

Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

André Rodrigues

**Políticas no Cuidado: uma cartografia de
políticas de cuidado em três Unidades de Saúde da
Atenção Básica**

Santos

2016

André Rodrigues

Políticas no Cuidado: uma cartografia de políticas de cuidado em três Unidades de Saúde da Atenção Básica

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – *Campus Baixada Santista*.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz

Coorientador: Sidnei José Casetto.

Santos

2016

R696p

Rodrigues, André, 1979-

Políticas no cuidado: uma cartografia de políticas de cuidado em três unidades de saúde da atenção básica / André Rodrigues ; Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz; Coorientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto – Santos, 2016.

86 f. 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, 2016.

1. Cuidado. 2. Política. 3. Atenção Básica. I. Henz, Alexandre de Oliveira, Orientador. II. Casetto, Sidnei José. III. Título

CDD 610.7

André Rodrigues

Políticas no Cuidado: uma cartografia de políticas de cuidado em três Unidades de Saúde da Atenção Básica

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do título de mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Adriana Barin de Azevedo

Profa. Dra. Ângela Aparecida Capozzolo

Prof. Dr. Damian José Kraus

Profa. Dra. Ana Cristina Sundfeld

Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz (orientador)

Santos
2016

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha mãe, Leonice da Silva (in memoriam) e a todxs que, também por efeitos das políticas de cuidado estatais e não estatais, não desejam e/ou não puderam acessar as universidades públicas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos usuários e trabalhadores da saúde do município de São Paulo e de Santos e à Secretaria Municipal de Saúde de Santos, pela possibilidade desse estudo.

Sou grato também a todos do LEPETS, que produziram e possibilitaram de vários modos este estudo.

Agradeço a todos do Mestrado Profissional, estudantes, professores e trabalhadores da universidade, sem nosso apoio mútuo esse processo talvez fosse interrompido.

Aos profissionais do NASF um especial agradecimento, por me ajudarem e criarem problemas importantes para que pudesse ampliar as maneiras de sentir e agir profissionalmente, justamente no início do exercício profissional.

Aos participantes do coletivo do Micropolítica da USP e muitos outros que integraram o CAPAIS.

A todos interessados e interessantes do GELS, que estão presentes de vários modos nas apostas desse escrito.

Ao Damian Kraus e à Angela Capozzolo pelas várias contribuições ao longo do percurso, que ultrapassam as importantes contribuições na ocasião da Qualificação.

À Ana Cristina e à Adriana Barin, por aceitarem contribuir com esse estudo fazendo parte da banca de defesa e sobretudo pelas várias contribuições em forma de comentários e sugestões.

À Erika Inforsato, por me acolher e auxiliar no início dessa aposta e por suas escrituras que sempre me alimentaram de vários modos.

Ao amigo e maninho da vida, Mateus Silvestrin, pelas contribuições, auxílio na revisão e tradução e por sempre estar junto e disponível.

Ao Deny pela força na revisão para Qualificação.

Aos manos e manas do DNA, que sempre estiveram na torcida mesmo sem entender direito o que o mano apronta nesse universo chamado faculdade.

Aos amigos e amigas pra lá de especiais, cada um ao seu jeito: Larissa, Red, Fer Aguiar, Ana Savani, Robert Guarú, Mara Núbia, Bruno Palhares, Renato Soliaman, Amanda Pap, Cleiton Rios, Wagner Fernandes, Di, Fábio Augusto, Cássia Carvalho, Selma Elizabete, Daniela Gomes, Bricio, Li, Bernardo, Daniela Pogogelski, Luciane Almeida e Thomas.

Às secretárias Milca e Alessandra por auxiliarem em muitos momentos e frente:

À todos os professores e professoras que ao longo da minha trajetória de contribuíram para eu confiar no estudar como um jeito de estar vivo.

Por fim, aos orientadores e desorientadores Sidnei e Alexandre, sabemos que as políticas de ensino, de cuidado e de orientação – sempre alegres - transcenderam muitos lugares para que esse rebento vingasse.

Sumário

Apresentação	11
PARTE I:	16
Inícios sem o começo	16
1.1 Políticas de cuidado	28
1.2 Cuidado em saúde: presença e ausência.	33
PARTE II.....	36
Cuidado-Método.....	36
2.1 Cuidar e pesquisar: implicações cruzadas	40
2.1.2 Políticas de cuidado em atuação nos pesquisadores.....	42
2.1.3 Os dados como efeito do que um corpo aciona no outro	44
2.1.4 Pesquisar: cuidar e produzir dados?	47
PARTE III:	49
Modos de cuidar	49
3.1 Cuidar em equipe.....	58
3.2 Concepções no cuidar: sempre políticas.....	60
3.3 Violência, Cuidado?	63
PARTE IV	67
Escritos com Cuidado.....	67
4.1 Naquele dia eu chorei, porque ninguém bateu em mim.	68
4.2 Vocês fizeram alguma coisa com ela?.....	68
4.3 Tá com saudade de mim dona Gracinda?.....	69
4.4 A visita dos homens que cuidam à noite	70
4.5 A moça.....	71
4.6 Crisália.....	72
4.7 Nezinha.....	73
4.8 Morrendo na primeira pessoa	74
4.9 Você é bem recebida dentro da nossa comunidade	75
4.10 Qual a sua história?.....	76
4.12 Nem sempre se encontra nos livros	78
4.13 Eu nunca fui em médico	79
REFERÊNCIAS	84

RESUMO

O termo cuidado é utilizado numa miríade de situações e, na maioria de seus usos, parece ser entendido como um ato que funciona sempre favoravelmente. Junto a isso, este termo aparece em várias situações como uma noção vaga, passando talvez a ideia de que o simples fato de emití-la resultaria de antemão em um sentido comum e unívoco. Todavia, ao perscrutar uma breve história do termo, observamos que este sofreu variações importantes ao longo do tempo, estando conectado a diversas políticas em jogo em cada época. O cuidado, sendo um modo de nomear uma modalidade de relação, parece ser sempre passível de operar algo para o bem, para o mal e para além do bem e do mal, não sendo possível, inclusive, se ter uma garantia de antemão de seus efeitos. Nessa pesquisa, verificamos que as afirmações acima possuem fortes ressonâncias com as práticas dos profissionais de saúde. Nesta investigação apoiei-me na ideia de que o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde é atravessado por uma multiplicidade de políticas. Apoiando-me nos estudos acerca do poder em Foucault e na afirmação deleuzo-guattariana de que *antes do ser há a política*, o cuidado é pensado como uma práxis que atualiza políticas e é atravessado pelas políticas de subjetivação em vigência em distintos momentos históricos. Desse modo, o objetivo dessa investigação foi detectar diferentes políticas que constituem a produção do cuidado de profissionais de saúde em Unidades de Saúde da Atenção Básica. Tratou-se de um estudo qualitativo e de perspectiva cartográfica, apropriada para a detecção de processos. Os dados foram produzidos através de pesquisa junto à investigação denominada *Atenção Básica e a Produção do Cuidado em Rede no Município de Santos*, que foi realizada em onze unidades de saúde do município, pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS), da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada- Santista (Unifesp BS), sendo que para investigação utilizei principalmente os materiais produzidos em três destas unidades, especificamente nas quais eu participei ativamente na produção. A partir da análise dos materiais emergiram dois temas principais. O primeiro, intitulado cuidado-método, aponta as implicações cruzadas entre as políticas de cuidado e as políticas de pesquisa construídas durante o processo de investigação. O segundo, Modos de Cuidar, apresenta e problematiza as diferentes políticas de cuidado que foram mapeadas durante a investigação. Os resultados mostraram a existência de uma noção desnaturalizada de cuidado e também as relações constitutivas entre o pesquisar e o cuidar, que apontam para uma dimensão ética e política entre essas práticas.

Palavras-chaves: Política; Cuidado em Saúde; Atenção Básica.

ABSTRACT

The term *care* is used in a myriad of situations and in most of its uses seems to be understood as an act that always works favorably. It is common too, to find this term used vaguely, as if just speaking it made some unambiguous and major meaning come about. However, after looking back to a brief history of this term, we noticed that it has undergone significant variation over time, since it is always connected to multiple policies at play in each period. To *care*, as a way to call a specific type of relating, must be understood as something able to operate for good, for evil and beyond good and evil, and as something about which is actually impossible to know beforehand, and for sure, what effects will have. In this research we noticed that the statements above have strong resonances with the practices of health professionals. In this work I have relied on the idea that the care provided by health professionals is imbued in a multiplicity of policies. Supported by the studies about power in Foucault and by the Deleuze-Guattarian claim that *before Being there is politics* the *care* is conceived as a praxis that updates policies and is run through by subjectivation policies present on each historical moment. Therefore, the objectives of our investigations were to detect policies that constitute the care production of health professionals at Primary Care Centers. The study was qualitative and done on a cartographic perspective, which is appropriate to detect such processes. Data were produced as part of the research Primary Care and Network Care Production in Santos City, regarding eleven Care Centers, developed by the Laboratory of Studies and Research on Teaching and Working in Health Care (LEPETS), from the Federal University of São Paulo (UNIFESP). In the present research, data from three of those Centers were analyzed, specifically, data produced with the author's involvement. Two main themes surfaced from the analysis of the body of work. The first one, named method-care, points to the crossed implications between care policies and research policies built along the investigation. The second one, Ways of Caring, presents and problematizes several care policies mapped throughout the investigation. Results showed that the notion of care is not given beforehand as something established *a priori*, and also, that there are constitutive relationships between caring and researching, pointing to an ethic and political dimension that arises between these practices.

Keywords: Policies; Health Care; Basic Assistance.

Apresentação

As palavras me escondem sem cuidado.

Manoel de Barros

O poeta enuncia: “*as palavras me escondem sem cuidado*”. Poderiam elas operar o seu contrário, revelando?

