

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JANAINNY MAGALHÃES FERNANDES

**MEU CORPO, MEU ENDEREÇO E MEU MOVIMENTO:
O lugar do cuidado ao usuário em restrição domiciliar no trabalho da Atenção
Básica em Saúde**

PORTO ALEGRE

2017

JANAINNY MAGALHÃES FERNANDES

MEU CORPO, MEU ENDEREÇO E MEU MOVIMENTO:
O lugar do cuidado ao usuário em restrição domiciliar no trabalho da Atenção
Básica em Saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Co-orientação: Prof. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

FERNANDES, JANAINNY MAGALHÃES

MEU CORPO, MEU ENDEREÇO E MEU MOVIMENTO: O lugar do cuidado ao usuário em restrição domiciliar no trabalho da Atenção Básica em Saúde / JANAINNY MAGALHÃES FERNANDES. -- 2017.

95 f.

Orientador: ALCINDO ANTÔNIO FERLA.

Coorientadora: MARA LISIANE DE MORAES DOS SANTOS.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Cuidado. 2. Assistência Domiciliar. 3. Atenção Básica. 4. Cartografia. I. FERLA, ALCINDO ANTÔNIO, orient. II. SANTOS, MARA LISIANE DE MORAES DOS, coorient. III. Título.

JANAINNY MAGALHÃES FERNANDES

MEU CORPO, MEU ENDEREÇO E MEU MOVIMENTO:
O lugar do cuidado ao usuário em restrição domiciliar no trabalho da Atenção
Básica em Saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Co-orientação: Prof. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Cristian Fabiano Guimarães
Centro Universitário Metodista do IPA (IPA)

Prof. Dra. Vera Maria da Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Orientador

Prof. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) - Co-orientadora

AGRADECIMENTOS

Deus, gratidão pela vida, pela minha família, pelo meu companheiro, pelos meus amigos, pelos meus mestres.

Pai, obrigada por todo o incentivo, orientações e ajuda. Obrigada por dedicar seus sonhos nos meus.

Mãe, obrigada por ter sido minha mestra, minha orientadora e meu exemplo de amor ao próximo. Obrigada por dedicar seus sonhos nos meus.

Vini, obrigada pela paciência, pela atenção, pelos ouvidos e pelos nossos tempos juntos. Obrigada por ser a pessoa que mais me incentiva nesse mundo. Obrigada por dedicar seus sonhos nos meus.

Amigos, todos eles (campograndenses, gaúchos, paulistas...), obrigada por me acolherem, me escutarem e por filosofarem comigo horas e horas, até o dia clarear. Obrigada pela parceria e pela força nos dias de luta.

Alcindo e Mara, obrigada por trazerem a sutileza e a reflexão aos meus pensamentos, escritas e ao meu corpo. Obrigada por serem exemplo vivo daquilo que acredito e por me ensinarem a ser uma profissional liberta das amarras da identidade e do fascismo. Obrigada pela dedicação à docência, ao trabalho, ao SUS e à vida.

Aos usuários que acompanhei, neste e em todos os outros estudos e práticas, obrigada por me ensinarem tudo o que aprendi aqui e na vida. Obrigada por cederem suas falas, seus corpos e seus movimentos.

Esta dissertação não é minha, é de todos nós.

Não sou o que já fui
Não sou o que serei
Fui, voltei, irei
Não vivo mais no apego do passado
Nem mais ansiando um futuro que
nunca chegará
Me entreguei ao instante do agora
Dilatei o tempo que pensam ser
linear
Pra mim, bastam-me os sonhos, os
caminhos e as pessoas
Não vou viver o que os outros
querem
Basta-me de bastas
Basta-me o querer
Sou o que não sou mais
Sou o que está por vir
E por vir, espero o aqui e o agora
Sem hora
Eu me encontrei dentro de mim
Numa gaiola
Voei.

Ainda bem.

RESUMO

OBJETIVO: Cartografar experiências do cuidado às pessoas em restrição domiciliar pela Atenção Básica em saúde, por meio dos caminhares da pesquisadora-apoiadora-fisioterapeuta, com enfoque nas modelagens tecnoassistenciais em saúde. **MÉTODOS:** A partir de uma cartografia, com relatos, vivências, recortes e afecções durante o trabalho como apoiadora-fisioterapeuta de três usuários-guias, foram construídas narrativas-densas, apresentadas em capítulos com discussões frente às experiências do vivido e as afecções destas no(s) corpo(s) dos usuários, trabalhadores e da pesquisadora. **RESULTADOS:** O processo de cartografar permitiu uma aproximação da pesquisadora com os diferentes sentidos e significados de corpos, trabalho em saúde, biopolítica e produção do conhecimento, onde os usuários e cuidadores demonstram produzir conhecimentos *outros* para além do saber disciplinar vigente, tornando visíveis potências e resistências para novos existires para os usuários e para os trabalhadores envolvidos no cuidado. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** O processo cartográfico, a partir das narrativas densas, e a abertura para o encontro, produziu outros olhares para o cuidado em saúde para as pessoas em restrição domiciliar, que constroem, a todo tempo, movimentos-potência para a produção de mais vida. A autoanálise, provocando a desterritorialização e o exercício da alteridade, possibilitou uma transformação de fisioterapeuta para apoiadora, de apoiadora para sanitarista, de sanitarista para pesquisadora, de pesquisadora para a fisioterapeuta inventiva, de modo não linear e sim rizomático. O ato de cuidar para além da especialidade permitiu em mim uma reinvenção do trabalho da fisioterapia, onde a mesma está sendo aqui ressignificada para uma fisioterapia-inventiva.

Palavras-chave: Cuidado. Assistência Domiciliar. Atenção Básica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To cartography cares' experiences of people's home restricted by the Primary Health Care, through the researcher-supporter-physiotherapist's pathways, with a focus on modeling technical healthcare. **METHODS:** A cartography was carried out, with reports, experiences, cuts and affections, during the work as "apoiadora"-physiotherapist, from three user-guides, and were constructed dense-narratives, presented in chapters with discussions about the "experiences of the lived" and the affections of these in the body(ies) of users, workers and the researcher. **RESULTS:** The process of cartography allowed the researcher to approach the different senses and meanings of bodies, health work, biopolitics and knowledge production, where users and caregivers demonstrate to produce other knowledges than the current, making visible's potencies and resistances for a new existence for the users and for the workers involved in the care. **DISCUSSION AND CONCLUSION:** The cartographic process based on the dense-narratives, and the opening to the meeting, produced other looks for health care for people's home restricted, who at all times produce power movements for the production of more life. The self-analysis resulted in deterritorialization and the exercise of otherness, in addition to enabling a transformation from physical therapist to "apoiadora", from "apoiadora" to sanitariat, from sanitariat to researcher, from researcher to the inventive-physiotherapist, in a non-linear way but in a rhizomatic way. The act of caring beyond the specialty allowed me to reinvent the work of physiotherapy, re-signifying it for an inventive-physiotherapy.

Keywords: Care, Home Nursing, Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AD - Atenção Domiciliar

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

PID - Programa de Internação Domiciliar

PSCentral - Pronto Socorro Central

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel à Urgência

SBC - São Bernardo do Campo

SF - Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. Prólogo - PARTIDA: RUA JOÃO REZEK, 118 - CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL. DESTINO: TERRITÓRIO 8 - SÃO BERNARDO DO CAMPO, SÃO PAULO.	11
2. UMA CONVERSA INTRODUTÓRIA NA RUA DO CONHECIMENTO, ESQUINA COM A AVENIDA DAS EXPERIÊNCIAS	21
3. VOCÊ ESTÁ NO MELHOR CAMINHO. VOCÊ CHEGARÁ AO SEU DESTINO EM 29 ANOS - OS CAMINHOS QUE LEVARAM OS PROFISSIONAIS DO SUS ATÉ À CASA DAS PESSOAS	31
4. MESMO TERRITÓRIO GEOGRÁFICO, DIFERENTES INVESTIMENTOS - RUÍDOS ENTRE PRÁTICAS E SABERES	40
5. LÁ EM CASA, CÁ ENTRE NÓS - MOVIMENTOS QUE ACONTECEM NO MESMO ENDEREÇO	45
6. OS ENDEREÇOS DO CUIDADO: SERÁ QUE ESTAMOS SEGUINDO A DIREÇÃO CORRETA?	59
7. SE ESSA RUA FOSSE MINHA - CONFRONTO DE SABERES E FAZERES ENTRE QUEM ACHA QUE MANDA E QUEM FINGE QUE OBEDECE	70
8. AFINAL, O QUE É RESTRIÇÃO E O QUE OS USUÁRIOS-GUIA TÊM A NOS ENSINAR? Aspectos da relação restrição-liberdade que parte de uma cultura de disciplinarização dos corpos e a produção do conhecimento pela experiência	78
9. DA REABILITAÇÃO PARA A RESSIGNIFICAÇÃO - A CARTOGRAFIA EM MIM E A APOSTA EM UMA FISIOTERAPIA-INVENTIVA	85
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

1. PARTIDA: RUA JOÃO REZEK, 118 - CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL. DESTINO: TERRITÓRIO 8 - SÃO BERNARDO DO CAMPO, SÃO PAULO.

Uma narrativa pessoal: “Só 10% é mentira!”¹

*“A maior riqueza do homem é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito.
Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas,
que puxa válvulas, que olha o relógio,
que compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc. etc.
Perdoai.
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas.”*

Na rua João Rezek foi onde vivi minha infância, ao lado da casa da vó e do outro a casa da tia, sempre rodeadas de primos, tios, amigos, gentes plurais... Campo Grande, uma capital com cara de interior, capital do Mato Grosso do Sul (MS), cidade morena, terra do tereré, da arara-canindé, do canto do sabiá, do trem do Pantanal, local onde o poeta Manoel de Barros escolheu viver, terra dos bons encontros. Tomo emprestado, do encantamento do poeta Manoel de Barros pela terra, algumas de suas poesias, que compõem expressões utilizadas nesta dissertação, aqui inseridas para ajudar a fala a partir do corpo em perspectivas que mobilizam o pensamento pelo sensível e, portanto, pelo que não faz sentido descrever e referenciar apenas como conceito teórico.

Numa escola pequenina, que parecia bem maior na minha infância, no centro da cidade, foi donde desde os 6 anos aprendi a andarilhar pegando ônibus, andando em ruas asfaltadas e aprendendo os sinais de trânsito para atravessar as faixas. Fui aprendendo as regras sociais para me locomover pela cidade, compondo o “fora” com o dentro, da

¹ Título do Filme “Só 10% é Mentira”, que narra a biografia de Manoel de Barros. Como se verá na leitura, os “eventos” formais do percurso (experiências de trabalho, cursos e experiências de formação) são entrecruzados por uma leitura analítica do que produziram em mim, com uma estética onde a intensidade do corpo desejante dialoga com a preocupação de precisão conceitual e cumprimento aos requisitos formais de referenciamento bibliográfico. Aqui, pareceu mais importante mostrar as afecções que me foram mobilizando e constituindo a condição do ingresso e da trajetória no Mestrado em Saúde Coletiva e que marcam a minha implicação com as temáticas em estudo e os modos de fazê-lo.

necessidade de aventura e do gosto pela descoberta.

Mais adiante, ao embarcar para o ensino médio, decidida em ter meu próprio dinheiro para ampliar minha autonomia de escolhas tive meu primeiro trabalho em uma Organização Não Governamental (ONG) denominada Projeto Ação Vida Nova, onde acompanhava e auxiliava nas atividades sociais extraescolares de reforço, ensino, saúde, arte e cultura para crianças e adolescentes de uma região de alta vulnerabilidade social do município. Destaco esta experiência como pontapé inicial para minhas escolhas futuras, pois foi meu primeiro contato com o coletivo e com a diversidade, ainda que nessa época eu não entendesse os significados de saúde, cultura e as divergências em se trabalhar e enxergar o terceiro setor somente como potência. Eu ainda era um ser dentro de um casulo. Mas o ensino e a aprendizagem me provocavam, certamente não ainda como prática docente, mas como forma de significar o mundo, produzir relações e mudanças frente a situações de adversidade e iniquidade social.

Aos 16 anos, numa adolescência um tanto perturbada, comecei a trabalhar como estagiária no departamento de patrimônio da Prefeitura Municipal de Campo Grande, que me ampliaram um olhar para a política, a gestão e os processos de trabalho mais duros. A mudança aqui também significou um novo contato com as organizações: a saída de uma organização da sociedade civil para o interior do aparato governamental foi uma mudança de cenário, mas também de natureza, uma vez que as relações entre pessoas estavam mediadas pelas regras institucionais e por comandos que não estavam no âmbito das decisões no cotidiano do trabalho. E então, no ano de 2008, fui aprovada no vestibular para cursar Ciências Sociais da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Uau, eu estava na Universidade!! Achei que fosse hora de “amadurecer”. Não deu...

Embora tenha sido um desejo forte, desencontros no binômio expectativa-realidade, pelo não entendimento do que era ensinado no curso, somados a minha criação conservadora, neoliberal, marcada por uma inserção de classe, disciplinar e de “boa moça”, me obrigaram a mudar de opção. Entender de biopoder, subjetivação, lógica normativa, pensamento crítico, dentre outros questionamentos, era incompreensível para

mim, pois gerava enfrentamento com a minha criação em uma família tradicional e patriarcal, que também questionava o porquê de cursar Ciências Sociais. Com isso, no final deste mesmo ano realizei um novo vestibular, agora para a saúde (em uma visão higienista e disciplinar), onde tive aprovação para o curso de Fisioterapia, também na UFMS. Um novo encontro aconteceu.

“Pai, preciso comprar um jaleco!”, “Mãe, tenho que ter roupas brancas!”. Não gostei muito de ficar usando jaleco branco nas aulas de anatomia... Aos poucos, o caráter questionador que começou a aflorar em mim foi interrogando algumas coisas na academia. A promessa de um curso “técnico”, ao menos no imaginário social, em oposição ao caráter “político” do curso anterior, que, na verdade, punha visivelmente em questão os valores e a naturalização da situação vigente, não aquietou um corpo que não estava completamente submetido aos valores tradicionais. O tempo foi rapidamente demonstrando dobras e mobilizando o desejo de ultrapassar os valores das tradições, o que me permitiu encontrar, novamente, um modo não submetido aos pontos de vista tradicionais (vigentes) de ver o mundo, as relações e a produção de saúde.

Nas aulas teóricas com conteúdos menos técnicos, enquanto os colegas ficavam com cara de chateação e de que não estavam entendendo nada (as disciplinas de Saúde e Cidadania, Processo Saúde-Doença e Qualidade de Vida e Saúde Coletiva, foram as mais expressivas disso) eu comecei a sentir meu olhar um tanto encantado, e a tomar novos sentidos às minhas vivências anteriores na ONG, na Prefeitura e nas aulas de Ciências Sociais. Nesse momento, um interno enfrentamento contínuo entre minha criação, enraizada no meu posicionamento perante o mundo, gerou transformações em mim. O corpo constituído pelos valores vigentes na família e no entorno social começaram a agitar-se e a produzir fraturas na identidade. A “boa moça” começava a se rebelar e minha “adolescência”, que começou mais tarde, não terminou mais. Comecei a ser *outras*. Um *devir mulher* passou a movimentar minha potência, até então opacificada pela identidade de mulher constituída naqueles valores. Aqui, pretendo associar um certo modo borboleta de transformar as pessoas (os homens e as mulheres), mas também de suavidade e

radicalidade, que fala de uma potência do feminino.

A vontade de aprender a fazer, aprender a ser, aprender a conviver e aprender a aprender junto à comunidade se tornou meu objetivo principal na graduação – e, posteriormente, de vida. Um aprender que estava associado a fazer, fazer diferença, produzir mudança; injustiças sociais, doenças e sofrimento, abundantes no cotidiano, não me pareciam – e não me parecem – naturais, mas produzidos e, portanto, passíveis de serem mudados. Um aprender com intensa alteridade, já que o aprender novos pontos de vista deixava exposta a injustiça e a iniquidade antes naturalizadas.

Borboletas passaram ressignificar os meus desejos² e afetaram (*affectaram*) o feminino em mim. Cuidar das pessoas, fortalecer a sua saúde e os modos de andar a vida, tinha a marca da diminuição do sofrimento, mas também de transformar a vida, seja das pessoas e coletividades que usam os serviços de saúde, seja dos trabalhadores que atuam nos serviços. Num primeiro momento, esse desejo estava entrecruzado pelos valores da tradição da filantropia como valor moral; aos poucos uma potência libertária da saúde foi se constituindo em mim e o cuidado passou a ser também a afirmação da diferença, ao tempo em que era combate às injustiças, às iniquidades e ao sofrimento evitável.

Ainda na UFMS, participei como monitora do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde da Família por dois anos, onde as ações coletivas nos territórios de vida e produção de saúde das pessoas me fizeram refletir e lutar pelo papel social da Universidade. Foi então que me encontrei com o Movimento Estudantil (ME), através do Centro Acadêmico e da criação da Associação dos Centros Acadêmicos de Fisioterapia do MS, com forte articulação e apoio da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) e, mais adiante, com a Associação Rede Unida – das quais me tornei integrante estadual e conheci o trabalho do Professor Alcindo Antônio Ferla. Quando me ocupei de refletir sobre minha inserção nessas organizações, já era chamada de militante pelos meus colegas. Gostei

² As borboletas aqui referenciadas, inspiradas em Manoel de Barros, são alusão às tecnologias leves, descritas por Franco e Merhy (2013), que serão conceituadas e problematizadas no decorrer deste trabalho. A imagem “Borboletas” é um jeito de dizer sobre essas tecnologias, que têm potência para a integralidade quando utilizadas para a gestão do cuidado, não no cuidado clínico biomédico, mas no cuidado ampliado que valoriza a diferença como alteridade e mobiliza o corpo pela injustiça e desigualdade.

de me sentir pertencendo a redes de pensamento e produção estética da vida, com o rigor ético da defesa das vidas em intensidade!

Estes multiencontros e conexões em rede permitiram uma articulação nacional através da Executiva Nacional de Estudantes de Fisioterapia (ENEFi), e outros seguiram brotando em mim... Sempre mobilizadas pela ideia de que o mundo precisa de impulsos para avançar em relação à valorização das vidas e redução das dores e sofrimentos das pessoas, particularmente aqueles mobilizados por injustiças, seja diretamente nas relações entre as pessoas, seja pela organização da sociedade, onde raça, cor, gênero, classe social, entre outras condições, também dizem de desigualdades. No âmbito desses encontros, “produtos acadêmicos” foram apenas consequência do resultado que as ações surtiram nos territórios de atuação, ou seja, as práticas pedagógicas no interior das salas de aula, sempre muito marcadas por relações verticais de poder e de saber, foram postas em confronto com relações de horizontalidade e despertar do “gosto” da aprendizagem pela descoberta, muito associadas às práticas extramuros, nos serviços e na militância estudantil. Fui aprendendo a aprender com o corpo, em contato com a diferença, gerando aberturas em mim.

Somado a isso, os prazeres de viajar pelo Brasil e pelo mundo para divulgar as experiências em eventos também me incitaram ainda mais às trocas, vivências, cultura e aprendizagem. Viagens sempre constituindo uma “novidade” pelo deslocamento em territórios e culturas, mas também por um estranhamento com o lugar original; o contato com a diferença tem a capacidade de mobilizar em mim alteridades; viajar me toca como borboletas. Uma menina-mulher que pegou vôo antes mesmo que seus próprios pais, literalmente. A experimentação e o exercício da alteridade foram produzindo marcas no meu corpo, como a tradição do núcleo familiar fizera outrora.

Ainda na graduação, ao encontrar o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde a fisioterapia conseguiu uma brecha para se inserir nas práticas preventivas e de promoção da saúde na atenção básica do SUS, decido realizar meu trabalho de conclusão de curso, orientada pela professora Mara Lisiane de Moraes dos Santos, que me proporcionou muito aprendizado nesta grande etapa de formação em minha vida. Aqui não

é possível deixar de registrar que o espaço formal da formação acadêmica, marcado por práticas bancárias (como as classificou Paulo Freire), também foi lugar de encontros, de produção de potência para uma aprendizagem significativa para a profissional desejante que atravessava o percurso formativo. A alquimia entre o formal e a produção de desejo também teve uma grande capacidade de singularizar minha formação, quebrando a serialização que as práticas vigentes ainda produzem nos estudantes. O que me parece importante, é que o trânsito entre o formal e o informal não fazia parte do projeto pedagógico vigente; foi dobra, foi aventura!

Após a formatura, ingressei em 2014 na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP) do Rio Grande do Sul, na ênfase da Atenção Básica. Por esta ser uma das poucas instituições que ofertam vaga para fisioterapia, minha escolha se deu pelas poucas opções e encontros da fisioterapia com a Saúde Coletiva, no âmbito da Atenção Básica. Longe de casa, dos amigos, da família e do namorado, a cidade fria, com folhas de outono caídas pelo chão que encantam qualquer um que venha do cerrado, a caminhada em Porto Alegre também se tornou bem difícil, mas com os novos desafios e redes que aqui foram sendo traçadas, novos atores entraram em cena, constituindo parte da minha história, da minha vida. Agora passei a mesclar minhas rodas de tereré com as de chimarrão. A alteridade também operou nos novos encontros! Sempre há um quê de sofrimento quando a aprendizagem é pelo corpo, como a transformação de uma borboleta, que precisa quebrar o corpo-lagarta.

Numa residência capturada pela epidemiologia clássica e vigilante, a necessidade de enfrentamento do hegemônico começou a crescer em mim. Pude vivenciar e trabalhar por um ano em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde as atividades coletivas foram minha prioridade formativa. Era eu uma fugitiva das práticas cristalizantes. Fugia eu para a Horta Comunitária, para as Práticas Integrativas e Complementares, para os grupos, para o Programa Saúde na Escola, para o acolhimento, para as visitas domiciliares, para a Educação Permanente em Saúde, para o Controle Social e para um trabalho focado na articulação em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com integração do NASF, gerência e Apoio

Institucional. Vivi a ampliação da clínica junto a um *trabalho vivo em ato*³, onde as tecnologias leves, novamente, me mostraram potência de fazer uma gestão do cuidado que gerenciasse a alquimia de todos os componentes do cuidar, que me fez enxergar a ferramenta de gestão das práticas de cuidado na formação acadêmica, estruturado para como algo que precisa ser posto em rede com os diferentes saberes que estão presentes nas cenas de cuidado, constituindo sentido nas relações que sempre co-produzem o encontro entre profissionais e com usuários.

Apesar da residência me proporcionar uma gama imensurável de aprendizado pela vivência em uma realidade diferente da que estava já habituada⁴, o Programa de Formação em si me proporcionou afetos tristes com relação ao aporte teórico e sua devolutiva social. Soube depois que o momento em que ingressei no Programa coincidiu com uma curva descendente na potência formativa e no engajamento, coisas que tomam, em ciclos, as instituições. A maturidade democrática de instituições, de políticas e de práticas no interior da sociedade ainda não sustentam inovações mais duradouras. Mas o protagonismo na construção de trajetórias formativas mais singulares já estava ativado, e a constatação da crise me fez percorrer outros caminhos formativos, como ingressar como aluna especial no PPGCol-UFRGS. Também pude participar do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde em Movimento, do qual encontrei, então, *a caixa de afecções*⁵.

Com todas estas novas oportunidades, consegui integrar ainda mais o binômio teoria e prática para além da saúde coletiva e saúde mental, como a assistência social, educação, cultura, Ciências Sociais, Saúde Global/Internacional, políticas públicas e o saber popular que vem (e constitui) as ruas, baseados não só em evidência da ciência, mas na

³ O trabalho vivo em ato é uma expressão utilizada pelos autores da micropolítica do trabalho para falar de um fazer que não está sequestrado pelas tecnologias mais duras, mas imbricado com as tecnologias leves no desenho tecnológico do trabalho, mas também na gestão da configuração tecnológica, conforme nos lembra Merhy (2002).

⁴ Lembrando que a realidade é sempre construída ou vivida intensamente em um território vivo e em transformação (SANTOS, 2002).

