aos sessenta e nove anos, dona Laura estava em cuidados paliativos por conta de um câncer de fígado, metastático. Antes de visitá-la imaginava que encontraria um ambiente triste na casa, afinal, era um câncer terminal, com um prognóstico dos mais terríveis! Entretanto, o corpo vibrátil, direcionado pela bússola do cuidado, captava fluxos de intensidades de vida abundante naquela casa, ainda que a morte estivesse à espreita. A doença fazia parte da história mas não era o que nos prendia. Flores lindas, o cão de estimação, árvores frutíferas no fundo do quintal, casa antiga de madeira com ares de vó cheia de fotos dos netos, uma senhora de olhar sereno, e o amor de um esposo cuidador.

Tempos depois retornei com a equipe para uma visita rápida para entregar medicamentos. Apenas a Maria desceu para entregá-los, enquanto eu e o Fabio aguardávamos no carro em frente ao portão. Ambos, técnicos de enfermagem da equipe. Então, vejo a Maria abraçar todas as pessoas da casa e retornar ao carro com os olhos lacrimejando. Ela pediu que descêssemos, pois dona Laura havia falecido. Fábio, também emocionado, foi abraçar o seu Nelson e cumprimentar o restante da família. Ali ficamos todos lamentando, sem saber o que dizer. Apenas ouvimos o desabafo da família. Dona Laura havia sido enterrada no dia anterior e a equipe não ficou sabendo.

A sensação de impotência diante da morte é inexplicável. Apesar de saber que a vida estava se findando, sentimos muito a morte dela. Como lidar com a morte? Assim como no caso do seu Jairo, precisamos nos questionar, qual ferramenta do cuidado utilizar no enfrentamento da morte?

Desestabilizadas pelo acontecimento inusitado daquele encontro, as velhas máscaras utilizadas pelos trabalhadores no território do cuidado perderam sentido e os corpos vibráteis buscavam criar outras que pudessem lançar mão de alguma ferramenta para a produção do cuidado. A máscara do trabalhador-profissional-de-saúde em uma visita técnica com medicamentos em mãos não dava conta do cuidado pedido pela família. Surge a máscara do humano-cuidador-trabalhador, com grande potencial de se compadecer com a dor do outro, e que não esconde a tristeza pela perda de alguém que se tornou querida. Vestido dessa máscara o trabalhador torna-se capaz de utilizar as marcas do próprio corpo para produzir o cuidado, ainda que seja dolorido fazê-lo.

Dona Laura havia partido, mas seu Nelson necessitava ser cuidado. Ele dizia não querer dar trabalho para os filhos, que insistiam em levá-lo para morar com eles em outra cidade para descansar e curtir os netos, persuadindo o pai a desistir da ideia de ficar sozinho.

Em meio à preocupação da família e da equipe com a situação do seu Nelson, Maria, emocionada, com o corpo em intensa vibratibilidade, também insistiu para que o seu Nelson fosse morar com os filhos. Ela contou que perdeu o avô quando criança e sempre sentiu muito por não ter convivido com ele. Ela disse para o seu Nelson que seria um privilégio para os netos ter a sua presença. O corpo vibrátil de Maria lançou mão das tecnologias leves para acolher o seu Nelson e sua família. Ela se abriu de tal forma para os afetos daquele encontro que as marcas de seu avô se tornaram elas mesmas instrumentos para a produção do cuidado.

Despedimo-nos da família, e ao entrarmos no carro Maria disse para o Fábio *"como você não me avisou do falecimento da dona Laura!? você sempre olha o obituário todos os dias! eu não tava preparada!"*. Fábio não conseguia reagir, ainda perplexo pela situação, assim como eu. Maria estava muito triste e não conseguia segurar as lágrimas. Ela nos contou que seu Nelson lembrava muito o seu avô, cuja morte acontecera de forma violenta e muito precoce, quando ela tinha apenas três anos.

Por mais que os trabalhadores tentassem se desvencilhar dos afetados nos encontros, o corpo vibrátil, em meio aos fluxos de intensidades, trazia à tona as marcas presentes nos corpos dos trabalhadores e os colocavam em crise, desestabilizava a máscara do trabalhador-super-herói. O trabalhador, revestido de seus super-poderes de curar e de aliviar o sofrimento, sucumbe ao enxergar com o olho vibrátil as marcas da sua própria vida na vida do outro. Algo o agencia no encontro e produz a crise, processo de desterritorialização, perda do rosto, que pode ser algo aterrador e violento, perda de potência por algum instante, mas se torna uma oportunidade de criar outras formas de cuidado.

Em suas valises tecnológicas dura e leve-dura não há o que lhe sirva naquele encontro. Fabrica, pois, atos de cuidado próprios do ser humano, solidários, fraternos. De um abraço apertado, à oferta de um apoio inventado pelo humano-cuidador-trabalhador fora da rede de saúde instituída, longe de serviços especializados.

É necessário pontuar a que estamos nos referindo quando usamos o termo cuidado, uma vez que na saúde comumente é utilizado sob a perspectiva das ações assistenciais restritas aos serviços de saúde, e para que não se corra o risco de se cair na cilada de um relativismo. Cuidado é uma prática que permeia a vida de todos os humanos, todos cuidam e são cuidados, nos mais diversos tipos de relações, até mesmo no mundo dos animais não humanos (FEUERWERKER, 2016).

Boff (2005) nos oferta a possibilidade de pensar o cuidado de uma forma radical, sobre o qual entende que é um modo de ser do humano no mundo, e acrescenta:

Cuidado, pois, por sua própria natureza, inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda nasce da primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro.

Aproximamo-nos também das ideias de Merhy (2002) que se refere a cuidado como a alma dos serviços de saúde, considerando a sua produção enquanto objeto do campo da saúde, por meio do qual serão alcançados em última instância a cura, a promoção e a proteção da saúde, tangendo à integralidade. É no espaço intercessor do encontro onde acontece o trabalho vivo em ato, no qual o cuidado será produzido e consumido ao mesmo tempo. Nesse espaço o trabalhador de saúde utiliza suas caixas de ferramentas tecnológicas para produzir os atos de saúde, que vão compor um certo modo de cuidar, a depender das escolhas ético-políticas que se faça. Sob esse ponto de vista, podemos dizer que há um outro olhar sobre os atos produtivos na saúde, que se amplia e vê outros agires na saúde, produtores de cuidado não restritos ao saber clínico dos núcleos profissionais e ao conhecimento epidemiológico.

Vale esclarecer do que se trata o espaço intercessor do encontro. Merhy (2006) se utiliza da palavra “intercessores” em sentido semelhante ao produzido por Deleuze (1992), construindo a ideia de relações subjetivas intercessoras. No encontro entre sujeitos não há uma somatória ou uma simples intersecção, mas a criação de um produto inédito de um processo intercessor, e só nesse momento, em ato, é que se dá esse produto, o cuidado em saúde. Surge um sujeito coletivo, usuário-trabalhador. Nesse espaço há tanto o exercício do autogoverno do trabalhador no seu modo de agir quanto o desejo de ser cuidado

pedido pelo usuário. Para ambos, um lugar do inusitado, em que é possível explorar a multiplicidade de outros territórios existenciais para além da doença, possibilitando ao trabalhador instituir outras práticas cuidadoras.

Ainda sob esse olhar, Merhy (2002) nos fala acerca de três dimensões que constituem os atos de saúde. A dimensão núcleo específico do problema diz respeito ao conhecimento dos profissionais sobre determinado problema de saúde, alvo de sua intervenção. Outra dimensão, do núcleo profissional específico, refere-se ao recorte que cada profissional faz do problema para intervir. Em ambas, as tecnologias leve-duras e duras são intensamente utilizadas, fragmentando os atos de saúde por categorias profissionais. Já a dimensão cuidadora não se pauta no conhecimento científico. É um território de práticas horizontais pertencentes a todos os trabalhadores, que colocam a vida do usuário em evidência com base nas tecnologias leves, cujos recursos são abundantes e autopoieticos<sup>12</sup>. A conformação dessas dimensões nos modos de operar dos trabalhadores leva a diferentes formas de gerir o cuidado.

Há um modelo de cuidado forjado com base num cientificismo patologizante em que o outro se torna objeto de uma ação curadora, ratificado por políticas de saúde higienistas que se instituem no agir das equipes, impondo-se também no imaginário dos usuários. Somos capturados por um agir controlador da vida do outro, pautado na resolução de problemas de saúde do corpo de órgãos por meio de tecnologias duras e leve-duras como principais estratégias norteadoras do cuidado, em detrimento das tecnologias leves. Lança-se mão com afinco do raciocínio clínico especializado e de protocolos, e da utilização de equipamentos para diagnóstico e tratamento, além de medicamentos e outros insumos médico-hospitalares para a produção de procedimentos, diminuindo a potência da dimensão cuidadora (MERHY, 2002; FEUERWERKER, 2016). Vestimos a máscara do trabalhador-super-herói, detentor das tecnologias dura e leve-dura, e nela grudamos.

No entanto, ao ser afetado, o trabalhador é agenciado de muitas maneiras sem poder controlar os afetos do encontro. E nesse instante é inevitável

---

<sup>12</sup> Utilizo o termo autopoietico no sentido dado por Merhy (2004b), que pega emprestado da biologia a ideia do existir dos seres num movimento de vida produzindo vida no encontro, uma autopoiese, desde o nível celular, de uma célula se produzindo com a outra mas permanecendo ela mesma, por exemplo a ameba, até o nível entre seres, os quais se produzem mutuamente no encontro. De igual modo acontece nos territórios cuidadores, em que prevalecem as tecnologias leves produtoras de singularidades, de existências, de vida.

que as marcas em seu corpo sejam ativadas e surjam afecções que acusem a perda de sentido da máscara do trabalhador-super-herói. Por um lado, a sensação de fracasso de sua missão de ser uma fortaleza-cuidadora, e por outro, a dificuldade de lidar com os agenciamentos que certas marcas produzem, às vezes insuportavelmente desterritorializadoras, sensação de perda do rosto. Desmanchar essa máscara não é tarefa das mais simples, pois está fortemente instituída como modelo para os profissionais formados nas escolas de saúde e reproduzidas em treinamentos e capacitações nos serviços (MERHY, 2010).

Apostar no fortalecimento da dimensão cuidadora nos encontros nos ajuda a fugir da captura do olhar da clínica do corpo de órgãos<sup>13</sup> e a instituir um novo modo de cuidar que enxergue o usuário em suas singularidades e com ele possamos expandir as possibilidades de sua vida a partir da invenção e do uso oportuno de outras ferramentas criadas em ato. Esse é um grande desafio para o trabalhador, uma vez que se torna necessário a abertura para os processos de afetação do encontro, colocando o corpo vibrátil em ação para captar as singularidades presentes na vida do outro, usuário e cuidador.

Ao mesmo tempo, há a necessidade de se instituir espaços acolhedores que possibilitem o cuidado do próprio trabalhador no cotidiano do serviço, como foi observado nas reuniões de equipe do SAD, sob a pena, se assim não o fizer, do adoecimento e da perda de potência do trabalhador, em razão do sofrimento pelos agenciamentos em certos encontros fortemente desterritorializadores (OLIVEIRA, 2016).

### 3.4 DECIDO INSISTIR, INSISTO NO MESMO OLHAR

Os territórios do cuidado em produção com os usuários vão se moldando conforme as afetações dos encontros, e com o passar do tempo certas características ficam evidentes. Não faço juízo de valor de “bons” ou “maus”, “melhores” ou “piores” territórios produzidos, tampouco que esses territórios

---

<sup>13</sup> Merhy (2007) designa a clínica do corpo de órgãos como o agir dos trabalhadores de saúde fundamentado na intervenção sobre uma disfuncionalidade estritamente biológica do corpo. Institui-se, então, pontos de vista dos saberes profissionais sobre uma mesma vista, a saber, o corpo doente individual ou das coletividades, patologizado, objeto de uma ação. Em última instância, o agir na clínica do corpo de órgãos produz o controle das vidas, estabelecendo padrões para o viver.

permanecem estabilizados. Afinal, a vida tem a capacidade de se expandir em qualquer território, com menos ou mais potência. Seu caráter rizomático produz linhas de fuga intensamente, produzindo outras existências que façam sentido para si mesmo em meio às tentativas de ser controlada. Alguns desses territórios do cuidado são mais alegres, outros conflituosos, há também aqueles marcados pela peculiaridade do cuidador, ou aqueles mais atravessados por necessidades de saúde não clínicas, o que é comum acontecer, e que aumentam o vínculo entre as equipes e os usuários.