Esse estudo tem início a partir dessa dupla inquietação: o ocultamento e a expressão possível que podemos verificar ao simplesmente questionarmos uma noção, seus usos, seus efeitos e os processos que se busca nomear a partir dela.

Há pouco mais de nove anos minha convivência com a noção de cuidado aumentou consideravelmente. Este aumento se deu a partir do meu percurso na graduação em psicologia na Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada-Santista. Nesse período, dentre outros objetivos, a formação buscava formar um profissional que atuaria direta ou indiretamente com questões relacionadas ao cuidado.

Todavia, a ideia do cuidado não poderia ser tomada aqui apenas a partir de uma formação ou de uma prática profissional. Sob esse signo, é toda uma existência, desde seus primórdios, que parece exigir que algo seja posto em movimento através da prática de pesquisa, afinal, quem de nós não é habitado(a) por imagens de experiências do cuidar de si, de outrem e também de ser cuidado?

Ao escrever essa apresentação, sou povoado por imagens onde o que está em jogo são vários questionamentos relacionados ao cuidar, como: Quais são os modelos corretos de cuidar de si e de outrem? Porque e em quais condições de existência um cuidar é possível e não outro? Quais os diferentes efeitos que um cuidado produz em quem cuida e em quem é cuidado? Quais os fundamentos que sustentam um cuidado como verdadeiro ou falso, bom ou mau? Existiria uma teoria e uma prática de cuidado específica ou mais ou menos previsível para cada situação?

Tais questionamentos, antigos e atuais, condensam muitos outros feitos ao longo de uma vida que, não por acaso, interpela o cuidar. Somos efeitos de práticas ditas cuidadoras, não de modo totalmente passivo, claro, mas também não temos total controle sobre boa parte delas. As diversas práticas que constituem os gestos de cuidado nos antecedem e nos tomam de assalto por todos os lados, interferindo nas maneiras de percebermos e agirmos no mundo e

isso não é pouco.

Ao longo de meu percurso no mestrado fui me dando conta que a noção de cuidado é utilizada com bastante frequência nas comunicações cotidianas da área da saúde, entre os trabalhadores e entre quem pesquisa esse campo. Pude observar que nessas comunicações raramente alguém explicita qual sentido ou ideia se pretende passar com seu uso, o que me fez inferir que haveria um sentido comum e unívoco estabelecido a priori em torno dessa noção.

Certamente, não precisar explicitar a todo o momento em qual sentido a noção de cuidado estava sendo usada “facilitava” a comunicação. Porém, comecei a questionar se ao não dizermos quais concepções estão em jogo quando qualificamos um ato como sendo de cuidado, não deixamos de fora também pontos importantes desse processo como, por exemplo, perguntarmo-nos quais concepções dão apoio para afirmarmos que uma prática de cuidado interessa - mais especificamente, quais concepções de vida, saúde e doença estão em jogo ao confeccionarmos determinadas ações.

Em nossas comunicações, ao deixarmos de nos relacionar com o que dá sustentação às nossas ações, uma série de questões que constituem as práticas deixam de ser verificadas, impedindo-nos de realizarmos uma análise mais acurada desses processos. Um dos efeitos disso geralmente aparece em ações automáticas, sem que coloquemos em análise sua viabilidade. Sem nos apercebermos, ao automatizarmos nossos atos, por vezes podemos agir na contramão daquilo que assumimos como objetivo.

Quando nos aproximamos de quaisquer práticas ditas de cuidado dos profissionais de saúde percebermos que muitas apostas terapêuticas se apoiam em concepções distintas. Isto ocorre inclusive quando diferentes profissionais produzem ações semelhantes, não sendo raro atribuírem diferentes razões para tais práticas.

Nas experiências ditas de cuidado, encontramos maneiras diferentes - e por vezes até mesmo opostas - de conceber e valorizar um mesmo ato. Podemos, por exemplo, pensar que alguém pode encontrar na posição de reserva um modo de cuidar e de acompanhar os movimentos de outrem de maneira atenta, de modo a não exercer uma presença dominadora. Contudo, nessa mesma situação, seria possível que outra pessoa observe nessa ação não um modo de cuidar, mas ausência de cuidado.

Logo, poderíamos nos perguntar: Como dizer o que é o cuidado? Qual o critério a ser utilizado para qualificar uma ação como sendo de cuidado ou não? Quem valida uma experiência como sendo de cuidado?

Essas questões, mesmo não respondidas de modo suficiente ao longo dessa

investigação, possibilitaram-me acompanhar diversas ações denominadas como sendo de cuidado. Como veremos, o cuidar de si e de outrem, nesse estudo, ganhou o status de uma prática política, o que possibilitou dizer não somente do cuidado enquanto um ato, ou uma relação entre seres, mas sobretudo de uma prática através da qual uma multiplicidade de políticas é posta em movimento. Daí um dos germes da formulação da noção de políticas de cuidado.

Ao longo desse estudo, ao problematizar a ideia do cuidar, acompanhando as diversas implicações nesse processo, busquei investigar algumas linhas de força em processo nas experiências de cuidado. Para tal, esta investigação ocorreu em conjunto com a pesquisa denominada *Atenção Básica e a Produção do Cuidado em Rede no Município de Santos*, vinculada ao Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PP/SUS), edição 2013, que teve por objetivo investigar o papel da Atenção Básica como ordenadora do cuidado em rede no município de Santos, tendo como cenários de pesquisa onze unidades de saúde da atenção básica deste município.

Já de início ressalto que me detive na análise dos relatos de pesquisa de três destas unidades, especificamente aquelas em que eu me inseri como pesquisador. Porém, conforme descreverei melhor no capítulo intitulado Cuidado-Método, essa escolha não foi um modo de excluir o que se deu nos demais cenários, uma vez que, de modo mais incisivo nas reuniões de pesquisa, os dados produzidos nos diferentes cenários eram discutidos em conjunto, gerando inclusive contribuições entre os mesmos.

Vale destacar também que não parto da ideia de que os dados produzidos nesse estudo são caudatários somente da investigação citada acima. Como veremos, existem contaminações de todos os tipos: há sempre uma combinação de elementos de diferentes locais e épocas, poderia dizer que são várias camadas em processo. Algumas delas se conectam às experiências de vida e de trabalho anteriores à minha inserção no mestrado profissional, as quais comparecerão de maneira explícita nos capítulos dessa dissertação.

Sem um planejamento a priori, ao longo desse trabalho fui aos poucos optando por trabalhar com os conceitos e de algumas discussões suscitadas por outros autores à medida que pudessem vir em favor das experiências, por isso, utilizei-me de poucas citações. Boa parte das referências foi colocada como notas de rodapé, sobretudo quando o que estava em questão de algum modo estava sendo mais claramente trabalhado partindo de uma discussão realizada por algum autor.

Sem nenhuma garantia de sucesso, selecionar esse modo de processamento da

experiência através da escrita não foi um mero acaso. Algumas perguntas que surgiram ao longo dessa pesquisa deram sustentação a esse modo de tratar a escrita, os conceitos e alguns pensamentos que pareciam estar na vizinhança do que emergia na pesquisa, tais como: Em que medida os conceitos deveriam funcionar como citação? Mais ainda, como fazer dos conceitos aliados sutis com os quais o movimento do pesquisar não fosse acobertado por um furor em recitar conceitos? Haveria um modo de trazê-los juntos com a experiência, de modo a favorecê-las e ajudar a pensar, ao contrário de valer-me dos conceitos como intérpretes ou descritores mais fidedignos do que está em curso?

Durante essa investigação deparei-me com vários problemas: na relação com referenciais teóricos, tratamento e produção dos dados, e também da escrita. Entre a qualificação e a defesa mais alguns questionamentos se fizeram, resultando na permanência dessa seleção por não me apoiar demais em alguns autores, sobretudo em forma de citações de conceitos.

Ao discutir alguns dados, fui percebendo que ecos de discussões, leituras, reuniões e encontros de vários tipos produziam alguns questionamentos e a escrita da dissertação. Em muitas partes desse escrito, autorizei-me a não verificar na literatura algumas afirmações, mas sobretudo nos relatos de profissionais e pesquisadores da saúde, bem como de alguns usuários desses serviços.

Todavia, não poderia dizer que os conceitos e leituras de todo tipo também não compareceram nos modos de perceber, de selecionar uma determinada cena ou problema, ou mesmo no modo como uma questão foi sendo produzida.

Ora, mas dizer que somente os conceitos e leituras de diferentes autores construíram para tais feitos seria demais reduzido. Não nos seria demais pensar que o que nos faz farejar algo, acompanhar determinados rastros, perceber um cheiro em detrimento de outro, ou fazer saltar na fala e/ou na escrita um traço da experiência e não outro tem muito a ver com acúmulos de todos os tipos que, no encontro vivo do pesquisar-escrever, acionam e são movimentados com os elementos da experiência. Como determiná-los? Como descrevê-los minimamente?

Com essas questões optei por não fazer um capítulo de conceitos, ao modo de um setor onde o escritor propõe uma espécie de guia ou expõe com quais conceitos e autores está vinculado. Optei por afirmar em boa parte desse escrito que as vozes que o produziram foram múltiplas e, mesmo sabendo que elas participaram dos modos de perceber e agir no processo de pesquisa, penso que são desconhecidas até mesmo pelo próprio pesquisador.

Assim, também com o intuito de não sobrecarregar o trabalho e, ao mesmo tempo afirmar essa polifonia que teceu o texto, optei por não produzir dois polos da experiência, conceitos X dados da pesquisa, mas sim por aproximar o leitor dos questionamentos suscitados durante o processo, assim como das breves, pontuais e precárias conclusões, mais do que codificá-las a todo o momento num referencial específico.

Este escrito está dividido em quatro partes. Na primeira, trabalho algumas questões e noções que estavam borbulhando na ocasião de produção do problema de pesquisa. De modo geral, nesta parte, são colocados apontamentos e problematizações que já estavam em curso, suas montagens e também desmontagens para que essa pesquisa fosse possível.