⁵ Ferramenta apresentada no curso de Educação Permanente em Saúde em Movimento. Trata-se de um objeto-ferramenta para registrar aquilo que nos afeta, que nos move, que nos inquieta ou aquieta. Um dispositivo para a criação de um diário cartográfico e colocar em análise a experiência do vivido. Esta ferramenta foi construída através de vivências de pesquisadores que não conseguiam traduzir em palavras suas experiências, afetos e sentimentos (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

evidência da intensidade do vivido, sentido e experienciado no cotidiano e no território. A relação binômica teoria e prática passou a constituir-se em transversalidade: uma alquimia de ambas foi consolidando o caminho da aprendizagem. Aliás, consegui ressignificar a dicotomia teoria/prática para uma tensão entre práticas de teoria e práticas laborais, uma vez que ambas têm uma dimensão de prática, que faz sentido político em certos contextos e para certos grupos sociais. O desvelar de conceitos e teorias por longo tempo, com alto grau de abstração, não é teoria; é prática disciplinar. Aprendi na leitura de Foucault que uma disciplina não é apenas um recorte de conhecimento; é também, e ao mesmo tempo, exercício de poder. Assim, transmissão de conhecimento e mobilização à descoberta são práticas formativas igualmente teóricas e práticas; o que difere nelas é a concepção de aprendizagem que as sustenta. E a relação com o percurso formativo foi mostrando que há aprendizagem significativa quando ela se faz com o corpo.

Foi neste Programa (PPGCol-UFRGS) que encontrei um modelo formativo pautadas nas experimentações dos processos de trabalho, em que o aprender em saúde se faz durante o trabalho vivo em ato e seus encontros, em uma clínica do movimento. A educação permanente em saúde e a aprendizagem pelo trabalho, complexo, que requer capacidade alquímica para produzir redes de saber, aportes interdisciplinares e uma certa capacidade sensível de escuta do outro (seja ele pessoas, coletivos, coisas...) mobilizam o fazer profissional.

Não só no campo da saúde, pretendo ampliar a abertura de uma rica gama de fazeres, expandindo a integração ensino-serviço-território e a “clínica dos encontros”. O encontro com o outro, consigo, com o SUS, com a realidade e com as afetações. Quero “borboletear”! O cuidado fisioterapêutico, pensando-o como parte de uma atenção integral à saúde e, como tal, capaz de fomentar a vida, para além do que pode o corpo biológico e a identidade socialmente construída para pessoas e coletivos!

Ao integrar no mestrado e finalizar a residência, as necessidades provenientes do mundo capitalista em que vivemos e o modo como tenta nos subjetivar chutaram à minha porta, como uma invasão, para novamente me puxar à captura da vida de pagar contas.

Precisava eu de um emprego, de um salário. Como não me deixar levar pelo sistema e conseguir produzir um trabalho sem passar por um adestramento, uma castração do que eu gostaria de fazer? Lá fui eu buscar um trabalho que me permitisse pagar minhas contas e, ao mesmo tempo, não ser capturada pela lógica produtivista e paralisante que persiste no trabalho em saúde (e em tantos outros). Foi aí que uma nova mudança aconteceu, mais um vôo, mais uma cidade a explorar. A oportunidade de trabalhar como apoiadora em saúde no município de São Bernardo do Campo caiu como uma luva, uma luva de possibilidades (portanto, como uma luva repleta de formigas!). Lá fui eu, novamente, arriscando finalizar um mestrado praticamente à distância, vivendo em um município que eu nem sabia que existia. Mas também sabia que era lá que novos acontecimentos e encontros alegres iriam acontecer. Nessa altura, já aprendera que o espírito de aventura ou reverbera no próprio corpo, ou fica imóvel. Dito e feito.

Para explicar os motivos que me levaram ao modo de pesquisar aqui apresentado, relato parte do que encontrei durante minhas vivências. Elas constituíram em mim a potência do aprender Saúde Coletiva e a pesquisa nesse campo, atravessando minha formação profissional. Nos meus caminhos formativos e de trabalho percebi que a atenção ainda está fortemente centrada no hospital e nas lógicas que o constituem, no modelo médico hegemônico, que é liberal-privatista e procedimento-centrado, e este modo está diretamente relacionado com a fragilidade dos serviços em enfrentar problemas advindos do envelhecimento da população, do processo de urbanização desenfreada e da complexificação das sociedades. Também de uma clínica que se empobrece ao negar alteridade com o outro (usuário e profissional) e com o entorno. É neste contexto que presenciei a necessidade de olhar sobre o cuidado para as pessoas em situação de restrição ao leito/domicílio, revelando a importância da equidade também através da continuidade do cuidado. Essa é uma condição que vivi como limite da fisioterapia durante a formação: o corpo tornado imóvel é, de certa forma, o fracasso das ciências do movimento. Mas a imobilidade pode ser apenas na perspectiva de uma vida submetida à produção capitalística, o que é relevante separar para a perspectiva do cuidado. Um cuidado singular que encontra um grupo singular, onde essas pessoas são como a periferia da sociedade capitalista e

produtivista, e também a periferia do sistema de cuidados. Borboletear o cuidado, nesse caso, precisa pôr em questão o que pode o corpo e como ele está constituído, na clínica das diferentes profissões. O corpo de uma clínica cuidadosa não é constituído somente pela dimensão biológica e pela capacidade de produzir trabalho; também é constituído de afetos e de potência. O vivido precisa ser transformado em tecnologias para compreender e atuar em saúde de forma singular, e, portanto, o corpo precisa ser transformado em potência, não em combinação de órgãos e tecidos. O bater das asas, nesse caso, me produz também certo mal estar; minha formação me constituiu capaz de atuar sobre o corpo biológico e suas funcionalidades “perdidas”. Aqui, parece que é preciso achar algo que não foi perdido, que é a dimensão das potências que o biológico e o ponto de vista do sistema em que está inserido não produzem de forma definitiva. O cuidado, nesse contexto, precisa inventar corpos. Coisas que não são ensinadas na faculdade.

Os bons encontros que citei me permitiram enfrentar posicionamentos duros e enraizados, possibilitando (re)significar a compreensão do mundo e da sociedade, onde pretendo fomentar processos semelhantes enquanto futura Mestre em Saúde Coletiva. Não é apenas a dissertação que o mestrado me tornou capaz de fazer; ele também me tornou uma pesquisadora do campo e uma pensadora sobre as saúdes que o cuidado pode produzir. Usar e abusar de uma clínica atravessada pela Saúde Coletiva, que não se realiza sozinha, que é multidão⁶ e falseia a clínica das outras profissões, mas que tem na tecnologia leve uma clínica que orienta não só o cuidado, como também a aprendizagem. A fisioterapeuta em mim, será posta em movimento na pesquisa! E, por vezes, a primeira pessoa do plural escorregará nas escritas como demonstrativo da multidão que há em mim.

⁶ Multidão é um conceito trazido por Negri (2003), que, diferentemente de massa, significa heterogeneidade do conjunto de singularidades que há em cada sujeito em prol de um objetivo em comum e implicado, que está sempre em movimento de produção de potência. Cada um de nós, quando implicado, tem em si muitos, *outros*, um coletivo. Não sou só uma. Há uma multidão em mim.

2. UMA CONVERSA INTRODUTÓRIA NA RUA DO CONHECIMENTO, ESQUINA COM A AVENIDA DAS EXPERIÊNCIAS

*“ Tudo que os livros me ensinassem
os espinheiros já me ensinaram.
Tudo que nos livros eu aprendesse
nas fontes eu aprendera.
O saber não vem das fontes?*

*Sou construtor menor.
Os raminhos com que arrumo
as escoras do meu ninho
são mais firmes do que as paredes
dos grandes prédios do mundo. Ai ai! ”*

Apresento aqui a proposta deste trabalho de dissertação, a partir um diálogo sobre as modelagens tecnoassistenciais em saúde⁷, como parte da análise micropolítica do trabalho na Atenção Básica em Saúde e do cuidado para a pessoa que se encontra na situação de restrição domiciliar, em que o enfoque do cuidado está nos territórios existenciais⁸ dos indivíduos, em especial, suas casas. Essa dissertação compõe um esforço coletivo de analisar práticas de cuidado na atenção básica, parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul por meio do Protocolo nº 61554316.7.0000.5347. Aqui, pretendo apresentar palavras que terão como pano de fundo a clínica dos encontros, através de uma proposta metodológica que aposta na potência das experiências como objeto de produção de conhecimento.

Por isso, esta pode não parecer uma dissertação como aquelas que analisam problemas estruturados com o enfoque da ciência vigente: contextualizada nos parâmetros

⁷ Modelagens tecnoassistenciais dizem respeito às tecnologias assistenciais operantes nos serviços de saúde, que podem ser mais democráticas, hegemônicas, biomédicas, centralizadas, descentralizadas, ou em defesa da vida. A composição tecnológica do cuidado, que a expressão designa, inclui equipamentos, saberes estruturados e as tecnologias relacionais, bem como os grupos sociais a que se destinam. Depende de quem opera, governa e atua, especialmente na dimensão micropolítica, que se refere à composição tecnológica do trabalho. São modelos atravessados constantemente por disputas ético-políticas no modo de se gerir e cuidar das pessoas no(s) sistema(s) de saúde vigente(s) (FEUERWERKWER, 2005).

⁸ A expressão “territórios existenciais” é registrada aqui para falar de algo que não pertence à tradição analítica da Saúde Pública, mas que, da geografia política, principalmente com Milton Santos (2008), fala de um território vivo e vivido, que supera em complexidade o território geográfico ou mesmo o território técnico-geográfico, representado por indicadores e formulações que se projetam sobre o território geográfico com a pretensão de descrevê-lo na sua totalidade. Para a saúde, as gentes que vivem e produzem sua saúde e o andar a vida, compõem e, mais do que isso, transformam o território.

acadêmicos hegemônicos e estruturada com “introdução, objetivos, métodos, resultados, conclusões...”. Não, assumo aqui não adotar essa proposta, que não condiz com a pesquisadora-em-mim que o aprendizado me tornou. Como já mencionei, minha realidade histórico-acadêmica inicial produziu uma força que, por certo tempo, me induziu a um “endireitamento” (em direção à moral do modo correto, do “conhecimento verdadeiro”), sempre dependente das amarras metodológicas do saber científico vigente, e meu processo de reinvenção no viver a vida se deu também na minha escrita. A pesquisadora em Saúde Coletiva não foi subjetivada completamente pela ciência vigente; ao contrário, aprendeu a reconhecer e produzir dobras. Aqui teremos histórias que vazam as experiências do corpo, que apresentam múltiplos olhares sobre o cuidar, o ser cuidado e o cuidado em saúde na Atenção Básica (AB) da pessoa em situação de restrição domiciliar. Vazam do corpo para registrar a produção de conhecimento através de narrativas-densas: do que o outro vive, diz e tem a dizer, do que não é dito, mas experienciado, do que gera em nós, do que é produção e do que é resultado, do que é potência e fragilidade, do que é sentido, do que afeta, do que é afetado, de relações, ações e (in)ações, daquilo que pode inicialmente ser história minha, tua ou do teu vizinho, mas que se atravessa e, no contato com o outro, gera outra densidade de fala. Narrativas-densas de cotidianos da vida que produzem conhecimento de *outras*⁹ racionalidades, *outras* densidades, *outras* interpretações. Ao falar de *outras* perspectivas, toma a força da alteridade para gerar outras possibilidades de cuidar, de viver, de sentir, de produzir conhecimento, de inventar o corpo. E por isso, os capítulos que se seguem farão uma analogia aos territórios existenciais que percorri durante meu trabalho enquanto apoiadora em saúde, fisioterapeuta, profissional da saúde, mestranda em Saúde Coletiva, pesquisadora, mulher, Janainny.

Para iniciar a apresentação de *outras* olhares sobre o cuidado às pessoas restritas ao leito/domicílio que compõe este trabalho, afago-lhes com algumas palavras das fontes que aqui tentarei abordar. Penso que os modos de ver, para além da função fisiológica, requerem *outras* capacidades quando se trata de pensar no cuidado em saúde. Procurei

⁹ *Outras*: aqui me refiro à uma contrariedade ao saber vigente, objetivo e neutro. Este trabalho é apresentado com posicionamento ético-político, sem neutralidades e conclusões sob regime de verdade. Pretendo trazer *outras* olhares interpretativos, plurais, diante da heterogeneidade das narrativas, histórias e vidas que aqui serão apresentadas.

sentidos também na poesia.

Manoel de Barros, por ser considerado o poeta do *devir* (SILVA, 2010), “achava que a visão era um ato poético do ver” e que a “nossa visão é um ato poético do olhar” (BARROS, 2013). Com suas palavras inventadas, retrata, a todo momento, uma desconstrução do olhar viciado das coisas (in)significantes. O deslocamento do olhar, para o poeta, mostra invisíveis. Invisíveis não são inexistentes; apenas não estão ao alcance do olhar que, como se sabe, depende de uma certa sensibilidade de ver, da posição de quem olha e de sua capacidade de colocar-se no olhar de outros (no olhar e no corpo dos outros ...).

Ver e tornar natural, porque aparentemente material e sólido, também esvazia a potência do que é visto. Assim, da mesma forma, como aquilo que está “capturado”, viciado e “cristalizado” (FRANCO; MERHY, 2013) pode ser visto para além do visível e do palpável, ou seja, pode ser sentido através de um olho ou corpo vibrátil (ROLNIK, 2014). Sentir com o corpo vibrátil¹⁰, nesse caso, também constitui outras potências para o cuidado, na medida em que permite enxergar diferentes dimensões da existência das pessoas ou coletividades que requerem cuidado. O corpo vibrátil não é a dimensão biológica do corpo; é sua potência, seu devir. Por isso, como em Manoel de Barros, pode ser reinventado.

Para tal, não posso deixar de mencionar o desafio de se fazer *outras* ciências sem prestar resistência ao modelo hegemônico da contemporaneidade e a afirmação pelo saber que vem das experiências como uma forma credível de disputa ético-política de conhecimento social, que contribui para um diálogo de saberes para além da normalidade, com aposta na alteridade do se fazer pesquisa. Resistir também significa quebrar a escala de valores que sustenta a Verdade da ciência vigente, que se torna um ato ético e político de libertar a verdade do sistema de poder no qual está vinculada naquele momento, conforme nos lembra Foucault (1984).

¹⁰ Corpo vibrátil: Termo descrito por Suely Rolnik sobre a capacidade de afetação do corpo por meio das vivências e sensações, do aprendizado que as sensações, ao imergir-nos no campo das alteridades, causam em nosso corpo, transformando-o em aprendizado e em capacidade cognitiva-afetiva. É abrir-se para o mundo e deixar-se afetar por ele, é corporeificar o sentido do (in)visível sem dissociar-mo-nos do mundo, e sim de vibrarmos em conjunto às experiências do mundo, transformando nosso corpo através dos signos/sinais que se incorporam em nossos territórios existenciais.

Já mencionava Santos (2004) que o conhecimento normativo limita a visão do mundo e das experiências de modo a ignorar e descredibilizar tudo o que não segue a monocultura vigente, e propõe, como maneira substitutiva desse saber, uma ecologia dos saberes, que

“permite não só superar a monocultura do saber científico, como a ideia de que os saberes não científicos são alternativos ao saber científico. A ideia de alternativa pressupõe a ideia de normalidade...” (p. 791).

A ciência vigente despreza e desperdiça a experiência, nos lembra Santos (2004). Portanto, vamos seguir via narratividade por um mar de experimentações e de vivências, em que esta cartografia será apresentada em forma de narrativas-densas. Por cartografia, descrevo a implicação de se trazer ao plano da linguagem a inteligibilidade que o corpo (vibrátil), ao afetar e ser afetado, marca e cria novos sentidos e significados, caminhos e teorizações a partir das experiências que o cartógrafo vivência e capta (ROLNIK, 2014).

O cartógrafo se cria, transforma, quebra suas ilusões e analisa a si e ao seu entorno todo o tempo e, portanto, uma metodologia regrada e previamente estabelecida não se encaixa no platô cartográfico. Não se trata de projetar seu olhar sobre o “objeto” de estudos; senão de identificar o que ele produz em nós por meio do encontro. Sujeito e objeto se atravessam e se reinventam. A cartografia permite a elasticidade (ROLNIK, 2014). E não só se trata de um modo de pesquisa sem direção, muito pelo contrário, a cartografia permite percorrer caminhos que surgem no cotidiano à procura de pistas, entradas e conexões, criando rumos de investigação a fim de, então, produzir uma análise no campo da micropolítica e em suas implicações. O que não há na cartografia é a neutralidade, pois, de outro modo, a cartografia busca compreender as relações de poder, potência, despotência, afetos e conhecimentos em ato. O que afeta o cartógrafo significa algo que precisa ser elaborado, e é isso que a cartografia permite: um entrelaçamento entre pesquisador, pesquisado e campo, não há distinção, há trocas (PASSOS; BARROS, 2015). Minha formação me faz ter gosto pela ideia de movimento: a cartografia é produção em movimento!

Por isso, certamente não contarei aqui com questões previamente estruturadas, mas sim com o acontecimento em ato, das quais as narrativas que surgiram só aconteceram através de encontros. O conhecimento, nessa dissertação, se produz no movimento e pelo

encontro.

É no encontro que podemos dar sentido, ouvir, dialogar e trocar afetos, saberes e experiências. E é no encontro que a experiência de si constitui diálogo com outros contextos e se torna conhecimento significativo. Com isso, podemos dizer que as palavras compõem silêncios quando querem dizer algo. Silêncio, enquanto expressão comunicativa também pode significar relação de poder, assujeitamento. Nas relações de poder que ainda temos no contexto da atenção à saúde, ditar formas de cuidar, prescrever medicamentos e terapias, ordenar ou limitar um modo de fazer e viver a vida, acaba por silenciar as palavras de quem as ordens são ditadas (FRANCO; MERHY, 2013; FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011; FREITAS; MENEGHEL, 2008; FERLA, 2007; FOUCAULT, 1977; FEUERWERKWER, 2014).

O contrário acontece quando, ao se silenciar para melhor ouvir, com a ferramenta da escuta qualificada e com a intencionalidade de produzir atos de saúde baseados no desejo e necessidades das pessoas, o profissional da saúde se permite aprender e *afectar-se* pelo outro (FRANCO; MERHY, 2013; FREITAS; MENEGHEL, 2008; FERLA, 2007). Quando isso acontece, um bom encontro é passível de ocorrer, ampliando a potência dos afectos. Os silêncios se tornam afetos sentidos, produzem afecções e o corpo se expressa através de enunciamentos, expressões e *despalavras*.

A micropolítica do cuidado em saúde é um processo contínuo de relações (internas e externas) cotidianas da qual o cuidado acontece em ato expressos em acontecimentos (FRANCO; MERHY, 2013). É nela em que os atos de saúde operam, atos estes que podem gerar encontros potencializadores ou disciplinarizadores (FEUERWERKWER, 2014). A dimensão micropolítica do cuidado fala dos modos como o trabalho de cuidar se organiza em termos de tecnologias que são ofertadas, sobretudo como se toma a decisão de qual organização tecnológica será ofertada para cada pessoa ou coletividade.

Uma organização tecnológica embasada em tecnologias duras e leve-duras é a aposta da abordagem da biomedicina, que está associada ao exercício de uma forma de poder sobre o corpo individual e sobre o corpo social, já nos disse Foucault (1977). A disciplinarização dos corpos ocorre desencadeadamente de ações ordenadoras e

reguladoras, que tendem a padronizar indivíduos enquanto máquinas e corpos como coleção de órgãos, em funcionamento anátomo-fisiológico. Essa dominação de corpos pela saúde é bem expressa pelas instituições hospitalares, pela epidemiologia higienista e pelo modelo biomédico que compartimenta e racionaliza órgãos, corpos e, acima de tudo, desejos (FOUCAULT, 1977; FERLA, 2007; FEUERWERKWER, 2014).

É por isso que este trabalho trará abordagens *outras*, onde atores envolvidos (usuários) não poderão ser considerados apenas fontes de dados, pois deles se reconhecerá a condição de autores, cartógrafos e narradores. Quando trabalhadores e usuários são colocados como autores, em nível equivalente, e não só atores, somos instados a sermos produtores de conceitos em ato. É um processo subjetivo de potência narrativa. Potência narrativa que nasce da relação de alteridade com o outro.

Neste pensamento Merhy (2011) nos traz que:

“Relatar nessa circunstância é narrar do seu lugar de narrador o que e quem é o outro, aí acontece que quando vamos construir a “história” de alguém pelas narrativas dos muitos que podem falar sobre ele, o que vemos é a construção de muitos ele. Isso implica na necessidade de reconhecer que estamos diante de um ele-multidão o que nos impede de simplesmente considerá-lo um caso, pois esse é uma representação sobre o outro e isso não se confirma na construção do outro como multiplicidade, que os outros produzem dele e ele de si, pois esse também tem muitas narrativas sobre si mesmo.”

Compreender que uma pesquisa cartográfica é, sobretudo, implicação, nos leva a refletir acerca das caminhadas e interrelações presentes antes, durante e depois do ato de pesquisar. As segmentalidades que se atravessam e colocam em discussão os processos micro e macropolíticos são os novos preceitos da avaliação em saúde. Com isso, uma investigação avaliativa deve colocar todos os envolvidos na condição de pesquisadores *andarilhos* e ter o objetivo de reduzir iniquidades conforme a investigação de uma realidade social que é viva e atravessada por ideologias e componentes de diversas ordens, bem como conter elementos participativos que levem à tomada de decisão (AKERMAN, 2015; MINAYO;

ASSIS; SOUZA, 2005). Por isso, a cartografia, constituída por meio de narrativas-densas, será metodologia-base para a realização deste trabalho, entrelaçadas à análise de percursos e ofertas de cuidado guiada pelos usuários – usuários-guias¹¹.

A narrativa-densa, conforme apontado por Morawska-Vianna (2007), aposta numa produção de memórias não-identitárias e normatizantes, nas quais o saber lógico-científico se embasa para produzir verdades/certezas encobertas de objetivação e disciplinarização. As narrativas, então, permitem conexões entre os narradores e o mundo, onde as subjetividades afloram e a capacidade interpretativa produz significados diversos e não paralisantes. O resgate narrativo afirma a produção de vozes narrativas que refletem uma coletividade pré-existente, que é livre, legítimo e produz movimentos.

Por esta razão, acredito que as narrativas-densas surgem como potência criativa e inventiva da produção de conhecimento que vem da vida, dos coletivos, do saber popular, onde todos são narradores. Não há, portanto, hierarquias entre quem narra, quem lê, quem escreve e quem aprende; tampouco esses lugares são fixos. Tudo se baseia em trocas e experimentações.

Para melhor explicar o “objeto” de estudo, é necessário ainda problematizar sobre o cuidado em saúde e suas dimensões micro e macropolíticas. Irei percorrer caminhos de usuários que se encontram acamados, domiciliados por condições diversas. Condições, essas, que configuram um problema de saúde pública real e atual.

O cuidado realizado em domicílio ou em outros locais fora dos muros dos serviços demonstra uma nova modelagem de cuidado, para além da institucionalidade (FEUERWERKER; MERHY, 2008), sendo, portanto, importante mecanismo de produção de linhas de cuidado que buscam garantir um acesso integral à estas pessoas. Feuerwerker e Merhy (2008) ainda descrevem a importância da desinstitucionalização e da substitutividade

¹¹ O usuário-guia surge enquanto parte da cartografia para se narrar o cuidado e os caminhos que este percorreu, permitindo compreender os movimentos de acesso e barreira presentes nos serviços, as linhas de fuga, os fluxos, as conexões e outras formas de cuidado, resistência e existência deste mesmo usuário, que também pode representar uma multidão. Logo, o usuário-guia é também pesquisador e todas as relações/conexões que este busca, experimenta e recebe para seu cuidado e para ampliar seu modo de viver também se tornam fonte de pesquisa, se torna cartografia (GOMES; MERHY, 2014; EPS EM MOVIMENTO, 2014b), se torna história, se torna narrativa.

para a realização de um cuidado integral, resolutivo, redutor de iniquidades e em defesa da vida. Ainda que tenhamos atualizados os enunciados sobre a potência micropolítica do cuidado, estudos questionam se há, de fato, uma ampliação das tecnologias relacionais entre quem cuida e quem está sendo cuidado ou se essas formulações ainda estão no plano das intenções.

Portanto, temos que trazer à cena o domicílio, a casa, como ponto da rede de cuidados e refletir sobre o modo como se organiza o cuidado nesse “território”. Assim, para o planejamento e implementação de políticas que sejam *poderosas para descobrir as insignificâncias*¹², os produtores de políticas públicas devem entender e atender às necessidades de saúde e de vida das pessoas que enfrentam esta condição sanitária. Creio que a importância maior dos estudos deva tirar de centro a identificação dos usuários e suas limitações de capacidade física, ou suas situações clínicas e epidemiológicas, e sim, ampliar a visibilidade ao *modus operandi* do cuidado, com a narrativa do usuário e as relações presentes neste contexto, levando em consideração o saber popular e as experiências de vida sujeitas a qualquer pessoa.