Como vimos com a Rolnik (2006), nos vários territórios existenciais, produzimos modos de agir que se concretizam em forma de máscaras a partir das relações que estabelecemos com outros sujeitos. No entanto, sob a perspectiva da defesa da vida, há algumas máscaras com sentidos controversos que insistimos em grudar. Quando delas nos vestimos, diminuimos a potência da vida. Arrisco dizer que em certos casos chegamos a ponto de condenarmos o outro à morte.

Dos encontros vividos com os usuários, muitos deles desafiavam a mim mesmo e os trabalhadores a desgrudar de certas máscaras e retomar a bússola cartográfica do cuidado, em direção à expansão da vida. Lidar com determinadas condições de saúde nos agenciam a produzir máscaras menos porosas aos movimentos rizomáticos da vida, limitando-nos a um olhar que se estabiliza por princípios de diversas ordens, individuais e coletivos, como os religiosos e os saberes técnicos. São máscaras que constituem modos de cuidar previsíveis e pouco permeáveis à vida do outro, agarrados a um agir controlador que endurecem os territórios do cuidado.

Embora certas situações nos prendam às máscaras menos porosas, se nos encontros com os usuários fizermos o exercício de captar com o corpo vibrátil os fluxos de intensidades presentes no espaço intercessor, o mesmo corpo vibrátil nos dirá que há algo estranho com essas máscaras, uma perda de sentido. Essas máscaras impermeáveis surgem no momento que nos desviamos da direção apontada pela bússola do cuidado e nos perdemos em achismos e julgamentos sobre a vida do outro. Além disso, o olho retina preso ao instituído cega o olho vibrátil e não nos deixa enxergar a potência do cuidado que já produzimos com os usuários. Perdemos, também, a sensibilidade para perceber as respostas positivas retornadas por aqueles que recebem o cuidado.

Os encontros que tive com dona Neusa trazem elementos importantes que dão sentido para pensar sobre o que disse nos parágrafos anteriores. O caso dela era um desses considerados pelos trabalhadores como desafiadores, difíceis de enfrentar, tanto pelas questões clínicas quanto pela organização familiar, além da situação socioeconômica crítica. Uma senhora de sessenta e poucos anos, diagnóstico de HIV, alcoolismo, tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), em oxigenoterapia.

Ao entrarmos na casa, bastante simples de três cômodos, chamava a atenção a higiene precária, com vários cães e gatos, mal odor e fezes dos animais pelo quintal, além do calor. O ambiente tornava-se ainda mais desagradável por conta do barulho alto e constante dos motores de veículos que trafegavam na avenida ao lado.

Estar naquele local fazia o corpo vibrar intensamente, cheiros, sons, calor, aspecto visual da casa, o corpo frágil e cansado da dona Neusa. Confesso que era muito desconfortável estar ali. O olho retina insistia em nos dizer que dona Neusa não se cuidava, não seguia as orientações, não aderiu aos tratamentos, e cansava a equipe em razão dos repetidos pedidos de visitas sem razão aparente. Sob o mesmo olhar, incomodava a maneira como a família produzia o cuidado. Não colaboravam conforme havia sido pedido pela equipe e estavam sempre em conflito entre eles com relação às responsabilidades acordadas.

Durante as reuniões semanais, o caso dela era discutido intensamente, e ainda que a equipe considerasse um dos casos mais difíceis, insistiam no cuidado, tentavam construir outras estratégias, modificavam o projeto terapêutico acordado com a dona Neusa e a filha cuidadora. Porém havia uma frustração diante dos resultados não alcançados e ecoava a pergunta, o que mais podemos fazer?

Ao mesmo tempo que compreendia a angústia e o cansaço da equipe, fiquei pensando em outros casos tão difíceis quanto da dona Neusa que a equipe havia sido capaz de olhar para as singularidades dos usuários e de produzir um outro jeito de cuidar, apesar de agir em territórios áridos e conflituosos. Havia a necessidade de colocar o corpo para vibrar nos encontros com aquela mulher a partir de outras intensidades que fossem capazes de despolarizar a bússola do cuidado, que estava presa aos olhares de desistência da vida, desmanchando as

máscaras sem sentido. O que agenciava a equipe a permanecer naquele lugar de desistência da vida da dona Neusa?

Em uma das visitas, após sairmos da casa, a equipe contou um pouco mais sobre a história da dona Neusa. Ela teria sido infectada pelo vírus do HIV através do atual companheiro e não permitiu que a família soubesse do diagnóstico, apenas a filha mais velha, sua cuidadora. Em meio a essa situação havia um agravante, uma das filhas também havia se relacionado com o atual companheiro da dona Neusa, o padrasto. Isso causava grande desconforto nos trabalhadores, e em certos momentos em mim também, e era motivo de ruídos dentro da equipe sobre a necessidade de dona Neusa contar para a filha que ela corria risco de ter sido infectada.

Caímos no engodo de valorar a vida da dona Neusa, deixando de defendê-la. Por mais que houvesse duras disputas de projetos de cuidado entre equipe, família e usuário, somadas a todas as demais dificuldades do caso, a razão da desistência passava pelo julgamento moral sobre a decisão de dona Neusa frente ao diagnóstico de HIV. Várias vezes em mim diziam “essa mãe não ama a filha? Ela não entende o risco da filha ter sido infectada? Essa mulher tem direito de saber! como uma esposa pode se submeter a essa humilhação do marido?”. Que máscara era essa que grudava em mim? Eram marcas no meu corpo de princípios machistas, feministas, biologicistas, religiosos, conservadores. Rolnik (2006) já me alertava “seu princípio é extramoral, seu princípio é mudar de princípios”.

Nas reuniões de equipe o incômodo com o não seguimento das orientações e o não cumprimento dos tratamentos aumentava, e já se discutia a possibilidade de dar alta do SAD e encaminhá-la à Atenção Básica, sob a justificativa do quadro respiratório estável, razão pela qual foi admitida no serviço. A questão do HIV era uma situação delicada para se colocar em análise com a equipe naquele momento. Fiquei pensando se a dona Neusa se sentia cuidada em meio a tantas dificuldades e às falas frequentes de insatisfação da equipe. Eu arriscaria dizer que sim!

Em um dos encontros que tive com a dona Neusa fiz o exercício de me deixar afetar por outras intensidades que não fossem aquelas que me cegassem para o cuidado produzido. Enquanto a Josi, técnica de enfermagem, preparava os equipamentos para o exame físico, dona Neusa conversava de forma bastante à

vontade com ela. Eu sentia que ela tinha carinho pela Josi e havia razão para isso. Josi tem um jeito muito espontâneo para conversar e acolher, há uma abertura para os afetos nos encontros, que também era visível em encontros com outros usuários.

Ela revisou todos os medicamentos com a dona Neusa, verificou os documentos de um encaminhamento ao pneumologista, conversou com os familiares que ali estavam, e chamou a atenção para que avisassem com antecedência a necessidade de reposição de oxigênio, que costumava acabar antes de solicitarem. Será que dona Neusa acionaria a equipe tantas vezes se não se sentisse cuidada?

Cecílio (2007) chama atenção para o perigo de valorarmos o que é cuidado do ponto de vista daquele que é cuidado. Ele nos diz que mesmo nos ambientes em que prevaleça o uso de tecnologias duras, pode surgir uma empatia entre operador de um aparelho diagnóstico e o paciente daquela ação. Nesse instante o usuário pode vivenciar um cuidado potente, promovendo a cura ou uma esperança de sobrevivida. Ainda que o território do cuidado com a dona Neusa fosse marcado por intervenções clínicas, ela emitia sinais de que se sentia cuidada.

Em consonância com as ideias de Cecílio, penso que seja interessante trazer na íntegra uma constatação compartilhada por Merhy (1999, p. 2):

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Grudar em máscaras pouco porosas à presença viva dos usuários, como aquelas marcadas pelos julgamentos relativos às questões do HIV no caso da dona Neusa, impedem-nos não somente de produzirmos um cuidado mais potente e criativo de forma compartilhada, mas também de enxergarmos o quanto já produzimos de cuidado e todos os caminhos que já percorremos para que ele se efetivasse.

Ainda sobre os efeitos despotencializadores da vida gerados por essas máscaras pouco porosas nos territórios do cuidado, lembrei-me de um dos encontros com a equipe em que discutiam o caso do seu Davi, senhor de cinquenta

e um anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e DPOC, em oxigenoterapia e uso de medicamentos controlados. A relação da equipe com seu Davi já se dava há mais de seis meses, e havia a dificuldade de lidar com o alcoolismo e o tabagismo persistentes no caso. A equipe relatava a preocupação com o risco de explosão do cilindro de oxigênio em razão do cigarro, o que poderia atingir toda vizinhança. Além disso, diziam que o alcoolismo poderia interferir no seguimento correto das terapias e o perigo de interação medicamentosa.

Nos encontros com o seu Davi, ele negava o uso de álcool e tabaco, porém a equipe não se dava por convencida. Havia indícios consistentes que o contradiziam. O olho vibrátil, que poderia enxergar as singularidades da vida do seu Davi para além do ato de fumar e beber, era cegado pelo olho retina, que insistia na constatação do flagrante ou na confissão do problema. Durante a discussão, a máscara torturadora da vida do outro se mostrava presente no território do cuidado. A equipe esperava que o seu Davi reconhecesse os problemas com álcool e tabaco, e somente a partir disso modificariam o projeto terapêutico e as estratégias de cuidado.

Para isso, um dos trabalhadores deu a sugestão de realizar exames laboratoriais para confirmação das suspeitas. Foi colocado também que com o resultado dos exames atestando positivo para o uso de álcool, a equipe estaria respaldada legalmente perante a possível verificação da auditoria de que tudo havia sido feito para intervir, caso ocorresse algum problema maior, livrando-os de qualquer acusação de negligência.

Tudo que foi falado me agenciava a buscar naquelas justificativas algo que fizesse sentido com o propósito de potencializar a vida, mas o que encontrava era mais uma vez a máscara julgadora presente nesse território. Embora parte da equipe concordasse com o que foi sugerido, meu corpo vibrátil agenciado pelas intensidades daquele encontro captava movimentos de incômodo de outra parte da equipe, ainda que as bocas cerradas não emitissem opiniões contrárias. Então, uma voz da equipe somada à minha surgia em contraponto, provocando a equipe a pensar sobre o cuidado que estavam (re)produzindo.

Qual a razão de se provar que o seu Davi estava “escondendo” o alcoolismo e o tabagismo? Haveria necessidade da confirmação diagnóstica para modificar o projeto terapêutico e criar outras possibilidades de cuidado? Se antes de

ser admitido pelo SAD, todos os usuários e cuidadores assinam termos de esclarecimento e responsabilidade e colaboração, e partir da admissão todos os encontros e orientações realizadas são registrados em prontuário, já não havia respaldo legal suficiente para a equipe frente a qualquer questionamento de conduta?

Lembrei de uma fala do Merhy (2017) em que ele produz uma reflexão bastante provocativa sobre os encontros produzidos por trabalhadores de saúde com os usuários com diagnóstico de tuberculose, sobre o quanto se pode ser despotencializador da vida do outro na produção do cuidado. Ele conta que em uma oficina de trabalho com esses trabalhadores foi feita a seguinte pergunta: que marcadores vocês identificam no corpo do outro que dizem que ele vai abandonar o tratamento? As respostas foram diretas: crackeiro, morador de rua, e outras várias representações, as quais materializam uma discursividade da desgraceira da vida do outro. Nesse sentido construímos rapidamente um “algoritmo” que justifica a seleção imaginária de quem é esse outro abandonador de tratamento, e de forma desastrosa produzimos no encontro (ainda) mais abandono e menos vida. O muro das lamentações se fortalece: *“eu disse que esse tipo de paciente abandonaria o tratamento”!*

Desmanchar as máscaras pouco porosas em mim é e sempre será um exercício hercúleo. Estabelece-se uma relação de assimetria entre os trabalhadores e usuários, em que as diferenças presentes nas existências dos usuários produzem desigualdades anuladoras dos modos de vida no outro (MERHY et al., 2016). De um lado, os trabalhadores, detentores do conhecimento, munidos de seus instrumentais de intervenção. De outro, os usuários, receptores de toda ordem de intervenções.