Na segunda parte, Cuidado-Método, iniciando pelo questionamento dos modos mais clássicos de apresentar essa investigação, buscarei apresentar ao leitor os modos como esse estudo foi produzido, bem como algumas questões que foram importantes no modo de confeccioná-lo. Interessa nessa parte o questionamento de qualquer neutralidade ou isenção do pesquisar sobre o dito objeto, sendo realizada também uma aproximação entre o cuidar e o pesquisar, ações que se mostraram vizinhas em todo o curso da pesquisa.

Na terceira, intitulada Modos de Cuidar, são expressas múltiplas estratégias de cuidado. A ideia desse capítulo é dar expressão às mais variadas formas de cuidado que foram analisadas no decurso da investigação, bem como algumas questões que cada uma foi suscitando.

Na quarta e última parte, apresentarei os *Escritos com Cuidado*, uma reunião de escritos que servirão como produto técnico dessa dissertação e que foram escritos e/ou selecionados a partir de questões suscitadas ao longo dessa investigação.

PARTE I:
Inícios sem o começo

Segunda-feira, dia de reunião do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS) da Unifesp, campus Baixada-Santista (Unifesp BS). Juntos, as palavras e os gestos expressam efeitos de embates, questionamentos e impasses. Há vibrações nos corpos, produtos de uma agonística de forças em jogo no encontro. Nele, o exercício em processo consiste em relacionar-se com algumas questões e também produzir novas. Ao mesmo tempo, há também a tarefa de estabelecer acordos mínimos acerca de algumas problemáticas de pesquisa, sempre com alguma vizinhança entre a formação para o trabalho em saúde e os múltiplos modos de criar ações de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em meio a uma série de questões, sempre atravessadas por noções, conceitos, termos e palavras, uma noção salta: cuidado. Talvez, nesse salto, certo utilitarismo em mim possa ter se processado, porque que algo em mim precisava da noção. Talvez, quem sabe a noção de cuidado não tenha me tomado de assalto de modo distraído. Isso não é possível saber ao certo. O que posso dizer é que um encontro entre coisas que ali se passavam e que me atravessavam se deu, produzindo uma espécie de ressonância daquele termo em meu corpo. Ressonância essa que era menos um produzir eco e mais um ficar quicando, interrogando e tencionando.

Nessa fricção entre um quantum de utilitarismo e também de acaso, nesse primeiro momento, houve apenas uma brevíssima aproximação entre mim e o problema do cuidado. Por um tempo fiquei ali com essa noção, um interrogante que ia circulando, ora na superfície dos silêncios do grupo, ora na frequência e ritmo das falas e gestos dos membros. Assim, numa língua que não me seria possível traduzir, algo em mim acompanhava e era percorrido por aquelas cadências e ritmos produzidos entre problemas e questões, que, ao me transpassarem, produziam novas.

Aos poucos, fui me dando conta de algo: entre aquela conversa com o termo em mim e o modo como os presentes o enunciavam, percebi que o prato principal naquele banquete de palavras e gestos, o termo cuidado era uma espécie de alvo e também uma plataforma a partir da qual as ações eram produzidas. Por um lado, cuidado tinha a ver com aquilo que se desejava produzir, atingir e materializar. Por outro, era também a partir dele que as ações eram produzidas.

Era como se a noção de cuidado funcionasse como um duplo: num primeiro plano o cuidado era algo se atingir, uma finalidade. Num segundo, era um ponto de partida e um modo muito específico de operação que possibilitaria – ou garantiria? - inclusive que se atingisse o objetivo buscado.

Notar isso produziu em mim uma questão: poderia esse termo reunir e/ou nomear

totalmente o conjunto daquilo que se passava? Desconfiei que não, pois, seria por demais totalizante achar isso. Contudo, não pude fazer uma distinção que me permitisse dizer, por exemplo, que no momento em que alguém se lançasse numa tarefa de cuidar, de antemão, a própria ação não comportasse certo tipo de cuidado.

Alguns complicadores dificultavam ainda mais essa distinção: a cada momento que a questão do cuidado era enunciada ela se deslocava: tornava-se verbo, advérbio, substantivo e, em cada corpo que a pronunciava, variações de outros tipos pareciam estar em processo. Era algo mais interessante que as variações languageiras, tinha a ver com o modo singular com que cada corpo ali presente parecia experimentar, a cada momento, aquilo que pretendia e podia nas suas passagens.

Entretanto, nem sempre isso ocorria. Em alguns momentos a fiação da noção de cuidado era compartilhada por alguns dos presentes e dava a ideia de que o que se apreendia e colocava em circulação com ela era a mesma coisa. No entanto, ainda nesses casos, havia também uma mínima diferença na textura do conceito, no jogo de forças que o configurava. As vozes, traçando ritmos, também faziam com que novas percepções e novos afetos surgissem e mostravam que a noção de cuidado não era unívoca ou abstrata¹. Ora, quando uma noção muda sua textura, significa que também varia o modo como ela toca quem a enuncia e, por efeito, o modo como afeta quem a escuta?

Com essa questão em suspenso, notei que apesar dos sons e do sabor que cada um parecia experimentar ao enunciar a noção de cuidado não serem idênticos, naquele banquete de palavras e gestos - que às vezes soava como uma mera disputa pelas palavras - havia um plano no qual todos aparentavam estar tranquilos e bem resolvidos com as pequenas e grandes diferenças pelas quais passava a noção.

Isto me levou a desconfiar de que as variações de vozes e ritmo não bastavam para que as diferenças sutis em processo na questão do cuidado fossem percebidas pelos presentes. Aliás, isso não era uma questão. Constatar isso produziu um novo incômodo e também um interesse: comecei a me atentar justamente pelas linhas diferentes e múltiplas que fiavam a noção de cuidado, agora uma complicação que atizara o processo do pensamento.

Problematizei um pouco mais a noção. Indagando-a, estabeleci uma espécie de conversa com as vozes e com este novo problema em meu corpo. É bem verdade que, nesse

¹ Acerca desta questão ver especialmente o pequeno escrito de Gilles Deleuze. O que a voz traz ao texto. In: Théâtre National Populaire: Alain Cuny "Lire", Lyon, Théâtre National Populaire, (Tradução de Guilherme Ivo) novembro de 1987 (a referência está incompleta).

caso, conversar parecia menos um ato comunicativo do que sentir alguns fios vibrando em mim no encontro com a noção. Afinal, não era uma comunicação externa ou languageira, como se o termo que circulava fosse completamente exterior a mim – ou mesmo uma mera introspecção internalista –, o que estava acontecendo era um encontro entre alguns fios que co-fiavam o problema com outros que me forjavam o corpo e estavam de encontro com as variações da noção emitida pelos presentes.

Escutar os sons e ritmos do cuidar de outrem, em que a fala é como que arrastada por ventos que impelem ondas de demonstrações, em que a lentidão do ritmo da voz dá lugar, em alguns casos, a ímpetos inauditos que levantam certas percepções², fazia surgir em mim toda uma série de lembranças de cuidados vivenciados, desde imagens mais remotas da infância, até mais recentes. Mas não se tratava apenas de uma lembrança, como se algo no percurso do corpo pudesse marcá-lo e lá ficar estático. Recordar não era diferente de inventar, com as inscrições nesse corpo, também modificações.

Isso também era possível pela sobreposição, combinação e recombinação de eventos que em mim eram experimentados como de cuidado, bem como as maneiras diferentes de estar nessas cenas: um gesto familiar de apoio num momento de fragilidade e também a ausência deste. A presença por vezes excessiva que dificultavam produções e invenções. As presenças combinadas com ausências sutis, que contribuíam para criar enfrentamentos a algumas situações específicas.

A isso se combinavam também as maneiras distintas de cuidar da saúde experimentadas ao longo da vida, como os chás e *comidas de vó*, o evitar sair no frio durante um resfriado, e também o não evitar riscos como modo de “ir pra vida”; o *manter a mente e o corpo ocupado* como modo de cuidar, evitar riscos e educar, que justificavam o trabalhar na infância, dentre outras.

Esse turbilhão de memórias, de certo modo novos e também prévios, não conseguiam produzir de pronto uma compreensão que se bastasse, mas sim novas questões ao que estava sendo dito e, ao mesmo tempo, o que estava sendo dito parecia auxiliar-me a pôr em questão o que em mim parecia mais estático.

Num certo momento comecei a entender algo: se, por um lado, o termo e as falas implicavam variações de cuidados, por outro, e ao mesmo tempo, também havia repetições. Aliás, nesse momento eu percebia mais as linhas que se repetiam, sendo duas delas mais

² Idem

evidentes. Juntas, arrastavam com elas outros termos, uma vez que a noção de cuidado, para ganhar vigência na linguagem, carecia sempre de uma rede de verbos e outras palavras.

A primeira linha se entrelaçava com outros termos produzindo a ideia de que o cuidado era um tipo de ação que sempre funcionava favoravelmente, sendo algo – se produzido com atenção integral, intencionalidade e protagonismo do usuário e das equipes - obviamente bom e *do bem*.

Já a segunda linha ligava o problema do cuidado a uma ação bastante específica. Esta se referia a uma ocupação prévia que garantiria, ou no mínimo funcionaria diminuindo riscos de quaisquer tipos, geralmente algum tipo de excesso a ser evitado. Com isso, buscava-se preservar os corpos que estariam em relação: ter cuidado ou cuidar era preservar a outrem e/ou a si de algum tipo de perturbação.

Ao pensar nessas linhas, fui sendo povoado por diversas situações de trabalho em que o termo cuidado era utilizado nos serviços de saúde em que trabalhei. Dei-me conta que, de maneira mais ou menos consciente, cada um dos profissionais de saúde buscava um modo de dizer a que suas ações estavam relacionadas se utilizando da noção de cuidado.