Veja bem, não se trata de negligenciar as condições epidemiológicas e clínicas de saúde, mas sim de compreender a realidade sanitária de pessoas que são atravessadas pelo campo da vida, onde cada corpo é mais que um conjunto de células, tecidos e órgãos, cada corpo é uma história com dificuldades e potências plurais que não se encaixotam em números de estatística. Portanto, a questão investigadora desta dissertação está em “Quais (des)encontros, histórias e *affectos* permeiam o cuidado aos usuários em situação de restrição domiciliar no contexto da Atenção Básica?”.

A questão acima não pressupõe que trarei respostas completas ou novas verdades absolutas, mas que, para além das práticas instituídas do cuidado, tentarei, ao menos, problematizar as experiências do meu corpo frente às trocas com as pessoas que encontrei, inclusive, a disputa de olhares que permeiam o instituído e o instituinte no cotidiano vivo do trabalho, através das narrativas de vida que os usuários-guias me permitiram vivenciar.

¹² Manoel de Barros enfatiza que “poderoso mesmo é aquele que se deixa descobrir coisas ditas como insignificantes”, em Tratado Geral das Grandezas. Aqui, me refiro às políticas públicas que sejam potentes para enxergar às margens, para além da epidemiologia e da vigilância.

Voar sobre o território, descobrir o desconhecido e capilarizar olhares, são estes os maiores desafios deste estudo. Logo, para que houvesse menos perdas em meio às linhas duras e flexíveis, utilizei do instrumento do *Caderno de Andarilho*¹³, uma ferramenta que dá uma nova função para o Diário de Campo desta cartografia.

O Caderno de Andarilho representa, neste contexto, um diário de campo. Nele foram registrados todos os encontros e implicações da pesquisadora durante este processo, e serão apresentados junto aos resultados com a finalidade de auxiliar a compreensão destes, as miudezas e as singularidades da potência do agir-pesquisador. Onde foi realizado um contínuo exercício de desmarcação, de desterritorialização e reterritorialização por parte da pesquisadora-apoiadora-fisioterapeuta-mestranda.

Logo, esta ferramenta compôs a cartografia da pesquisadora-apoiadora-andarilha referente aos seus olhares de pássaro durante todas as fases do estudo e dos encontros que ocorreram no cotidiano. Desta maneira escutar, ver, ouvir e afetar foram as ferramentas de trabalho do estudo, e o corpo da pesquisadora também se torna, portanto, objeto de aprendizado, no qual os efeitos gerados nos encontros e nas narrativas que surgiram foram captadas no caderno de andarilho.

Diante disso, seguiremos uma contextualização do(s) território(s) e das equipes que fazem parte deste estudo e a apresentação das narrativas-densas de três famílias dos usuários-guias escolhidos junto às equipes de Saúde da Família. São eles: a Família Galanta, onde mãe e filha em uma relação um tanto singular buscam por cuidado pela rede de São Bernardo do Campo e são atravessadas por encontros de potência e despotência que nos fazem refletir também sobre o cuidado em Saúde Mental; seu Val, que se encontra em restrição domiciliar (acamado) devido a um Acidente Vascular Cerebral, e dona Cidinha, sua esposa e cuidadora, que nos guia, por sua narrativa, os caminhos que percorreram para o cuidado de seu esposo, apontando a importância de se olhar também para o cuidador; e seu Zé, que se encontra restrito após uma amputação de membros inferiores decorrente de uma diabetes descompensada e que usa de seu corpo-potência para ampliar sua rede afetiva.

¹³ Em suas poesias, Manoel de Barros traz o “Caderno de Andarilho” que ele mesmo carrega em suas jornadas inertes de suas aventuras, das quais escreve e descreve o que sente, vive e vê.

Entre uma história e outra, as narrativas serão brevemente problematizadas a fim de guiar o leitor para as conclusões/afecções deste estudo, trazendo à tona uma discussão sobre cuidado, modelagens tecnoassistenciais em saúde, corpo e fisioterapia.

Por isso, caro(a) leitor(a), sente confortavelmente, se ajeite e seja bem vindo(a) ao mar de histórias que iremos contar. Permita-se fazer parte dos objetivos deste estudo, e emaranhe-se no afetar, interpretar e tirar suas próprias conclusões sobre como o mundo do trabalho em saúde afeta e é afetado por narrativas que contam sobre nós e que fazem parte de nossas vidas¹⁴.

¹⁴ Para a realização deste estudo, o mesmo foi previamente aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, respeitando os aspectos éticos, onde os usuários assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

3. “VOCÊ ESTÁ NO MELHOR CAMINHO. VOCÊ CHEGARÁ AO SEU DESTINO EM 29 ANOS”: OS CAMINHOS QUE LEVARAM OS PROFISSIONAIS DO SUS ATÉ À CASA DAS PESSOAS

Brasil, país constituído por histórias de escravidão, de invasão, de hierarquias, de explorações. País que precisou criar resistência para promover existências. Existências *outras* que perpassam linhagens, sobrenomes, heranças, raças. Nosso país apresenta uma história de lutas populares para as conquistas de direitos básicos, direitos para todos, mas também de violência e preconceito. Assim como o direito à saúde, que não foi dado, foi conquistado a partir das formulações da 8ª Conferência Nacional e, há 29 anos, na Constituição Federal. Nas ruas, nos coletivos, diante das exigências sociais apresentadas na Reforma Sanitária com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi que conseguimos o direito à saúde reconhecido na lei. Foi pelo SUS que os *outras*, aqueles não pertencentes à classe social dominante, tiveram conquistado o direito de serem cuidados. E o SUS, desde então, tem passado por diversas reformas e estratégias de ampliação, tudo para manter em prática o direito universal, o nosso direito (FEUERWERKER, 2005). Seu percurso de implantação, como política pública formal, tem 29 anos, embora sua concepção tenha iniciado antes e sua formulação, na prática, continue sendo disputada no cotidiano.

Em um momento de árduas manifestações, rostos pintados, gritos que não mais se calavam, a luta da saúde como direito humano no país permitiu que se pensasse em novos arranjos entre os atores envolvidos nos serviços e na gestão, ampliando o olhar destes para a ideia de cidadania e de um agir em saúde pautado nas interrelações. Surge, a partir de então, o controle social, enquanto uma diretriz representativa de um novo modo de se fazer participação em saúde e cidadania no país. Formas de expressar a participação dos diferentes atores sociais existiam previamente, mas a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8142/90), os Conselhos de Saúde são constituídos legalmente como controle social. Muitas vezes, são colonizados pelo discurso biomédico ou pelos interesses vigentes; muitas vezes, representam a inovação no pensar e no fazer. O que é relevante, aqui, é que o espaço de participação foi constituído legalmente.

Nosso sistema de saúde encorajou novos debates e deslocamentos que ampliaram a potência do agir do(s) envolvido(s) e valorizou esse novo modo de produção de cuidado centrado na dimensão singular de cada um, constituída pela subjetividade e que compõem multiplicidades. No entanto, como nem tudo são flores, o nosso SUS ainda encontra-se em construção e atravessamentos diante dos modos hegemônicos de fazer políticas públicas e disputas tecnoassistenciais operantes no cotidiano (FRANCO; MERHY, 2016; FEUERWERKWER, 2014). Disputas estas que colocam nossa maior conquista em constantes conflitos de gestão e operacionalização dos modos de se cuidar, onde sua filha pródiga, a Atenção Básica, é atravessada pelos diferentes interesses que disputam vigência no cotidiano das políticas.

Descrevo a AB como filha pródiga porque é onde o SUS se põe em contato, literalmente, com a organização familiar, o lar e o território onde vive cada brasileiro e cada brasileira. É dela que se espera as características mais leves do sistema, através de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com ações individuais e coletivas, pautadas no território onde as pessoas vivem, onde a vida acontece. E dela que se espera atuar como porta de entrada principal e também como dispositivo de mudança mais importante da modelagem tecnoassistencial vigente, no padrão da biomedicina (entendida como a medicina científica ou a medicina moderna, nos termos descritos por Foucault). Há mais de duas décadas atrás, a AB foi reestruturada e reorganizada através da implantação do Programa de Saúde da Família, hoje denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF). É prioridade do SUS e se realiza por meio do trabalho em equipe, voltado para o usuário no território onde vive e produz sua saúde (BRASIL, 2012).

Bem, para reforçar a ideia da integralidade, que requer integração dos serviços, à Atenção Básica é atribuída a responsabilidade do território e também de conectar pontos de atenção no território e em Rede de Atenção à Saúde (RAS), que surge, devagarzinho, tomando espaço para se tornar estratégia de desfragmentação do cuidado e da gestão no país (BRASIL, 2006). As redes são estratégia, para que a potência do cuidado se fortaleça nas trocas e em linhas de cuidado que se atravessam, moldam, tecem e se emaranham no

cotidiano. Um emaranhado de afectos, *devires* e ações de cuidado que proporcionam novos encontros, em novos territórios de prática. O trabalho no interior dos serviços e redes deveria responder às políticas e dispositivos formais, mas estar centrado na potência dos encontros, na sua dimensão micropolítica.

Estas construções registradas nas leis e nas políticas oficiais produziram tensões nos arranjos gerenciais do sistema público de saúde, através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Citamos o direito universal ao acesso, a integralidade, a equidade, a participação social, a regionalização e a descentralização dos serviços, que provocam a organização do sistema de maneira a respeitar as individualidades locorregionais dos territórios e a produção subjetiva singular de pessoas e grupos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2006).

Com isso, cada região pode desenvolver e operacionalizar as ações conforme as necessidades mais fluentes de suas coletividades (BRASIL, 1990b) no intuito de promover ações em saúde que contribuam para o cuidado através dos condicionantes biopsicossociais, culturais e epidemiológicos e que se estruture nas RAS (BRASIL, 2006). Entretanto, a diversidade territorial também se expressa por variações nos interesses, nos compromissos e no trabalho do cotidiano do SUS. O que quero destacar aqui é a potência do conjunto de princípios e diretrizes na direção de um cuidado mais integral.

O que denominei de potência, podemos exemplificar com a história da família Galanta, que se constitui por uma relação de mãe e filha que vivem juntas e, literalmente, isoladas, mesmo ocupando um território de referência em São Bernardo do Campo, São Paulo, de onde emerge o empírico da nossa pesquisa. A sra Galanta tem uma história de vida carregada por abusos sexuais e emocionais, que gerou uma gestação indesejada de uma criança que nasceu com paralisia cerebral. Essa criança, hoje já adulta, vive restrita ao domicílio devido às condições biopsicossociais que culminaram a isso, seja pela limitação física de nunca ter aprendido a andar; seja pela limitação respiratória, pois depende de oxigenioterapia devido aos agravos adquiridos pela condição da doença; seja cognitiva, devido às limitações originadas do dano cerebral ao nascer; psicológica, pois a mesma vive uma situação de sofrimento psíquico grave e em total dependência da mãe; e a limitação

social, devido às condições socio sanitárias de acesso e transporte para uma pessoa que necessita de apoio estrutural para sair de casa, uma organização social para recebê-la em ambientes públicos adaptados e acessíveis, e uma sociedade não normativa que se molda para as singularidades.

Mãe e filha, que precisam de cuidados das mais diversas densidades tecnológicas e especialidades, transitam pela Rede de Atenção à Saúde para buscar maneiras de melhor viver ou, ao menos, para buscar cuidado. Pela Atenção Básica, através da equipe da Estratégia de Saúde da Família, ambas recebem cuidado, seja a partir de visitas domiciliares realizadas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários ou outros profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu território, seja por consultas agendadas para acompanhamento continuado e de rotina na UBS. Quando precisam de exames e atendimentos especializados, são encaminhadas pela equipe da UBS para laboratórios e profissionais de outras áreas de conhecimento. No caso da filha, fisioterapeuta, ortopedista, pneumologista, dentre outros. No caso da mãe, psicólogo, assistente social, psiquiatra, ginecologista... Essas consultas/exames ocorrem em outros centros de atenção.

Com uma certa frequência, a filha Galanta tem crises respiratórias e necessita de atendimento de urgência, é aí que o SAMU é acionado e a filha levada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro (PS) mais próximo, mediante o agravo e disponibilidade de vaga nestes locais. Em casos mais graves, quando a filha teve pneumonia, por exemplo, precisou ser internada em algum dos serviços da rede hospitalar local, transferida da UPA para uma unidade hospitalar especializada. Quando teve alta, a filha novamente recebe visita da equipe de saúde, normalmente agendada após aviso da Agente Comunitária que a acompanha para a equipe.

Outras vezes, dona Galanta, por seu sofrimento psíquico, entra em surto psiquiátrico e precisa de uma atenção mais de perto por parte da equipe de Saúde Mental, através de profissionais do Pronto Atendimento Psiquiátrico. Após o acompanhamento especializado mais intenso, sra Galanta ainda necessita de uma atenção especial, ofertada por uma equipe que compõe o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferece uma atenção mais continuada, até mesmo com algumas visitas domiciliares junto à equipe de Atenção Básica,

quando os laços precisam ser fortalecidos e a atenção mais delicada. E é dessa forma que se organiza e acontece a Rede de Atenção à Saúde do SUS para a população. E é aqui que os princípios da universalidade (acesso para todas as pessoas, de todas as condições), da integralidade (cuidar da pessoa por inteiro, em todos os seus aspectos biopsicossociais) e da equidade (ofertar mais para quem precisa de mais) podem ser verificados. Bem como a organização territorial, principalmente pela AB (territorialização) e a autonomia dos serviços e a articulação entre eles (descentralização) ilustram a teoria na prática cotidiana da vida das pessoas. Como se viu anteriormente, a descrição de serviços, de procedimentos ofertados e fluxos de encaminhamento, suficiente para descrever modelos assistenciais, não caracteriza suficientemente a modelagem tecnoassistencial disponível num determinado território.

Apesar destes grandes avanços em termos físicos e tecnológicos no SUS, existem disputas em nível local e relacional (micropolítica) e em nível estrutural, organizacional e operacional (macropolítica) que colocam desafios no exercício da cidadania dos usuários em busca de seus direitos e no exercício do trabalho voltado à integralidade para os trabalhadores e gestores que defendem o desenho do cuidado no SUS. Vejam, pois, que ainda existe nos serviços uma prática de cuidado ora capturada por uma lógica neoliberal de saúde enquanto mercadoria, ora como território existencial de redes vivas. Isso ocorre devido a um processo de trabalho maquinizado, focado no alcance de metas formais instituídas a partir de uma perspectiva gerencialista e pelo uso de protocolos rígidos, sem gestão compartilhada e sem ampliação da clínica, que geram constantes atravessamentos, em disputas são constantes entre gestores, trabalhadores e usuários (MERHY, 2000; FRANCO; MERHY, 2013; FEUERWERKWER, 2014). É muito frequente, atualmente, a ideia de que o cuidado e a gestão são organizados adequadamente quando respondem à racionalização dos gastos ou às “melhores evidências da ciência”. Essas são dimensões relevantes para a análise dos sistemas e serviços, mas não esgotam o olhar sobre o modo como o trabalho se organiza na perspectiva dos usuários e dos trabalhadores.

Quando, por exemplo, a sra Galanta acredita fielmente que sua filha precisa de uma quantidade de oxigênio (O₂) muito maior que a prescrita pela pneumologista, ela entra “em surto” na UBS solicitando uma consulta para que façam a alteração necessária, pois, caso

contrário, a filha dela “vai morrer”. A equipe, sabendo que o aumento do O₂ é nocivo para a filha e que a mesma não apresenta necessidade fisiológica para tal, tenta negociar com a mãe uma maneira de acalmá-la. Mas a sra Galanta não quer calma, ela quer uma consulta com a pneumologista. Nessa hora, os conflitos micropolíticos fervem uma relação claramente hierarquizada e protocolizada: não existem razões clínicas para atender à solicitação da sra Galanta, “*por favor, volte para casa*”. A equipe compreende o sofrimento psíquico da sra Galanta, mas aponta que se fizerem nova solicitação, todos perderão seu tempo, pois “*sem critérios clínicos, não há alteração, essas são as regras*”. O que se vê, com um olhar mais sensível, são ruídos¹⁵ que descrevem desencontros entre expectativas, entre ofertas e necessidades, entre um processo de trabalho centrado no usuário ou centrado na técnica. As necessidades de saúde da Sra. Galanta não são apenas de um organismo biológico “defeituosos”, são de uma complexidade subjetiva que formula demandas e interpreta ofertas, reivindicando visibilidade e acolhimento.

O que podemos observar nessa situação é que o modo de produzir saúde vigente é claramente instituído com base numa clínica biomédica e os usuários são vistos e tratados como agentes passivos de sua própria trajetória (“pacientes”), onde seu saber é ignorado e seu corpo é desprovido de potência (devir). A história da família Galanta é só mais uma das que vivenciamos cotidianamente no trabalho e que, com muita frequência, não geram autoanálise das equipes e outros conhecimentos; apenas estereótipos.

Para continuar a história do cuidado oferecido à família Galanta, necessito apresentar, ainda, um pouco da atual constituição do sistema de saúde de São Bernardo do Campo, que iniciou-se com uma desconstrução do que era instituído anteriormente, no ano de 2009, através da ampliação e reestruturação de instalações físicas das Unidades Básicas de Saúde que constituem a rede da Estratégia de Saúde da Família, e das UPA. Estes pontos de atenção, divididos em 9 territórios distintos, compuseram o processo de territorialização municipal, no ano de 2010 (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013).

¹⁵ Ruído aqui denota os marcadores indiretos das relações, dos quais podem ser captados a partir de um olhar questionador (MERHY; ONOCKO, 1997)

A partir de então, o processo de cuidado foi elaborado através de linhas de cuidado, em que a atenção à pessoa em situação de restrição domiciliar se inclui na linha das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Para tal, o município implantou, entre 2009 e 2016, o Programa de Internação Domiciliar (PID), inaugurou 9 UPA, sendo uma por território adstrito, reorganizou a Atenção Especializada com a implantação do Centro Especializado de Reabilitação (CER) e de duas Policlínicas com atendimentos especializados multiprofissionais, inaugurou um Hospital de Clínicas Municipal, reformou e ampliou o Pronto Socorro Central do município, e ampliou e qualificou a Atenção Básica. Basicamente, SBC construiu a Rede de Atenção em Saúde (RAS) (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2013).

Durante meu acompanhamento nos caminhos da RAS municipal, inúmeros encontros e desencontros com profissionais e usuários me permitiram afetos, indagações, preocupações e trocas intensas. Enquanto apoiadora em saúde e fisioterapeuta, percorrer o cuidado às pessoas em restrição domiciliar foi mais fácil, pois também fizera parte da rotina complexa do meu trabalho.

Na Atenção Básica, através da ESF, muitos profissionais fazem parte do cuidado no território, junto às casas das pessoas. São Bernardo do Campo, especificamente, conta com equipes formadas por médico de família ou generalista, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, dentistas, técnicos de saúde bucal e técnicos de enfermagem, psicólogo, farmacêutico, assistente social, ginecologista, pediatra, psiquiatra, equipe administrativa e de recepção, gerente e o apoio da equipe de apoiadores em saúde com profissionais de diversas áreas do conhecimento. Algumas Unidades Básicas possuem mais ou menos profissionais, conforme demanda, necessidade territorial e, infelizmente, a dificuldade do acesso e aceitação de profissionais em atuar em comunidades mais afastadas e vulneráveis. Exemplo disso se dá no território em que atuo.

Dentro a organização territorial do município, São Bernardo conta especificamente com 9 territórios de saúde, onde cada um possui uma média de 3 a 4 UBS, com 3 a 5 equipes mínimas em cada, somados a profissionais que não fazem parte da equipe mínima e atuam na própria UBS. Ademais, cada território possui uma equipe de apoiadores em saúde, na qual me incluo. Iniciei meu trabalho junto a um profissional da educação física, uma

psicóloga e uma cientista social. A equipe de apoio que atua nesse território, portanto, contava com 4 profissionais.

No território em questão, existem 3 UBS com 10 equipes de SF. Uma dessas, a UBS mais central, Demarchi, é composta por uma população de classe média/classe média alta, rodeada de condomínios e pequenos sobrados. Esta UBS é a que possui maior quantitativo de profissionais e de especialidades. Na internet é fácil encontrar o histórico desse bairro tradicional do município, cujo pertenceu à Capitania de São Vicente e foi cedido por um rei de Portugal nos primórdios da região denominada São Bernardo. Essa informação é importante para compreendermos aspectos culturais e sociais da região e o quanto essa se diferencia das demais UBS do território. A classe média local, após a crise financeira, perdeu seus empregos e convênios médicos, acionando a UBS com exigências especializadas, criteriosas e individualistas, principalmente pelo grande quantitativo de idosos com doenças crônicas existentes na região que estão alocados nas casas e apartamentos de seus filhos. É nesse território que vive a família Galanta.

As outras duas UBS da região possuem outra conformação bem diferenciada da primeira. São mais afastadas e, quanto mais longe, menor é o quantitativo profissional e as variedades de oferta. O que nos faz indagar sobre critérios de equidade, que discutiremos em breve. Uma dessas UBS está localizada em um bairro mais vulnerável, Batistini, com casebres, ocupações e invasões de fábricas abandonadas. Este, por exemplo, não possui uma história a ser contada quando se pesquisa na internet e apresenta um alto índice de violência, tráfico e vulnerabilidade.

Diferente da UBS Represa, local mais afastado ainda da região central, da qual é preciso pegar rodovias e estradas, literalmente após a represa local, para seu acesso. Chegar ou sair do Represa é sempre um trabalho árduo, quase impossibilitado de se fazer sem meio de transporte público ou privado. Essa região, portanto, possui outras formas de vulnerabilidades, onde todos os problemas que surgem dali não saem dali. E por estes motivos este é o local em que menos possui profissionais na equipe, justificada por qualquer um que você pergunte sobre que “ninguém quer trabalhar ali”. E isso foi observado de fato nos primeiros contatos com o território. Em um ano, já foram trocados 4 médicos e 3 enfermeiras, e a pediatra, a assistente social, o psiquiatra e a ginecologista

pediram transferência ou demissão. Um dos médicos, literalmente, fugiu. A UBS Represa é a única do território que não possui ginecologista, psiquiatra, assistente social e pediatra, e ao mesmo tempo está na região com maior número de puérperas, gestação na adolescência, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis, violência doméstica e pacientes com transtornos psiquiátricos.

Cada UBS se configura de uma forma integrada ao trabalho dos apoiadores, onde todos são acessados, ainda que com uma dinâmica diferente em cada situação. No caso do cuidado a pessoas em restrição domiciliar, as doenças crônicas não transmissíveis são as que explodem em demandas ao núcleo profissional da fisioterapia, ainda que minha função seja a de apoio e, em especial, é na região Demarchi onde mais sou solicitada para matriciamento e visitas domiciliares, devido ao quantitativo de idosos e de pessoas com doenças crônicas que, nas consultas já chegam apresentando seus diagnósticos, pedidos de exames e encaminhamentos e os profissionais especialistas das quais, segundo eles, “devem passar”. A fisioterapia é um deles.

Foi pelo convite em apoio ao cuidado em fisioterapia que conheci os usuários-guias deste estudo. Mas antes vale a pena uma breve narrativa de um dia no cotidiano de uma equipe de Saúde da Família, para, então, seguirmos às visitas e aos movimentos.

4. MESMO TERRITÓRIO GEOGRÁFICO, DIFERENTES INVESTIMENTOS - RUÍDOS ENTRE PRÁTICAS E SABERES

Seguindo o caminho para a UBS como faz rotineiramente, Alice com seu sorriso no rosto já chega cumprimentando a todos na Unidade. Ela que é inquieta e falante, mas ao mesmo tempo, uma observadora que guarda muita coisa para si, é bem quista pelos colegas de trabalho na maior parte do tempo.