As relações que se produzem nos territórios do cuidado na atenção domiciliar trazem à tona todo viver dos usuários e sua família, explicitando crenças, disputas de projetos de vida, modos de cuidar e se sentir cuidado, tantas intensidades que nos agenciam a agir de forma singular em cada caso. Contudo, às vezes grudamos em certas máscaras menos porosas a esse viver rizomático e temos dificuldade de percebê-las e transformá-las, de confeccionar outras que façam sentido no cuidado pedido pelos usuários.

Dessa forma, analisar o próprio agir nos encontros nos ajuda a perceber quando deixamos de nos guiar pela bússola do cuidado polarizada em direção à produção de vida. Nem sempre daremos conta de produzirmos por nós mesmos, e em tempo oportuno, as reflexões sobre nossa prática. Nesse sentido, dispositivos de apoio à gestão do cuidado já utilizados em Londrina, João Pessoa e São Bernardo do Campo, discutidos por Baduy (2010), Bertussi (2010) e Sundfeld (2016), de forma aprofundada e consistente, indicam-nos o caminho de um olhar sob outra vista para nos ajudar no processo de autoanálise do agir nos territórios do cuidado.

### 3.5 ADMISSÃO E ALTA: A APOSTA NA VIDA É O CRITÉRIO DOS ANÔMALOS

As atividades de admissão e alta realizadas pelo SAD aparentemente são duas situações corriqueiras para as equipes, visto que há critérios bem estabelecidos para que sejam efetuadas. Além disso, em razão da grande quantidade de usuários acompanhados, uma média entre trinta a quarenta por equipe, e das solicitações frequentes de inclusão de novos usuários ou de readmissão de velhos conhecidos, corre-se o risco de produzir encontros capturados pelo rito burocrático, quando se trata dessas atividades.

As diretrizes da PNAD são tomadas como base para a confecção de protocolos municipais utilizados pelas equipes do SAD para os atos de admissão e alta. Neles, constam, além dos pré-requisitos clínicos, a obrigatoriedade de um cuidador em tempo integral que se responsabilize pelas necessidades do usuário e responda por seu cuidado. Em Londrina, no processo de admissão, além dos critérios já mencionados, ainda é realizada uma avaliação social para verificar se há condições para receber o usuário no domicílio.

Ao nos abriremos para os afetos dos encontros junto com os trabalhadores nos movimentos cartográficos, o corpo vibrátil é capaz de captar as intensidades nos vários agires no cotidiano do trabalho, dando visibilidade a outras vistas sobre territórios do cuidado que passam despercebidas ao olho retina. Isso não significa desvelar algo encoberto no agir do trabalhador ou interpretá-lo, mas vislumbramos a possibilidade de no encontro enxergar as singularidades se produzindo nos territórios do cuidado. Dessa forma, direcionados pelos movimentos

da vida em expansão, fomos surpreendidos pela potência do agir cuidador nos encontros com os usuários em situações de admissão e de alta.

**A vida do cuidador vale a pena.** Em todos os encontros que vivenciamos nos domicílios durante a pesquisa, era nítida a grande responsabilidade que os cuidadores assumiam frente à missão de cuidar em tempo integral, fosse de um familiar ou não, tornando-se ainda mais árdua quando não havia outra pessoa para apoiá-los diretamente nos cuidados assistenciais, senão a equipe do SAD, como era o caso de seu Divino.

Cuidador da dona Amada, seu Divino lidava com a doença da esposa, Alzheimer, há alguns anos, antes mesmo dela ser admitida pelo SAD. Quando a equipe assumiu o caso, seu Divino já havia criado uma rotina de cuidados, inclusive tomando condutas por conta própria ao se deparar com sinais e sintomas já tratados anteriormente nos serviços de saúde. No entanto, o quadro foi se agravando e a doença evoluiu rapidamente, até que foi necessário o apoio do SAD para acompanhamento nutricional e uso de sonda nasointestinal e aspirador. Dona Amada já estava na terceira readmissão, após idas e vindas de internações hospitalares.

Embora a equipe tivesse treinado seu Divino para os cuidados exigidos, ele demandava por atendimentos de forma constante, ligando várias vezes durante a semana. Ao encontrá-lo ele dizia que se sentia sozinho e o cuidado da dona Amada havia se tornado muito pesado, não havia tempo para cuidar de si, para viver. Aqui, faz sentido o que diz Merhy (1999) sobre a produção do cuidado em saúde, que em última instância se presta a diminuir ou resolver problemas de saúde que impeçam a vida do usuário de se efetivar, além de aumentar seus graus de autonomia nos seus modos de viver.

A equipe cuidava de seu Divino tanto quanto de dona Amada, e fez tentativas de acionar a UBS para apoiar no caso, mas seu Divino não quis, afirmando de forma descontente que já havia conversado com a equipe de saúde da família, a qual explicou que não poderia oferecer o mesmo atendimento realizado pelo SAD, com relação a frequência de visitas e disponibilidade de trabalhadores para atendê-lo de prontidão.

Em meio às dificuldades enfrentadas, desesperado, seu Divino vestia a máscara do cuidador-esgotado e entrava em conflito com a equipe do SAD, acionando a ouvidoria e até mesmo a imprensa. Seu Divino gritava por cuidado, às vezes, literalmente. Seu corpo vibrava intensamente nos encontros, buscando criar máscaras que fizessem sentido ao seu pedido de cuidado para dona Amada e para si mesmo, ainda que em certos momentos, ao usar essas máscaras, agisse de maneira controversa, a olho retina, às vezes até de maneira violenta, acusando a equipe do SAD de descuido ao mesmo tempo que não aceitava que outra equipe fosse acionada.

Dona Amada havia evoluído para um quadro clínico estável, podendo ser encaminhada aos cuidados da equipe de saúde da família. Além disso, seu Divino já estava apto para executar os procedimentos sem dificuldades. Já não havia critérios que justificasse a continuidade do acompanhamento do SAD.

E por que não realizavam a alta de dona Amada? Talvez outra equipe com o olhar normativo o fizesse após checar os critérios, até porque estariam cumprindo as diretrizes, em tese sem prejuízo à dona Amada que a partir da alta do SAD deveria ser cuidada pela atenção básica. Havia ainda um agravante que poderia motivar a equipe a realizar a alta assim que fosse possível, a relação conflituosa com seu Divino. Entretanto, os trabalhadores estavam abertos aos afetos dos encontros com seu Divino e com o olho vibrátil enxergavam naquele território conturbado a necessidade de cuidar daquele senhor.

Mas até quando permanecer? Seria justo ocupar a vaga de outro usuário no SAD, visto que havia um grande número de solicitações de novas admissões? A olho retina, havia motivos suficientes para desistir do seu Divino. A razão de não prosseguirem com a alta não tinha relação com o tempo de permanência ou o cumprimento de uma “equidade” normativa pautada nos aspectos do corpo de órgãos, mas era a aposta na vida do seu Divino.

**Cuidado sem cuidador.** Em uma das visitas que realizei com a técnica Josi conheci dona Carmem, uma senhora de sessenta e quatro anos acompanhada pela equipe desde 2012 para o tratamento da DPOC, em oxigenoterapia e terapia anti-hipertensiva, estando na segunda readmissão. Ao chegarmos em sua casa, aparentemente ela estava sozinha. A casa era bastante simples, com apenas três cômodos, e apesar de organizada era pouco arejada e

com odor forte dos cães e gatos que ficavam sobre o sofá e por toda a casa. Ela nos contou que estava se sentindo bem e usando o oxigênio frequentemente, apesar do marcador do cilindro indicar uso esporádico.

Josi realizou a verificação dos sinais vitais e constatou a pressão alterada, além da saturação de oxigênio abaixo do recomendado. Ao ser perguntada sobre os medicamentos, ela demorou a responder e foi até o quarto procurar onde estavam. Nesse momento Josi me contou que o quarto onde dona Carmem havia entrado estava a mãe acamada, totalmente dependente de seus cuidados. Ao retornar, percebemos que ela estava confusa quanto ao farmacoterapia prescrita e precisava de ajuda para tomar os medicamentos. Passado um tempo que estávamos ali chegou um dos netos, ainda menino, também cuidado pela dona Carmem. Essa situação me causou estranhamento e a dúvida sobre quem era a cuidadora responsável pela dona Carmem.

Com muita paciência, Josi orientou dona Carmem sobre o uso correto dos medicamentos e já verificou os que estavam faltando, conversou a respeito da importância da oxigenoterapia, e informou à dona Carmem que em breve a enfermeira Camila viria para coletar o sangue para a realização da gasometria. Josi produzia uma relação simétrica com dona Carmem, sem as cobranças e julgamentos opressivos sobre os modos de vida dessa senhora.

Despedimo-nos de dona Carmem e ao entrar no carro Josi me explicou que dona Carmem é um caso muito complicado, pois a filha cuidadora não assumia os cuidados da mãe, apesar do acordo feito no momento da admissão e das tentativas posteriores de aproximação da equipe. Nas reuniões de equipe, vez ou outra os trabalhadores tocavam no assunto de alta da dona Carmem, mas não havia um posicionamento firme para realizá-la. O olho retina questionava a razão da dona Carmem permanecer admitida no SAD, pois enxergava o não cumprimento de um critério fundamental, que era a presença efetiva do cuidador. Por outro lado, os encontros com dona Carmem agenciavam nos trabalhadores um agir acolhedor diante da situação vivenciada por ela e permaneciam insistindo no seu cuidado.

**Centralidade do cuidado na vida do usuário.** Ao realizar as visitas aos usuários já acompanhados pelo SAD dificilmente questionávamos os trabalhadores sobre os processos de admissão em cada caso. Tínhamos uma ideia dos trâmites estabelecidos nos protocolos, mas ao vivenciar o processo de

admissão, enxergávamos o quanto as equipes poderiam ser cuidadoras potentes ao defender a vida em meio a problemas de comunicação dentro da rede de serviços.

Seu Alberto havia sido encaminhado ao SAD por uma unidade hospitalar, em razão da necessidade de oxigenoterapia. A equipe checkou todos os critérios e realizou as avaliações necessárias, não havendo qualquer impedimento clínico e social para que ele fosse admitido. Havia apenas uma ressalva que não permitia o aceite da solicitação no sistema do SAD e a sua admissão imediata, a espera por um aparelho respirador, que rapidamente foi providenciado. Para concluir o processo de admissão, o hospital deveria refazer o encaminhamento para registro no sistema para documentar o ato. Contudo, houve dificuldades de comunicação com o hospital, demandando várias tentativas para solucionar o problema.

Naqueles dias, eu acompanhava a equipe que receberia o seu Alberto em casa e fui surpreendido pelo esforço feito por eles para que isso de fato acontecesse. A agenda estava cheia e entre uma visita e outra, no deslocamento de carro, a enfermeira Camila fez uma chamada do celular para o hospital para falar diretamente com a enfermeira responsável pela unidade de internação do seu Alberto. Antes de fazer a ligação ela já se mostrava bastante incomodada com a situação e dizia que não suportava mais resolver somente por e-mail e telefonemas, e que se preciso fosse ela iria até o hospital.

Ao falar com a enfermeira do hospital, Camila explicou novamente a razão de ainda não ter realizado o aceite de admissão, e que era necessário refazer o encaminhamento. Houve bastante resistência por parte da enfermeira, que solicitava a todo momento mais informações que justificasse o pedido. Depois de alguns momentos mudos de espera do outro lado da chamada, de muita insistência, ela aceitou refazer o encaminhamento, e a equipe pôde dar prosseguimento à admissão. Camila ficou aliviada, pois não se conformava com a permanência de seu Alberto internado no hospital, tendo a possibilidade de ser cuidado em casa.

Numa análise protocolar da situação do seu Alberto, não havia nenhum desvio nos trâmites para a sua admissão. Desde o início do processo tudo havia sido feito conforme as normas prescritas, inclusive o não aceite de admissão pelo SAD enquanto o hospital não fizesse a correção do encaminhamento. O tempo de espera, ainda que demorado, deveria ser suportado pelos trabalhadores e principalmente pelo usuário.