Ora, mas nesse trajeto com algumas memórias fui constatando também que os profissionais de saúde não possuíam nenhuma exclusividade sobre o termo cuidado; ele era também muito utilizado noutros locais e domínios da vida, como: escolas, serviços da assistência social, ambiente familiar, comunicações cotidianas de todos os tipos, etc.. Ou seja, por onde minha memória passasse, em tudo quanto é canto que ela fuçasse, encontraria de algum modo algo descrito a partir da noção cuidado.

Isto não era pouco, pois, sabendo que vivenciamos práticas que são descritas com esta designação em diferentes esferas da vida, seria esperado que essa mistura de experiências pudesse estar ali presente no momento em que discutíamos várias coisas relacionadas à saúde. De maneira que, ao pensar em termos de cuidado em saúde, muito do que cada um tivera como experiência fora desse domínio era convocada como parâmetro.

De qualquer modo, foi me ocorrendo que algo em comum se dava também nesses diferentes domínios: geralmente, ninguém se preocupava em explicitar qual era o sentido ou o que se queria dizer especificamente com o uso do qualificativo cuidado. Era tácito não ficar dando explicações. Aliás, este privilégio não era algo exclusivo da questão do cuidado. Outras noções bastante utilizadas na área da saúde também seguiam esse mesmo caminho, como ocorria com as noções de integralidade, saúde, vida, doença e política.

Em todos estes casos é mais ou menos sabido que não existe um único sentido. Tais

noções ainda são objeto de muitas discussões que, em muitos casos, acabam se tornando mais uma disputa pelo sentido mais fidedigno e/ou mais interessante de acordo com a afinidade teórica e/ou científica – e também das implicações ético-políticas - de quem as enuncia.

A reunião terminou, mas o problema não me abandonava. Não me era mais possível parar de revisitá-lo: estando em todos os locais era difícil interromper o trabalho que se iniciara naquela tarde.

Foi então que, lendo um texto acerca da integralidade em saúde, encontrei uma primeira pista. Nele, Feurerweker e Merhy (2009) afirmavam: quem “engravida” as palavras e lhes empresta diversos sentidos é cada um dos profissionais de saúde imersos na caótica dos encontros de cuidado. Ao ler isso, uma questão se sobrepôs a aquele enunciado, pensei: *Certamente, os profissionais também eram “engravidados” por enunciados e sentidos que lhes tomam. Ora, e isto não aconteceria também com a expressão cuidado?* Certamente que sim, concluí.

Contudo, imaginei que não seria possível saber de antemão quais possíveis sentidos e direções estariam se colocando em processo *na* própria espessura do cuidado, nem mesmo que tipo de gestação de processos ainda por vir um cuidado poderia estar fecundando. Então, como saber o que estaria em elaboração em cada situação, ou, mais ainda, como saber quais linhas estariam fiando um *rebento* possível produzido nos encontros de saúde, que seriam passíveis de serem nomeados como cuidado?

Ora, não me caberia outra opção senão acompanhar caso a caso algumas linhas que teciam as ações de saúde.

Antes de continuar, talvez seja importante dizer algo: aquela inquietação com a noção de cuidado não fora totalmente um acaso, ainda que certamente muitos acasos tenham se dado e produzido em mim um interesse nela. Naquela tarde estava cumprindo uma das minhas tarefas como pesquisador-auxiliar, um dos ofícios que eu desempenhava na ocasião³. Com esta função pude dar continuidade nos meus estudos como pós-graduando no Programa de Mestrado Profissional da Unifesp-BS, uma vez que não foi com esta atividade profissional que teve início minha trajetória nesse programa.

Cerca de três anos antes, em dezembro de 2012, havia me formado e recebido o título de Bacharel em Psicologia. Poucos meses depois iniciei uma trajetória profissional como

³ Nesta época eu acumulava também o trabalho de psicólogo clínico em consultório particular.

membro de uma equipe do Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF)⁴.

Neste percurso de quase dois anos algumas inquietações envolvendo alegrias, tristezas, interesses e tensões fizeram com que eu detectasse no processo de mestrado a possibilidade de pensar algumas problemáticas que atravessavam a minha prática.

Inicialmente, estava interessado em compreender como o processo de matriciamento⁵ estava interferindo na maneira como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do NASF percebiam e agiam em seu cotidiano de trabalho. Ou seja, minha intenção era saber um pouco mais como aquela reunião com trocas, tensões, intenções, concordâncias e/ou discordâncias alteravam as maneiras de ver, perceber, sentir e agir no encontro daqueles profissionais com os usuários.

Já naquele momento, era possível notar que o modo como o trabalho estava organizado era bastante importante. Ao pensar em termos de quais direções e/ou tipos de terapêuticas os trabalhadores da saúde produziam, não poderia deixar de levar em conta as políticas públicas que sustentavam e orientavam tais práticas. Importante também, eram as regulamentações locais, através das metas de produção, da separação clara entre quem fazia o quê de acordo com cada área profissional, das diretrizes e protocolos a serem seguidos, os tipos e números de atendimentos previamente estabelecidos, que poderiam ser compartilhados com outros profissionais da equipe NASF, com enfermeiros ou médicos da ESF.

Vale destacar que nos era solicitado cumprir a quantidade desses atendimentos previamente calculados à risca, ainda que a demanda das equipes fosse diferente do estabelecido.

Essa série de procedimentos, diretrizes e protocolos instituídos que atravessavam as

⁴ A equipe NASF é uma equipe multiprofissional volante. De acordo com o Ministério da Saúde : “Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas” (Brasil, 2012).

⁵ O apoio matricial é um conceito proposto por Gastão Wagner de Souza Campos para denominar uma prática de trabalho que tem a pretensão de contribuir para desmontagem do sistema tradicional ambulatorial de atenção em saúde, baseado num sistema burocratizado de referência e contra referência, e não no vínculo. Este modo de operar tem como pressuposto o diálogo entre os diferentes profissionais que participam do cuidado em saúde, promovendo troca de saberes e práticas que funcionem de acordo com a proposta da Clínica Ampliada. (Bei, 2012). Porém, é importante destacar que no local onde eu trabalhava o matriciamento era entendido como quaisquer momentos em que os profissionais se reunissem para discutir alguma situação dita de cuidado.

situações de trabalho, conferiam possibilidades e, ao mesmo tempo, funcionavam também como complicadores a serem atendidos, superados ou até mesmo transgredidos para que certas ações de cuidado se dessem.

Um tempo depois, ao pensar nesse problema inicial, notei em mim um interesse fortemente voltado aos processos em curso nos trabalhadores, que buscava neles uma espécie de vontade funcionando como determinante. Tal vontade agiria os tornando mais disponíveis a pensar os processos de adoecimento e também os modos de cuidar de maneira diferente.

Nesta ocasião, apesar de levar em conta os fatores macropolíticos, como as políticas públicas que sustentavam os programas que direcionavam direta ou indiretamente o trabalho e as condições do trabalho, ainda buscava na dimensão micropolítica fatores de cunho ditos “individuais”, como se o agir micropolítico - seja em termos de atendimento às demandas instituídas, seja em termos de criação de processos instituintes - não precisasse também ser percebido a partir de um embate com as forças macropolíticas, tencionando em ato a emergência desses processos micropolíticos.

No percurso de mestrado percebi que apesar de haver em mim algumas linhas de força que estavam buscando um sujeito daquelas ações - como se cada um pudesse, a partir de um plano que operaria ao nível do sujeito, optar por seguir numa certa direção - passei a me interessar mais por quais forças estariam atuando nesses trabalhadores. Isto talvez sem que eles mesmos se dessem conta, sendo essas forças algo que eles também não dominavam. Conclui provisoriamente que próprio profissional de saúde, ao contrário de um sujeito estável, era uma “forma” metaestável atravessado por políticas de subjetivação muito precisas.

No mesmo mês em que iniciei no mestrado, em março de 2014, fui selecionado para o cargo de pesquisador-auxiliar do Coletivo Paulista de Investigação em Saúde (COPAIS⁶), o que compôs na *opção* por me desligar do cargo de psicólogo que ocupava numa UBS⁷ do município de São Paulo, três meses depois. Nesta nova função, tornei-me membro do LEPETS, que conforme descrevi no item *Apresentação*, estava iniciando uma investigação

⁶Trata-se do projeto: *Coletivo Paulista de Investigação em Saúde (COPAIS): redes de conhecimento da gestão e produção do cuidado em saúde*. No município de Santos a Unifesp, campus Baixada-Santista, investigou as potencialidades da atenção básica como ordenadora das ações de cuidado em rede no município. Para isso foram analisadas diversas experiências de cuidado, bem como as tecnologias envolvidas e as redes formais e informais, visíveis e invisíveis, presentes nos territórios e que participam da produção dessas diferentes modalidades de cuidado.

⁷ Nesta época eu não mais fazia parte da equipe NASF. Há cerca de quatro meses eu havia sido contratado para o cargo de psicólogo clínico numa UBS tradicional.

vinculada ao PP/SUS.

Como apontado no início, foi durante as reuniões do grupo que, de forma mais evidente, percebi incômodos com os usos da noção de cuidado, pois nessas reuniões era recorrente o trânsito pelo campo problemático do cuidado. Aliadas a isso, as discussões acerca das tecnologias de cuidado, das diferentes redes que integram a tessitura de uma vida, bem como a implicação das políticas públicas nesse processo, produziram novas questões e desassossegos.

Fui percebendo que o problema do cuidado me tomava pelo menos em três planos. Havia um primeiro que se relacionava a trabalhar produzindo cuidado como psicólogo clínico em consultório particular e, nos primeiros meses, também no serviço público numa UBS. Era inevitável não fazer conexões entre o que era dito acerca dos processos de cuidado realizados na pesquisa com os modos como tais processos aconteciam nos locais em que eu trabalhava.