É uma sexta-feira, 8 horas da manhã, vão chegando alguns profissionais na UBS Demarchi, uma enfermeira passa pelo guarda, os dois se cumprimentam: *“Bom dia, pro dia mais alegre da semana, sexta-feira! Graças a Deus”*, risos e um suspiro: *“É, graças a Deus”*. Chega então, uns 20 minutos depois, um dos médicos da unidade, a passos largos, rápidos, cabeça baixa, jaleco branco, camisa social, óculos de grau, pasta de couro nas mãos, estetoscópio no pescoço. *“Bom dia, doutor!”* diz o guarda. O *“doutor”* olha pro lado, como quem se coloca em uma situação de ser obrigado a responder, mas não abre a boca, apenas puxa um sorriso discreto no canto da boca e ergue um pouco a cabeça como quem diz: *“Aham, pra você também”*. O trabalho na sexta-feira parece acumular desgaste por toda a semana e pressupor que o cansaço da semana logo logo irá acabar, pois a parte capturante do trabalho, por muitas vezes maquinizado e exaustivo, em algumas hora dará uma pausa para quem se preze descansar nos dois dias seguintes, e por essa razão alguns profissionais adoram a sexta-feira. Menos o doutor, claro. Esse não gosta daquele trabalho em nenhum dia da semana. Impossível não ver, no modo como se relaciona com *aquele* trabalho, um conjunto de valores prévios, de desvalia do serviço público, do território e dos colegas. Um trabalho realizado sem investimento produz uma afecção paralisante, seja para si ou seja para a possibilidade de conexão com o trabalho dos demais colegas.

Imediatamente, Alice cochicha em meu ouvido, como quem quer fazer uma piada às escondidas: *“Lá vem o Dr Encaminhador com sua pasta de couro lotada de mau humor”*. Este, *Dr Encaminhador*, alto, branco, grisalho, magro e com um sobrenome de difícil pronúncia, é um médico generalista que se diz cansado de ser *“mandado”* pelos pacientes e sempre pouco disponível para todos por ali.

Em uma das reuniões semanais de sua equipe, a enfermeira, em alto e bom som pergunta: “Doutor, o que vamos fazer com esse monte de pacientes na fila de espera da ortopedia em que a gestão mandou a gente dar um jeito?”. E, calmamente, o Dr Encaminhador responde: “Você eu não sei, mas eu continuarei fazendo o que os pacientes querem: encaminhar para um especialista, carimbar e assinar. Eu não vou entrar nessa briga. Se a gestão quer tirar eles da fila, ela que o faça”, soltando uma risada como se esta fora a piada mais divertida que ouvira há anos. Alice fez uma cara feia, como de quem não gostou muito do que ouviu, me fez pensar que o espaço relacional (de expressão das tecnologias leves) do trabalho está contaminado por valores que não abrem espaço para o trabalho em equipe integrada ou para a escuta qualificada das necessidades de saúde das pessoas e das coletividades. Parece que se forma um fluxo em que a unidade básica é somente porta de entrada para a assistência especializada e que esse fluxo contínuo gera uma expectativa de que esse seja o melhor caminho. Como constituir a atenção básica como um lugar de resolutividade e que seja lugar de cuidado?

Vamos aqui fazer um parênteses e pensar alguns ruídos que emergem nas cenas descritas até aqui. Há uma questão visível na relação que o profissional médico estabelece com seu trabalho e, por extensão, com o contexto onde o trabalho se realiza. Da mesma forma, surgem ruídos em relação ao formato do trabalho em equipe e, por fim, uma tensão relevante entre o trabalho do profissional e o trabalho de gestão.

Me pergunto o que faz o médico assumir tal postura? Será que ele acredita estar ajudando as pessoas ao fazer o que “elas pedem” no consultório? Ou será que ele quer “se livrar de uma bucha” e fazer um trabalho isento de subjetivação e corresponsabilidade? Talvez possa ser as duas coisas! Quando tento problematizar a questão, Alice me faz lembrar imediatamente sobre as reflexões de Foucault (1977) em “O nascimento da clínica”, que aponta as “verdades” que surgem diante dos regimes discursivos advindos de uma racionalidade médica cada vez mais dependente do conhecimento especializado e fragmentado para com a sociedade. Assim, refletimos que o Dr Encaminhador influi frente ao ato de “passar adiante” os problemas de saúde dos usuários que o buscam, justificado pelo suposto desejo dos mesmos. Suposto desejo porque o que as pessoas buscam não é um

cuidado fragmentado, e sim um olhar para elas que ultrapasse a medicina biopolítica¹⁶. É claro que as pessoas também almejam momentos especializados, tanto por necessidade, ou por influência do “prestígio” dado às tecnologias leve-duras e duras e pela centralidade do cuidado em ações médicas, evidenciando a supremacia desta classe (MERHY, 2002; FERLA, 2007). As necessidades de saúde são constituídas por uma tipologia de questões que não são somente resolvidos pela especialidade fragmentária, mas aqui parece que se trata de uma necessidade que também é compartilhada por parte da equipe. Faz-se um ciclo vicioso em que para que os usuários circulem, são encaminhados para a atenção especializada, e eles, por seu turno, vão constituindo uma aprendizagem que somente na atenção especializada conseguem resolutividade.

Pensando sobre a cara feia que Alice fez, o que nos surpreendeu na fala do Dr Encaminhador é a “verdade” que este produziu em seu discurso, induzindo a pensar que o que os pacientes desejam no cuidado são apenas encaminhamentos e exames. Digo “verdade” e entre aspas porque segundos após a fala do médico, vários profissionais sorriram e sacudiram a cabeça em sinal de concordância e a enfermeira, na melhor das intenções disse: *“É doutor, eu sei... pior que é verdade. Os pacientes já esperam tanto, se a gente disser a eles que vão sair da fila, eles vão surtar!”*. Ao mesmo tempo em que esse pode ser parte do desejo, essa “verdade” fala também do quanto aquele lugar produz expectativas de cuidado nos usuários. Então, a tensão surge no ar.

Um minuto de silêncio. Alice, se desdobrando na cadeira como se tivesse formigas subindo por ali, abriu a boca para questionar o problema, mas foi interrompida por uma agente comunitária que disse: *“mas essas pessoas estão esperando há muito tempo. Algumas, anos. Talvez elas nem precisem mais do ortopedista, ou já conseguiram outros meios, e tem aquelas que vão no ortopedista e ele só passa analgésico, que depois acaba e o problema volta. Eu conheço várias. Acho que o doutor tem que tentar ajudar essas pessoas*

¹⁶ Biopolítica é o termo apresentado por Foucault para referir-se ao saber que se projeta sobre a vida, a partir do conhecimento que se desenvolveu no final do Século XVII, quando retrata o histórico da medicina moderna. A medicina se apresenta como política de estado a partir das experiências da Polícia Médica alemã, da Medicina Urbana francesa e da Medicina da Força de Trabalho inglesa. . Dessa forma, o poder delegado pelo estado se exerce sobre os corpos e sobre a vida das pessoas que a medicina impera diante do discurso normativo da espécie humana infere numa política de controle da população (FOUCAULT, 1984)

aqui”. Silêncio total. Teria ali se instaurado um momento de reflexão sobre nossos atos no trabalho? Alice queria que sim.

Simpática, destemida e sem papas na língua, a ACS em questão, Madá, é daquelas que podem se tornar *pedra no sapato* de quem não quer ter como centro do cuidado a integralidade e a humanização, principalmente daquela população. O modo como os profissionais lidam com as demandas dos usuários fala também da sua relação com as pessoas que vivem naquele território e ela vive ali! Sabe aquela pessoa que fala com as mãos, que se expressa com o corpo e que sua presença causa impacto? Essa é a impressão causada por Madá. O seu trabalho, naquela unidade e naquele território, representa mais do que o cumprimento de carga horária ou o desempenho de um script fixo. Esses dias ela mesma me disse que anda incomodada pelas cobranças que recebe para alimentar o sistema de informações sobre seu trabalho, diz que se quiser pode simplesmente inventar um número, fingir que faz tudo e mais um pouco:

“Não é nisso que eu acredito, Jana. Não são os números que vão dizer o que eu faço, o que eu sou. Eu amo isso daqui, eu amo meu trabalho, mas ultimamente tá difícil aguentar as cobranças da informatização. Eu não trabalho com números, com dados, eu trabalho com pessoas! Como é que eu vou lançar no sistema que numa tarde eu fiz uma única visita? No sistema não tem onde eu colocar que nessa visita eu fiquei mais de duas horas ouvindo a mulher chorar porque acha que o marido está traindo ela! Não tem CID pra isso, eu vou inventar que ela é caso de Saúde Mental? Onde eu vou classificar ela?”

As perguntas de Madá explicitam um saber afetivo que localiza seu lugar epistêmico, enquanto trabalhadora da saúde; prevalece um sujeito implicado que coloca as relações em primeiro lugar no reconhecimento da alteridade, da subjetividade e do outro (MERHY, 2004) como forma de produzir seu trabalho e de produzir-se como trabalhadora. A conexão forte de si com seu trabalho torna o trabalho também como aprendizagem e requer sentido e possibilidade de criação. Novamente focando a configuração tecnológica do trabalho, há tecnologias leves e trabalho vivo em ato, no lugar que poderia ser de alienação e desinvestimento, como na situação anterior. Conversamos um pouco e achamos melhor fazer uma trégua com a informatização, afinal, não precisamos separar dados oficiais das informações da vida, basta um ser aplicável ao outro, ser útil no cotidiano vivo do trabalho.

Bem, quando falo aqui de território (aquele que não é apenas geográfico), não posso deixar de lado a importância do mesmo enquanto lugar onde a vida ocorre, onde se fabricam planos existenciais (ou não) através das relações e produções inventivas. Madá nos mostra viver num território existencial diferente do médico, mesmo que ambos se encontrem cotidianamente no mesmo espaço físico.

Como vimos aqui (e perceberemos ainda mais isso nas narrativas a seguir) a Atenção Básica (como parte deste território) e os profissionais deste lugar são essenciais para a estipulação (ou não) de um projeto ético, político e cuidador para quem ali vive, pois existem:

“vários possíveis territórios de modos muito singulares, tomando essa construção como algo subjetivante. Território, então, é existencial e situacional. Tem muitos sentidos e o é em produção. Dessa forma, os usuários tomam para si, de um lado, o território como geográfico, socialmente constituído como referencial, no que lhes faz sentido.”
(FEUERWERKER; MERHY; SILVA, 2016)

E é neste plano de território (existencial) que os usuários-guias nos ensinam sobre o sentido de cuidado em seus corpos, donde podemos começar com seu Val e dona Cidinha, na narrativa que se segue.

5. LÁ EM CASA, CÁ ENTRE NÓS - MOVIMENTOS QUE ACONTECEM NO MESMO ENDEREÇO

Passados alguns dias daquela reunião extenuante, Madá me aciona para uma visita domiciliar (VD) de uma família, onde o esposo é acamado e a esposa, sua cuidadora, em situação de exaustão, encontrara-se deprimida, o convite foi dado para que eu pudesse aplicar *“as sementinhas na orelha”*, a auriculoterapia. Um convite que se apresentou como um desafio para co-produção de um cuidado mais denso para aqueles usuários. Convite compreendido e aceito, chamamos Alice para ir junto. Seguimos para a casa de Cidinha.

São 9 horas da manhã, e mal chegamos à esquina da rua combinada, lá estava a ACS de prontidão nos esperando. Caminhamos juntas, naquela manhã ensolarada quando chegamos à casa de dona Cidinha e do sr Val. Madá bate palmas e já grita: *“Cidinha, sou eu!”*, e lá de dentro se escuta uma resposta: *“Calma, mulher, estou indo!”*. Percebo claramente ali uma relação aquecida pelo vínculo, que se exprime mais ainda quando dona Cidinha abre o portão e faz uma careta para a ACS e as duas riem. *“Essa aqui é a apoiadora nova que te falei, que também é fisioterapeuta!”*, me apresentam para Cidinha, que logo me abraça e me dá boas vindas: *“Entre, sintam-se em casa!”*. Aqui se inicia uma relação de mais de dez meses em que eu irei visitar muito mais aquele lar. A complexidade na produção de saúde e na gestão dos problemas de saúde que o tornam um território indesejado para alguns profissionais, me desafia como potência para pensar no cuidado.

Em sua casa, Cidinha nos conta sua história e de seu Val, com quem vive há mais de 3 décadas, em relação de cuidado com diversos atravessamentos, desejos e afetações. *“Não sabia que tinha fisioterapeuta na UBS e que podia vir na casa das pessoas! Que coisa boa!”* diz Cidinha para Alice, que já vai explicando com cautela que meu trabalho não era exatamente usar das técnicas de fisioterapia e reabilitação. Que estávamos ali, primeiramente, para ouvi-los e assim, juntos, pensarmos em formas de ajudar e cuidar da família, com ações a partir da UBS ou envolvendo outros serviços. Realmente não é fácil sair explicando o modo de trabalho do apoio para as pessoas. No começo, até eu me confundia um pouco. Falar de um trabalho fisioterapêutico que não se acopla direta e necessariamente

no personagem fisioterapeuta, num contexto de atuações identitárias e de disputas corporativas intensas é, mesmo, um desafio à linguagem e aos imaginários. Digamos que sou uma andarilha que forma conexões na rede de serviços de saúde e nas redes comunicativas, através dos encontros e que possibilita abertura para os acontecimentos: uma apoiadora de rede (BADUY; SANCHES; FERNANDES, 2016).

Sempre que tenho que me apresentar, o núcleo profissional é o que vem imbricado ao meu *saber-fazer*, onde as pessoas passam a me (re)conhecer enquanto fisioterapeuta, ou apoiadora-fisioterapeuta. É sempre um árduo trabalho ter que explicar minhas atribuições, principalmente aos usuários, que normalmente tendem a compreender que minha função é “ser fisioterapeuta em vários lugares, ajudando as equipes”, o que não deixa de ser, mas não se limita a isso, na verdade, isso é um dos menores trabalhos que tenho a fazer. O personagem do apoio é, mais do que tudo, um apoiador de rede, que aprendeu a expandir sua atuação profissional para além da identidade profissional. Ativar o pensamento em fisioterapia dos demais membros, refazer-me fisioterapeuta, deixar-me atravessar pelo profissional que existe em cada membro da equipe, constituir atravessamentos no domínio técnico de cada um, dialogar intensivamente com as necessidades de cada usuário e com as potencialidades da rede, ativar processos de educação permanente em saúde, trazer à cena do cotidiano do trabalho a reflexão micropolítica e as implicações e ações do fazer saúde, compor territórios, amarrar o cuidado, promover a integralidade do cuidado respeitando a equidade, fortalecer o SUS e qualificar a atenção... Enfim, constituir-me apoiadora, *dá trabalho*. Ainda bem que tenho uma equipe que sustenta suas práticas através de atos que levaram a compreensão do nosso fazer pelas equipes de saúde. Os profissionais da equipe tendem a compreender bem nossa função/atribuição, Madá é uma delas, Alice também. O imaginário profissional vigente não atua somente entre os profissionais dos serviços, mas, como produção social, se espalha sobre os usuários. Daí que deslocar imaginários, também é uma ação de saúde necessária à equipe e aos apoiadores¹⁷.

¹⁷ Ceccim e Ferla (2009) discorrem que o imaginário profissional levam à limitação do trabalho para as técnicas e procedimentos mais duros, advinda de uma formação que pouco amplia as capacidades profissionais para as instâncias psicossociais, numa estrutura acadêmica mercantilista. Em contraponto, a Educação Permanente em Saúde, através das experiências no cotidiano vivo do trabalho, vem para transformar o trabalhador da saúde em um profissional mais apropriado de cidadania.

Bem, voltando à casa de dona Cidinha, após explicarmos que não sou contratada como “fisioterapeuta” e que não iria até ali para fazer procedimentos fisioterapêuticos continuados e recorrentes, Cidinha continuou sorrindo, ao contrário de alguns pacientes que demonstram na face um ar de indagação quando explico. Cidinha diz que Madá já havia explicado mais ou menos, e que ainda assim estava feliz com nossa presença. A casa tem um clima agradável e acolhedor e Cidinha logo oferece um cafézinho. Já vai nos contando que não sabe mais o que fazer com a dor no cóccix de seu marido, que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) há 6 anos e que teve sequelas que o limitaram de sair da cama. Com uma expressão de cansaço, os suspiros ditos entre uma fala e outra, algumas lágrimas escorrem por seu rosto, alguns segundos de silêncio, outros com sorriso de canto, Cidinha vai reivindicando um espaço de escuta e intimidade instantânea, que demonstra estar aberta ao encontro, ao vínculo. Convida para uma relação de acolhimento e vínculo. A intensidade do cuidado que consegue fazer, requer que seja cuidada também.

Ser cuidadora não tem sido fácil, conta: *“Por horas acabo me esquecendo que sou esposa, que sou mulher. Eu cuido dos afazeres da casa e da saúde do Val, e meu filho trabalha para ajudar nas dívidas. Há 6 anos que eu não sei o que é cuidar de mim, há 6 anos me tornei a cuidadora do meu marido. O Val não fala com palavras, por causa da disartria, mas eu entendo o que ele diz, ele me responde sim ou não, e eu o conheço. Mas tenho que ficar ali, 24 horas atenta”*. Nós quatro nos olhamos e sem dizermos nada, compartilhamos pensamentos: não é fácil ser mulher numa sociedade patriarcal. A responsabilidade do cuidar e de gerir todos os aspectos da vida é implantada à mulher desde sua infância, através de ações simbólicas que vão conformando em nós a “delicadeza” e a “sensatez” de gerir lares e famílias. Não nos ensinam que essas atribuições podem e devem ser compartilhadas, ninguém nos explica que a carga mental de ter que gerir vidas alheias nos mata física, psíquica e emocionalmente (BEAUVOIR, 2009). Um trabalho cognitivo exaustivo e invisível que ativa modos de subjetivação do feminino: me esqueço que sou mulher. Cidinha nos coloca diante de um problema invisível no cuidado às pessoas em situação de restrição domiciliar: a “escravidão identitária” (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011, p. 305).

Então, após olhares empáticos entre nós e lágrimas de um sentimento calado no rosto de Cidinha, Madá segura sua mão e diz *“Estamos aqui com você, você não está*

sozinha". Neste momento não haviam profissionais e usuários na sala de Cidinha. Estávamos entre mulheres. Cuidar também é isso. Importante considerar, como faz a Política Nacional de Atenção Básica, o domicílio como "ponto de atenção" na rede, o que somente se torna potente para o cuidado se além de um "fixo", foi considerado como "fluxo"¹⁸, ou seja, se tomado pelo que tem de trabalho: a cuidadora, nesse caso. A rede de atenção, considerando o domicílio como "ponto de atenção", precisa reconhecer o cuidador.

Passado alguns minutos, Cidinha nos convida para ir ao quarto onde fica seu Val. Encontro uma maca hospitalar, um local todo arejado, ventilado, e seu Val usando uma fralda com um lençol por cima. Cidinha chega nele primeiro dizendo que a Madá estava ali e que tinha trazido a fisioterapeuta também, disse que fui conhecê-lo. Seu Val balbucia algumas palavras que dão a entender que está tudo bem. Ao ver Madá ele dá um riso muito alegre, seguindo no seu modo de comunicação. Nesse momento, Alice me olha com um sorriso afetuoso e fica claro para nós que seu Val e Madá possuem uma relação especial e sincera. *Vínculo*, nesse momento, passa de um conceito na literatura para uma ação laboral, constituída por tecnologias relacionais.

Conversamos um pouco com seu Val, um homenzinho branco das extremidades rosadas, acima do peso, sorridente, sincero e brincalhão. A primeira coisa que Val me diz, aos risos, é que ele está de regime, pois acha que está um pouco acima do peso, apalpando a barriga. Quando Madá havia perguntado o que seu Val andava comendo, Cidinha direcionou a pergunta para ele: "*E aí, Val? O que você anda comendo?*", e o deixou responder - ainda que ninguém ali entendesse. A comunicação, bastante gestual, é difícil e me sinto um pouco constrangida por não entender sua fala, mas com muita tranquilidade dona Cidinha "traduz" o que ele expressa e Alice me ajuda na interpretação me apontando alguns sinais, expressões. Após alguns momentos de apresentações e conversas, Cidinha nos convida para ir para a sala novamente.

Na sala, Cidinha começa a nos contar sobre o quadro de saúde de seu Val. Percebi, em questão de tempo, que Cidinha não gostava de falar sobre seu marido na frente dele e, quando ele está presente, afirma seu lugar de fala sobre sua própria saúde, deixando-o

¹⁸ Fixos e fluxos são termos utilizados por Liane Righi (2002) para representar os protocolos e estruturas (fixas) e as organizações que dependem das relações (fluxos) que configuram o cotidiano do trabalho em saúde.

responder inicialmente as perguntas. Mais tarde, ao conversar sobre isso com Alice, refletimos que tal atitude pode significar a valorização que ela dá em não colocá-lo em terceira pessoa na frente dos outros, não ficar falando sobre ele na frente dele. Importante destacar aqui o fato de Cidinha, na função de cuidadora, reconhecer a individualidade e subjetividade de seu Val sem tomar a voz dele, sem deixá-lo de lado, sem reduzi-lo a um doente que necessita de porta-voz. A dimensão existencial de seu Val é valorizada e logo me fez lembrar de momentos em que profissionais e cuidadores tomam para si a propriedade destes “corpos-doentes”, principalmente aqueles que perderam a capacidade da fala ou da interpretação e da comunicação “racional” ou verbal, muito comum de ver nas instituições, sejam hospitalares, sejam domiciliares (FERLA, 2007). Neste dia, Cidinha me ensinou a importância de se valorizar a existência e a autonomia dos indivíduos, quer seja a situação em que se encontre.

Apreendi muito mais com dona Cidinha e seu Val nos encontros que fomos tendo com o passar das semanas. Noutro dia, conheci seu filho, rapaz de 35 anos, que é aposentado por invalidez devido a uma polineuropatia. Ele conta que, após o AVC do pai, precisa trabalhar como autônomo para complementar a renda familiar, já que ainda estão em processo judicial para conseguir a aposentadoria de seu Val, que só tem 59 anos. Relato a eles que a questão judicial aparece muito nos casos que acompanhamos pela rede, tendo a assistência social papel fundamental para a facilitação dos fluxos e das articulações. O sofrimento das famílias que se encontram com usuários em situação de restrição domiciliar, como a que Cidinha relata, extrapolam as questões sanitárias. O corre-corre dos cuidadores para conseguir uma renda, compreender seus direitos, administrar os insumos que agora são necessários (como fraldas, sondas, luvas, cateteres, dentre outros) demonstram a fragilidade de uma rede intersetorial que pouco dialoga com a realidade dos usuários. *“É não atrás de não”* diz Cidinha.

Com o passar das semanas, em nossos encontros, Cidinha vai revelando seu(s) percurso(s) em busca de cuidado pela rede de saúde e rede existencial-afetiva. Lembro-me de ter pego uma caneta para anotar em diário de campo e parar de escrever no meio da conversa. Pedi autorização para gravar, porque senti que deveria deixar meu corpo ainda

mais aberto para o sensível, para a troca e o olho no olho. Foi quando Cidinha começou a contar do episódio que descobriu o AVC de seu marido.

Num corredor gelado, Cidinha chegou na UPA gritando para as enfermeiras que seu marido havia sofrido um AVC, quando foi interrompida por um profissional que a questionou em tom duvidoso como ela sabia que era um AVC. Foi aí que ela explicou que sabia dos sintomas, dizendo que seu esposo estava urinado, com a boca torta e não conseguia ficar em pé. Então foi nesse momento que a equipe correu para o carro em que seu Val estava para examiná-lo. Aqui presenciamos um ruído entre o conhecimento de dona Cidinha para com o do profissional de saúde que, a priori, duvidou de sua capacidade de compreender os aspectos sintomáticos de um episódio de AVC. Ruídos estes que vão sendo apresentados em outras estações de cuidado, como veremos mais à frente. A voz do usuário parece não ser portadora de outra informação que não seja a descrição dos sinais e sintomas; o diagnóstico e a terapêutica *sempre* pertencem ao discurso do profissional.

Dessa forma que o primeiro ponto de acesso de seu Val aconteceu após o AVC. Ele estava em casa, num final de semana, quando disse sentir uma forte dor de cabeça e em seguida cair no chão. Seu Val é um homem pesado, Cidinha uma mulher pequena, mirrada, se debruçou para tentar colocá-lo no carro e levar até a UPA mais próxima. A UPA havia sido inaugurada há cerca de 3 meses, no processo de territorialização do município da época. Cidinha conta que, após o retirarem do carro, seu Val foi atendido imediatamente na sala vermelha (classificado como emergência).