O cumprimento dos ritos burocráticos se faz presente em toda rede de serviços de saúde com a justificativa de documentar as ações das equipes. Torna-se preocupante quando são utilizados como fim e não como meio para produzir o cuidado, enfraquecendo a dimensão cuidadora. Há uma tensão nos territórios do cuidado entre o cumprimento da norma a qualquer custo e a centralidade do cuidado na vida do usuário repleta de singularidades.

Em meio à experiência vivenciada com a Camila, enxergava nela um outro jeito de operar na produção do cuidado, que rompia com a passividade do tempo protocolar para que fosse agilizada a admissão do seu Alberto, apostando naquela vida, que valia a pena e deveria ser defendida. Não era apenas mais um encaminhamento. Camila surpreendia o modus operandi instituído com o seu jeito de agir na dimensão cuidadora. Era o trabalho vivo instituindo um outro tempo de ação, aquele pedido centrado no usuário, e não no tempo das instituições.

Nos encontros narrados, é marcante o agir rizomático dos trabalhadores, produtor de linhas de fuga, frente à captura dos modos de cuidar normativos instituídos. A vida dos usuários criava um campo magnético que polarizava a bússola do cuidado em direção a criação de outros caminhos, tomando as singularidades presentes nas vidas como “critérios” norteadores para a produção do cuidado. Esses novos caminhos vão se dando nos processos de afetação no ambiente domiciliar vivenciados pelos trabalhadores, os quais são atravessados por intensidades só vividas ali e em ato.

Nos casos narrados acima, os muitos sentidos do viver produzidos pelos usuários e as questões sociais relacionadas a recursos necessários para a manutenção da vida agenciaram as equipes a permanecer cuidando daquelas vidas, apesar de ser subversivo à ordem macropolítica das normas instituídas.

Cabe dizer que não estamos analisando o agir dos trabalhadores sob uma perspectiva julgadora de atos de “bondade” ou “maldade” inerentes a cada pessoa, beirando a um maniqueísmo, e como já vimos acima, é necessário um grande esforço para colocar em análise o próprio agir, a fim de não permanecer na captura do operar medicalizador. Entretanto, nesse momento trago à visibilidade o cuidado produzido pelos trabalhadores sob outra perspectiva, a saber, quando há abertura para os efeitos dos afetos nos encontros com os usuários.

Devemos dizer também que atuar no ambiente domiciliar não naturaliza um modo de agir menos capturado pelo trabalho morto. Há a necessidade de uma desaprendizagem dos modos de cuidar instituídos, aqueles presos a repetição de um agir normativo que diminui a potência das vidas, a fim de produzir outras práticas cuidadoras nos espaços intercessores com os usuários. Aqueles trabalhadores que insistem nos espaços do trabalho vivo em ato são considerados anomalias dentro da esteira (re)produtiva dos modelos de atenção centrados na clínica do corpo de órgãos, e são esses corpos anômalos que desejamos encontrar nos trabalhadores (MERHY, 2010; MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

### 3.6 LINHAS DE FUGA NAS REDES DE ATENÇÃO: A VIDA PEDE OUTROS CAMINHOS

No período em que participei da residência em saúde da família, havia um espaço reservado em nossas agendas para conversarmos com a equipe sobre os casos que mais nos agenciavam, geralmente aqueles considerados mais complexos em razão do pedido de construção de muitas pontes nas redes de cuidado. Durante as discussões, vez ou outra, sentíamos-nos angustiados diante de tantos pontos da rede que poderiam e/ou deveriam ser acessados pelos usuários para a continuidade do cuidado, tanto na rede de serviços de saúde instituída, quanto fora dela.

Ao discutirmos os encaminhamentos a outros pontos da rede era comum apontarmos dificuldades na garantia de acesso oportuno e de responsabilização compartilhada na produção do cuidado com outros serviços. Como produzir redes que de fato fossem cuidadoras e atendessem às necessidades de saúde dos usuários? Embora houvesse normas e protocolos estabelecendo o itinerário correto a ser seguido dentro da rede instituída, em muitos casos não eram suficientes para conduzir a produção do cuidado pedido pelos usuários.

Desde as vivências no campo da residência, em meados de 2012, os encontros com a professora Rossana Baduy me agenciam a deslocar o olhar capturado do olho retina para me permitir viver os afetos com o outro, deixando-me guiar pelo sensível do corpo vibrátil nos territórios do cuidado que produzimos com esse outro, ora usuário, ora colega-trabalhador, ora eu mesmo em minhas singularidades, em direção à vida em acontecimento. E por meio desse movimento

instituinte, nos encontros com as equipes, ela nos ajudava a enxergar a rede de cuidado sob uma outra perspectiva, que tinha o desafio de cuidar das pessoas de forma singular, e nos provocava com a seguinte pergunta: quem são os serviços que vocês estão encaminhando?

Com o olhar capturado pela vista macropolítica das normas e dos protocolos, as respostas se limitavam a citar nomes de instituições com as quais as unidades básicas onde atuávamos se conectavam no modelo de referência e contrarreferência, seguindo a formatação das redes de atenção à saúde (RAS). A cada instituição citada, barreiras de acesso e exemplos de descuido eram identificados. Nesses momentos a Rossana era intercessora em nós, agenciando o deslocamento do olhar instituído sobre o funcionamento das redes de atenção para olhar a potência das redes de cuidado em produção que aconteciam a partir do trabalho vivo em ato nos espaços intercessores com os trabalhadores dessas outras instituições, e com outras pessoas ou coletivos que pudessem ser parte da rede cuidadora. Era necessário ir além do encaminhamento formal.

Em se tratando do cuidado no SAD, a maioria dos usuários acompanhados são diagnosticados com doenças e agravos crônicos graves, ou estão em situação de palição, o que gera demanda intensa por equipamentos para sobrevivência e por apoio diagnóstico e terapêutico de diversas especialidades, além da produção de outras formas de cuidado pedidas pelos usuários e cuidadores. Na busca por cuidado, os usuários não se prendem às formalidades da rede de saúde instituída, com suas portas de entrada prioritárias ou sistemas regulatórios de acesso, eles vazam o instituído e produzem linhas de fuga em defesa de suas existências, que não estão relacionadas apenas ao corpo de órgãos que deseja ser saudável, mas também à efetivação dos seus modos de viver.

Ao conhecer um desses casos complexos, como da usuária Adriana, pudemos visualizar o quão rizomáticas podem ser as redes de cuidado quando centradas nas singularidades da vida dos usuários. Adriana é uma jovem com idade de trinta anos, casada, que foi diagnosticada há pouco tempo com hipertensão pulmonar. A hipótese é de que a doença seja hereditária, um caso raro relacionado a um erro genético do cromossomo X. Sua prima e sua irmã também tiveram o mesmo problema e vieram a falecer recentemente. Essa prima era filha do irmão do

seu pai casado com a irmã da sua mãe, tios irmãos, razão pela qual os médicos que a acompanham defendem a hipótese já mencionada.

No entanto, não fosse pela oxigenoterapia, não seria possível perceber que ela era portadora de alguma doença, quanto mais dizer que se tratava de algo grave, pois sua vida pulsava forte, apesar da serenidade do seu semblante ao conversar conosco no sofá, na casa da sua mãe.

Assim que surgiram os sintomas, um familiar que atua como enfermeiro na rede de serviços de uma cidade vizinha, sabendo do tempo de espera dos trâmites regulatórios para acessar a rede instituída, entrou em contato com uma pessoa de referência de um serviço público especializado de Londrina para agendar uma consulta de urgência. Ao ser atendida nesse serviço, o médico avaliou Adriana e informou que o tratamento disponível na rede municipal não seria o ideal, sendo necessário o encaminhamento para o Incor em São Paulo. O próprio médico entrou em contato com a equipe do Incor e logo conseguiu uma vaga. Um primo de São Paulo a recebeu e ajudou nos cuidados até que ela retornasse para Londrina. Ela iniciou o tratamento medicamentoso no Incor e dará continuidade em Londrina. Seu primo enviará os medicamentos pelo correio, até que seja realizado o transplante de pulmão em São Paulo.

A própria intervenção do SAD no caso não se deu de forma ortodoxa, pela via formal de um encaminhamento que referenciasse a usuária para o serviço, mas aconteceu por meio de um contato da assistente social do serviço especializado de Londrina, que soube do retorno da Adriana para casa, e informou a equipe do SAD para realizar a admissão. Assim que recebeu a informação, a equipe entrou em contato com a UBS de referência da usuária e pediu que fosse realizado o encaminhamento via sistema para formalizar a admissão.

O itinerário percorrido pela usuária não estava descrito em nenhum protocolo e me questiono se deveria estar. O início do seu caminhar em busca de cuidado se deu pelo vínculo que ela tinha com o familiar, a partir do encontro entre os dois. Caso o familiar não tivesse sido agenciado pela situação da Adriana e agido em seu favor, provavelmente os caminhos seriam outros, sob tempos diferentes para iniciar o tratamento. Talvez outros caminhos não tivessem a mesma celeridade e resolutividade encontrada na rede construída em ato, inclusive por dentro de uma

rede formal, como foi citado pelo próprio médico do serviço especializado de Londrina.

Desde a criação do SUS, já se destacava a importância das redes em saúde sob uma perspectiva operacional e de organização dos serviços, cuja ideia consta no artigo 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Para além do normativo e das diretrizes presentes nas políticas, Franco (2006) faz uma discussão que nos interessa em nossa pesquisa ao falar sobre redes com outro sentido, diferente à vista das RAS. É possível construir redes não como algo externo ao funcionamento do sistema de saúde, que houvesse a necessidade de ser previamente estabelecido numa estrutura rígida, mas sim como uma dobra de sentidos com os próprios princípios do sistema. Só é possível enfrentar o desafio de ser universal, integral, equânime, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, inventando-se em redes.

Além disso, a produção do cuidado no cotidiano dos serviços exige dos trabalhadores um agir interdependente. Sempre haverá intensas conexões em diferentes níveis, seja entre os serviços, entre os setores produtivos de um serviço, ou mesmo entre trabalhadores de uma equipe, seguindo caminhos já instituídos em protocolos e diretrizes ou criando em ato outros itinerários e outros arranjos. Este “novo” sentido é chamado por Franco (2006) de redes imanentes, inspirado no conceito de imanência<sup>14</sup> da análise institucional. Não questionamos o existir das redes no trabalho em saúde, mas buscamos analisar sob qual lógica se produz o cuidado em redes, em que medida está centrado ou não nas necessidades dos usuários.

---

<sup>14</sup> Imanência: Para o institucionalismo expressa a não-separação entre os processos econômicos, políticos, culturais, os naturais e os desejantes. Todos eles são coextensivos, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas (BAREMBLITT, 1992, p. 176).

Em um outro sentido para redes, o autor se apoia na ideia de rizoma trabalhada por Deleuze e Guattari (2000), que se aproxima da imagem botânica de uma gramínea ou de um tubérculo, contrapondo ao modelo arborescente que segue uma lógica sequencial das coisas, raízes, caule, folhas e frutos. Nas redes rizomáticas qualquer ponto pode se conectar a outro qualquer, como sistemas abertos de conexões produzidos por agenciamentos nos encontros. Ao olhar para a potência do trabalho vivo em ato em meio às disputas de projetos, percebe-se conexões potentes que os trabalhadores estabelecem entre si e com os usuários nos encontros, a fim de produzir o cuidado.

Franco (2006) explica que se constitui, então, uma certa micropolítica nos processos de trabalho das equipes, abrindo espaços para negociações com vistas a diminuir a rigidez das estruturas organizacionais do trabalho e tornando mais horizontais as relações entre os sujeitos. Há a possibilidade de um outro jeito de realizar gestão das redes e até mesmo da produção dessas redes, que passam a ter um caráter autoanalítico e autogestionário, uma vez que são produto do encontro entre trabalhadores e deles com os usuários, acontecendo em ato, trabalho vivo dependentes. Abrem-se, então, novos caminhos, construídos conforme os movimentos de expansão da vida dos usuários, fazendo rupturas em linhas de fuga nas estruturas arborescentes instituídas.

Os fluxos conectivos produzidos pelos trabalhadores e usuários dão origem a cartografias como mapas abertos dos territórios existenciais que se desmancham e se compõem de outras formas (DELEUZE; GUATTARI, 2000). Essas cartografias desenham em ato os movimentos nômades dos usuários e trabalhadores nos territórios do cuidado produzidos nos encontros. A partir das cartografias das redes rizomáticas somos provocados a pensar outras dobras das redes cuidadoras.