Junto a isso, o problema do cuidado dizia respeito, cada vez mais, a ações e movimentos que não estavam localizados numa pessoa ou indivíduo, ainda que precisasse por vezes dessas configurações para se efetivarem, afinal, os processos de cuidado implicavam relações entre corpos que se encontravam numa cena dita de cuidado.

Gradualmente, comecei também a entender o jogo fundamentalmente de cuidado que as várias políticas públicas possibilitavam entrar em processo, sendo as políticas públicas efeitos das urdiduras de fios, de lógicas e maneiras de operar o dito cuidado. Se por um lado uma política pública contribuía para a configuração de certa política de cuidado, ela mesma era também resultado de políticas de cuidado que deram sustentação a sua emergência enquanto política.

Ora, mas para que um problema de pesquisa surgisse não seria suficiente essa movimentação com a questão do cuidado no corpo. Seria necessário que essa vibração produzisse também um campo problemático e pontos de tensão. O problema precisaria interrogar e perturbar ao ponto de haver discordâncias e concordâncias acerca de algo, uma espécie de embate que exigisse desdobrá-lo.

Tal ponto se apresentou quando recordei que nós, profissionais de saúde, produzíamos apostas em terapêuticas que, via de regra, julgávamos serem mais viáveis segundo os crivos teórico-práticos de cada um. Geralmente, levando em conta também o modo como estava organizado o processo de trabalho e as condições de vida de quem nos solicitava.

Ao pensarmos numa ação junto com quem buscava uma solução para o seu problema

de saúde, na melhor das hipóteses, desenvolvíamos estratégias de cuidado e também ajustávamos nossa escuta teórica e prática buscando articular e/ou produzir ações de cuidado que circulassem nesse intervalo entre as condições de vida e as possibilidades de acessar recursos de quem atendíamos. Ou seja, não bastaria partirmos de protocolos fechados acerca do que sugerir de maneira geral, era fundamental estabelecer a relação entre a terapêutica e a real possibilidade do cidadão acessá-la.

Imaginemos o atendimento a um paciente com sofrimento psíquico que o impede de sair da sua residência, por exemplo. Após uma visita domiciliar, ainda que o quadro de saúde cumprisse critérios de encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial, isto só se daria se o paciente e/ou sua rede de apoio tivessem condições de acessar o serviço. Quando isso não era possível, geralmente buscávamos as mais variadas formas de manter-nos em relação com o paciente e também envolvê-lo em alguma atividade que julgávamos lhe ser benéfica. Isto poderia se dar através de visitas domiciliares, inserção em grupos na UBS e/ou encaminhamento para participação em grupos de atividades no território, dentre outras⁸.

No caso dos atendimentos domiciliares, para que isso fosse possível, teríamos que ajustar esta ação com as demais demandas cotidianas e com o número de visitas domiciliares previstos para serem realizados mensalmente, que era sempre insuficiente.

Ora, como é possível supor, a estratégia de cuidado que situações como a descrita acima exigia fugia às previstas em nossos manuais, protocolos e o que, diante do tipo de sofrimento pelo qual o paciente estava acometido, seria idealmente esperado. Por exemplo, em termos de frequência de atendimento ou tipo de ação terapêutica com maior chance de surtir efeitos de melhora, o que conseguíamos realizar não era o previsto. Em boa parte das situações, atendíamos mensalmente pacientes que seriam melhor beneficiados se pudessem passar por processos terapêuticos uma ou até duas vezes por semana.

Também é preciso dizer que não eram apenas os protocolos que determinavam nossas condutas: cada um de nós os utilizava de um modo singular. Um exemplo disso se dava, por exemplo, quando - para atingir algumas metas exigidas pelo município e, ao mesmo tempo, garantir que um público específico de usuários fossem atendidos - alguns de nós, ao entender que pequenos grupos funcionavam melhor que grupos com mais de cinco pacientes,

⁸ Não são raros os casos em que há impedimentos importantes em jogo e o paciente não consegue acessar o processo terapêutico previsto como mais interessante para a situação em que ele se encontra. Em alguns casos, não se consegue alguém, familiar ou não, que consiga ir junto com o paciente acompanhá-lo em seus atendimentos fora do território.; noutros o próprio paciente pode ter dificuldade de ir até o serviço, geralmente pelo próprio quadro de saúde.

diminuía o tempo do atendimento do grupo de duas para uma hora e, no momento de marcar na planilha das tarefas realizadas contabilizava como se fosse apenas um grupo. O contrário também se dava, alguns grupos com muitos pacientes, por exemplo um grupo com vinte integrantes, eram divididos e lançados como se fossem dois ou três grupos e, com isso, ganhávamos cerca de duas horas no dia em questão para utilizar de variadas maneiras. Alguns aproveitavam para realizar trabalhos administrativos, outros para atender individualmente pacientes que julgavam precisar, sem contabilizar, pois, se o número desses atendimentos fosse alto seríamos notificados a diminuí-los. Havia também quem utilizasse o tempo para atividades não relacionadas diretamente ao trabalho ou apenas permanecesse por um período conversando sobre atendimentos ou outros assuntos.

Outra linha importante nessa trama, que envolvia nossas apostas e os referenciais teórico-práticos que as atravessavam, referia-se ao aprendizado de que as práticas e os saberes mudam ao longo da história. Em cada época determinados modos de compreender eram mais valorizados que outros e, não menos importante, o fato de certo modo de conhecer ou avaliar as experiências da vida tornar-se predominante em um determinado momento, não necessariamente excluía os modos de conhecer e de experienciar anteriores, havia também sobreposições e simultaneidades, o que permitia que novas configurações pudessem combinar-se de diversas maneiras às então vigentes.

No dia-a-dia dos serviços isto era facilmente observável. Por exemplo, quando um munícipe chega para seu atendimento na UBS e sai com sua receita - o que, atualmente, tende a tranquilizá-lo mais que orientações que não se apoiem nos medicamentos - isso não impedia que, ao chegar em sua residência este usuário também se utilizasse de chás, mudanças na alimentação, ingestão de um tipo específico de alimento ou mesmo buscasse, através de oração ou de algum apoio espiritual na igreja que frequenta, solução para sua enfermidade. Tais buscas combinavam o saber médico-científico com cuidados que tem sustentação em crenças e saberes geralmente transmitidos de gerações em gerações, e que não necessariamente se apoiavam no saber científico vigente.

Numa outra situação, uma família na qual os pais, preocupados com o modo com que a filha adolescente está vivenciando sua sexualidade, refere num primeiro momento que o comportamento da adolescente é “por causa dos hormônios” - explicação recente para muitos dos comportamentos humanos - e, em seguida, combina essa compreensão com outra que relaciona o comportamento com o “desvio” da jovem de sua prática religiosa, algo que ela fazia com certa constância até um período recente.

Na primeira hipótese, percebemos que a família busca a compreensão nos saberes recentes, fundamentados pelos avanços da biologia, que de certo modo conferem à adolescente, até certo ponto, um menor julgamento moral, pois o comportamento é efeito do desenvolvimento biológico da jovem, algo que ela não teria total controle. Já na segunda compreensão, ao apoiar-se no saber milenar da religião, o comportamento é visto como efeito de uma escolha espiritual, ou seja, ao escolher não estar mais na igreja e “ir pro mundo” a consequência foi a exacerbação da sexualidade da adolescente, tida pela família como algo errado, precoce e desviante.

Isso era importante, pois, sendo o cuidado uma prática sustentada por saberes diversos, oriundos tanto das práticas comunitárias quanto daqueles reconhecidos como científicos, ele certamente estaria atravessado por essas mudanças nos modos de saber, conhecer, perceber e agir: algumas das variações que o cuidado sofria pareciam se relacionar com essas mutações pelas quais a sociedade passava.

Foi então que fui recordando que, nos mais diferentes domínios da vida, o cuidado esteve conectado historicamente a diversas estratégias políticas, e, em todas elas, quem realizava o cuidado era quem atualizava os modos e as direções do cuidar, já que este poderia reproduzir as formas e os valores vigentes e/ou conectar modos de cuidar menos reconhecidos ou menores.

Após este último ponto, faltaria ainda um último enunciado para que saltasse uma questão que valesse ser investigada no mestrado. Ela se deu a partir durante a busca por entender a própria noção de política, na qual duas afirmações ficaram revirando em mim, no corpo. A primeira afirmava que “antes do ser há a política” (Deleuze & Guattari, 1996, p.78), destacando a importância do embate político, em um emaranhado de linhas de força no próprio plano de produção daquele que produziria atos de cuidado. Esta afirmação já não me possibilitaria mais pensar a subjetividade, nem tampouco as práticas, a partir de um corpo autodeterminado e que supostamente poderia conduzir os processos de cuidado de modo totalmente controlado.

A segunda afirmativa encontrava-se justamente no capítulo *Políticas dos Diálogos* de Gilles Deleuze e Claire Parnet (1998), que diz: “indivíduos ou grupos, somos feitos de linhas, e tais linhas são de natureza bem diversa”. Assim, não se trataria somente de fazer a pergunta acerca de quais políticas estariam em jogo em cada situação, mas também investigar e detectar qual seria a sua natureza, a cada vez.

Ambas as afirmativas me ajudaram a pensar que, no caso do cuidado, não se trataria

somente de determinar se uma pessoa, grupo ou quaisquer instituições operariam esta ou aquela modalidade de cuidado e qualificá-lo. Estes enunciados colocavam-me a difícil tarefa de mapear diferentes políticas que constituíam as experiências de cuidado. Os trabalhadores, os usuários e os próprios equipamentos e seus modos de organização, não deixaram de ser importantes, já que seria através da organização dos serviços e das ações dos trabalhadores e dos usuários que as políticas de cuidado ganhavam forma, porém, estes grupos passaram a ser pensados como corpos atravessados e fiados por diferentes políticas, sendo essas constituintes das ações de cuidado e também desses corpos.