Naquela recepção fria, com dezenas de pessoas sentadas e angustiadas, Cidinha começou seu ciclo de esperas. Disseram-na que seu esposo teve um AVC muito grave e tinha que ser transferido, isso depois dela muito insistir em respostas, conta. Algumas horas depois, seu Val fora transferido para o Pronto Socorro Central (PS Central) e Cidinha o acompanhou. Disse que sentia *o coração nas mãos*, mas tinha esperança que seu marido voltaria para casa. Os 45 dias seguintes seriam exaustivos, assim como os anos seguintes. Seu Val foi direto para a UTI, cheio de aparelhagens, ajuda para respirar, para acordar e para dormir. As visitas tinham data e hora marcadas, e a cada espera era uma angústia para saber novidades sobre o quadro clínico de seu Val. Diferentemente dos outros 32 dias na clínica médica, onde Cidinha teve que ficar internada junto a seu esposo, pois disseram ser

obrigatório o acompanhante 24 horas no local: *“Eu fiquei internada praticamente junto com ele, só vinha em casa, tomava um banho, trocava as coisas e levava as coisas para o hospital. Chegou uma época que eu não aguentava mais ficar direto lá e comecei a revezar com meu filho, só que aí a gente teve que largar tudo, nosso trabalho, nosso emprego, nossa renda. E aí a nossa vida virou de ponta-cabeça, né. Foi um tormento!”*. Há alguns atributos para tornar-se cuidador, entre os quais, a condição de gênero. Mas o mandato de cuidador é estabelecido de forma violenta, muitas vezes. Como se, para a equipe, fosse uma questão de “organizar o plantão”. Mas a rotina de plantões não pertence às pessoas na organização da sua vida.

Cidinha e seu Val, que sempre foram autônomos, tiveram a vida transformada com a limitação do marido. Ele ficou incapacitado. Ela virou cuidadora dele, com sucessivos e sequenciais plantões de 24 horas. Ao sair do hospital, seu Val foi para a casa juntamente com a equipe do Programa de Internação Domiciliar (PID), que o acompanharia 3 vezes por semana com equipe composta de clínico geral, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga e nutricionista. Cidinha ficou feliz por saber que ele teria esse suporte: *“Quando ele veio para casa, ele precisava de atenção 24 horas, porque ele não abria o olho, ele não falava, ele não fazia nada. E naquela época ele tinha o PID. E foi uma benção, porque se não fosse o PID eu não teria aguentado tanto. O PID funcionava assim: das 7:00 da manhã às 19:00 eu podia ligar para eles a qualquer momento de segunda a sexta, e de sábado e domingo o médico deixava o telefone do plantão que aí a gente podia ligar para o plantão que eles identificavam quem estava de plantão naquele dia e a pessoa viria, caso se a gente precisasse. Mas eles vinham toda segunda, quarta e sexta, e ficamos um ano e meio assim. Lá por sete, 7:30 da manhã, eles já estavam aqui. Aí vinha um médico, a enfermeira, a fisioterapeuta, a nutri e a fono. Era muito bom”*. Revezam-se os profissionais formalmente designados para o cuidado, mas o cuidador segue invisível, exceto para as necessidades do “paciente”.

Em São Bernardo do Campo, o PID foi criado em 2009 no intuito de reduzir custos hospitalares e qualificar a atenção da internação levando o cuidado para dentro de casa e prevenindo quadros de infecções hospitalares. Para se ter acesso ao PID é necessário que o usuário passe por uma internação hospitalar ou seja encaminhado por algum dos pontos de

atenção e se encaixe em critérios clínicos e sociais, como, principalmente, apresentar quadro clínico relativamente estável e ter a presença de um cuidador fixo por 24 horas. O PID é formado por equipes compostas de enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e motorista, com apoio de fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e assistente social. Cada usuário recebe visitas esporádicas da equipe PID conforme suas necessidades clínicas e assistenciais. No caso de dona Cidinha, a equipe fazia visita 3 vezes por semana, como relata.

Dentre a rotina de cuidados e afetos de Cidinha para com seu Val, o mais difícil foi aprimorar capacidades técnico-assistenciais que nunca tinha enfrentado na vida: *“Eu tinha que passar sonda, cuidar dele. Nunca imaginei na minha vida que eu fosse passar por isso e foi difícil. Foi um bicho de sete cabeças para mim, mas eu tive que encarar. Hoje eu sou meio fisioterapeuta, meio fono, meio enfermeira [risos]. Aprendi de tudo”*. E nisso, relata que a equipe foi muito compreensiva, esperou o tempo dela e a ensinou com paciência as técnicas que tinha que fazer no cotidiano de cuidado clínico de seu esposo.

Com apoio do PID, Cidinha e seu Val nos mostram um pouco dos caminhos que percorreram e das redes formadas para a construção do cuidado. Mas os percursos pelo cuidado não param por aí.

Em casa, tendo que dedicar a totalidade do seu tempo para o cuidado de seu marido, do lar e dos trâmites da vida, Cidinha vai nos ensinando que o cuidado, por mais assistido que seja, pode ser solitário. Sinto, nas diversas idas e vindas à seu lar, que Cidinha abdicou da sua vida em prol da vida de seu esposo. Talvez a palavra abdicar seja muito forte, pois cuidar de seu parceiro também denota a capacidade inventiva que Cidinha foi desenvolvendo para as novas tarefas que teve que aprender e executar na vida, ainda que em condições nada alegres. Cidinha teve que se reinventar!

Potências e fragilidades no ato de cuidar deixam Cidinha em uma posição por ora de resistência, por ora de existência, em constante conflito entre dever e liberdade, autonomia e subordinação (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011). Quando nossas visitas direcionam o tempo e a atenção na maioria das vezes para ela, vou percebendo a indissociabilidade entre cuidador-paciente, onde o cuidado se entrelaça quando para um estar bem o outro tem que estar também. Cidinha nos conta que quando seu Val adoece, ela demora dias para se recompor, porque ela adoece de outra forma também: *“Minha cabeça não desliga, eu passo*

a não dormir, a ter pesadelos, choro à toa, me desespero com um simples espirro que ele dá. Quando ele aparenta estar mais fraquinho, quando parece que vai adoecer ou piorar, eu já começo a ficar mal também. E acho que ele percebe, porque quando sou eu que fico doente ou quando a tristeza ataca, ele fica mais cabisbaixo também”.

Visita após visita, Cidinha vai se abrindo e nos contando sua rotina em casa. Acorda cedinho, antes mesmo de escovar os dentes dá uma passada no quarto de seu Val para ver se está tudo bem, troca as fraldas, dá alguns dos medicamentos ao seu Val, passa um café, toma um banho rápido, acorda o filho para ir ao trabalho, volta para o quarto do marido, o acorda, oferece café da manhã, senta ao lado dele e tomam café juntos, dá uma ajeitada na casa, volta para seu Val, troca as fraldas, abre as janelas para arejar o quarto e entrar o sol e o deixa descansar um pouco enquanto prepara o almoço. De tarde, passa um tempo ao lado dele, às vezes coloca uma roupa para lavar, dá outra ajeitada na casa, faz um lanche, serve seu esposo, troca as fraldas, lava a louça que restou, começa a preparar a janta, jantam, troca as fraldas, dá seus medicamentos, o ajeita para dormir, dá mais uma verificada nas fraldas, se ajeita para dormir, deita e dorme. Dorme quando consegue.

Nos dias de visita, percebemos uma sutil mudança na rotina de Cidinha, no começo ela nos recebia com o cafézinho, meses depois já nos oferece bolo, torta, pão caseiro, que ela insiste em dizer que fez no dia anterior para ela e sobrou. Aceitamos suas regalias como sinal de que somos bem quistas. Minha presença ali na sua casa já não tem relação quase nenhuma com a fisioterapia. Quando me mostrava os exercícios que fazia com seu Val, Cidinha foi me mostrando sua expertise após anos executando os movimentos orientados pela fisioterapeuta do PID. O maior problema no momento, motivo de eu ter sido acionada, era a dor que Seu Val sentia no cóccix e a dificuldade que Cidinha tinha em dormir e se manter calma, por isso a ACS lembrou da minha competência com a auriculoterapia. Aprendi essa técnica com um curso gratuito ofertado pelo Ministério da Saúde para os profissionais da Atenção Básica, e tem sido uma ferramenta de cuidado muito efetiva e bem recebida pelos usuários que, por vezes, acolho nas UBS. Cidinha relata que começou a dormir melhor após as aplicações e que percebe que o marido também fica mais calmo e reclamando menos de dor quando faz uso desse recurso.

Mas antes disso, Cidinha caminhou muito por São Bernardo buscando resposta à necessidade de seu esposo. Durante as estações de cuidado perpassadas pelo casal, a atenção especializada foi a que mais deu *dor de cabeça* para Cidinha, como ela mesma diz. Conseguir consulta com um ortopedista para avaliar o quadril e coluna de seu Val demorou cerca de um ano, mas não é a demora que a mais incomoda: *“O único que eu não gostei muito foi esse ortopedista, porque ele foi muito seco comigo, mas tecnicamente ele é bom, então, deixa né... mas aí ele me orientou a fazer uma bolsa de água quente quando tiver com dor, não ficar mobilizando tanto, evitar de ficar na mesma postura... foi educado, mas foi muito seco, ‘na dele’. E sobre isso, aqui em casa o médico da família não opinou, ele é mais quieto, não se intromete na especialidade”*. Fica no ar uma sensação de dúvida. Cidinha olha para a ACS e solta: *“Ah, vou contar!”*, como que demonstrando que em nós ela podia confiar.

O clima fica mais denso, Cidinha muda seu tom de voz e começa a dizer com mais seriedade que seu maior problema durante todo esse tempo foi a falta de humanização por parte de alguns profissionais, principalmente do médico: *“Cá entre nós, o Dr Encaminhador é muito seco, às vezes grosso. Ele não é aquele médico que nos escuta e que entende. Eu não vejo ele se colocar no meu lugar. Em nenhum momento ele se colocou como um ser humano. É tudo técnico. Ele é na dele, ele faz o que tem que fazer, faz exames de rotinas, passa receita, não opina, só orienta e vai embora. Qualquer coisa que você fala ou que é diferente ele diz ‘leva para UPA ou para o PSCentral’ e mais nada. Eu respeito muito ele, mas tem coisas que fazem falta, ainda mais para gente que é familiar...”*. Silêncio e suspiro, nesse momento penso em dizer alguma coisa, dar algum conselho, mas Alice me interrompe com um simples olhar como quem diz: *“Agora não, deixa-a falar. Você não precisa justificar nada. Apenas deixe-a falar”*.

Cidinha continua a falar, como quem tivesse abrindo as comportas do que estava engasgado. As palavras vieram como cachoeira: intensa, fazendo muito barulho e jorrando em queda livre. Eu particularmente gosto de cachoeiras e da sua capacidade terapêutica. Melhor deixar fluir. Entendi o recado de Alice.

Prosseguindo sua correnteza de palavras, Cidinha vira pra nós e pergunta se já passamos por uma situação na família de ter uma pessoa acamada. Olhamos umas para as

outras com sinal de negativa, então ela continua e diz *“Só quem passa e sente sabe como é, mas eu acredito que quem trabalha com isso, com saúde, deveria ter a capacidade, não de ouvir, não só de ouvir, mas de dar atenção. Isso ajuda muito a família”*. Com seu desabafo, Cidinha foi desdobrando aspectos das tecnologias em saúde em que a leveza que perpassa a humanização, a relação, o vínculo, a escuta e a capacidade empática se torna essencial para o estabelecimento satisfatório do cuidado. Como mesma diz, atos que fazem falta, permeiam ausências e dizem muito sobre a desvalorização do usuário/cuidador nos atos de saúde capturados pela fragmentação da atenção.

Em alguns encontros seguintes, Cidinha volta a apontar a importância das relações, das tecnologias leves, para o cuidado em saúde. Aos poucos ela nos traz como exemplo da capacidade de escuta como estratégia terapêutica para quem fala: *“Vocês, por exemplo, estão aqui conversando, me ouvindo e ao mesmo tempo sendo profissionais. E é isso que ajuda muito a família, porque nesse momento a família precisa de uma atenção, de ser ouvida, não é a parte técnica, é a nossa história. Além da parte clínica é importante a família ter um ‘oi’, você entendeu? Um ‘como você está? me conta?’, entendeu? Isso é muito importante, e os outros profissionais são profissionais muito bons por isso. Você chega lá, e ele te dá a mão, ele diz bom dia, pergunta como você tá... no consultório podia ir eu, minha mãe, meu filho, tudo junto, que ele recebe, se não tem cadeira, ele levanta, vai lá fora, pega cadeira, sabe? Na hora de ir embora ele dá a mão para todo mundo, ele levanta e vai até a porta, até brinca e faz piada com a gente. Então é nessas coisinhas, nesses detalhes, que você sente... Porque, às vezes, não é nem a parte clínica, porque isso você sabe que não tem como interferir, não tem jeito, mas um ‘oi’, uma atenção ou cinco minutos, é a diferença. E são as diferenças que a gente encontra nas pessoas.”*

A capacidade relacional (escuta, acolhimento, vínculo, alteridade, aprendizagem com o outro) como ferramenta de cuidado está escrita nos livros e artigos da saúde e da formação acadêmica, mas Cidinha nunca precisou ler para saber e nos ensinar a potência que o trabalho vivo em ato tem em gerar marcas em nossos corpos. Os encontros dela com um profissional vazio de experiências afetivas na saúde nos ensina que a capacidade de diminuir ou aumentar o sofrimento das pessoas está em um simples modo de ouvir, cumprimentar, demonstrar interesse e de se relacionar, e que cada um pode escolher de

que modos querem atuar: tudo é uma questão de ética. Cidinha não precisou ler para aprender, bastou-lhe a experiência. Há um duplo silenciamento aqui: o silenciamento de uma necessidade de saúde do “paciente” e o silenciamento da necessidade de apoio da cuidadora.

E de experiência Cidinha e seu Val têm bastante pra nos contar. Quando achamos que os problemas sanitários são diversos, a vida dos usuários mostram atravessamentos constantes nos acontecimentos narrados. As questões sociais ganham corpo e forma quando afetam as rotinas e as possibilidades de melhora das condições diversas. Pense na espera mais longa que teve em sua vida... Pensou? O que lhe vêm à cabeça? E se essa espera não tivesse solução, não tivesse chegada? O que você faria? Cidinha colapsou.

Chegamos à casa de Cidinha para mais uma visita, ao abrir a porta me deparo com uma outra mulher. Olheiras fortemente marcadas, olhar fundo e superficial, cabelo desarrumado, não houve um sorriso, não houve um abraço, apenas uma resposta do bom dia, dizendo que não estava nada bom. Foi na semana em que Cidinha recebeu a notícia que teria todos os seus bens detidos e penhorados, pois a justiça deu causa ganha ao banco que havia dado um valor do seguro que seu Val pagou a vida toda e depois alegou irregularidade, fazendo-a devolver 6 anos depois corrigidos, quando a mesma já não o tinha mais. Cidinha não sabe bem explicar os motivos e o que o banco alegou, só disse que foram 3 anos na justiça e 3 perdas. Agora não tem mais o que fazer, apenas dar tudo o que tem. Os planos e seguros privados de saúde são, antes, planos e seguros.

Certa época, Cidinha também acionou a Assistente Social da UBS e, juntas, acionaram os serviços previstos na LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social). Numa tarde, bate em sua porta uma responsável da LOAS para uma avaliação. Cidinha explica sua situação, que não pode trabalhar por ter que ficar 24 horas à disposição do marido, e tanto ela quanto ele não possuem renda nenhuma, sobrevivem do benefício e do trabalho do filho. Com o dinheiro que havia recebido do seguro, conseguiu arrumar a casa, comprar materiais, maca e insumos para seu marido e conseguiu se sustentar por cerca de 5 anos. Após mostrar todos os documentos, exames e sua situação, a profissional ali presente faz uma pergunta arrebatadora: *“Cidinha, você não tem vergonha na cara?”*.

Ao nos contar essa cena, Cidinha chora e diz que nunca se sentiu tão ofendida na vida. A profissional alegou que a mesma tinha saúde e uma casa bacana, que *não tinha vergonha* ao pedir ajuda ao LOAS que serve às pessoas miseráveis que dariam tudo para ter o que ela tinha. Cidinha nos diz que foi julgada por não ser “miserável”, mas que a miséria emocional e o limite de recursos por que estava passando não foi considerada em momento algum.

Com relação ao INSS, Cidinha também recebeu 3 negativas após perícias presenciais. Em uma delas, estava no hospital com o marido em uma consulta com nefrologista. O perito deixou na caixa de correios que esteve presente e não havia ninguém, dando o indeferimento sem ao menos ver o paciente. Noutra vez, fora até a casa, viu seu Val na cama e disse “*indeferido*”, sem ao menos explicar o porquê. Na última delas, Cidinha chegou a ouvir do perito: “*Seu marido não pode trabalhar, mas você pode. Pare de reclamar e busque alguma coisa para fazer*”. Um terceiro silenciamento à cena de cuidado, novamente voltado ao cuidador: seu trabalho, invisível, é aqui tornado um não trabalho. Não é incomum encontrarmos usuários que não conseguem acesso a diversos serviços, sejam da saúde, da educação ou da assistência social, por não se encaixarem em critérios que não levam em conta suas condições psico-emocionais e, com frequência, naturalizam os limites financeiros e organizacionais dos usuários. Instituições formada por trabalhadores que julgam conforme normas sociais que perjuram ou ignoram totalmente aqueles que “não estão aptos”. Isso acontece tanto para critérios clínicos, quanto para critérios econômicos, sociais, territoriais, dentre outros, mas não há, na maioria das instituições, um critério que leve em consideração a escuta qualificada: uma escuta que requer atenção, disponibilidade, interesse e compreensão. A culpabilização do usuário impera sistemas de subjetivação desqualificados, injustos e que servem ao capital e nada mais (ROMANINI; DETONI, 2014). Cidinha recorreu à justiça particular e está aguardando o andamento do processo. A rede intersetorial falha e requer que seja mobilizada outra esfera, o judiciário, com seus tempos e seus rituais.

Dentro das redes construídas por Cidinha e Val podemos perceber os pontos de atenção, que nem sempre dão atenção, e que extrapolam a rede da saúde. Uma delas, e especial, está o grupo “Amigos do Terço”, que semanalmente vão à casa deles conversar, orar, ajudar e ouvir. Cidinha diz que estes amigos a ajudam nas idas às consultas, a pagar as

contas, com as questões judiciais e até mesmo fazer festa de aniversário surpresa para ela e para seu Val. Sem eles, diz, tudo seria mais difícil: *“Eles mudaram o dia do terço para fazer aqui em casa toda semana, isso pra mim foi maravilhoso porque ir ao terço era algo que eu e o Val fazíamos toda semana juntos, sem falta. Então eu posso rezar, conversar e me sentir amada pelos meus amigos. Até o Val balbucia, tenta rezar, a gente pede pra ele falar o Pai Nosso e ele faz, do jeito dele”*. Os “Amigos do Terço” nos dão exemplo vivo de uma rede substitutiva, afetiva e de outros tipos de cuidado e arranjos, que perpassam as relações saúde-doença, o corpo biológico e a institucionalidade. Os amigos de Cidinha se tornaram agentes produtores de saúde de forma autônoma - não foi preciso o serviço interferir para a ação deles para com seu Val e sua esposa. Exemplo de novos arranjos para se andar a vida, exemplo de bons encontros (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Coisas que afetam.

Em suma, vimos aqui que as estações de atenção para seu Val e dona Cidinha incluíram, além do domicílio, o Programa de Internação Domiciliar (PID), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a UPA, o CER, a Policlínica, o Pronto Socorro Central (PSCentral), o Hospital Estadual Mário Covas e o grupo de Amigos do Terço. A rede fixa de saúde, bastante efetiva em sua conformação estrutural, demonstra que são as pessoas e as relações (tecnologias mais leves) que as tornam cuidadoras ou não. Se perguntarmos qual(is) dele(s) têm produzido mais cuidado para os dois, só tenho a responder que tudo depende das pessoas que eles encontram, do acontecimento.

Nessa linha, podemos agora pensar um pouco mais sobre as relações (enquanto tecnologia que deve, ou ao menos deveria, fazer parte da competência profissional dos trabalhadores em saúde) e seu impacto no cuidado das pessoas, como veremos na narrativa da família Galanta.

6. OS ENDEREÇOS DO CUIDADO: SERÁ QUE ESTAMOS SEGUINDO A DIREÇÃO CORRETA?

Uma mãe que roda toda a cidade em busca de oxigênio para sua filha, literalmente. A família Galanta, na sua conformação não tanto tradicional, paradoxalmente deixa sem fôlego qualquer um profissional da UBS. Lembro da nossa última tentativa de visita domiciliar. Estávamos em uma reunião de uma equipe de SF onde uma ACS comentou que a mãe Galanta havia “surtado” de novo porque descobriu que a filha estava recebendo menos oxigênio do que deveria. O médico dessa equipe, dr João, suspira e reage instantaneamente *“Eu não acredito que a pneumologista fez isso! Ela mentiu para elas! Foi um sacrifício conquistar a confiança delas de novo e daí vem uma pneumologista mentirosa e faz isso! Eu não acredito...”*. Ninguém acreditava.

Dona Galanta, uma senhora idosa, mãe solteira de uma mulher adulta com paralisia cerebral, e que leva consigo um histórico de abusos, que prefere não comentar, é vista como “o problema psiquiátrico”, “aquela da saúde mental” (estigmas que percorrem a boca dos profissionais que tomam o sintoma/diagnóstico como condicionante da vida de uma pessoa). Na última visita domiciliar, depois de inúmeras tentativas de vinculação da equipe com a família, dona Galanta grita de dentro da casa, pela janela, que só deixaria o doutor entrar. Estávamos eu, Alice, a ACS da área, a enfermeira e o médico. Imediatamente eu tento conseguir uma brecha: *“Será que eu posso entrar também? Eu fico ali na porta, se você não se importar”*. Alguns segundos em silêncio e ela responde *“O doutor primeiro, você, se quiser fica na porta. E mais ninguém, ninguém!”*. Entra na casa o dr João, sem desejar bom dia, sem perguntar como vai, chegou dizendo que viemos para ajudar e que sentíamos muito o que havia acontecido na visita anterior. Ele sabia como nenhum outro como conseguir um diálogo com essa família, afinal, são anos de acompanhamento e muitas cenas que marcaram os corpos de ambos. Dona Galanta começa a chorar, um choro de raiva, alto, intenso. Minha intenção era de dar um abraço, até tento, mas quando penso em fazê-lo imediatamente dr João me impede com um braço e olha para a porta como quem diz *“Você deve ficar ali, como ela disse”*. Entendi o recado. Fico como uma espectadora assistindo a

cena, assistindo aquele acontecimento, como alguns outros anteriores. Dr João diz que descobriu o que a pneumologista fez e que já tomou as providências, mal termina de falar e dona Galanta responde que espera que seja verdade mesmo, pois ela só abriu a porta porque precisa do oxigênio, e salientou: *“porque eu confiei em você e você me traiu. Vocês me traíram, de novo e de novo. Eu não confio em vocês”*. Dr João nada respondeu, abaixou a cabeça como quem sabia que os laços de confiança haviam se desatado, novamente.

A primeira vez que ouvi falar sobre a família Galanta foi a pedido do dr João, que me relatou que a filha estava com uso excessivo de oxigênio e que por esta razão poderia se intoxicar, ter lesões muito graves que a mãe não compreendia, não aceitava. Me disse que há anos a equipe tentava realizar um Projeto Terapêutico Singular para a família, marcado por maus encontros, que colocavam em xeque as relações que conseguiam estabelecer com elas. Participei de inúmeras reuniões de equipe em que seu nome era dito.

Certa vez, estava eu na recepção da UBS fazendo uso do computador, quando entra na unidade uma senhora mancando, com cara de brava e um olhar ameaçador. Ela olha para vários lugares, vai de uma ponta a outra da unidade como se tivesse procurando algo. Vejo aquela senhora ali e me arrisco a perguntar: *“Boa tarde, posso ajudar?”*, eu mal termino de falar e ela diz *“Não preciso de você, quero falar com o dr João”*. Digo que o dr João está atendendo e pergunto se ela tem alguma consulta marcada, se eu podia ajudar em algo. Ela me ignora e vai diretamente na sala do dr João, abre a porta sem bater e logo sai a pedido dele. Uma das recepcionistas me olha e diz que o barraco iria começar. Começou. A senhora começa a gritar pela UBS dizendo que a filha dela vai morrer por culpa de *“todos vocês!”*. Imediatamente me levanto para tentar aproximar um diálogo. Ela começa a gritar: *“Vão cortar, vão cortar o oxigênio dela e vocês não fazem nada!”*. Confesso que fiquei um pouco assustada em tentar me aproximar, afinal, foram ínfimas as experiências que tive com usuários em momentos de surtos psiquiátricos, a maioria delas foi teórica e recente.