Num movimento rizomático, afetados pela vida da Adriana nos encontros, o familiar enfermeiro, o médico especialista e a equipe do Incor são agenciados a criar pontes entre as redes instituídas, e decidem romper com a repetição, mudar a vista dos pontos de vista. As redes singulares não estavam dadas, precisavam ser construídas, desconstruídas, reconstruídas. A bússola do cuidado de todos os envolvidos no caso se despolarizou a partir dos afetos dos

encontros e repolarizou em direção a uma rede cuidadora mais potente produzida em ato.

O Ministério da Saúde tem apostado no projeto terapêutico singular como dispositivo de gestão do cuidado para que casos mais complexos, os quais exijam o acionamento de vários pontos da rede de saúde, sejam discutidos em equipes multidisciplinares de maneira aprofundada, com o olhar voltado para as necessidades de saúde dos usuários, contemplando as fases de diagnóstico, definição das metas, definição das responsabilidades e reavaliação. Há também o incentivo para a utilização de ferramentas interessantes de investigação dos casos, como o genograma e o ecomapa (BRASIL, 2013). Entretanto, há que se discutir de que sentido estamos engravidando a palavra “singularidade” em meio às novas estratégias para a produção do cuidado em redes.

Embora possa parecer estranho, o projeto terapêutico singular (PTS) pode se tornar uma repetição na forma de operar das equipes ao serem capturadas pela rigidez das normas e protocolos, no que diz respeito às redes de saúde instituídas e seus mecanismos arborescentes de acesso aos serviços. Há o risco de se utilizar o PTS como um projeto para a intervenção sobre o usuário, numa relação assimétrica, tomando-o como objeto de uma ação. O usuário acaba aprisionado numa rede fria, limitadora das incontáveis possibilidades de cuidado.

Vemos no caso da Adriana que havia, sim, serviços na rede de Londrina que poderiam dar continuidade ao cuidado, porém, com menores chances de alcançar resultados efetivos no tratamento da doença. O agir do trabalhador de forma instituinte nas redes não significa necessariamente aumento do potencial cuidador. Ainda que fossem criadas linhas de fuga nas redes instituídas, driblando os tempos regulatórios dos encaminhamentos, e ela iniciasse de imediato o tratamento nos serviços de Londrina, não contemplaria a singularidade pedida no caso, seria uma repetição dos modos de operar nas redes.

Pensar a singularidade das vidas que encontramos na produção do cuidado pede (re)invenção! (Re)inventar outros caminhos, outros jeitos de organizar os serviços, outros olhares para a produção do cuidado, desenhando cartografias do cuidado a partir das singularidades que se apresentam nos encontros. Para isso, tomemos a singularidade no plural, ou melhor, na multiplicidade, em que a singularidade seja rizoma, devires.

Nos encontros com o outro em suas existências(n) é necessário deixar-se afetar pelo n-1, em que (-1) são as singularidades captadas pelo corpo vibrátil no encontro, para que nos agenciem a produzir o cuidado em redes rizomáticas. No encontro com o portador de determinada doença, agravo, ou sofrimento, há outras existências que não devem ser anuladas, pelo contrário, devem compor os territórios do cuidado (DELEUZE; GUATTARI, 1995, apud MERHY et al., 2016; ROLNIK, 2006).

Volto à provocação feita pela professora Rossana Baduy sobre quem somos nós nas redes, a partir das cartografias do cuidado do seu Antônio, um senhor de cinquenta e sete anos, esposo da dona Rita, pai de quatro filhos, avô, pedreiro, e infelizmente portador de esclerose lateral amiotrófica (ELA). Em razão da ELA havia uma demanda pela confecção de uma rede complexa de cuidados.

Entre idas e vindas aos serviços de saúde, houve alguns percalços na produção das redes de cuidado do seu Antônio. Em meados de 2014 começou a apresentar alguns sintomas de problemas motores e, posteriormente, de fala e de deglutição. Foi diagnosticado com hérnia de disco e teve que passar por procedimento cirúrgico no final do mesmo ano. Após o procedimento, iniciou o tratamento com fisioterapia, no entanto, sem melhora. Havia uma suspeita de uma doença degenerativa associada ao problema na coluna.

Várias consultas de acompanhamento com a equipe cirúrgica foram realizadas, porém sem uma confirmação do diagnóstico e um posicionamento satisfatório para a família do que poderia ser feito para tratar os sintomas que progrediam rapidamente. Apenas no ano de 2016 que o caso foi encaminhado para um neurologista especialista em doenças degenerativas e confirmado o diagnóstico, ELA. Desde então, a equipe do SAD iniciou o acompanhamento do caso, dando apoio a família na produção das redes necessárias. A evolução da doença foi rápida e infelizmente seu Antônio veio a falecer no final de 2017.

Ao caminhar pelas cartografias do cuidado do seu Antônio, os vários agenciamentos produzidos nos encontros com pessoas presentes em sua vida me guiaram até a ouvidora Sandra, da secretaria municipal de saúde, considerada uma trabalhadora importante na rede cuidadora. Fiquei me questionando, o que pode uma ouvidora na produção do cuidado, trabalhadora de um serviço invisível nas

RAS, que a olho retina nos parece um local burocrático e politicamente estratégico para ‘acalmar’ os usuários eternamente insatisfeitos?

Ah! E como incomodam aqueles usuários e cuidadores que decidem resistir ao descuidado e utilizar toda potência da vida para produzir mais vida em uma rede rizomática, por caminhos inimagináveis. Precisam ser contidos! Afinal, se o serviço que o atendeu não conseguiu resolver, como a ouvidoria vai resolver? “Meu senhor, o que posso fazer é encaminhar sua reclamação e aguardar.” Essa era minha vista sobre um serviço de ouvidoria, um ansiolítico para os usuários mais exaltados, e pouco resolutivo.

Ao encontrar a Sandra, pedi que ela contasse sobre seu trabalho, e logo no início da conversa havia marcas no seu corpo de um agir acolhedor e de alteridade. Ela disse que as pessoas ligam para desabafar, falar da vida, indo além da reclamação do problema de saúde. Nesse momento Dirce, outra ouvidora, entrou na conversa e relatou uma situação que havia acontecido dias atrás. Um senhor foi até a ouvidoria e, muito nervoso, reclamou sobre um mau atendimento recebido em uma unidade de pronto atendimento (UPA). Era um caso de falta de informação ao usuário e ele se sentiu ignorado pela equipe, e perdido sobre quais seriam os próximos passos após sair da UPA.

O senhor ficou duas horas conversando com a Dirce até se acalmar. Nesse tempo ela o acolheu e explicou várias questões que ele havia colocado. Depois desse tempo ele já estava mais tranquilo e ao sair dali pediu um abraço. O problema do senhor não foi totalmente resolvido, mas ao dar abertura para a escuta Dirce captou pistas importantes para ajudá-lo na produção da sua rede de cuidado. Acolher, dar escuta e informar são elementos essenciais para a produção do cuidado. Sandra aproveitou a situação para dizer que se os serviços fizessem o acolhimento dos usuários, especialmente na atenção básica, a ouvidoria nem precisaria existir. Os problemas seriam resolvidos pelo próprio serviço. Mas ela percebe que os trabalhadores têm dificuldade de parar e ouvir o usuário. Ela reconhece que eles estão sobrecarregados.

Sem dúvida os serviços sofrem com a falta de trabalhadores, mas é de se questionar se o operar na lógica da vigilância em saúde, sob a qual estão fundamentadas as ações em saúde nos serviços, dá conta de responder às necessidades de saúde dos usuários e dos coletivos. Os processos produtivos em

série realizados pelos trabalhadores desvalorizam os espaços de invenção de práticas cuidadoras no encontro com o usuário. Há uma captura do trabalho vivo, diminuindo a potência cuidadora das equipes. Apesar da captura recorrente do trabalho vivo, ele é rizomático, autogovernável, e possibilita ao trabalhador romper com o instituído, fazendo conexões com outros lugares, outros profissionais, outras equipes, outras redes, outras formas de cuidar, como operam as ouvidoras.

A ouvidoria poderia ser mais um local de trabalhadores domados pela queixa-conduta, ou nesse caso, reclamação-encaminhamento. No entanto, foi criado um processo de trabalho que não se prende à rede analógica dos encaminhamentos, dos níveis de atenção, dos protocolos. As ouvidoras transitam por todos os demais setores da secretaria, inclusive com acesso ao secretário de saúde, comunicando-se diretamente com os trabalhadores para discutir os casos recebidos, construindo uma rede “quente” (BERTUSSI; FEUERWERKER; LOUVISON, 2016). Enxergamos ali a produção em ato de PTSs acontecendo num espaço duro de gestão, na sede de uma secretaria de saúde.

Durante o período em que cuidou do seu Antônio, Felipe (genro) manteve contato via telefone e e-mail com a Sandra para se orientar quanto aos passos que poderia trilhar pelos serviços. Sandra mantinha contato direto com o diretor do setor de regulação para tornar o processo mais célere. Quando foi diagnosticado a ELA, Felipe ligou novamente para receber orientações, mas principalmente para informá-la. Ao conversarmos, ele me disse que ela o orientou, consolou e disse para se apegar em Deus para ter forças, pois a doença era grave, e se colocou à disposição novamente. Já havia uma relação de respeito e consideração entre ambos.

Em uma outra narrativa construída pela Sandra, ela conta sobre uma gestante que necessitava de uma intervenção cirúrgica intra-útero para tratamento de espinha bífida do bebê. O procedimento deveria ser realizado num determinado período da gestação, porém, a mãe não havia conseguido dar andamento aos trâmites para a realização da cirurgia dentro do prazo e foi buscar ajuda na ouvidoria. Foram acionadas tantas pessoas nesse caso que a Sandra não soube me precisar o caminho percorrido.

Envolveram-se no caso um médico de São Paulo, amigo de anos da Sandra, o secretário municipal de saúde de Londrina da época, trabalhadores da

regulação, trabalhadores da secretaria estadual de saúde do Paraná, dentre outros. Por fim, a mãe conseguiu realizar a cirurgia em São Paulo e foi um sucesso. Após o procedimento, todas as vezes que a mãe ia à consulta pré-natal ela ligava para a Sandra contando como o bebê estava. Logo após o nascimento ela ligou novamente e a Sandra foi visita-los. A mãe mantém contato até hoje, manda mensagens e fotos. Sandra me disse *“minha relação com ela será por toda vida! enquanto eu viver ela fará parte da minha vida!”*. Ela pregou um quadro com a foto do bebê na parede da ouvidoria, como alguém da família.

Com base na multiplicidade dos territórios existenciais que constituem usuários e trabalhadores e na potência dos afetos nos corpos, Merhy (2013) nos oferta as imagens da rede pescador e rede aranha a fim de refletir a respeito do corpo que somos nós quando produzimos redes de cuidado em saúde. Num primeiro momento imaginemos o pescador e sua rede. Nessa situação a rede é algo externo ao pescador, é um artefato produzido por ele e utilizado para um fim, pescar. Embora seja externo a ele numa relação sujeito-objeto, a rede de certa forma o constitui pescador. A rede o faz pescador, como também outros artefatos (vara, isca, anzol, etc.). Por meio desse artefato ele produz territórios existenciais para si, um mundo pescador.

Usemos agora a imagem da aranha e sua rede. A aranha também usa a teia para determinada captura, mas diferente do pescador a rede da aranha é a própria aranha. A rede para a aranha não é somente artefato como é para o pescador. Ela lança sua rede e por meio dela faz seu corpo vibrar o tempo todo, captando sensações de todos os tipos, de todas as direções e com diferentes intensidades. A aranha se constitui rede e opera como uma rede viva. Ao mesmo tempo que sua rede tem a função de captar algo no ambiente, ela vivifica a aranha, a aranha é sempre outra. A vibratilidade da rede que passa pelo corpo da aranha agencia um devir mosca, um devir grilo, um devir chuva, um devir vento.

A oferta dessas imagens nos ajuda pensar o que podem os corpos em nós na produção do cuidado e na relação com as redes em saúde. Não existe uma relação dicotômica entre ambos os corpos que constituem o trabalhador, ele se produz na dobra pescador e aranha. O corpo pescador fabrica artefatos tecnológicos duros, leve-duros e leves que instrumentalizam o trabalhador a intervir nos encontros com seus pares no processo de trabalho, e com os usuários na produção e consumo

do cuidado em saúde. Compor um modo de produção do cuidado com base nas tecnologias leves fortalece a dimensão cuidadora, e nela trabalhador e usuário se produzem no espaço intercessor, potencializando a vida.