Por fim, caberia ainda perguntar a que tipos de vida e problemas políticos determinadas direções do cuidado estariam atendendo, afirmando, negando, desviando, fazendo fugir ou mesmo inventando, e também de que tipo de vida estas modalidades de cuidado seriam sintomas.

Com essas questões formulei a hipótese de que o trabalho do profissional de saúde seria uma forma de atualização de políticas diversas em suas ações de cuidado, o que me permitiria, talvez, dizer delas a partir da noção de *políticas de cuidado*. Diante disso, a presente investigação surgiu com a tarefa de investigar algumas políticas que constituem as ações de cuidado em Unidades de Saúde da Atenção Básica.

1.1 Políticas de cuidado

A noção de políticas de cuidado implica duas noções que podem parecer auto-evidentes em si mesmas dado ao seu uso frequente. Início pela noção de política. Sabemos que ela pode dizer de vários tipos de atividades nas quais a pressuposição do outro está presente, e vale destacar que ela não implica necessariamente o outro indivíduo ou a intersubjetividade. A reivindicação reiterada da política como abertura à alteridade, pluralismo, não remete, necessariamente, à alteridade de um outro eu – *inter* separando ou ligando “duas” subjetividades -, porém à alteridade mais ampla, a da própria situação - a multiplicidade.

Todavia, também é muito presente a ideia de que a política tem a ver com o exercício do poder soberano, ou do Estado, por meio de suas agências administrativas. Ou seja, política estaria relacionada com o exercício do poder estatal que, por sua vez, teria a tarefa de organizar e gerir a vida de todos.

Este modo de conceber a política é bastante evidente, não sendo raro escutarmos pessoas dizendo que não discutem ou não se interessam por política. Tais enunciados concebem a política como tendo um *locus* e agentes específicos. Para esta perspectiva, de um lado existiriam aqueles que fazem a política, que geralmente seriam os profissionais a serviço da agência estatal, e, do outro, haveria as pessoas comuns interessadas em questões que dizem respeito a tais atividades. Por fim, existiria ainda um terceiro grupo, que seriam aqueles ditos alheios à atividade política.

Essa visão restrita do fazer político deixa de fora a sua maior dimensão, pois, desde os primórdios da elaboração do conceito de política, ela é concebida como inerente às atividades e interações, ou seja, a partir do momento em que são afirmadas demandas, quaisquer que sejam, inclusive quando afirma-se uma impotência - quando um corpo exerce o mínimo do que ele pode resignando-se, submetendo-se e/ou estando passivo as ações exteriores - esta operação pode ser concebida como política.

De maneira ampla, poderíamos entender, então, o fazer político como uma maneira de agir no mundo, e mais precisamente, de produzir mundos, um modo de encaminhar-se, ser encaminhado, dar destinos, direções, de imprimir uma vontade, desejos e de dar passagem às forças que atuam nos corpos em distintas situações.

Com esta afirmação, não pretendo localizar as ações e as movências dos sujeitos como se esses fossem agentes passivos das forças em jogo em cada situação, mas, do mesmo modo, também não se procura nessa investigação localizar um sujeito autodeterminador de seus atos, como se as ações que cada um produz também não estivesse sempre atravessada por um conjunto de forças a cada momento.

Este último ponto é importante, pois, quando se concebe que a política tem a ver com as práticas – e aqui vale destacar que se inclui a prática teórica -, poderíamos cair na chave do senso comum e concebê-la como exclusivamente humana, consciente e efeito de um certo tipo de autonomia e autodomínio, com um sujeito autodeterminado e senhor da razão, a partir da qual forja seu agir no mundo.

De modo diferente disso, para pensarmos a operatoriedade da política, seria necessário levarmos em conta que nas ações, nos embates vitais e na caótica dos encontros, a atividade política é atravessada por um conjunto de forças que participam da tessitura dos modos de perceber, agir e sentir.

Ora, mas se tomarmos a afirmação deleuze-guattariana de que “*antes do ser há a política*” teríamos que conceber também que algumas dessas linhas de força em

atuação/constituição do homem já são fiações, redes políticas. Assim, para pensarmos no agir político, teríamos que tomar o sujeito como resultante desse embate de forças que o antecede e também o produz, tendo em vista que a chamada prática *humana* será uma composição entre as forças em atuação no homem com as forças de fora.

Assim na vizinhança dessas afirmações, para falarmos de políticas de cuidado, não bastaria apenas concebermos a política enquanto uma ação que se dá na relação entre os seres, mas também interessa-nos estar atentos às várias fiações que produzem tais ações e ao mesmo tempo cada corpo, sendo elas também políticas em processo e, ao mesmo tempo, levarmos em conta que, ainda que não tenhamos total controle de nossas ações no mundo, somos paradoxalmente responsáveis pela produção de nossas histórias.

Passemos agora à noção de cuidado. Primeiramente, imaginemos o que nos ocorre ao entrarmos em relação com uma palavra, verbo, conceito, noção, termo ou quaisquer denominações que certo signo linguístico possa receber. Geralmente, escutar um termo aciona em nós uma série de traços mnemônicos se tal termo nos for familiar. Ou seja, haverá uma série de conexões e também sentimentos se darão de um modo ou de outro, sem que tenhamos total controle de suas aparições. Disso nós não podemos escapar facilmente num primeiro momento, pois, nossa tendência será conectar as coisas àquilo que nos é conhecido ou tão somente *reconhecido*. Eis aí uma primeira camada que precisaremos levar em conta ao começarmos a entrar nessa problemática que envolve a noção de cuidado.

Podemos dizer, por exemplo, que o termo cuidado é facilmente relacionado ao ambiente familiar e também possui uma relação forte com a maternagem, ainda que saibamos que cuidar não é algo exclusivo das mães e nem tampouco algo humano. Um segundo aspecto que poderia derivar disso, estaria conectado a ideia do cuidar a outras figuras, familiares ou não, mas ainda humanas.

Tomemos agora mais uma dimensão dessa noção, ligada a quem ou o quê executa um cuidado. Nessa dimensão, teríamos mais ou menos estabelecidos alguns lugares, de modo hierárquico. Por exemplo, ao pensar num profissional de saúde que atende determinado município tendemos a pensar que, nesse encontro específico, o agente cuidador será sempre o profissional e não o município; numa relação entre um adulto e uma criança, o cuidador será identificado como sendo o adulto, entre um animal e um humano, o ser cuidado será o animal, etc..

Todavia, certamente não soará estranho a muitos de nós o fato de haver uma inversão nos exemplos acima, de modo que em algum momento, pacientes, crianças e, talvez o menos

esperado, um animal de estimação ou não, seja identificado como cuidador. Isso certamente ocorre porque, sendo o cuidado uma experiência que pode comportar uma multiplicidade de sentidos e também disparar uma série de sentimentos e/ou significações singulares, quem encontra-se numa cena dita de cuidado poderá encontrar relações entre algo que acontece nessa experiência com alguma semelhante, independente das imagens mais comuns ou corriqueiras. Um exemplo disso é quando alguém diz sentir-se cuidado por um cachorro, referindo se especificamente ao papel de proteção que o animal exerce nessa relação.

Até aqui, já podemos dizer que, assim como existem essas várias relações mais automáticas e prontas em relação à noção de cuidado, há também algumas que são mais frágeis, menos estáveis, que poderíamos dizer que seriam uma espécie de “ponta solta” que, por sua vez, poderá nos conferir com maior ou menor grau de possibilidade relações menos automáticas, mas ainda assim facilmente conectáveis.

Avançando um pouco mais, poderíamos pensar agora na dimensão qualitativa que uma noção também comporta, que agora não estaria somente ligada ao que ela se refere, mas também a como algo necessita ser para ser classificado como isso ou aquilo. Tomando especificamente o termo cuidado, verificamos como já dito anteriormente que ele é facilmente concebível por muitos como algo inevitavelmente bom e, portanto, funciona sempre para o bem e favoravelmente. Contudo, talvez, ao escutar uma ação descrita como sendo de cuidado, poderíamos questionar, logo de saída, pelo menos duas coisas: *Nem sempre cuidar é algo bom ou De que tipo de cuidado estamos falando?*

Tais questionamentos, que certamente são menos comuns do que a simples aceitação da positividade quase inquestionável do termo, geralmente buscam preservar o “bom e verdadeiro” sentido do cuidado.

Junto a isso, ao nos aproximarmos da noção de cuidado em seu uso cotidiano, ou seja, o modo como se fala e se busca nomear algo a partir desse termo, poderemos notar a prevalência de outras concepções – ou mitos?- facilmente detectáveis.

De saída notaremos que o cuidado é visto como algo evidente por si mesmo e, no momento em que se fala dele temos a impressão que o simples ato de usarmos a noção é suficiente, deixando-nos a impressão de que se trata de uma noção auto evidente. Portanto, seria inesperado questionarmos ou problematizarmos outrem quando, por exemplo, vale-se desse termo para descrever e/ou justificar um ato em boa parte das situações. Nossa tendência será apenas questionar se alguém é ou não cuidadoso, ou ainda, se um ato é mais ou menos cuidadoso que outro sem com isso precisar por em análise porque descrevemos tal ação a

partir da ideia de cuidado ou, mais importante talvez, que concepção de cuidado está em jogo quando qualificamos e/ou avaliamos as ações a partir dessa noção.

Ora, se partirmos dessa ideia, rapidamente estabeleceríamos outra: se não for algo que ocorre para o bem não é cuidado. Por conseguinte, dicotomicamente, de um lado estaria o cuidado verdadeiro, que operaria para o bem e seria um bom cuidado, e do outro um cuidado falso, que funcionaria numa má direção e não seria, portanto, passível de ser denominado como cuidado. O cuidado não sendo algo do bem, restar-nos-ia apenas a possibilidade de um cuidado concebido como mal ou ruim e, nesse mesma linha, tenderíamos a conceber o cuidado como um ato que buscará preservar o outro de quaisquer desconfortos e sofrimentos.