Aos poucos vou entendendo que aquela senhora queria uma renovação para uso prescrito de oxigenoterapia. Chamo-a para entrarmos numa sala e conversar. Quando vejo o pedido e, logo em seguida o nome da paciente, imediatamente me lembro das discussões de equipe: *“Muito prazer, sra Galanta”*. Ela, totalmente agressiva arranca o papel da minha mão, uma solicitação feita por uma clínica particular. Tento explicar o fluxo para nova

solicitação e digo que a filha dela precisa de uma avaliação feita pelo médico. Palavrões, gritos, escândalo. Meu corpo, totalmente despreparado para uma situação dessas paralisou: “Misericórdia, e agora?”, penso quase que falando. Nesse momento entra na sala o dr João, diz para a sra Galanta que já havia terminado o atendimento e que ela poderia entrar na sala dele agora, e saem.

Minutos depois, a sra Galanta volta para mim aos berros: “*Você roubou meus relatórios, sua ladra! Me devolve meus relatórios!*”. Sutilmente disse que não havia ficado nenhum papel ali e que se ela quisesse poderíamos olhar novamente a pasta dela e ver se encontramos. Ela desesperadamente começou a abrir a pasta, começou a jogar os papéis sobre a mesa dizendo que eles não estavam ali e que eu havia roubado, quando, de repente, ela visualiza o relatório no meio da pasta, pega os papéis, junta, guarda e sai da sala como se eu não estivesse ali. Respiro fundo.

Minha tensão foi se acalmando aos poucos. Pego meu caderno e começo a escrever. Nesse momento aparece Alice, sempre ajudando a me recompor. Digo a ela o quanto me senti despreparada para ajudar alguém em seu momento de crise aguda e sofrimento, o quanto me senti imatura diante da situação. Alice me diz que com todos é assim, que as coisas que vamos aprendendo no cotidiano da vida, as experiências, são as que nos ensinam e nos preparam para a tomada de atitudes e decisões. Não era minha culpa não ter comigo essa bagagem, eu ainda não havia passado por experiências como esta em minha graduação, bem como nunca havia sido discutido o conceito de Saúde Mental, quem dirá saber como lidar com isso. Naquele momento compreendo que já havia passado da hora de começar a me inserir e a trabalhar em mim as competências técnicas (e relacionais) que me faltavam como profissional da saúde. Eu precisava compreender, aprender e *experienciar* mais o cuidado em Saúde Mental. Eu precisava sair da caixa da fisioterapia e, literalmente, aprender mais sobre os corpos e todos seus significados. Crise existencial, crise *resistencial*: eu não tinha preparo nenhum para lidar com “corpos não biológicos”. A família Galanta me ensinou muito sobre eu e meus vazios. Vazios estes que irei debater em um capítulo mais à frente. A atenção à saúde mental na atenção básica é, de fato, um problema. Parece que nos acostumamos com a ideia de redes especializadas para problemas específicos e uma certa desresponsabilização com o usuário, numa combinação que explode o cuidado integral. A

questão que se submete à essa combinação de fatores é sobre a integralidade do cuidado que precisa começar no território e na atenção básica.

Bom, tentando me reorganizar após o ocorrido, meu corpo ainda afetado pelo encontro com dona Galanta, recebo na sala o dr João. Ele me conta toda a história que percorre aquela personalidade inédita e me faz um pedido que soa como mais um convite: *“Você pode nos ajudar?”*. Um convite que me veio como um presente, posto que acabara de discutir com Alice a minha necessidade de viver *outras* experiências que não são apenas do corpo biológico ou da fisioterapia, ir além da fisioterapia, ou melhor, reinventar a fisioterapia em mim.

Dr João começa a narrar a história da família Galanta para mim, detalhe por detalhe, demonstrando que o trabalho na SF extravasa a linha do tempo convencional: *“A primeira coisa que você deve saber é que qualquer movimento errado que fizer, que qualquer um de nós fizermos, vai dar merda! Vai fechar portas. A filha Galanta nunca veio à UBS, só a mãe, mas faz mais de ano, depois do episódio do CAPS que ela também não vem.”*

Há dois anos e meio, dona Galanta recebeu uma visita inesperada em casa, era a equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A sra Galanta, como qualquer outra pessoa na vida, tem horas de bom humor, outras não. Esse era o dia do mau humor. *“Não quero receber ninguém hoje!”*, diz. O profissional do CAPS olha para os colegas do lado e diz *“Viu, não temos que fazer isso, vamos embora!”* e logo em seguida um dos profissionais aciona a cabeça que não, afirmando que eles tinham que fazer isso, era uma ordem e não tinham opção. *“Vamos oferecer alguma coisa pra ela abrir o portão”*, dá a ideia um deles, já gritando *“Conseguimos a cama hospitalar para sua filha!”*. Dr João olha para os profissionais abanando a cabeça como quem não concordasse com nada daquilo. Todos abanam, e dona Galanta abre o portão. Suspense.

O que acontece a seguir é o motivo de toda desconfiança e ódio que dona Galanta têm pelos profissionais de saúde, explica dr João, já avisando que ele nunca concordou com nada disso, mas que havia ordens *“superiores”* para tal. Um papel...

Abrem-se as portas da ambulância, colocam mãe e filha à força e as levam para uma *“internação compulsória breve”*, que é o que está escrito no papel. O papel que autoriza profissionais a fazerem o que não concordam e o que não querem: um mandato judicial

organizado pelos vizinhos. Mais uma conexão intersetorial no território de atuação da atenção básica; mais uma brecha na linha de cuidado!

Mãe e filha ficam 15 dias internadas num serviço que preza a desinstitucionalização. *“Apesar da mudança da política, continuam sendo as mesmas pessoas trabalhando lá, os mesmos trabalhadores da política antiga de institucionalização que acompanharam o caso dela. Então, não adiantam nada políticas novas se as pessoas não as praticam”* desabafa dr João e traz à tona um problema ético-estético de saúde onde se faz valer o controle pelos mecanismos do Estado sobre os corpos (FOUCAULT, 2009). Ético por se tratar de um posicionamento sobre a vida d’onde alguns acreditam numa política em que algumas vidas valem mais que outras, outros a de que toda vida vale a pena, como, me lembro bem, retrata Franco e Merhy (2013). E estético, não no sentido literário da aparência, mas enquanto postura sobre a capacidade criativa e inventiva de si e do outro, postura no fazer, no existir e no sentir. Ético-estético enquanto produção de si para a ação política (FOUCAULT, 2010).

Mau caratismo, é o que dr João diz ser o que fizeram com a família Galanta: *“Mentir para uma pessoa é questão de mau caráter pra mim”*. Dr João aponta ainda um problema que encontra em alguns colegas de trabalho, diz que vários tratam pessoas com sofrimento psíquico como seres ignorantes, irracionais: *“Ficam patologizando a falta de confiança dela colocando culpa na doença que ela possui, mas meu, não é a doença, é a forma que a tratam, como se ela fosse burra e ignorante, como se o problema de saúde dela tirasse a capacidade de raciocínio lógico dela! Não, ela foi enganada e tentam justificar o comportamento dela pela doença, meu! A única pessoa que ela confiou, acredito que na vida, fui eu. Porque eu nunca ludibriei, nunca sacaneei com ela, nunca prometi, sempre falei as coisas com verdade. Sempre fui contra a todas estas mazelas que fizeram com ela”*. Mas há um limite sobre o que pode um profissional ou uma equipe numa rede - numa sociedade - que atribui desvalia à doença mental e ao sofrimento psíquico. O louco parece ser o lado de fora do cuidado em saúde nos serviços “normais”. E, em muitos serviços especializados, ainda prevalece a lógica da exclusão e da domesticação do corpo.

Depois desse sofrimento todo, a sra Galanta nunca mais tinha pisado na UBS, nem mesmo aceitado receber uma visita qualquer. O retorno dela foi em busca do

encaminhamento para solicitação de oxigenioterapia para a filha e dr João viu aí a oportunidade de reestabeler laços, e ele me convidou para ajudar nisso.

Chamamos uma reunião de equipe para repensarmos a possibilidade de um novo PTS para a família, visto a nova possibilidade de vinculação que surgiu naquela semana. Fiquei responsável por conseguir um profissional da Pneumologia para discutir a situação e poder avaliar e fazer o laudo (que só é aceito na regulação quando feito por um especialista¹⁹). Alice e eu discutimos sobre os entraves que a burocratização do acesso e da regulação dos serviços por vezes causam na atenção à saúde das pessoas. A equipe também problematizou a situação e, se fôssemos seguir os fluxos formais, este laudo demoraria cerca de um ano para ficar pronto. Lembrei que há maneiras *outras* de fazer regulação, me lembrei da regulação *à quente*, da qual havíamos discutido em um dos encontros de educação permanente da equipe de apoiadores de São Bernardo (a EP do Apoio). No município, a gestão estava tentando organizar os fluxos regulatórios de uma maneira que o cuidado estivesse no centro e que a possibilidade de diálogos falassem mais alto que os papéis de encaminhamentos formais. Era a possibilidade de colocar em prática o pedido de encontros entre as diversas especialidades e setores da atenção, de produzir a transição do cuidado de maneira compartilhada e desburocratizada (BERTUSSI; FEUERWERKER; LOUVISON, 2016). Sai da sala, catei o telefone e liguei para a Secretaria.

“Boa tarde, aqui é a Janainny, apoiadora do território 8, tudo bem?”. Ser apoiador no município de SBC possibilita entradas, que para outros profissionais talvez seriam mais dificultosas. No momento do episódio, contava com uma equipe de governo cujo trouxe a figura do apoiador para atuar no município, que possibilitava um acesso facilitado e um diálogo mais poroso com a gestão, se tratava de uma equipe que abria portas para nós e que nos incluía nos debates para a construção e execução das políticas. Tanto que, em poucos minutos apresentando o caso para a referência da Atenção Básica de nosso território, recebi um telefonema que agendaria a data e hora da visita da equipe da pneumologia para um encontro na UBS.

¹⁹ Um paradoxo se estabelece aqui. A atenção básica é o laço que deve ordenar o cuidado para pessoas e coletividades num território definido. Mas, frequentemente, procedimentos de maior custo são atribuídos aos especialistas. Fica-se com a sensação de que a atenção básica é, de fato, um dispositivo de regulação da oferta, mas do que de cuidados.

No dia acordado, reunimos eu, Alice, a ACS, o médico e a enfermeira que acompanham a família Galanta, mais a referência da AB do território, uma das coordenadoras da oxigenioterapia do município e uma pneumologista da rede. Apresentamos a situação da família e a fragilidade da nossa relação. Enfatizamos que esse era um momento propício para recuperar a confiança delas na equipe, no SUS. Então, marcamos de visitar a família na semana seguinte. A pneumologista e eu, fisioterapeuta-apoiadora, iríamos conversar e avaliar a filha, que se encontra restrita ao domicílio e necessita de cuidados para além da oxigenioterapia, enquanto o dr João conversaria com a mãe a fim de averiguar outras questões de vulnerabilidade da família.

Lembro como hoje da sensação ao bater palmas em frente à casa das Galante. Me reencontrar com ela, depois de muitos insultos e gritos, me causava medo, confesso. Mas me sentia mais segura, confiante e Alice também estava ali conosco para nos dar apoio com sua capacidade inventiva de trabalhar.

Palmas em frente à casa. Silêncio, ninguém responde. A ACS já foi apresentando uma face desapontada, como quem já esperava que isso fosse acontecer: *“É sempre assim, ela fala que vai nos receber mas nunca abre”*. Palmas novamente. Abre uma fresta na janela e dá pra ver o reflexo de um olho a analisar: *“O que vocês querem aqui?”*, sai a pergunta da janela. Olhamos para o dr João, como já mencionando que era ele quem deveria responder, visto que o vínculo que estava sendo restabelecido viera a partir dele: *“Viemos conversar sobre o laudo do oxigênio para sua filha, a pneumologista e a fisioterapeuta estão aqui também. Podemos entrar pra conversar melhor?”*. Galanta responde que o portão está aberto, mas pede para que entremos devagar sem fazer muito barulho. Obedecemos.

Um casebre pequeno, bastante desorganizado para os padrões comuns de outras casas que costumo entrar, um cheiro forte de produtos de limpeza, alguns pregos na parede sem uso, algumas fitas adesivas pregadas em partes diversas da casa, no mínimo, muito estranho. A filha Galanta estava deitada numa cama na sala com um olhar muito assustado, ao nos ver começou a gritar e espernear, balbuciando algumas palavras entre choro *“Sai! Socorro! Sai!”*. Nesse momento a sra Galanta começou a se desorganizar também, ficou nervosa, começou a gritar com a gente dizendo que estávamos matando a filha dela, que éramos assassinos. Dr João não pediu calma, mas conversou como se na frente dele

estivesse uma pessoa em estado de equilíbrio: *“Vejam, senhora e senhorita Galantas, essa é a Pneumologista e essa é a Fisioterapeuta, elas vieram ajudar a conseguir o oxigênio para vocês!”*. As duas, simultaneamente, começaram a falar menos. Elas não haviam parado de falar um minuto desde a nossa chegada, não deram espaço para que outros falassem. Mas tudo bem, o espaço ali era delas. E dr João me ensinou isso com seus atos. Vagarosamente ele e a ACS se aproximaram da dona Galanta e começaram a conversar sobre os fluxos da solicitação do oxigênio. Olhei para a Pneumologista e dei um sinal para que nos aproximássemos da filha.

Vi na filha Galanta uma menina, uma criança com muito medo e sem entender o que estava acontecendo. Ela não parava de olhar para a mãe e de deixar lágrimas escorrer pelos olhos. Meu olhar de fisioterapeuta já percebeu ali intensas flexões de ombro, quadril e membros. Era como um bebê encolhido com frio e medo. O catéter de O₂ já fazia pequenas lesões na região nasal. A Pneumologista se sentou cuidadosamente na ponta da cama, próximo aos pés, a mulher-menina encolheu-se mais. Cheguei mais perto e me agachei próximo a sua altura, disse oi e que estava ali para vê-la. A filha olha para a mãe como quem pede confirmação do fato. A mãe não diz nada, parece não querer passar a desconfiança que sente para a filha. Com um estetoscópio, a pneumologista tenta auscultar o pulmão da filha Galanta, explica que é rápido e que é para o bem dela. Pânico. Gritos. Choro. A mãe rapidamente se desespera junto à filha e pede, por favor, que não nos encostemos nela. Nos afastamos, pedimos desculpas. A pneumologista dá uma analisada no galão de O₂, rapidamente faz uma prescrição e entrega à mãe, me parecendo alguém que quer muito sair dali. Tento conversar com a mãe Galanta, dizendo que, se quisesse, eu poderia ir mais vezes ali para ajudar no que precisasse, para tentar ensinar alguns exercícios para ela e para a filha. Ela responde que vai pensar e em menos de um segundo começa a esbravejar com a pneumologista dizendo que ela era uma falsa e mentirosa. Ela aponta a prescrição e diz que essa mulher quer matar a filha dela, pois prescreveu 2 litros de oxigênio, sendo que a filha precisa de 3 litros, e rasga a prescrição em pedaços. Um papel que não vale mais nada.

Caos no ambiente, a filha berra, a mãe grita e tenta atacar a pneumologista, dr João tenta acalmar a mãe, eu tento acalmar a filha, a ACS tenta acalmar a Pneumologista. Calma. Calma. A Pneumologista respira fundo, pega um novo receituário, faz uma nova prescrição e

diz: *“Pronto, está aqui, 3 litros!”*. Sentimos ali que era hora de sair. Peço novamente desculpas se causamos algum inconveniente, e realço que estamos lá na UBS para o que ela precisasse. A mãe me responde: *“Tchau”*. Tchau...

No caminho de volta à UBS a Pneumologista, tensa, diz como quem está brincando (mas não está): *“Não me coloquem numa presepada dessas de novo. Risos”*. Ao chegar na UBS, juntamos eu, Alice, dr João e a ACS para pensar nos próximos passos. Suspirei que foi uma pena a visita ter sido desse jeito e, no mesmo instante, a ACS e o dr João me respondem que essa foi uma das melhores visitas que tiveram naquela casa. Que coisa, não?

Planejamos, em equipe, tentar uma nova visita para a família, onde eu poderia me aproximar mais e tentar estabelecer um cuidado para a filha na premissa da minha competência fisioterapêutica. A filha Galanta realmente precisava de uma atenção maior e eu seria a ferramenta para iniciar essa aproximação. Dr João me explica alguns aspectos psíquicos das duas. Ele nos conta que o diagnóstico clínico da dona Galanta é de uma psicose pesada, palavras dele, onde a relação que se estabeleceu entre ela e a filha gerou uma situação de co-dependência psicótica, com muitas manias e um transtorno de personalidade bem complexo, apresentados por situações em que a mãe ouve vozes, sente-se ameaçada a todo instante, delira e transfere essas perturbações para a filha, que corrobora com tudo. Todos estes aspectos mais clínicos são novos pra mim. Chego em casa e começo a fazer novas leituras, a fim de aprimorar algumas competências teóricas que possam me ajudar nas experiências que viriam a seguir. Na próxima visita, convidaria a família Galanta para comporem minha dissertação como usuárias-guia.

Três dias depois retorno à UBS (posto que minha agenda é dinâmica, raramente vou ao mesmo lugar em dias consecutivos), entro para a reunião de uma outra equipe e sou abordada pela gerente da UBS: *“Jana, telefone pra você”*. Do outro lado, uma assistente da atenção especializada me pergunta o que realmente aconteceu na visita domiciliar na dona Galanta. Fico meio sem entender a pergunta, mas começo a contar como foi, e logo sou interrompida *“Não, quero saber porque a paciente veio aqui aos prantos dizer que a pneumologista foi na casa dela pra matar a filha dela”*. Não entendi nada. A gerente da UBS logo me pergunta: *“Você não tá sabendo que a sra Galanta foi lá na especializada e ligou*

aqui também?”. Não, eu não sabia. Peço para a pessoa do outro lado da linha que retorne em seguida. Sento na sala da gerente e ela me conta o que aconteceu.

No dia seguinte à visita, desde às 7 horas da manhã toca o telefone da UBS. A oficial administrativa atende e escuta uma mulher gritando dizendo que vai colocar todo mundo na cadeia porque eles estão tentando matar a filha dela e que o dr João e a Pneumologista são dois mentirosos. A oficial não entende muito do que estava acontecendo, mas pede calma e solicita que a paciente na linha explique melhor o que estava acontecendo. Ao nos contar, a oficial disse que a paciente chamava todos de mentirosos e assassinos, porque eles prescreveram 2 litros ao invés de 3 no laudo. Entendi tudo. Minutos depois, passa pelo corredor o dr João, o chamo para conversar e ele diz: *“Já sei do que se trata!”*.

Dr João me conta que a Pneumologista prescreveu 2 litros de oxigênio, ao invés de 3 como havia prometido e que com isso dona Galanta ligou na UBS para dizer que ele foi na casa dela para mentir pra ela de novo: *“Sinceramente, eu cansei. Eu desisto. Me envolveram numa mazela, cai na armadilha e virei vilão também. Agora ela não confia mais em ninguém”*, desabafa dr João.

Com o passar dos dias, tentamos novas entradas com a família Galanta, todas fracassadas. No departamento da atenção especializada, a situação da Pneumologista foi resolvida duramente com uma demissão: *“Nossa equipe de gestão não tolera esse tipo de comportamento. Essa Pneumologista afirmou que mentiu e que mentiria de novo porque não tem que ficar dando satisfação pra gente louca”*, foi a resposta que o Departamento deu para nós. Não era isso que queríamos, achamos a decisão do Departamento um tanto impulsiva, mas entendo que certos posicionamentos devem ser radicais.

Poucas semanas depois, sem mais notícias da sra Galanta e sua filha, a ACS chega na reunião dando uma notícia enlutada: *“Lamento dizer que a sra Galanta faleceu ontem, ela teve um infarto fulminante, morreu na hora. Fiquei sabendo agora de manhã, porque uma vizinha me contou”*. A equipe ficou em silêncio. Pra mim, aquela notícia chegou como um tiro, não deu tempo de esquivar do impacto. Olho para o dr João, que com uma face de decepção solta: *“Ela viveu uma vida de processos ditatoriais contra ela. Dessa vez, literalmente, não tem mais volta”*. Nós nos entreolhamos, ficamos um minuto de silêncio.

Penso nas relações. Relações são coisas sensíveis, sensíveis até demais. Aquela crise afetiva volta a tomar corpo. Alice solta: *“Onde é que erramos?”*.

Pensar no que foi poderia ter sido feito de forma diferente, para outro desfecho, é o efeito da situação. Importante tornar o cotidiano também em aprendizagem, que a atenção básica concentra uma complexidade grande, que não se reduz à soma das especialidades profissionais. A linha de cuidados aqui esbarrou num problema inicial: a demanda em saúde mental os efeitos que produz nos profissionais.

Alguns percalços no cuidado da família Galanta e de dona Cidinha também atravessam o caminho de seu Zé, que utilizou de seu corpo potência para criar novas conexões e resistiu às ordens médicas em prol da realização de seus desejos, como veremos a seguir.

7. SE ESSA RUA FOSSE MINHA - CONFRONTO DE SABERES E FAZERES ENTRE QUEM ACHA QUE MANDA E QUEM FINGE QUE OBEDECE

Sinos, igreja, altar, lá vem a noiva! Toca aquela música tradicional de casamento: Tam tam tam, tam tam tam tam. É envolta da cena de um casamento, que começo essa outra história.

Mas antes disso, preciso relatar brevemente que nesses caminharas pela rede de saúde de São Bernardo do Campo, onde a Atenção Básica é minha estação de trabalho principal, eu e Alice temos discutido muito sobre como são organizadas as visitas domiciliares, para tentar melhor compreender de que forma as equipes estruturam seu trabalho e de que forma esse dispositivo se acopla no cuidado. Uma coisa que existe em comum a todas é que as pessoas que são “SUSdependentes” e pertencem a grupos vulneráveis são prioritárias e as equipes organizam as VD conforme a necessidade dos casos, algumas mensais, outras bimensais, outras trimestrais ou semestrais. Quando há um caso mais agudo ou urgente, as equipes se reorganizam para priorizar os mais graves, e conseguem realizar a visita em até 2 semanas. Os usuários quem tem convênio e solicitam/precisam de VD também são acompanhados, conforme as urgências. Foi numa dessas que conheci seu Zé.

Chegar na casa do seu Zé é fácil, saindo da UBS eu pego a avenida principal, viro à direita no supermercado, ando até o posto de gasolina, viro à esquerda e vou até o fim da rua. Simples, só que não. Visita marcada para às 14hs, eu, Alice e a ACS local. As duas iriam me encontrar na esquina da casa de seu Zé. Sai da UBS com uns 20 minutos de antecedência. Cheguei 20 minutos atrasada. Suada, queimada de sol, com os olhos quase cerrados e com muita sede, quando me falaram como chegar à casa de seu Zé achei que era perto, mas quem me informou achou que eu iria de carro ou ônibus. Desencontros nos diálogos acontecem, tudo bem. O território também é a relação que se estabelece com as coisas que o compõem. Enfim, chegando naquela casa com alguns degraus para subir - degraus daqueles bem altos, para os quais você tem que dobrar o quadril em menos de 90

graus (coisas que fisioterapeutas pensam) - encontro com dona Maria, uma senhora negra, baixinha, cabelos grisalhos presos para trás com um coque e que nos recebe com um sorriso muito gentil: *“Entrem, fiquem à vontade”*. Peço desculpas pelo atraso, e a ACS logo vai comentando que vim a pé de lá da Unidade, que ela pensou que eu iria de ônibus. Algumas caras de espanto e risos.

Logo que entro na sala pequena encontro seu Zé sentado na cama, que fica em frente à TV. Ali é seu novo quarto, prontamente me explica dona Maria. Seu Zé faz esforço, como quem quer se levantar para me cumprimentar, dizendo que sou bem vinda. Me apresento e digo que estou ali para conhecê-los, escutá-los e ajudar, se possível, em algo que possamos construir juntos. Logo, dona Maria já vai contando o histórico de saúde de seu marido. É comum notar que praticamente a totalidade dos usuários começa a contar de suas histórias clínicas para os profissionais, muito provavelmente para tentarem serem sucintos e objetivos para com suas expectativas igualmente clínicas e, talvez, para não tomarem muito tempo, tentar otimizar ao máximo aquele momento de conversa, de *“consulta”*. Mesmo assim, quando vamos dando espaço, ouvindo e dialogando, as histórias vão tomando vida, ou melhor, a vida vai virando história a se contar, e é aí que a coisa fica interessante.