Por meio do acolhimento, da escuta ativa, do vínculo, do transver a multiplicidade dos territórios existenciais na vida dos usuários nos encontros, o corpo aranha é capaz de fazer o corpo pescador vibrar intensamente, desmanchando mundos que perderam sentido e tornaram-se obsoletos, tanto para os usuários quanto para o próprio trabalhador, ao mesmo tempo que inventa outras formas de cuidar, outros territórios de cuidado com força para potencializar a vida. No mesmo sentido, Rolnik (2006, p. 11) nos fala da capacidade de um corpo vibrátil em nós de romper com o instituído num movimento de alteridade, em que o outro deixa de ser “simplesmente objeto de projeções de imagens preestabelecidas e possa se tornar uma presença viva, com a qual construímos nossos territórios de existência”. Corpo aranha em ação!

Embora o corpo vibrátil esteja em intensa atividade nos encontros, há máscaras pouco porosas à alteridade que grudam nos trabalhadores em razão da adoção de um modelo tecnicista no agir das equipes. Ocorre a captura do trabalho vivo por uma lógica serial de atendimentos no cotidiano dos serviços, não se levando em consideração as singularidades presentes na vida dos usuários. Merhy et al. (2016, p. 35) chamam atenção para esse problema recorrente:

Este é, para nós, um dos pontos nevrálgicos nos processos de produção do cuidado em saúde: a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos e sua substituição por estigmas ou produções identitárias universais que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas.

Este é um paradigma a ser desconstruído pelas equipes por meio da abertura para a afetação nos encontros, dando visibilidade a essas outras vidas produzidas em outros territórios não restritos ao setor saúde e suas redes analógicas, mas também por dentro destas.

As redes instituídas num modelo analógico têm seu funcionamento previsível como de um ponteiro de relógio que não consegue alcançar o número dois sem antes passar pelo número um, numa lógica sequencial restrita de um a dois. Elas são insuficientes para dar conta das singularidades dos usuários, os quais

exigem um funcionamento vivo das redes, que se abra para conexões digitais, para criação de novos caminhos em ato, em que seja possível manejar a engrenagem e, quando necessário, alcançar o número doze sem passar pelos anteriores, ao mesmo tempo que cria outras possibilidades além da lógica do relógio das instituições de saúde (MERHY et al., 2016).

#### 4 CARTA À DONA RITA

A propósito de um último desenho dos territórios cuidadores por onde caminhei, escrevo essa carta à dona Rita, esposa do seu Antônio, portador da doença ELA, que infelizmente veio a falecer em dezembro de 2017, um dos usuários citados acima que acompanhei de forma bastante intensa, não somente pelo tempo em que estive visitando a família, mas também pelos afetos dos nossos encontros que me deslocaram a dureza de certos olhares e agires das minhas existências.

E qual seria a razão das palavras endereçadas especialmente à dona Rita? Não sei bem dizer, mas a sua profunda generosidade e seu agir vibrátil me encantaram e produziram em mim desejo de compartilhar sobre os nossos encontros e como eles me afetaram.

...

Londrina, alguns dias de junho de dois mil e dezoito.

Querida dona Rita,

Há tanto para lhe falar que não sei bem o que dizer dos nossos encontros, e também com os demais queridos da sua família e do seu Antônio. Talvez gratidão seja a primeira palavra que consigo dizer por todos os encontros que tivemos, pela generosidade de me acolher num momento delicado da família. E quero deixar afirmado que, embora delicado pela gravidade do sofrimento do corpo de órgãos do seu Antônio, nos nossos encontros não havia sequer resquícios de um coitadismo vitimista, pelo contrário, havia desejo de girar as existências nos territórios produzidos nas relações entre vocês, e que comigo foi compartilhado.

Mais do que agradecimentos, gostaria de contar sobre nossos encontros, o que vivemos e as marcas em mim produzidas, e começo fazendo algumas confissões. É paradoxal, mas me sentia perdido nas minhas certezas. Certeza de que tinha um objetivo claro de pesquisa, que era pesquisar sobre redes de cuidado; certeza de que havia escolhido o caso certo para descrever as tais redes, em razão da complexidade de se cuidar de um portador de ELA; certeza do

que queria enxergar e de onde queria chegar com um mapa pré elaborado. Armado com várias perguntas, objetivo de pesquisa revisitado, roupa de entrevistador vestida, caderno e caneta nas mãos, pronto! Era o cartógrafo capturado pelo pesquisador epistêmico.

Embora meu corpo cartógrafo sentisse um estranhamento nos encontros, e uma perda de sentido do cartografar naquele agir epistêmico, eu permanecia grudado àquela máscara. Por vários encontros eu me sentia desconfortável ao olhar para o seu Antônio sem conseguir entender o que ele dizia, por conta do uso do aparelho respirador, e tentava interpretar algumas palavras que conseguia captar. O pragmatismo do olho retina me afirmava que não seria possível produzir a pesquisa sem um diálogo com o seu Antônio, pois além da dificuldade da fala, ele era de poucas palavras.

Desde os primeiros encontros já havia pistas da necessidade de me atentar para essa captura que sofria o corpo vibrátil no cartografar. Lembro-me que estávamos na sala e pedi para que a senhora contasse sobre a evolução da doença, narrando os fatos ocorridos desde o início de 2014, quando surgiram os primeiros sintomas. Anotava tudo freneticamente, prestando atenção em cada palavra que a senhora dizia. Tentava descobrir que caminho fora percorrido dentro da rede instituída dos serviços de saúde.

E num momento da conversa a senhora me disse *"o Antônio está me chamando, só um minuto"*. Em pensamento me questionei, *"chamando? não ouvi nada! será que ela ouviu bem?"*, claro que ouviu! E não era somente com os ouvidos. Na verdade a pergunta deveria ser para mim, por que não havia escutado? A senhora conversava com o seu Antônio no quarto com uma voz carinhosa *"oi meu bem, o que foi!? eu tô conversando com o Silas, o menino da UEL, daqui a pouco eu venho aqui, tá bom!?"*. Era a vibratilidade dos corpos que transbordava em vocês e que me faltava naquele momento. Foi um acontecimento que despolarizou minha bússola cartográfica, até então fortemente magnetizada pelo operar do pesquisador epistêmico.

Passados outros encontros, ainda angustiado com muitas perguntas prontas sem conseguir entender as respostas do seu Antônio, resolvi falar de mim, contar um pouco da minha história para vocês. Trouxe para a cena o Silas que era mais do que o pesquisador da UEL, era também, dentre vários, um homem que há

pouco havia descoberto a paternidade, e que transbordava de alegria ao mostrar a foto da esposa no celular, com a expectativa de descobrir o sexo do bebê, e ao mesmo tempo se sentia preocupado com os frequentes enjoos nos primeiros meses de gestação e, como consequência, a grande perda de peso.

Ao conversar sobre outros assuntos da vida, em que a multiplicidade em mim era compartilhada, seu Antônio era agenciado a acessar outros territórios de existência, para além do doente investigado na pesquisa e paciente do SAD que, convenhamos, era no mínimo desagradável e desinteressante. Aqueles encontros com outros em mim, em especial no território da paternidade, aumentaram nossa força de existir de tal forma que permanecemos por um bom tempo falando sobre tornar-se pai e mãe, criamos para nós um território do devir pais.

O corpo do seu Antônio vibrava intensamente e dizia muito do desejo de existir, ainda que meu olho retina insistisse na visibilidade dos frágeis movimentos do corpo de órgãos. O que havia nesses encontros? Que encontros foram esses? Talvez alguns encontros recentes que tive com Deleuze (2009), nos quais conversamos sobre os afetos em Spinoza em intercessão, ajudem-nos a pensar a respeito do que vivemos.

Deleuze (2009) me provocou a pensar antes de qualquer coisa sobre a diferença entre ideia e afeto de forma conceitual, o que ele chama de “simples definição nominal”. O que seria uma ideia, dona Rita? Ele diz que ideia é um pensamento representativo, traz uma realidade objetiva daquilo se pensa, uma relação ideia e objeto representado. Por exemplo, quando se ouve falar a palavra triângulo já se sabe do que se trata. Há um pensamento sobre o triângulo como figura geométrica, em que se tem três retas ligadas entre si pelas extremidades de modo sucessivo. E o afeto? O afeto é um pensamento não representação. Por exemplo, o que as pessoas dizem sobre a esperança? Há uma ideia daquilo que se espera, espera-se por algo, mas a esperança em si, o esperar, não há como representar. Essa é a definição nominal do afeto.

Voltando ao conceito de ideia, há um outro modo de pensamento da ideia que difere de uma representação, de uma realidade objetiva, que é o pensamento sob a realidade formal. Isso quer dizer que uma ideia é nela mesma alguma coisa. Ainda no exemplo do triângulo, posso pensar sobre a representação do triângulo ou posso pensar na ideia-triângulo ele mesmo alguma coisa. A esse

modo de pensamento da realidade formal da ideia Spinoza vai chamar de grau de realidade ou de perfeição da ideia.

Interessante também quando ele fala sobre Deus e o coloca em vista diante de qualquer outra coisa. Deus tem um grau de realidade ou de perfeição infinito diante das coisas finitas. Há uma representação possível de Deus, uma realidade objetiva que Spinoza também chama de caráter extrínseco, mas é infinito seu grau de realidade ou perfeição, sua realidade formal, denominada por Spinoza de caráter intrínseco.

Talvez a senhora esteja se perguntando *“ok, e como se dá a relação entre ideias e afetos na vida, se é que há alguma coisa entre eles?”*. Spinoza vai nos dizer que na vida as ideias estão constantemente se sucedendo em nós. A um piscar de olhos, uma ideia. A um suspirar, outra ideia. E assim a todo momento há coexistência de ideias. E há algo mais acontecendo, há uma variação para além da sucessão de ideias, que Deleuze (2009) chama de linha melódica de variação contínua da força de existir e ou da potência de agir.

Deleuze (2009) me deu o seguinte exemplo. Há uma ideia de Pedro, uma pessoa desagradável, e há uma ideia de Paulo, uma pessoa encantadora. Estamos na rua e encontramos Pedro, sucede a ideia de Pedro de pessoa não agradável, fico aborrecido. Logo depois encontramos Paulo, sucede a ideia de Paulo de pessoa encantadora, fico animado. Há duas coisas acontecendo nesse instante, a sucessão das ideias, e ao mesmo tempo uma variação da minha força de existir ou da potência de agir.

Quando encontro Pedro há a realidade formal da ideia-Pedro-desagradável, é concreto, e a minha força de existir diminui. Da mesma forma, quando encontro Paulo há a realidade formal da ideia-Paulo-encantador, e a minha força de existir aumenta. Nesse momento passamos a outro nível, para além de conceituações nominais, é também algo concreto. Estamos o tempo todo vivendo na variação aumento e diminuição da potência de existir. Aqui já temos boas pistas, dona Rita, sobre o que aconteceu nos encontros com o seu Antônio.

Deleuze (2009) completou ainda que essa linha melódica de variação contínua da força de existir são os próprios afetos, e que Spinoza determina dois pólos dessa variação, alegria e tristeza. Nas relações que

produzimos com o outro ou com outras coisas haverá uma paixão, algo passional, algo que me afeta. Toda vez que uma paixão aumenta minha potência de existir sou afetado de alegria, do contrário, sou afetado de tristeza. E assim vivemos essa variação contínua a partir das ideias que se afirmam em nós, que é o próprio existir, ou seja, afetar e ser afetado no encontro.

Percebe, dona Rita, que estamos fadados a viver nessa variação contínua de paixões tristes e paixões alegres a cada encontro? Pois a todo instante somos afetados por alguém ou alguma coisa, e num mesmo instante que estou com minha força de existir a todo vapor, viro a esquina, me encontro com um buraco, tropeço, e a vida perde potência, ou encontro com alguém desagradável e me entristeço. Deleuze (2009) me disse que viver dessa maneira é medíocre e precisamos ir além. Nas palavras dele, Spinoza vai dizer que viver ao acaso dos encontros é viver no primeiro gênero de conhecimento, que são as ideias afecção. As afecções são os efeitos de um corpo sobre o outro, pressupondo obviamente uma mistura dos dois.