Poderíamos ainda enumerar outras concepções : o cuidado é sempre pautado numa boa intenção e cujos efeitos são garantidos; cuidar apoia-se numa certa racionalidade e existe o cuidado certo e o cuidado errado; existe um cuidado específico do profissional de saúde, sem contágios de outros tipos; no cuidado oferecido pelo profissional de saúde existe uma clara distinção acerca de qual a atribuição de cada um com base em sua especialidade ou função que exerce num determinado equipamento de saúde; cuidar é algo que, por ser terapêutico, não envolveria nenhuma dose de sofrimento; cuidado e violência são categorias antitéticas, etc..

Ora, mas o que aconteceria se começássemos a tomar a noção de cuidado não somente a partir de tais ideias, de maneira que as relações que claramente existiam entre ela e as coisas, numa certa historicidade do corpo que está se relacionando com essa noção, não pudesse facilmente reconhecê-las, mas, pelo contrário, pudessem variar e até mesmo produzir conexões inauditas ou mesmo ditas paradoxais?

Para este feito, teríamos que pensar o cuidado num sentido amplo e também, no âmbito das práticas dos profissionais da saúde, como uma trama que sustenta e legitima a existência de variados atos, antes ou mesmo sem qualifica-los a partir de uma referência prévia.

Tomando especificamente o trabalho dos profissionais de saúde, talvez não seja demais afirmar que um profissional de saúde tem como função ou tarefa principal o cuidado, mas dizer isso desse modo talvez ainda soe um tanto abstrato e purificado. Tentarei descrever um pouco melhor o que implica tal afirmação.

De maneira geral, podemos afirmar que, quando um profissional da saúde está trabalhando, tem o cuidado como principal tarefa do seu trabalho, de forma direta ou indireta. Nesse modo de entender, estão inclusos até mesmo os trabalhos ditos administrativos, e

inclusive dos profissionais executam essencialmente tarefas ditas administrativas, pois, ainda que tais ações possam ocorrer na ausência do paciente, elas afetam indelevelmente o paciente.

Cito dois exemplos. Primeiramente não é incomum o atendimento a determinada necessidade em saúde carecer da articulação entre serviços ou mesmo de negociações e busca de maiores informações para que um paciente possa ter suas necessidades atendidas em algum serviço da rede. Ora, nesses casos, cuidar implica que, na ausência do paciente, determinado profissional consiga acionar tais recursos na rede de serviços, o que muitas vezes pode exigir toda uma tecnologia de comunicação e de busca pelos recursos disponíveis.

Numa outra situação, tomemos, por exemplo, o trabalho de um profissional da regulação. É comum que este profissional tenha que buscar insistentemente vagas no Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde (SIGA) para agendar consultas aos pacientes. Em algumas situações, é a agilidade deste profissional que garantirá se um paciente conseguirá ou não realizar sua consulta ou exame, pois, além de buscar insistentemente essas vagas, esse profissional deverá se atualizar acerca dos serviços que ele poderá agendar e, muitas vezes, entrar em contato com tais serviços para negociar algum atendimento, seja por urgência ou mesmo por alguma particularidade da situação.

Vale ressaltar que este último ponto muitas vezes se dá por uma compreensão do profissional da regulação, pois, quando este liga para os pacientes ou estes deixam sua guia neste setor, por vezes numa conversa breve e/ou através de questões pontuais, este profissional detecta, mesmo na ausência de pedido do profissional que realizou o encaminhamento, algum tipo de prioridade a ser considerada.

1.2 Cuidado em saúde: presença e ausência.

Cuidar é um ato que parece sempre transitar em estar perto, junto, ao lado ou manter se mais ou menos distante, ausentar-se. Essas maneiras de estar implicado muitas vezes podem combinar-se, não necessariamente estão separadas numa mesma situação. Para pensar de maneira mais ampla esses modos de relacionar-se com outrem, à medida que se opera um cuidado, teríamos que acompanhar várias linhas que participam de uma mesma trama, que podem sempre oscilar num mesmo encontro, num mesmo processo de cuidado.

Para podermos continuar, faz-se necessário dizer como cada um desses modos anunciados no título podem ser inicialmente pensados para o nosso problema aqui tratado.

Tomemos inicialmente a noção de presença. Poderíamos pensa-la a partir de seu aspecto físico, estar presente seria estar em relação ao mesmo tempo e no mesmo espaço que aquele com o qual desenvolvemos um ato de cuidado. Porém, essa maneira clássica de pensar o estar presente em termos de cuidado nos coloca de antemão um problema: tomar a presença nesses termos impedir-nos-ia de conceber e levar em conta os vários atos e movimentos que se produz em torno de um cuidado, como as ações burocráticas, as articulações que um profissional produz, e que interferirão num certo cuidado, mas que ocorrem na ausência do paciente.

Quando nos aproximamos dos modos que um serviço organiza seus trabalhos, há um tipo de queixa que toma - de maneiras diferentes, talvez? – tanto os profissionais de saúde quanto os usuários. Do lado dos profissionais, existe uma queixa de sentirem-se “tarefeiros”, como se o correr do dia a dia do trabalho, para atingir as metas e conseguir atender a todos que os acionam, impedisse-os de pensar melhor e serem mais resolutivos.

Numa unidade de saúde, não é raro escutarmos comentários do tipo “estamos enxugando gelo”, como se boa parte do trabalho que os profissionais estão desenvolvendo fossem meros paliativos, atos que eles acreditam que poderiam ser diferentes. Isso geralmente envolve mudanças que eles percebem que transcendem sua ação e deveriam “vir de cima”, o que inclui alterações substanciais nas políticas públicas, na organização do trabalho e na oferta de mais recursos como, por exemplo, mais profissionais de todas as categorias - sobretudo médicos clínicos e/ou especialistas -, melhorias nas condições de trabalho, mais tempo para se dedicar a algumas tarefas, menor tempo de espera por ação de alguns serviços da rede - como os serviços da assistência social, CRAS e CREAS geralmente -, serviços de atenção domiciliar e também melhorias nas condições de vida dos pacientes atendidos.

É comum os profissionais de saúde perceberem que, em muitos casos, pensar em conjunto estratégias de cuidado, não somente otimiza o tempo do trabalho como possibilita produzir modos de cuidar mais interessantes. Junto a isso, boa parte dos trabalhadores da saúde percebem que a possibilidade de poder processar o cotidiano - conversando acerca de um atendimento difícil e que está “emperrado”, por exemplo, ou mesmo acerca de alguma alteração nas diretrizes e normas do trabalho que interferirá diretamente no cotidiano profissional – seria um modo importante de estar em melhor condições de promover cuidado.

Tanto do lado de alguns profissionais, quanto do lado dos usuários, e talvez até mesmo dos vários níveis de gestão, esse pedaço do produzir cuidado, não parece ser concebido como um estar trabalhando, ou um estar presente, implicado com os usuários. Estes

últimos, ao notar os profissionais sentados em reunião produzem queixas do tipo: “esse pessoal só fica conversando”, conforme relatam alguns trabalhadores. Nem sempre reunir-se é um espaço de grande investimento, seja pelas queixas de mau uso do espaço do tipo “não tem resolutividade nenhuma ficar conversando”, seja por existir um imaginário forte de que a parte mais importante do atender outrem é estar ao mesmo tempo nessa dimensão física-espacial e temporal. Nesse momento, em muitas falas de profissionais aparece uma contradição pouco discutida: por um lado queixa-se do “enxugar gelo”, por outro se valoriza principalmente o estar presente num mesmo espaço temporal com o paciente, ainda que isto signifique repetir ações que se acredita pouco efetivas no que diz respeito a melhoras na saúde deste.

Dito isso, compliquemos um pouco mais esta dimensão da presença e da ausência. Quando tomamos a presença apenas a partir dessa relação espaço-temporal algo pode facilmente ficar de fora. Refiro-me aqui a ideia do que o estar presente numa cena de cuidado está para muito além dessa primeira ideia. Isto pode ser verificado se tomarmos a presença em sua dimensão de disponibilidade para escuta, disposição para estar e sentir junto, disponibilidade para ser afetado pelos sinais singulares que outrem emite, sem que com isso se busque rapidamente encaixá-los num local reconhecido e esboçar uma resposta rápida, que muitas vezes não surte efeitos desejados.

Quando um profissional queixa-se de ser tarefeiro, talvez sua queixa possa ser pensada como o reconhecimento de que o estar presente num mesmo espaço-temporal que o paciente, se isso significar ter que esboçar atos rápidos, atender uma série de protocolos e agir de modo prescrito, seja uma experiência não de presença, mas de ausência, de um distanciamento. Algo que observamos ser um impasse que as exigências do trabalho em saúde sempre aciona. Porém, como observaremos nos relatos dessa investigação, o estar presente, numa relação de alteridade, parece exigir bastante dos profissionais, uma vez que, quando isso ocorre, não é incomum os profissionais ficarem mobilizados.

Por fim, antes de passarmos à segunda parte dessa escritura, acompanhemos um campo de questões através de um primeiro escrito, tecido a partir de questões que atravessam essa pesquisa.

PARTE II
Cuidado-Método

Com quais meios, caminhos, trajetórias, questões e materiais os dados de uma investigação são produzidos?

Uma resposta clássica, tratando-se do enquadre deste estudo seria: “Os dados desta investigação foram produzidos por meio de pesquisa documental (em diários de campo, entrevistas, imagens) produzidos anteriormente na pesquisa denominada *Atenção Básica e a Produção do Cuidado em Rede no Município de Santos*, que foi realizada em onze unidades de saúde do município, pelo LEPETS”. Caberia também dizer, ainda nessa direção, que a pesquisa com a qual este estudo está conectado, esteve vinculada ao Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PP/SUS), Edição 2013, que tinha por objetivo principal investigar o papel da Atenção Básica como ordenadora do cuidado em rede no município de Santos.” Para finalizar, valeria a pena, para que quaisquer leitores pudessem acompanhar o processo, destacar as ações que foram desenvolvidas na investigação de base desse estudo. Assim, descrevo abaixo os procedimentos:

1^a) **Levantamento e seleção de casos/situações de cuidado:** nesta etapa foram realizadas oficinas e reuniões com as equipes dos serviços. Os registros se deram por meio de gravações de áudio, imagens e diários de campo.