Seu Zé é quase uma caricatura de um homem teimoso e inquieto, mas esconde por trás uma sensibilidade a desflorar. Quando dona Maria vai contando de seus *“problemas de saúde”*, seu Zé já vai interrompendo como quem diz que a vida é dele, então é ele quem tem a autonomia de falar dela, afinal ele não é mudo. Então, ele joga o lençol que cobre suas pernas para o lado e nos mostra: *“Aqui, oh! Essa é a mancada que fiz da minha vida”* e aponta para os dois cotos na altura da coxa. De imediato, Alice já pergunta: *“Como assim, seu Zé? Mancada?”*. E sincronicamente respondem Maria e Zé: *“O machucado, a queda”*. Não faz sentido pra você? Logo logo irá fazer.

Seu Zé e dona Maria, ambos com diagnóstico de diabetes há quase uma década, possuem uma história não tão doce, mas cheia de sabores. Se conheceram há mais de 40 anos, estabeleceram um relacionamento há 38 anos e já passaram por muitos momentos juntos. Hoje vivem com uma filha e dois netos na mesma casa, construída às próprias mãos do casal. Vieram do interior da Bahia para *“tentar ganhar a vida”* em São Paulo, vieram de uma pobreza que os obrigou mudanças para viver melhor, reinvenções.

Em São Paulo, especificamente em São Bernardo, seu Zé ofertou da mão de obra que melhor sabia lidar: seu Zé, o pedreiro da região. *“Construí muitas casas por aqui nessa região, construía uma e outra para um dia conseguir construir a minha. Foi minha maior conquista na vida. Construir minha casa e a casa de meus filhos”*. Dona Maria ajudava em casa, cuidava dos filhos, dos afazeres domésticos e da organização e gestão da família. Além de tudo, dona Maria *“cozinava que era uma beleza!”*, conta seu Zé.

O casal vai nos contando, com o passar dos encontros, que seu Zé tem dificuldades em aceitar e obedecer às prescrições dos profissionais da saúde, particularmente as restrições da dieta. Dona Maria, a ACS e os demais trabalhadores da qual conversei sobre seu Zé insistem em dizer que quem o levou a estar nessa situação foi ele mesmo, que não tomou os medicamentos e a insulina conforme o orientado e que, por isso, acabou tendo que ser amputado por *“falta de autocuidado”*, dizem o médico e a enfermeira da equipe. Mas seu Zé tem uma versão diferente dessa história.

“Eu fui no postinho buscar a mulher (dona Maria) que tava na consulta, aí uma enfermeira me perguntou se eu não queria furar o dedo pra ver a tal diabetes, aí eu fui lá. Falaram que eu tinha esse diabetes, né. Furaram meu dedo e falaram que tava alto. Aí já me deram uma porção de exames, papéis e uma consulta no médico... Eu só sei que eu não podia mais comer doce, açúcar, arroz, uma porção de coisa. E eu tinha que tomar um comprimido lá, pra baixar. Aí eu te pergunto: como é que vive sem comer arroz? Como que toma café sem açúcar? Quero é ver se o médico faz isso todo dia, eu duvido!”. E nos conta que ao sair de lá nunca mais pisou na UBS. *“Eu tava bem, tava me sentindo bem, nunca tinha acontecido nada comigo, então eu não obedeci o médico, vacilei, né? Achei que eu tava bem, não sentia nada, como eu ia saber que isso ia arrancar minhas pernas? Que um machucado na perna ia fazer todo esse estrago?”*. Ele nos conta que estava trabalhando quando sofreu uma queda de joelhos, que resultou em arranhões que nunca mais cicatrizaram e que vieram a levar a uma internação por infecção, resultando na amputação.

Seu Zé nos mostra que ter um diagnóstico não o afetou ou impactou mudanças em sua rotina, mas coloca um impasse quando se sente culpado pelo acontecimento que mudara sua vida. Não foi o conhecimento sobre o que tinha que marcou sua trajetória, mas

sim um acontecimento. Se a queda no serviço não tivesse acontecido, seu Zé continuaria vivendo sem “se importar” com a tal da diabetes.

Seis anos após o “diagnóstico”, seis meses após um machucado na perna, seis meses seu Zé encontrara-se sem pernas. Quando percebeu que o machucado só aumentava, ele buscou a UBS, onde ficou semanas fazendo os curativos. Nos conta ainda que havia semana que dava pra ir, outras que não, pois tinha prazos para entregar a obra, que não podia esperar. *“Quando eu via que (a ferida) tava melhor, eu não ia. Tinha esperança que ia melhorar, né”*. Até que um dia, com muita dor, começou a se sentir mal, teve febre, calafrios e os curativos estavam amarelados. Seu Zé foi até a UBS que orientou ir até a UPA, pois precisaria de uma internação. Na UPA, seu quadro clínico foi piorando, ficou por três dias e foi transferido para o Pronto Socorro. Seu Zé teve uma sepse importante, chegou a ficar inconsciente e os músculos do seu joelho começaram a necrosar. Não tinha saída a não ser amputar. Primeiro foi sua perna direita, a que ele usava para se apoiar quando assentava um piso. Vinte e dois dias depois, a esquerda. Com a amputação, veio junto a depressão.

Alguns meses internado, seu Zé volta pra casa. Tudo muda, até seu quarto. Não conseguiria mais ficar no quarto com sua esposa, pois a cadeira de rodas não passava na porta. Ele relata que nunca pensou em construir portas que coubessem cadeiras de roda, que jamais imaginou que poderia precisar. A culpabilização pela doença, parece que também gerou uma sensação de desvalia sobre as capacidades laborais, até sobre a capacidade - e quiçá a legitimidade - de andar a vida. O corpo-vitalidade do Seu Zé parece ter se transformado apenas num corpo biológico inapto.

A equipe me acionou para visitar seu Zé porque já “não sabia mais o que fazer”, posto que ele não tomava os medicamentos prescritos, estava entrando em depressão, não queria conversar com a psicóloga, perdeu o direito ao PID por não cumprir com “sua parte no tratamento” e perdeu o transporte social por se recusar a ir à fisioterapia.

Mas, e o casamento? Onde entra nessa história? É aqui que o melhor da história acontece. Bem, eu acho.

Certo dia, em mais uma visita à casa de Seu Zé, tentando reconstruir significados da fisioterapia para ele, que ele dizia não ter gostado quando fez na clínica especializada, pois não estava vendo resultado, ele conta que estava pensando em fugir. *“Fugir, como assim?”*,

indago. Ele solta uma risada inesperada, quase como de deboche, e explica que iria fugir pro casamento da sua afilhada. Então dona Maria entra na conversa e fala *“Ai menina, ele tá com essa na cabeça agora, não sei o que faço. Tá doido pra ir no casamento, mas o doutor disse que ele não pode, que ele ainda não tá cem por cento pra ir”*. E então seu Zé faz uma cara de quem não suporta o que ouviu. Uma famosa cara de *“Affe!”*.

Pergunto a seu Zé o que seria necessário para ele ir ao casamento e ele diz, com ar de tristeza, que bom mesmo seria ter as pernas. Digo que ele não tem as pernas, mas tem a vontade de ir, então refaço a pergunta: o que seria necessário para ir ao casamento? Ele olha pro lado, como quem não quer me encarar e não responde. Digo pra ele pensar e que poderíamos conversar sobre isso depois. Dona Maria me encara com uma face que demonstra duvidar do que eu estava perguntando, mas em seguida dá uma risadinha de canto de rosto e nos deixa a sós. Acho que ela aprovou. Saio da casa e não toco no assunto. Deixo que seu Zé mesmo tome a liberdade de falar sobre isso, se quiser, quando quiser. Da mesma maneira, duas semanas depois quando retorno, a primeira coisa que ele me diz é se eu lembro da pergunta que eu o tinha feito. Respondo que lembro com todas as palavras, e ele me conta que já tem uma resposta. Sabe quando a pessoa tenta não ceder ao riso de satisfação e segura forçando os dentes? Então, foi assim que seu Zé me olhou. Eu fiz o mesmo.

Algumas semanas antes eu havia deixado uma espécie de manual, com a imagem de alguns exercícios que seu Zé poderia fazer em casa para fortalecer os braços, tronco e ombro, pois ele precisaria dessa força para andar de cadeira de rodas - situação que ele havia se recusado até então - mas tinha aceito que eu demonstrasse como fazer, caso ele sentisse vontade. Seu Zé não queria cadeira de rodas, ele queria andar com as pernas: *“A coisa que eu mais gostava na vida era andar. Eu pegava e saía por aí andando, andava sem rumo e depois voltava. Agora, o que é que eu vou fazer?”*, disse certa vez. No entanto, vi o “manual” na cabeceira, dobrado e perguntei se ele havia usado alguma vez. Ele responde como quem não desse valor que chegou a dar uma olhada, quando é atravessado pela esposa que o desmente com um tom de alegria pelo que tava dizendo: *“ele ficou fazendo os exercícios todo dia sim, não mente pra ela não”*. E ele solta um riso como se tivesse sido desmascarado: *“Ah eu tava tentando fazer sim”*. Não sei porque, mas sinto que algo havia

tocado seu Zé. Talvez a esperança de sair pro casamento? Talvez apenas tentar agradar a fisioterapeuta que vai lá quase toda semana conversar? Talvez. Mas pareceu que havia conseguido despertar outra dimensão do seu corpo, ajudando-o a produzir novas conexões entre a dimensão biológica e a potência da vida.

Só sei que seu Zé me chamou no canto e falou baixo, provavelmente para sua esposa não ouvir: *“Olha, eu já decidi que eu vou no casamento. Eu liguei para minha sobrinha e vão vir me buscar, mas aí você tem que ajudar a convencer aquela ali (dona Maria). Você vai me ajudar?”* como quem faz um ultimato. Nesse momento fico um pouco apreensiva. Sei que a conduta médica diria para ele não ir, pois faria uma viagem relativamente longa para o sul de Minas Gerais e ele ainda não havia passado no retorno com o médico cirurgião vascular. Sei porque havia discutido em equipe na semana anterior. Sei e preferia não estar sabendo, talvez seria mais fácil. Respondo para não demorar muito que iria ajudar sim, mas só depois de ver se ele estava apto para ir. Afinal, faltava pouco mais de mês, daria tempo de tentar discutir novamente em equipe. Tento usar esse estímulo à favor da fisioterapia, não porque eu considerava importante a realização dos exercícios e técnicas ensinadas, mas porque se ele conseguisse ir, ele precisaria desse condicionamento.

Em outro momento tento conversar com a equipe, o médico continua dizendo que *“não é indicado”* ele fazer tamanho esforço, *“clanicamente falando”*, mas que se ele quisesse muito ir, fica *“à critério dele, à responsabilidade dele e da família”*, encerra. Fiquei indignada com essa resposta, onde a enfermeira e a equipe acabou por concordar após o *“veredito final”* do médico. Depois da reunião, converso com Alice e ela igualmente revoltada solta: *“Esse jogo de responsabilidade só é bom quando convém, não é?”* É!

Ainda assim, tento conversar com outros profissionais, inclusive aciono uma teleconferência no Telessaúde com um vascular para tirar dúvidas de alguns dos possíveis entraves/consequências que poderiam acontecer na viagem de um paciente na situação de seu Zé. O vascular disse que o mais importante seria ver se a infecção e a pressão arterial estavam controlados e a qualidade da cicatrização. Além disso, seria importante que os níveis de glicemia estivessem mais controlados. Caso tais condições estivessem minimamente *“boas”*, a viagem poderia ser feita sem problemas. Com essas informações, sinto que posso negociar com seu Zé, não no sentido de tomar uma decisão por ele, a

decisão já estava tomada: ele iria ao casamento. A preocupação não era sobre seu Zé seguir ou não as prescrições ou os números/parâmetros de seus exames e condições clínicas, mas sim orientar quanto às precauções que poderiam ser tomadas. Aqui podemos dizer que eu tentaria trabalhar a corresponsabilização do cuidado, algo que ninguém está isento, mesmo quando acha que está.

Sigo ansiosa para casa de seu Zé, num dia chuvoso com cara de sono. Encontro seu Zé mais cabisbaixo, mais introspectivo e logo vou perguntando como tinha sido a semana. Seu Zé responde que tinha sido como tantas outras, e conta que não gosta do frio, que o frio aumenta suas dores. Imediatamente me lembro que muitos outros usuários referem a mesma coisa, inclusive seu Val (marido da dona Cidinha, lembra?) demonstrava mais incômodos em dias gelados. Nos referenciais teóricos não existem justificativas para tal, mas que este é um fato que acontece com a maioria das pessoas com doenças/dores crônicas que encontrei, é fato. Não há evidência na ciência; mas ela existe no corpo dos doentes, situação que é semelhante a tantas outras no cotidiano do cuidado.

Enfim, dona Maria conta que naquela semana seu Zé estava assim, não queria comer direito, não queria tomar banho e não estava para conversas. Tento me aproximar o menos invasiva possível - lembro dos momentos com dr João e com dona Galanta em que aprendi que é melhor deixar o usuário iniciar (ou não) um diálogo do que insistir. E não é que funcionou? Seu Zé foi puxando assunto sobre o tempo, a chuva, foi dizendo que a chuva era ruim para os negócios, que atrasavam as obras, que tudo parava. Naquele momento Alice, que ficava observando todos nossos encontros, se manifesta: *“É verdade, nós somos como o tempo, tem hora que estamos ensolarados, tem hora que precisamos chover”*. Ficamos mais um pouco com seu Zé, tomamos um chá que dona Maria fez pra nós e remarcamos a visita para outro dia, em que o tempo estivesse melhor para todos.

Na mesma semana consigo um tempinho ir para a casa de seu Zé. Dessa vez vou sozinha, pois a VD foi como um “encaixe” na minha agenda. Embora não tenha sido agendada, dona Maria me recebe dizendo que cheguei na hora certa. Seu Zé estava fazendo alguns exercícios do “manual” que lhe entreguei. Ele me recebeu com uma cara de orgulho: *“Viu só, eu faço as coisas sim!”*. Então eu disse que queria ficar ali o observando para ver como ele fazia, e ele disse que já havia terminado. Se era verdade ou não, não sei, mas

também, pra que interessa saber? Faltavam menos de vinte dias para o casamento e seu Zé disse que estava treinando para ir: *“Quero estar bonito porque vou entrar como padrinho. E esse braço tá parecendo tripa seca!”*, risos. Tento aproveitar a situação para dizer que conversei com o vascular. Mal começo falar e seu Val solta: *“Não vem me dizer que ele me proibiu. Médico nenhum manda em mim”*. E eu disse que pelo contrário. Conteí sobre alguns riscos que podem acontecer, mas soltei que não teria problema, pois seu Zé e a dona Maria iriam se ajudar para que nada de mal acontecesse: *“Não é?”*. E eles respondem: *“é!”*. E foram.

E com isso, encontrei vários Zés. Aquele Zé que não quer dedicar seu tempo com a saúde hegemônica, prescritiva e verticalizada. Aquele Zé que quer doce, quer andar, quer arroz, quer beber, quer ir ao casamento. Outros Zés vão se mostrando, ampliando também outros modos de existência e resistência, e me ensinando outros olhares para o mesmo corpo, o corpo-potência. O usuário, aqui, se encontra na centralidade do cuidado, mas também no saber/conhecimento sobre seu cuidado e nos ensina que todos são agenciadores.

8 AFINAL, O QUE É RESTRIÇÃO E O QUE OS USUÁRIOS-GUIA TÊM A NOS ENSINAR? Aspectos da relação restrição-liberdade que parte de uma cultura de disciplinarização dos corpos e a produção do conhecimento pela experiência

Dentre os caminhar pelos territórios e pelas redes formais e informais que cada um dos nossos autores aqui narrados vivenciaram, podemos discorrer, um pouco, sobre autonomia, controle e modos de caminhar e viver a vida, pois são estes aspectos em comum que atravessam as histórias de nossos protagonistas.

Quando dona Galanta busca oxigênio para sua filha em sua relação um tanto “psicótica”, nos ensina que sua autonomia em busca do que precisa propicia acontecimentos que transformam o olhar de quem as cruza. A medida da necessidade de saúde de cada um é construída pela posição do olhar que os diferentes atores que estão na cena do cuidado projetam sobre o problema visível. Por exemplo, quando dr João aprende modos de se comunicar com a família através das experiências anteriores com ela, ou quando eu, apoiadora-fisioterapeuta, busco em referenciais ou em minhas vivências com outros acontecimentos que remetem à *outras* maneiras de contato e de diálogo, para ampliar e qualificar minha caixa de ferramentas como profissional, estamos criando novos espaços e novas aberturas para os encontros com aquela e outras famílias, que possuem uma forma singular de existência. O mesmo acontece quando o modo de ver de dona Cidinha para com seu Val nos convida a mudar nosso ponto de vista, nosso olhar, para aquele corpo. Assim como também, seu Zé nos ensina que seu olhar para ele mesmo é diferente do modo como os profissionais o enxergam.

Ainda, quando Seu Zé diz em determinado momento: *“eu tô de boa aqui... não tenho mais obrigação de pagar conta, nem preciso ficar saindo pra pegar ônibus lotado... Só tem uma coisa boa que consegui com essa doença que foi minha aposentadoria, agora eu tô livre... risos”* e relata que sua tristeza maior era por não poder ir ao casamento da afilhada, ele nos remete à um questionamento sobre liberdade. Vimos que Seu Zé não vai às consultas, abandona a fisioterapia, não toma os remédios direito, perde o PID e andava deprimido. No entanto, podemos mudar o ponto de vista e aprender que seu Zé quer apenas

ter controle de sua própria vida, onde seu sofrimento é causado pelo imperativo clínico que o limita aos desfechos da doença. Não é possível pensar um cuidado integral e uma proposta singular de cuidado sem quebrar o olhar biomédico, que pode ser compartilhado no imaginário de diferentes atores.

Neste aspecto, a conexão de Foucault (1977) com a medicina representou grande marco na consciência dos modos de controle sobre os corpos no âmbito da saúde, através da formulação do conceito de biopolítica, que permitiu uma análise do cuidado (outrora tida como passivo e receptivo da ordem médica) como o exercício de controle sobre si próprio. Ao refletir sobre o biopoder como tecnologia de normalização da vida que se exerce sobre o corpo, permitiu à medicina se pensar na desconstrução de um naturalismo biomédico, que avançou para um olhar para as subjetividades das relações (FOUCAULT, 1977; FERLA, 2007; FEUERWERKWER, 2014). Nisto, seu Zé, dona Cidinha e seu Val e a família Galanta dão aula sobre como essas relações, sejam elas normativas ou subjetivas, acontecem no cotidiano vivo do trabalho na Atenção Básica para como as pessoas domiciliadas. O poder da “normalidade/normalização” atravessando todos os corpos, produz efeitos duplamente sobre os corpos “disfuncionais”, que não respondem à normalidade anatômica e à funcionalidade capitalística, da produção em escala, do que *serve* ao sistema. Um corpo restrito ao domicílio é uma carga para essa lógica de produção e uma anomalia para a compreensão de corpo-organismo.

E por falar em domicílio, podemos dizer que casa é vista como instituição a ser disciplinada quando o PID/médico/profissional da saúde ordena o que os cuidadores devem e como devem fazer, sob regime de vigilância e ameaça de perda do direito ao programa/ao cuidado. O conhecimento gerado no final do Século XVII, quando o hospital assistencial se torna objeto de disciplinamento para tornar-se hospital médico, parece ficar demasiado apertado no território do domicílio, tomado por relações de saber-poder que não se submetem diretamente ao ordenamento biomédico. Foucault (1977) descreve que esse tipo de relação surge após o liberalismo, com a disseminação da disciplinarização dos corpos para coletivos, como uma forma de ampliação do poder disciplinar. O inimigo torna-se biológico, higienista e se incide sobre a vida da família sobre a ameaça do risco - risco de pegar uma pneumonia, risco de adquirir uma infecção, risco de morte. Aqui, fica claro o que Deleuze

(1992) diz ser o avanço da sociedade de controle para a sociedade disciplinar, em que toda a população se torna adestrada a partir dos moldes, que são dinâmicos e difusos, onde o controle se torna de sutil percepção. Ainda mais quando o olhar para o cuidador só direcionado para sua “atribuição”.

O papel do cuidador merece destaque aqui, em que este se torna importante para a linha de cuidado e que parece ser um atributo do domicílio. A ação da equipe com o cuidador pode constituir-lo como *engrenagem* na linha de cuidados. Entretanto, se é “parte” do cuidado, seus saberes sobre o doente e a doença deveriam ser considerados fundamentais, e os momentos de contato com elas deveria ser educação permanente em ato. Aqui profissional e cuidador se tornam parte de uma mesma equipe, onde um ensina e aprende com o outro no intuito de produzir cuidado, porém, sem deixar de lado que este mesmo cuidador também é usuário e que precisa que o olhar seja deslocado para ele enquanto indivíduo (e não um especialista).

Porém, quando modos de governar a vida são instituídos por meio da “orientação/prescrição” médica, formas de resistência também são criadas. A vida escapa do controle! Exemplo disso são os encontros de Cidinha com os amigos do terço, o cafézinho que a ACS toma com a família, os gritos de dona Galanta nos serviços de saúde, a ida perigosa ao casamento da afilhada... Com relação a isso, poderíamos retomar Foucault (1977), quando relata uma crise das disciplinas, em que novas liberdades são produzidas e atravessam a docilização presente nos sistemas dominantes. Como o ato de cuidar na lógica vigente é disciplinar, ou seja, para ficar saudável existe um protocolo a ser seguido, remédios a serem tomados, prescrições a seguirem, seu Zé, por exemplo, nos mostra sua liberdade quando aponta que ir ao casamento da sobrinha lhe trará mais saúde, mais vida, e nos ensina que sabe em ato produzir linha de fuga da disciplinarização e de seu corpo potência para produzir existência como dobra (mesmo sem conhecer a produção de Foucault e Deleuze). Seu Zé, definitivamente não é um “restrito”. Seu desejo agenciou encontros e saúde. O corpo-organismo não explica a vitalidade que produziu na dobra; é o corpo-potência que foi descoberto no agenciamento do cuidado que o explica.

Por isso, quando escutamos um profissional da saúde dizer que a restrição ao domicílio/ao leito acaba com a liberdade do usuário, eu e Alice nos colocamos a questionar:

estar restrito ao lar limita o indivíduo a uma falta, a falta de liberdade? Mas de que liberdade estamos falando? A liberdade ao consumo? A “liberdade” de produzir em escala na esteira capitalista? Se pensarmos que os indivíduos “restritos” ao lar também estão “livres” do consumo (pela restrição financeira, muitas vezes, produzida pela saída do mundo da produção), livres das pressões sociais do trabalho para pagar contas, enquanto outros se limitam a viver vendendo sua mão de obra para poder consumir, quem mesmo está restrito e quem está livre? Quando um profissional da saúde se limita a olhar apenas para o corpo biológico, lutando contra os afetos e negando a si novas vinculações, nos perguntamos: quem é mesmo que está restrito? Podemos aprender com nossos autores/usuários/atores que ser livre também é fazer do corpo uma potência que não se reduz ao organismo, à doença e à situação em que este se encontra, ser livre também é fazer do conhecimento uma potência que não se reduz à verdade científica. Se estivermos falando de cuidado integral, parece que é o corpo potência e seus movimentos rizomáticos que assumem protagonismo.

A subjetivação no controle da vida - que implica em dizer para si próprio que não há pessoa, apenas órgãos e doença - nos faz questionar ainda mais coisas. Quando os profissionais trabalham como se fosse a doença que constituísse a vida como esgotamento, acabam por fortalecer a criação das resistências e da produção de *outros* conhecimentos: a experiência para seu Zé, por exemplo, torna-se sua linha de fuga, onde seu desejo criou um agenciamento, criou a possibilidade de novas experiências, antes negada pela medicina (DELEUZE, 1992). Nossos usuários-guias, portanto, disputam a todo momento seu autogoverno e criam linhas de fuga para a prescrição da vida e a medicalização do viver, onde:

“Cair, ficar deitado, bambolear, rastejar são atos de resistência. É a razão pela qual toda doença do corpo é, ao mesmo tempo, a doença de ser agido, a doença de ter uma alma-sujeito, não necessariamente a nossa, que age no nosso corpo e o submete às suas formas.” (LAPOUJADE, 2011).