Antes de seguir com a questão das afecções, penso que seja interessante lhe contar sob que perspectiva Deleuze (2009) fala a respeito do corpo. O corpo não se limita ao corpo de órgãos, e não é somente humano e animal, vai além, no espectro do visível e não visível. Há um corpo pedra, há um copo cadeira, mas há um corpo música, um corpo calor, cada qual com sua relação característica, que são relações de composição, relações subordinadas de composição. O corpo é relação complexa que se mantém em movimento e repouso nos processos de afetação.

Como me contava Deleuze (2009), dona Rita, Spinoza nos chama atenção para não vivermos à sorte dos encontros, correndo o risco de permanecer nas afecções dos afetos tristes. Ele nos diz que precisamos superar o primeiro gênero de conhecimento, dos efeitos dos afetos, e saltarmos para o segundo gênero de conhecimento, das causas dos afetos. O que isso quer dizer? Quando estamos no nível das afecções, o que Spinoza chama de ideias inadequadas, pouco sabemos sobre nosso corpo e o corpo que nos afeta. Vejo que fica bastante claro quando Deleuze (2009, p. 31) exemplificou essa questão das causas:

[...] eu sinto a afecção do sol sobre mim, a marca do sol sobre mim. É o efeito do sol sobre meu corpo. Mas das causas, a saber, o que é meu corpo, o que é o corpo do sol e a relação entre esses dois corpos de tal maneira que um produza sobre o outro tal efeito melhor do que em outra coisa, eu não sei absolutamente nada.

Se eu conhecesse as causas nessa minha relação com o corpo Sol, saberia que os raios ultravioletas que fossem produzidos em determinados horários decomporiam meu corpo. Já em outras situações, meu corpo, em suas relações complexas na infinidade de partes da pele, teria sua potência aumentada pela ativação da vitamina D no encontro com o corpo Sol. Esse é o segundo gênero de conhecimento, chamado de ideias noção, e aqui não se trata mais dos efeitos das misturas dos corpos ao acaso, ideias afecção, mas a partir do conhecimento sobre quais são os efeitos causados pelos encontros dos corpos, haverá relações convenientes ou inconvenientes. É um grande exercício que Spinoza recomenda que façamos nos encontros. Dessa forma se vive de forma mais sábia.

Diante disso tudo que lhe contei, dona Rita, talvez a pergunta que fiz anteriormente já tenha mudado, e agora o questionamento seja outro. Que encontros tem potencial para compor o corpo nas suas complexas relações, aumentando a força de existir ou a potência de agir? Cabe a cada um de nós fazer esse exercício que é árduo. Quiçá tenha sido essa a pergunta que o seu Antônio se fazia nos encontros que tive com ele, e nos encontros que ele teve com a senhora e com tantos outros corpos. As afecções ou os efeitos que desejamos são esses, dos afetos alegres, aqueles que nos fazem existir plenamente. Agora, o que ou quem desejo encontrar?

Havia um incômodo em mim de não querer encontrar o corpo-doente do seu Antônio, e mesmo assim tive dificuldades de me produzir em outro território com ele. Até que, agenciado pela descoberta da paternidade, meu corpo entrou em movimento no sentido de compor com o dele no território do devir pai. E com esse meu corpo-pai ele se dispôs a encontrar, pois sabia que haveria composição dos corpos, aumento da força de existir.

Pois é dona Rita, esse exercício que fiz com ele é o mesmo a que os trabalhadores de saúde são desafiados no cotidiano da produção do cuidado com os usuários dos serviços. Percebe como é complexo? De forma hegemônica os trabalhadores de saúde somos treinados para o encontro com o corpo de órgãos, a

fim de intervir sobre ele, mas precisamos ir além. Que corpos em mim compõem com a multiplicidade do corpo daquele que eu cuido?

Não estou querendo dizer que o encontro com o corpo de órgãos é necessariamente um mau encontro, que diminui a força de existir. De certa forma, é um encontro que compõe a relação característica do corpo nas suas relações subordinadas, na perspectiva biológica da manutenção da vida, da funcionalidade dos sistemas orgânicos. Digo isso, pois ao conversar com a equipe do SAD, com a senhora, e com o seu caçula, todos me disseram que o seu Antônio estava disposto a encontrar com a cânula traqueal, com a sonda de gastrostomia, com todos os tratamentos que fossem necessários para permanecer mais tempo na presença da família. Haveria, dessa forma, a possibilidade de aumentar sua força de existir nos devires pai, avô, esposo, sogro.

Nas palavras de Spinoza, contadas a mim por Deleuze (2009), poderia dizer que o seu Antônio desejava os efeitos dos afetos alegres dos encontros com vocês, os familiares. O que há de interessante nisso? Seu Antônio buscava encontrar aqueles corpos que aumentassem sua força de existir, num exercício do viver sábio, em detrimento do viver passional, ao acaso dos encontros.

E a morte, dona Rita? Essa pergunta é para mim mesmo. O que faço com ela? É um acontecimento inevitável da vida, sobre o qual Spinoza diz que é um mau encontro, talvez o pior deles em razão da destruição da relação característica do corpo, é uma relação inconveniente. A morte decompõe não somente certas relações subordinadas, ela decompõe qualquer possibilidade de potência de agir do corpo. Penso que diante desse encontro um corpo a evitará de várias maneiras, e assim também o fez o seu Antônio. Mas será o fim do existir? Qual a diferença de pensarmos a imortalidade e a eternidade?

Deleuze (2009) me disse que Spinoza não gostava nem mesmo de pensar na morte. E de fato também não desejo meditar sobre ela, sobre o encontro com a morte. Por isso que não nos serve pensar na imortalidade, pois aí será necessário pensar a respeito do sofrimento do corpo de órgãos, é diminuição da força de existir. Agora, pensar sobre a eternidade é falar sobre a vida. Deleuze (2009) chama a atenção para um terceiro gênero do conhecimento em Spinoza que é a ideia essência, um mundo das intensidades. Das ideias inadequadas das afecções das misturas dos corpos, passando ao segundo gênero de sabedoria das

ideias noção da conveniência dos corpos, chegamos a um terceiro nível de sabedoria das intensidades puras.

Mas o que isso quer dizer? Se é que acontece, que de alguma maneira a relação característica de um corpo não se compõe com a relação característica de certos corpos, como é o caso do corpo humano e do corpo veneno, como não pensar na morte, ou de forma geral nos afetos tristes? Se vivermos esse terceiro gênero de conhecimento, ou seja, independente de se ter encontros que compõem ou não as relações características em nossos corpos, viveremos os afetos ativos ou a beatitude, que são experiências dos afetos se consumando em intensidades sempre de composição de singularidades, num agir livre da variação dos afetos.

Veja, dona Rita, é possível chegar a esse nível de sabedoria? Penso que sim! A senhora e seu Antônio muito me ensinaram pela maneira como ambos compunham as relações características de seus corpos, nas intensidades do amor mútuo. E a relação de vocês deram sentido para as palavras de Deleuze quando ele diz que não nos encontramos com o uno, pessoa representação, mas nos encontramos com as singularidades em ato, que são intensidades em última instância que se compõem em um plano de consistência, territórios de existência (DELEUZE; PARNET, 2005; DELEUZE; GUATTARI, 2000). Sendo assim, seu Antônio vive na senhora por uma eternidade em corpos singularidades. Não é abstração, é concreto!

Por fim, quero dizer o que a pesquisa produziu em mim nos encontros com a senhora e com tantos outros.

O agir do corpo cartógrafo se tornou um exercício de sabedoria do existir, sempre na dobra das existenciais em mim. O agir cartógrafo, como disse Deleuze à Parnet (DELEUZE; PARNET, 2005), foi viver à espreita de algo que me tocasse, que perturbasse meus mundos, que deslocasse meu olhar cristalizado, que me afetasse de alegria.

Descobri que o cartografar é a produção de mapas dos afetos para uma vida mais sábia, mais ativa, mais intencional. São mapas produzidos em ato que me possibilitaram analisar os afetos nos encontros, em busca da composição das relações características com o outro que aumentassem a força de existir e a

potência de agir, em que possamos viver menos presos ao acaso das afecções que nos tornam, por vezes, tão ignorantes e destruidores da vida do outro, e possamos viver mais o corpo-intensidades, a fim de compor com a relação característica do outro, mesmo nos maus encontros.

Permaneça, então, dona Rita, minha profunda gratidão por todo conhecimento que produzimos juntos, o qual contribuirá sobremaneira para continuarmos militando em defesa da vida de qualquer um!

Um abraço cheio de amor,

Silas

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.
- BADUY, R. S. **A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 191 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BENJAMIN, W. **Rua de mão única: obras escolhidas**. Tradução de Rubens Rodrigues Torres Filho, José Carlos Martins Barbosa. São Paulo: Brasiliense, 2000. v. 2.
- BERTUSSI, D. C. **O Apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na Gestão Municipal em Saúde**. 2010. 234 f. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BERTUSSI, D. C.; FEUERWERKER, L. C. M.; LOUVISON, M. C. P. A. “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde. In: MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1. p. 357-360.
- BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-38, 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.
- CECILIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexos sobre um conteúdo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-363, 2007.
- CERQUEIRA et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 25-42.
- CRUZ, K. T. et al. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, L. C. M; BERTUSSI, D. C; MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 252-269.

- CRUZ, K. T. Cartografando o território da gestão em saúde. In: \_\_\_\_\_. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 271-329.
- DELEUZE, G. Curso de 24 de janeiro de 1978: o afeto e a ideia. In: \_\_\_\_\_. **Cursos sobre Spinoza**. Tradução de Emanuel Angelo da Rocha Fragoso, Hélio Rebello Cardoso Júnior. Fortaleza: EDUECE, 2009. p. 19-56.
- DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. Tradução de Daniel Lins, Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de Eloísa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **O Abecedário de Gilles Deleuze**. 2005. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>> . Acesso em: 10 jun. 2018.
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000. v.1
- DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 31-50.
- FÉLIX, S. B. C. M. **Momentos e movimentos da implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma cidade do sul do Brasil**. 2017. 175 f. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.
- FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M; BERTUSSI, D. C; MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 35-47.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.
- GIL, C. R. R. et al. A organização dos serviços de Londrina e região e suas contribuições para a descentralização e municipalização no estado do Paraná e no país. In: ANDRADE, S. M. et al. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Eduel, 2017. p. 93-132.
- GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M. P.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 155-170.
- KULPA, S.; BADUY, R. S. A pesquisa e a construção dos pesquisadores em nós. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 87-90.

LIMA, J. V. C. **A produção do cuidado na atenção básica:** produzir a vida - controlar a existência. 2015. Tese (Doutorado em Clínica Médica). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Sistema de Internação Domiciliar é pioneiro no país.** 2009. Disponível em: <[http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5379:27539&catid=101:saude&Itemid=988](http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5379:27539&catid=101:saude&Itemid=988)>. Acesso em: 14 jan. 2018.

LOPES M. L. S. et al. Sim, é possível fazer conexões entre as equipes da atenção básica e domiciliar. In: MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 210-214.

LOPES, M. L. S. **A produção do cuidado na atenção especializada:** análise a partir das afecções produzidas por um caso traçador. 2015. Tese (Doutorado em Clínica Médica). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 15, n. 35/36, p. 1-7, 2013.

MERHY, E. E. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-134.

MERHY, E. E. **Conferência proferida no I Seminário de Formação e Cuidado em Rede:** Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Santos, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Hy-1A-0lx1w>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MERHY, E. E. **Cuidado com o cuidado em saúde:** saiba explorar seus paradoxos para defender a vida: o ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Campinas, 2004a. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/12817362/cuidado-com-o-cuidado-em-saude-saiba-explorar-seus-uff>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

MERHY, E. E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Saúde mental:** os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 31-42.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos:** novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde: desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. 2007.

Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

MERHY, E. E. **Invenção, resistência e produção de vida nos tempos do cólera: que mundos podemos produzir?** 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qKUZ0dIYh08&t=1379s>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Campinas, 1999. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato\\_cuidar.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004b. v. 1, p. 21-45.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade.** 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, M. P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MOEBUS, R. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 43-53.