Nesta conexão, Feuerwerker (2014) descreve linhas como sinônimos de planos e segmentos, das quais vivemos em constante segmentação desde nossa concepção. As linhas

duras são caracterizadas pela dicotomia das coisas, a divisão binária do masculino ou feminino, patrão ou empregado, cristão ou ateu, mas que podem se cruzar em determinados momentos, gerando conflitos e até mesmo cortes, é o caso do instituído, daquilo é dito e dado.

Ao contrário, temos linhas mais flexíveis, moleculares, onde se permitem fluxos e movimentos limiares que geram deslocamentos. Ou seja, dentro de uma segmentalidade dura, é possível fazer algo “menos duro” (FEUERWERKER, 2014).

No entanto, é nas entrelinhas, denominadas de linhas de fuga, que se constituem o atravessamento dos segmentos. As linhas de fuga ficam no plano da invenção, vindo dos movimentos da multiplicidade e singularidade que os desejos e *devires* acontecem. Aqui ocorrem os encontros e desencontros das linhas anteriores, promovendo alterações e alteridades, ou seja, modos de resistência (FEUERWERKER, 2014).

Com isso, os usuários também fazem reconhecimento de territórios existenciais (a casa, a liberdade, o corpo) para além dos territórios normativos (a delimitação do acesso, as redes de atenção à saúde, as prescrições), onde a potência do encontro entra como capacidade cuidadora para além das tecnologias mais densas. Exemplos dito por Cidinha que queria apenas ouvir um “bom dia”, por seu Zé que não obedeceu as prescrições médicas e foi viver seus desejos, e por dona Galanta, que foi ensinando a todos *outros* modos de se relacionar com o mundo, com as pessoas e com a vida.

As reflexões na micropolítica dos serviços levam a uma análise pautada no imbricamento entre teoria e prática, na qual os conceitos teóricos indagam a respeito da assistência com significados e produção de vida, pautadas no uso das tecnologias leves por parte dos profissionais. Entretanto, não basta um trabalho acolhedor se o profissional não interrelaciona o uso das tecnologias em saúde, visto que estas são interdependentes, essenciais para sem ampliar o olhar para aquilo que está cristalizado e promover uma intervenção mais resolutiva e humana (FRANCO; MERHY, 2013). Foi o que os usuários nos ensinaram.

Diante do paradigma do território-fixo-geográfico-estrutural dos serviços de saúde, em especial da AB, o que nossos atores/autores/usuários nos ensinam é a importância de se

olhar para estes territórios de *outras* maneiras, olhar para seus territórios existenciais. Mas também não basta apenas o olhar, é preciso entrar e despir-se, aceitar um convite que requer vinculação e que vai além das práticas convencionais de ouvir a queixa e propor uma solução/prescrição para ela. Os usuários nos ensinam que as tecnologias das relações se tornam imprescindíveis para que o compartilhamento do governo da vida aconteça naturalmente, promovendo trocas entre trabalhadores e usuários que aumentem a potência de viver de ambos e que, acima de tudo, tenha significados.

Nestas trocas, observemos a importância do profissional se permitir colocar em desterritorialização, onde o novo e a dinamicidade do território e da vida implicam-no para a construção de novos saberes, fazeres e ideias antes não vistas, não experienciadas. Ir de encontro ao outro, ao novo e ao diferente permite fazer novos vôos, produzindo constantes movimentos contra as subjetivações e com autoanálise (FEUERWERKER, 2014). As trocas territoriais (entre um corpo e outro) geram não só afetos, como também aprendizados.

Nestas trocas e fazeres, diante das resistências que os usuários criam e projetam para o modelo hegemônico, também posso arriscar a dizer que os ACS são resistência - re-existência e produtores de linhas de fuga no cuidado na AB, onde o trabalho na comunidade em horizontalidade e articulação entre população e instituição (serviços de saúde e seus profissionais) criam movimentos diferenciados no ato de cuidar e um novo olhar para as necessidades da população, que vão além do processo saúde-doença. O exemplo da ACS Madá, ao conhecer a história de seus usuários e do local em que vive, bem como do local em que trabalha, mostra a capacidade cuidadora do ACS para com a comunidade, onde as tecnologias leves estão em uso constante.

E, no caso da rede de atenção como um todo, coloco os apoiadores como potência de resistência da institucionalidade protocolizada dos serviços, pois podem produzir cuidado no intuito de criar/estimular potências de vida, numa dobra biopolítica-biopoder, através da fuga ao normativo, ao hierárquico, ao controle dos corpos e das instituições, quando desbravam caminhos que outros profissionais ainda não percorreram, sejam eles institucionais ou não. Ao apoiador é permitido o movimento, como circulação nos serviços

da rede e como educação permanente no exercício do apoio, gerando produção do conhecimento a partir do cotidiano, quando assume que essa não vem apenas dos livros.

Cidinha, seu Val, seu Zé, dona Maria, mãe e filha Galanta, e todos os outros usuários que encontrei nos ensinam que a produção do saber não é de domínio exclusivo de determinado grupo, mas sim de todos. Suas narrativas nos convidam a conhecer novas pluralidades, nos ensinando que são seres ontológicos repletos de conhecimento a ofertar, que não se enquadram à subjetivação que lhes é estigmatizada e que se colocaram no mundo como sujeitos e não como objetos, nem mesmo deste estudo. Em meio a crescente homogeneização, eles nos apresentaram modos de existências singulares e potentes. Posso, portanto, afirmar que seus corpos não são apenas singulares, e sim como um coletivo, uma multidão, que dizem muito sobre autonomia no modo de levar a vida. Me ensinaram, em ato, uma estética da existência (FOUCAULT, 2006).

Por estética da existência, Foucault denomina aquele indivíduo que exerce seu autogoverno no modo de viver e existir através de seus desejos, criando estilos de vida singulares que vazam dos meios normativos e regrados. E permanecer neste exercício, por se tratar de resistência, culmina em tensões que desdobram na luta de forças frente ao que lhe é imposto e que lhe é desejo, um embate entre aceitação e afirmação que, por vezes, geram sofrimentos (GALVÃO, 2014). São estes sofrimentos/afecções que embasaram as narrativas aqui descritas.

O corpo-organismo (corpo-máquina) tendo a desfuncionalidade inscrita pelo discurso dos profissionais, pelo discurso dos especialistas (que fragmentam o corpo) e pelo imaginário capitalístico entra em confronto com o corpo-potência, que abriu em mim, enquanto apoiadora-fisioterapeuta, uma descoberta das minhas limitações. Neste contexto, a experiência do vivido no trabalho e a discussão embasada na teoria e na troca com os demais profissionais e usuários nada mais foi que Educação Permanente, em ato, mobilizando conhecimento novo e significativo: o corpo-potência não estava disponível nas disciplinas de anatomia, fisiologia e patologia que operaram na subjetivação profissional. Posso arriscar a dizer que a produção do apoio como educação permanente surge em oposição à especialidade-apoio. E é esse processo em mim que me trouxe à tona a importância da resignificação do meu trabalho, do apoio e da fisioterapia, que chama para

uma outra discussão: a aposta em uma fisioterapia-inventiva, uma fisioterapia-cuidadora e inventiva.

9. DA REABILITAÇÃO PARA A RESSIGNIFICAÇÃO - A CARTOGRAFIA EM MIM E A APOSTA EM UMA *FISIOTERAPIA-INVENTIVA*

Pesquisar o outro permitiu conhecer a mim, em constante processo de desterritorialização-reterritorialização: ora fisioterapeuta, ora pesquisadora, ora apoiadora em rede, ora Cidinha, ora Madá, ora dr João, ora seu Zé, ora dona Galanta, ora Alice, ora todos. Um constante exercício de despir e remendar-Me, *corporificar* os sentidos e significados de autonomia, de potência e de corpo.

Em especial a família Galanta, que trouxe à margem de mim uma experiência que colocou em análise minhas bagagens enquanto profissional da saúde, coloquei em xeque minhas “competências e atribuições”. Quem era eu? Por que eu estava ali? Tais questionamentos me fizeram olhar para meus passos para tentar entender quais eram aqueles vazios que me enchiam.

Lidar com o sofrimento “físico” era algo que tive que aprender quando escolhi ir para a área da saúde. Lidar com o sofrimento psíquico não. Como assim, não? Ao olharmos para as diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia, bem como conversar com qualquer colega fisioterapeuta que você encontrar vão ter dar uma resposta semelhante: não fomos “formados” para cuidar do sofrimento psíquico. “Foge da nossa área”, disse certa vez uma colega minha. Veja-se que há aqui uma dissociação produzida no processo de formação: a linha divisória que separa o “sofrimento físico” do “sofrimento psíquico” só existe na ordem das disciplinas, não existe na vida e no corpo-existência, nem para o usuário, nem para o profissional.

Quando lidamos com pessoas em situação de restrição ao leito, hospitalizadas, acamadas, com doenças crônicas degenerativas ou não transmissíveis, ou qualquer outra

situação que leve uma pessoa a precisar de fisioterapia, temos que lidar com as expectativas e com os sofrimentos alheios. Mas, e quando somos nós que entramos em sofrimento por não entender o corpo do outro? Por não entender o que o outro diz? Acho que quando isso acontece é hora de se reinventar.

Foucault traz uma discussão profunda sobre o controle dos corpos pela medicina, e quando leio suas críticas, consigo facilmente colocar a palavra fisioterapia no lugar. Provavelmente foi isso o que ele quis dizer, não só de uma profissão em si, mas sim de como se colocar enquanto prescritor impera relações de poder e hierarquia que podem levar à subjetivação, à limitação dos corpos em partes anatômicas e fisiológicas e, sobretudo, ao sofrimento. A fisioterapia pode fazer isso com muita facilidade. Terapia do corpo físico: fisioterapia.

Dizem que fisioterapia é a profissão do movimento, que dá movimento a vida. Mas enquanto ela se limitar ao corpo anatomofisiológico vai produzir imobilizações, limitações e prognósticos que tendem a incapacitar o movimento da vida através de exercícios que não produzem significado a quem os faz. Os exercícios não passam de prescrições. Sobretudo, há um efeito pedagógico de submeter a potência do corpo à sua dimensão física, que é capturada e descartada pela lógica da produção, do produtivismo capitalístico.

Esse capítulo vem falar de mim e das minhas (in)competências enquanto fisioterapeuta. Quando me limito ou sou limitada à fisioterapia tal qual existe nos manuais especializados. Não se trata, pois, de diminuir ou julgar toda uma classe profissional da qual muito respeito e tenho encantamento, mas sim de se pensar *outros* modos de se constituir, pensar numa reinvenção da fisioterapia. Aprendi uma fisioterapia que agencia a potência do corpo para movimentos de autonomia e felicidade, em que a incidência sobre o corpo-organismo é uma pequena parte.

Vejamos o quanto podemos problematizar. A fisioterapia é a profissão que cuida de corpos, foi feita pra isso. Vem de um histórico de pessoas mutiladas, sequeladas e doentes do pós-guerra. Vejam, a profissão surge daí. Surgiu para cuidar de corpos doentes, para

reabilitá-los, para colocá-los *no lugar* (num lugar), para dar uma nova função a eles. Só aí podemos escrever uma tese. Dar função a um corpo para servir o que ou a que(m)? Podemos aqui entrar em uma discussão densa sobre produção e sistema capitalista, mas ainda não. Quem sabe em outro estudo. O que quero trazer aqui é justamente essa idealização de uma profissão que veio para devolver a função, a utilidade a um corpo. Um estigma muito forte, não é? Pois é como muitos me vêem e me cobram. Suas expectativas sobre uma pessoa que foi formada para isso. Agora eu pergunto: qual fisioterapeuta discutiu/aprendeu em sua graduação sobre os múltiplos conceitos de corpos? Ou de função (função de que, pra que, pra quem)? Ou de movimento (movimento para além do biológico e da cinesiologia; movimento dos desejos, movimento da vida)? Até agora não conheci ninguém. Vi um tanto disso em terapeutas ocupacionais, vi fisioterapeutas sentirem esse vazio depois de formados, vi docentes em luta para tentar levar tais discussões para sala de aula. Mas eu, eu não aprendi isso na graduação.

Se o lugar do corpo nas disciplinas clássicas da saúde é amplamente restrito, na fisioterapia é maior ainda. Digo isso como uma afirmação pois, ao imergir no mundo do trabalho (e de um trabalho que vislumbra coletividades), senti que faltava algo. Quando encontrava com as pessoas, sentia que tinha que organizá-las, terapeutizá-las para alcançar objetivos clínicos que muitas vezes resultavam em abandono da terapia, com absenteísmos múltiplos, ou, ao contrário, usuários com expectativas de prognóstico que colocavam toda a responsabilidade sobre mim e minhas “técnicas”, desmotivando a todos quando esta expectativa não era alcançada. Principalmente no caso dos usuários que se encontravam em situação de restrição domiciliar: minha espinha arrepiava quando meus colegas me procuravam para acompanhar um novo “acamado”. O primeiro contato com o familiar e a pessoa que, de repente, vê sua condição física e funcional (para o sistema) limitada ou até mesmo paralisada, joga toda sua expectativa na fisioterapia, no caso, em mim. E, por conseguinte, quando essa expectativa não é suprida, a frustração era o afeto que surgia destes encontros. Neste caso, minha potência enquanto pessoa sofreu uma queda brusca, estagnou. Eu me tornei a pessoa em restrição. Foi aí que Alice apareceu e me ajudou a me libertar dessas amarras.

Durante minha entrada nos grupos de estudos em saúde coletiva (como no mestrado e nas linhas de pesquisa em São Bernardo do Campo/São Paulo), me joguei no campo de estudo dos corpos. Compreendi, então, que aquele corpo que almeja um objetivo com a fisioterapia era muito mais que um corpo físico, biológico. O objetivo clínico não era mais um objetivo, e sim desejo de potência. Aprendi sobre *corpos*, em seus enfoques epistemológico, teórico-metodológico e empírico-prático. Corpos nunca antes citados na graduação e pós-graduação (residência).

Quando dona Cidinha diz e reflete o que o seu Val sente ou quer dizer, ela me prova que a comunicação via corpo existe e que, para isso, é necessária uma interação para além das funções fisiológicas. Isso fica ainda mais evidente quando utilizo de uma técnica da Medicina Oriental (auriculoterapia) na tentativa de aliviar as tensões de seu Val e dona Cidinha, que surtem efeito positivo para eles. Não foi preciso usar de técnicas fisioterapêuticas com eles, dona Cidinha já havia aprendido o suficiente. O uso da auriculoterapia também permitiu novas sensações para os corpos do casal. Houve uma comunicação via corpo em que Cidinha, por exemplo, havia captado quando disse que seu esposo estava se sentindo melhor. É necessário captar os sinais, sinais estes que só são percebidos com a mudança do olhar e com a abertura para *outros* conhecimentos. Neste aspecto, é fácil compreender que essa conclusão não é fácil de ser ensinada em uma disciplina teórica na faculdade, é necessária a experiência/experimentação.

Então, penso que se faz urgentemente necessário ampliar a possibilidade de abertura para uma fisioterapia coletiva, quando nem o Conselho Federal reconhece tal “especialidade”, muito bem justificado quando pensa que o trabalho enquanto sanitarista deve (ou ao menos deveria) ser uma competência transversal à profissão. No entanto, abro uma brecha para problematização. Não é que tal saber esteja legitimado à especialidade, à Saúde Coletiva enquanto categoria, e sim que o campo da saúde coletiva permite a reinvenção da profissão. Estar imersa no campo da saúde é uma coisa, trazer a coletividade à cena do cuidado é outra. Isso também se deu no exercício da escrita, da produção do conhecimento.

Quando antes achava impossível expressar em palavras o que o corpo diz, e mais ainda, o que ele não diz (a ordem do sensível), a escrita cartográfica possibilitou a resignificação em mim e, por conseguinte, o meu modo de ver e agir no mundo. Ao fazer cartografia, através das narrativas, houve um processo constante de resignificações, porque a todo momento existiram trocas, experimentações e encontros que só quem está aberto ao acontecimento sente. A crise identitária com a fisioterapia, neste momento, vira crise da desconstrução. Percebi que tentava fugir da fisioterapia porque estava imersa a identidade que ela exprimia em mim. Fui pra saúde coletiva tentando fugir e me encontrei. Resignifiquei a fisioterapia em mim. A cartografia permitiu isso. E todo esse processo resultou na produção do conhecimento aqui descrito.

No mundo do trabalho, através da micropolítica dos encontros, a porosidade das intencionalidades e implicações fazem parte da dimensão cuidadora, gerando uma constante desterritorialização com o instituído (FRANCO; MERHY, 2013). Foi o que aconteceu comigo. Meu deslocamento até a casa dos usuários engravidou novos encontros e experiências, não pelo fato de ir até eles, pois isso já era uma prática comum desde a graduação, mas sim por estar aberta ao acontecimento. Quando encaro situações das quais não sabia lidar dentro do campo clínico-assistencial, saio da minha zona de conforto e encaro uma realidade nova que exigiu em mim desdobramentos para incorporar e aprender novas tecnologias para exercer a escuta, o diálogo e, com isso, o cuidado (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Nesta linha, existe uma dimensão mais ampla entre ser trabalhador e ser pesquisador.

Ser trabalhadora da saúde, neste caso, apoiadora e, ao mesmo tempo, pesquisadora produziu constante análise e tensões, em que a pesquisa:

“...ao apontar o olhar para esses dispositivos, nos coloca em um corpo que, além de apoiador, é pesquisador. E quais são as intersecções do corpo apoiador e do corpo pesquisador? Existem intersecções? Talvez, para percebê-las, seja necessário se colocar em autoanálise, de modo que ser pesquisador [...] é pesquisar a si próprio. Existe, portanto, uma pesquisa interferência, onde o primeiro efeito está em nosso corpo. Nós somos fonte

de nós mesmos, uma pesquisa em ato.” (BADUY; SANCHES; FERNANDES, 2016, p. 132)

Coloco em discussão o fazer-pesquisa enquanto trabalhadora da saúde, visto que há outras implicações e responsabilidades (como cumprir agendas) que dificultam o conciliamento com a pesquisa em si (tais como as reflexões e o processamento do que foi vivido). No entanto, ir para o apoio permitiu conexões para além da saúde. Não foi a fisioterapia que me permitiu ser apoiadora ou sanitaria, e sim a noção de coletivo e o processo cartográfico de autoanálise e desterritorialização no novo e na alteridade. Houve em meu corpo uma intensa transformação de fisioterapeuta para apoiadora, de apoiadora para sanitaria, de sanitaria para pesquisadora, de pesquisadora para a fisioterapeuta inventiva, de modo não linear e sim esquizo. E esse processo de problematização, ressignificação e produção do conhecimento em mim foi aqui metaforizado em um personagem: Alice. Alice foi representação da afecção em meu corpo.

Logo, “Meu corpo, meu endereço e meu movimento” diz mais sobre a afecção do outro em mim do que qualquer outra coisa, da produção de um aprendizado significativo e da educação permanente em ato. E por essa razão deixo aqui uma defesa a cartografia, às narrativas densas, ao apoio em rede em sua forma rizoma, ao trabalho em equipe, à fisioterapia inventiva, às tecnologias leves e, sobretudo, às políticas de equidade em defesa de todo e qualquer corpo-vida.

O que eu quero trazer aqui é que a possibilidade de reinvenção está na abertura para o acontecimento, para as experimentações e para as experiências, vestidas de uma ética de que toda vida vale a pena, e se toda vida vale a pena, toda vida deve ser cuidada, deve ser ouvida, deve ser valorizada dentro de suas próprias concepções de cura, de movimento e de corpo. No âmbito da Atenção Básica, onde a abertura para a entrada da fisioterapia numa política de cuidado embasada nas relações e no território, com uma maior possibilidade de invenções frente às ações ampliadas de saúde, rendeu para a fisioterapia novas possibilidades, rendeu uma fisioterapia inventiva/coletiva.

Dos usuários aqui citados, dentre outros que venho acompanhando e possibilitando abertura de redes, a fisioterapia se torna secundária, porém necessária. Quando estabeleço conversas e uma relação afetiva com dona Cidinha, sem pôr em prática as técnicas que abrangem minha profissão, estou sendo fisioterapeuta. Quando faço articulação entre outros serviços/profissionais para tentar melhorar a qualidade de vida e possibilitar existências *outras* para a família Galanta, estou sendo fisioterapeuta. Quando o casamento da afilhada de seu Zé se torna estímulo para que ele se cuide e eu consigo utilizar desse estímulo para gerar um cuidado corresponsabilizado e não prescritivo, estou sendo fisioterapeuta. E quando narro minhas histórias e histórias de vidas *outras* dizendo sobre os encontros, potências e fragilidades que marcam nossos corpos para além do corpo físico, estou sendo fisioterapeuta. Ser fisioterapeuta é uma escolha, reinventar-se na fisioterapia também.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

BADUY, R. S.; SANCHES, V. S.; FERNANDES, J. M. Entranças: entre o corpo apoiador e o corpo pesquisador. In: MERHY, E. E. et al. (org.): **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016. 448 p. : il. ; 23 cm. (Políticas e cuidados em saúde; 1)

BARROS, M. **Menino do Mato**. In: Biblioteca Manoel de Barros [coleção] / Manoel de Barros. São Paulo : LeYa, 2013.48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990a.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Brasília DF, 19 de setembro de 1990b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, 2009.

DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

EPS EM MOVIMENTO. **Caixa de Afecções**. 2014a. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entradaexperimentacoes/caixa-de-afeccoes>>. />. Acesso em: 05 Mai. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário guia**. 2014b. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>>. Acesso em: 04 Mar. 2016.

FERLA, A. A. **Clínica em Movimento: Cartografia do Cuidado em Saúde**. Caxias do Sul, RS: Educs, 2007. 357p.

FEUERWERKER, L. M (Org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FEUERWERKER, L. M. C.; MERHY, E. E.; SILVA, E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental. In: Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Emerson Elias Merhy. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016. p. 10-24.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** V. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica.** N. 24, V. 3, p. 180-8, 2008.

FEUERWERKER, L. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica.** N. 24, V. 3, p. 180-8, 2008.

FOUCAULT, M. **O Governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983).** Tradução: Eduardo Brandão. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes 2010. 380p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** FORENSE-UNIVERSITARIA. Rio de Janeiro. 1977. 1ed

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução Raquel Ramallete. 37. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito.** 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 4ª edição, 1984.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado.** Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em 03 jan. 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2013. 361p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2013. 361p.

FREITAS, I. B. A; MENEGHEL, S. N. Artefatos de cuidado como expressão de poder. **Texto contexto - enferm.,** Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 358-364, June 2008

FREITAS, I. B. A.; MENEGHEL, S. N.; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 16, N. 1, p. 301-10, 2011.

GALVÃO, B. A. A ética em Michel Foucault: do cuidado de si à estética da existência. **Intuitio**. Porto Alegre. v. 7, n. 1. 2014. p.157-168

GOMES, M. P. S.; MERHY, E. E (Org). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176 p. : il.

LAPOUJADE, D. O corpo que não aguenta mais. in NIETZSCHE E DELEUZE: **Que pode o corpo**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002. p. 81-90.

Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. **Brasília**: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set. 2016

MERHY, E. E. **“O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido”**. In: FRANCO, T. B. e outros: *Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. et al. **Pesquisa SM acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado**: o caso de Campinas. Campinas: [s.n], 2011. Relatório final da pesquisa.

MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **AGIR EM SAÚDE**: um desafio para o público. HUCITEC. 1997.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por Triangulação de Métodos**: Abordagens de Programas Sociais. Editora Fiocruz, 2005, 244p.

MORAWSKA-VIANNA, A. C. Em busca de narrativas densas: questões acerca de realidades narrativas, subjetividade e agência social. **Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)**, São Paulo, v. 16, n. 16, p. 153-168, mar. 2007.

PASSOS, E.; BARROS, R.B.. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS : estudo sobre a construção de redes de atenção a saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul**. 2002. 229 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS Ed. 2014. 248p.

ROMANINI, M.; DETONI, P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. **Rev. Polis e Psique**, 2014; 4(2): 206 - 229

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia**. São Paulo: USP, 2008.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde. Territorialização: o conhecimento vivo das regiões de saúde do município. **Cadernos da Saúde SBC**, V. 3, 2013. 28p.

SILVA, M. S. Manoel de Barros, o poeta do devir. **Revista do Curso de Letras da UNIABEU**, Nilópolis, V. 1, N. 1, p. 90-106, 2010.