MOREIRA, R. **Projeto Maluco Beleza: a comunicação como dispositivo terapeutizante de (re) significação de sentido de vida, no contexto da reforma psiquiátrica.** 2011. 218 f. Tese (Doutorado em Ciências da Comunicação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, K. S. **Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado.** 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

OLIVEIRA, R. S. et al. O sofrimento e solidão dos trabalhadores da saúde: o esgotamento como substrato para constituição de vidas mais potentes. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 280-290.

ROCHA, C. F. M. **A produção do cuidado na rede materno-infantil: um olhar para a atenção básica.** 2016. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

SANTOS, L. F. M.; MENDES, V. M. Nós e o campo: compondo o lugar de pesquisadoras-estrategistas. In: MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis Editora, 2016. v. 1, p. 43-53.

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

SILVA, A. L. A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Unicamp, Campinas, 2004.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SUNDFELD, A. C. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo**. 2016. 209 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, São Paulo, 2016.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Aspectos gerais da atenção domiciliar no SUS

A atenção domiciliar (AD), enquanto política pública, foi instituída a partir da publicação da Portaria GM/MS 2.029 de agosto de 2011, tendo passado por acréscimos e reformulações nos anos subsequentes até a publicação da Portaria GM/MS 825 de abril de 2016. Esta define AD como:

Modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

A política define como objetivos da AD a redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção à saúde com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização, e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

A AD se insere nas RAS como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Embora seja classificada desse modo, preconiza-se que o cuidado seja produzido de modo compartilhado entre as equipes da atenção básica e do serviço de atenção domiciliar (SAD). Há três modalidades de atenção denominadas AD1, AD2 e AD3 em ordem crescente de complexidade dos casos, a depender da periodicidade *indicada* das visitas, da intensidade do cuidado multiprofissional e do uso de equipamentos. A modalidade AD1 fica sob responsabilidade das equipes da AB e as demais, AD2 e AD3, aos cuidados do SAD.

Segundo a atualização mais recente da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.436, de setembro de 2017, as equipes da AB são compostas preferencialmente pela equipe de saúde da família, podendo ser apoiados pelo núcleo de apoio a saúde da família (NASF), as quais são referências para os usuários e suas famílias, inclusive para o cuidado domiciliar.

Com relação à composição das equipes do SAD, segue-se lógica semelhante, tendo como base a equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD), formada por enfermeiro, auxiliar ou técnico(a) de enfermagem, médico(a),

fisioterapeuta e/ou assistente social, podendo ser apoiada pela equipe multiprofissional de apoio (EMAP), cujas categorias a serem escolhidas, no mínimo três, são: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, ou terapeuta ocupacional.

Para a admissão de usuários pelo SAD classificados nas modalidades AD2 e AD3 é exigido a prévia concordância do usuário e do seu familiar, sendo que na falta de um familiar, um cuidador deve ser designado, os quais devem assinar o termo de esclarecimento e responsabilidade. A portaria atual da PNAD esclarece que cuidador se trata de pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Acrescenta-se ainda que a figura do cuidador não deve se constituir como uma profissão ou função formalizada na área da saúde, mas que este seja orientado pela equipe a realizar o cuidado necessário no domicílio.

## APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido para observação de profissionais

Título da pesquisa: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**, que tem por objetivo compreender os efeitos da política de Atenção Domiciliar na produção do cuidado e na construção de redes de cuidado.

Para isso, as ações desenvolvidas por você e sua equipe no seu ambiente de trabalho serão acompanhadas. Essa observação tem como objetivo mapear as atividades realizadas no que se refere às ações de implantação e desenvolvimento do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

O pesquisador realizará anotações em seu diário de campo após o término das atividades que servirá apenas para o estudo. Seu nome e dos demais profissionais envolvidos nas atividades não serão expostos. Os participantes da pesquisa não receberão e não precisarão efetuar qualquer tipo de pagamento.

Devido a pesquisa se tratar da análise de uma política pública envolvendo apenas observação, apresenta riscos mínimos aos participantes, decorrentes de constrangimentos que possam ocorrer durante a descrição de seu trabalho na produção do cuidado. Os benefícios esperados aos participantes são em decorrência da melhoria dos serviços de saúde na produção do cuidado as pessoas. Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com as autoras da pesquisa: Regina Melchior (9986-1376), Kátia Santos de Oliveira (8816-5763), Ana Lúcia De Grandi (9967-7113) ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-5455, LABESC – sala 14, campus Universitário, UEL.

Você terá a liberdade em aceitar ou não responder questões que poderão ser feitas durante as observações, e recusar em participar da pesquisa no momento em que quiser sem prejuízo para você ou seu trabalho. Você receberá uma cópia desse documento, podendo tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento.

**Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.**

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

## APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e esclarecido para observação de usuários

Título da pesquisa: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**, que tem por objetivo compreender os efeitos da política de Atenção Domiciliar na produção do cuidado e na construção de redes de cuidado.

Para isso, as ações desenvolvidas por você e sua equipe no seu ambiente de trabalho serão acompanhadas. Essa observação tem como objetivo mapear as atividades realizadas no que se refere às ações de implantação e desenvolvimento do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

O pesquisador realizará anotações em seu diário de campo após o término das atividades que servirá apenas para o estudo. Seu nome e dos demais profissionais envolvidos nas atividades não serão expostos. Os participantes da pesquisa não receberão e não precisarão efetuar qualquer tipo de pagamento.

Devido a pesquisa se tratar da análise de uma política pública envolvendo apenas observação, apresenta riscos mínimos aos participantes, decorrentes de constrangimentos que possam ocorrer durante a descrição de seu trabalho na produção do cuidado. Os benefícios esperados aos participantes são em decorrência da melhoria dos serviços de saúde na produção do cuidado as pessoas. Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com as autoras da pesquisa: Regina Melchior (9986-1376), Kátia Santos de Oliveira (8816-5763), Ana Lúcia De Grandi (9967-7113) ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-5455, LABESC – sala 14, campus Universitário, UEL.

Você terá a liberdade em aceitar ou não responder questões que poderão ser feitas durante as observações, e recusar em participar da pesquisa no momento em que quiser sem prejuízo para você ou seu trabalho. Você receberá uma cópia desse documento, podendo tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento.

**Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.**

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

## APÊNDICE D

Termo de consentimento livre e esclarecido para entrevista de profissionais

Título da pesquisa: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**, que tem por objetivo compreender os efeitos da política de Atenção Domiciliar na produção do cuidado e na construção de redes de cuidado.

Para isso, você e sua equipe serão entrevistadas. No roteiro, as perguntas referem-se ao desenvolvimento das atividades relacionadas ao cuidado em saúde e a construção da Rede de Atenção à Saúde.

As informações fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados deste estudo, isso será feito de forma geral. Seu nome e de outros entrevistados não serão citados. Os participantes não receberão e não precisarão efetuar qualquer tipo de pagamento.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente, transcritas. O material gravado será armazenado somente pela pesquisadora e depois, destruído e descartado.

Devido a pesquisa se tratar da análise de uma política pública envolvendo apenas observação e entrevistas, apresenta riscos mínimos aos participantes, decorrentes de constrangimentos que possam ocorrer durante a descrição de seu trabalho na produção do cuidado nas entrevistas. Os benefícios esperados aos participantes são em decorrência da melhoria dos serviços de saúde na produção do cuidado as pessoas.

Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com as autoras da pesquisa: Regina Melchior (99986-1376), Kátia Santos de Oliveira (98816-5763), Ana Lúcia De Grandi (99967-7113) ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-5455, LABESC – sala 14, campus Universitário, UEL.

Você terá a liberdade de aceitar ou não responder as questões que serão feitas. Além disso, poderá recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para sua pessoa ou seu trabalho. Acrescentamos que é possível o esclarecimento de dúvidas agora ou em outras etapas do estudo. Ao final, será fornecida uma cópia de todo o material produzido.

**Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.**

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE E

Termo de consentimento livre e esclarecido para entrevista de usuários

Título da pesquisa: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA”**, que tem por objetivo compreender os efeitos da política de Atenção Domiciliar na produção do cuidado e na construção de redes de cuidado.

Para isso você deverá ser entrevistado. Serão feitas perguntas sobre como os serviços de saúde que você frequenta e os profissionais que te atendem no que se refere ao desenvolvimento das atividades relacionadas ao cuidado em saúde e a construção da Rede de Atenção à Saúde.

As informações fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados deste estudo, isso será feito de forma geral. Seu nome e de outros entrevistados não serão citados. Os participantes não receberão e não precisarão efetuar qualquer tipo de pagamento.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente, transcritas. O material gravado será armazenado somente pela pesquisadora e depois, destruído e descartado.

Devido a pesquisa se tratar da análise de uma política pública envolvendo apenas observação e entrevistas, apresenta riscos mínimos aos participantes, decorrentes de constrangimentos que possam ocorrer durante a descrição dos serviços de saúde utilizados na produção do cuidado nas entrevistas. Os benefícios esperados aos participantes são em decorrência da melhoria dos serviços de saúde na produção do cuidado as pessoas.

Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com as autoras da pesquisa: Regina Melchior (9986-1376), Kátia Santos de Oliveira (8816-5763), Ana Lúcia De Grandi (9967-7113) ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-5455, LABESC – sala 14, campus Universitário, UEL.

Você terá a liberdade de aceitar ou não responder as questões que serão feitas. Além disso, poderá recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para sua pessoa ou seu trabalho. Acrescentamos que é possível o esclarecimento de dúvidas agora ou em outras etapas do estudo. Ao final, será fornecida uma cópia de todo o material produzido.

**Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.**

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

## APÊNDICE F

### Termo de sigilo e confidencialidade de manipulação de dados

Eu Silas Oda, nacionalidade brasileira, estado civil casado, profissão farmacêutico, inscrito(a) no CPF sob o nº 066.679.849-47, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA**”, a que tiver acesso nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e instituições a ela vinculada.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-me para mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e comprometendo-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à mim pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 20 de setembro de 2016.

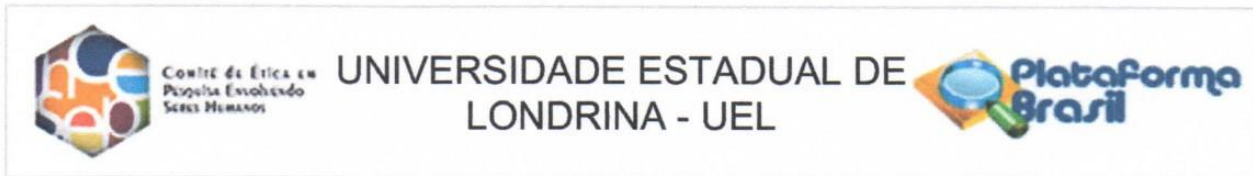


Assinatura do Pesquisador(a) Responsável

## **ANEXOS**

## ANEXO A

## Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – UEL



Continuação do Parecer: 1.643.145

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEobservacaousuario.doc	16:40:11	GRANDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEobservacaoprofissional.doc	18/07/2016 16:39:57	ANA LÚCIA DE GRANDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEentrevistausuario.doc	18/07/2016 16:39:44	ANA LÚCIA DE GRANDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEentrevistaprofissional.doc	18/07/2016 16:39:25	ANA LÚCIA DE GRANDI	Aceito
Cronograma	cronogramacep.docx	18/07/2016 16:39:09	ANA LÚCIA DE GRANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	18/07/2016 16:38:19	ANA LÚCIA DE GRANDI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoProvisoriaADprefeitura.pdf	02/06/2016 19:03:48	Regina Melchior	Aceito
Folha de Rosto	folharostoobservatorio.pdf	02/06/2016 17:57:02	Regina Melchior	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 20 de Julho de 2016

*Rosana Lopes*

Assinado por:  
Rosana Lopes  
(Coordenador)

Profa. Dra. Rosana de Sousa Pereira Lopes  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Universidade Estadual de Londrina

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

**ANEXO B**

Autorização de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DO PARANÁ**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**C.D.020/2016  
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML.

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM REDES DE ATENÇÃO DOMICILIAR E ATENÇÃO BÁSICA” na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina, pela pesquisadora Regina Melchior do Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina - Paraná, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da CNS Nº. 466/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia será autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina nº 1.643.145, datado de 20/07/2016.

Solicitamos que ao término da pesquisa nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina

Londrina, 05 de agosto de 2016.

**Sueli Inocente**Coordenadora de Estágio e Educação Permanente e Continuada  
GPQS/DGTES/AMS/PML