2^a) **Imersão na rede de cuidado:** nesta etapa foram realizados encontros com as equipes de saúde e com os usuários e construídas narrativas sobre o cuidado produzido nos casos/situações selecionados com o intuito de analisar o cuidado e as tecnologias utilizadas, as redes de atenção e a parceria Universidade-Serviço no seu acompanhamento.

3^a) **Análise dos casos/situações de cuidado:** esta etapa consistiu na análise das situações de cuidado segundo os diferentes atores envolvidos: usuários, profissionais e gestores.

4^a) **Oficina de análise dos resultados:** Esta etapa envolveu a realização de oficinas, com a participação dos envolvidos no processo de investigação com o foco na produção coletiva de conhecimento.

5^a) **Coletivização dos resultados da investigação:** Esta etapa foi orientada pelo reconhecimento de reciprocidade entre as instituições parceiras. Foram utilizados momentos e canais estratégicos de divulgação de resultados do processo de pesquisa: Seminários Temáticos, Reuniões e Rodas de Conversa.

Ora, se por um lado dizer essas informações se fazem necessárias a um estudo nos moldes mais comuns, partindo de uma política de cuidado e também de pesquisa, gostaria de criar uma bifurcação e também problematizar essa maneira de descrever o processo metodológico, complicando-o e também o ampliando.

Como descrito no início do texto, as questões que foram tencionadas e resultaram no problema de pesquisa das políticas de cuidado tiveram como um importante campo de produção as ações da pesquisa *Atenção Básica e a Produção do Cuidado em Rede no Município de Santos*, que passarei a denominar por estudo base. Todavia, acredito que esta investigação se apresentou como efeito de muitas linhas, que tem a ver desde as trajetórias na investigação do PP/SUS, mas também antes dela. Isso valeria tanto para as trajetórias da escrita desta dissertação, dos orientadores e também dos membros do grupo, trabalhadores dos serviços de saúde e usuários selecionados para serem acompanhados que, de vários jeitos, contribuíram na produção do campo problemático das políticas de cuidado.

Portanto, a produção de um problema de pesquisa é feita de muitos fios e de encontros diversos, que de algum modo nos coage a pesquisar isso e não aquilo.

Foi feita a opção por analisar os materiais produzidos em três cenários de pesquisa, especificamente aqueles que eu participei ativamente na produção dos mesmos. Porém, como separá-los totalmente do campo de questões que foram interferindo nos modos de perceber, produzir pensamento, criar e encaminhar questões dos demais cenários de pesquisa? Ao mesmo tempo em que me detive nesse estudo também estive implicado com discussões e produção de dados de pesquisa que diziam de todos os cenários, isso comparece fortemente nos modos como este estudo foi produzido.

Em cada um dos onze cenários acompanhamos situações de cuidado por meio de conversas com os pacientes, todos escolhidos por suas equipes de saúde de referência. Também foram realizadas conversas e/ou entrevistas com profissionais de diferentes serviços que atendiam o(a)s usuário(a)s, conversas e algumas entrevistas com pessoas que faziam parte da rede de cuidado do(a) usuário(a).

Por este conjunto e também pelas apostas ético-políticas que atravessam o método - como a inseparabilidade e não naturalidade do sujeito e do objeto, bem como o entendimento que, no campo com os problemas de pesquisa, a análise que atravessa todo o processo de pesquisa e está intimamente ligada ao modo como se dão as implicações dos envolvidos - a opção metodológica foi a pesquisa qualitativa de perspectiva cartográfica.

Essa seleção foi também atravessada pela compreensão de que o pensar em termos

científicos não é algo que visa atender determinadas necessidades utilitárias e burocráticas, mas sim, uma necessidade e uma atitude ético-política. Nessa concepção, “só se pensa porque se é forçado” (ROLNIK, 1993, p. 244), sendo o pesquisar uma forma de compreender e escrever acerca de algo que “não sabemos ou que sabemos mal” (DELEUZE, 1988, p.18).

Diante disso, busquei uma metodologia de pesquisa que valorizasse processos de intervenção coletivos com enfoque qualitativo e encontrei na perspectiva cartográfica um método de pesquisa apropriado à detecção de processos (BARROS & KASTRUP, 2009).

Historicamente, inclusive em algumas pesquisas que se utilizam de metodologias qualitativas, o conhecer foi tomado pela ideia de que acessar a realidade das coisas significa representá-la numa forma estável e, muitas vezes, a-histórica e naturalizada (BARROS & KASTRUP, 2009, p.49).

Restritas à dimensão das formas, as metodologias tradicionais de pesquisa não conseguem apreender a marca mais genuína da realidade, seu processo contínuo de individuação, ou se preferirmos, seu processo de criação. O desafio da cartografia é justamente a investigação de formas, porém, indissociadas de sua dimensão processual, ou seja, do plano coletivo das forças moventes (ESCÓCIA & TEDESCO, 2008, p. 99).

Nesta pesquisa, ao tomar a detecção dos processos como algo caro à investigação, levei em conta um modo de pesquisar que não somente mantivesse a inseparabilidade entre sujeito e objeto, mas também estivesse atento ao caráter processual da investigação. Assim, para acessar diferentes *políticas de cuidado* no fazer do profissional de saúde, a relação entre pesquisador e objeto - e os dados produzidos desse encontro - foi tomada como inseparável do plano coletivo de forças que os atravessam e que, ao mesmo tempo, fazem-nos emergir desse modo.

É importante destacar que a análise dos materiais produzida nesta dissertação não foi pensada como um processo em separado da pesquisa de com a qual essa investigação está articulada. Ao levar em conta que durante todo o processo de análise e escrita do texto da dissertação aconteciam diversas atividades de pesquisas das quais participei, os dados produzidos nesta investigação sofreram interferências diversas com os dados produzidos na pesquisa de base.

Classicamente, o que verificaremos é que o pesquisar é estabelecido por etapas e, quando um grupo propõe uma investigação que emerge de outra, a ideia é buscar um grau de separação ou de distância. De modo diferente, levando em conta que, na cartografia, pesquisar

“requer uma pesquisa igualmente processual e a processualidade está presente em todos os momentos - na coleta, na análise, na discussão dos dados e também na escrita dos textos” (BARROS & KASTRUP, 2009, p. 59), julgo não haver separação entre os processos que se deram nesses dois estudos, uma vez que a processualidade se deu entre o que se produzia nesses diferentes planos de composição, de modo que o que estava em processo em cada um deles era posto em movimento e se interferiam mutuamente no meu corpo enquanto pesquisador mergulhado nas duas experiências. Assim, coube a mim um mergulho “na experiência coletiva em que tudo e todos estão implicados” (BARROS & PASSOS, 2009, p. 19).

Por fim, penso que a emergência de um dado de pesquisa é feita de múltiplas linhas que não seria possível, nem é meu interesse aqui, dar conta delas completamente. Neste capítulo, além dizer e problematizar questões referentes ao modo como se deu o processo de produção dos dados, discutirei a relação entre políticas de cuidado e políticas de pesquisa.

2.1 Cuidar e pesquisar: implicações cruzadas⁹

Era o segundo encontro que tínhamos com Renata. Ela, semelhante ao primeiro encontro, estava com as filhas mais novas de 6 e 1 ano. Ao chegarem, a menina mais velha observou a mesa com lápis de cor, canetinhas e cartolinas e rapidamente demonstrou-se animada, perguntando, em forma de afirmação, se iriam desenhar naquela tarde. A mãe, ao contrário do que eu imaginava, riu com um certo ar de timidez e também mostrou-se animada com a atividade. Rapidamente explicamos que a tarefa tinha a ver com ela, Renata, desenhar sua rede de apoio. Neste momento ela sorri novamente, agora ainda mais animada com a tarefa. Ficamos cerca de uma hora naquela atividade. Enquanto Renata desenhava sua rede de apoio numa das cartolinas, conversávamos com ela acerca das relações que ela ia colocando na folha e sobre outras coisas. Eis que num determinado momento um dos pesquisadores insiste numa pergunta: “Mas você nunca procurou apoio para o seu filho em outro local, que não a UBS, tipo uma curandeira ou uma benzedeira?” Renata titubeia. Demora a responder e o pesquisador repete a pergunta. Ela então sorri um sorriso que a faz sumir por alguns instantes. Sua feição muda de um modo que a faz desaparecer. Fico com a imagem do sorriso sem gato do conto Alice no País das Maravilhas, e ela

⁹ Para o Institucionalismo, “todo conhecimento se produz em um campo de implicações cruzadas, estando necessariamente determinado neste jogo de forças: valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, etc”(PASSOS & BENEVIDES de BARROS, Seria PASSOS, BENEVIDES & BARROS? 2009, pag. 19).

finalmente responde, ainda rindo: “ Eu levei ele num Centro Espírita algumas vezes. Lá eles diziam que era um negócio de encosto. Era bom, mas depois fechou o lugar”, e continua seu desenho. (Diário de Pesquisa da Unidade 2)

O fragmento do diário de pesquisa descreve uma estratégia de pesquisa e alguns dos seus efeitos. Vale ressaltar que as ferramentas utilizadas na investigação de base foram bastante diversas em cada um dos cenários. Cada grupo de pesquisadores foi produzindo diferentes ferramentas de acordo com cada situação específica.

O caráter cartográfico da investigação permitiu que os pesquisadores pudessem criar itinerários de distintos modos. Poderíamos dizer que as ferramentas produzidas tinham a ver com demandas percebidas pelos pesquisadores, que em cada cenário situação foram diferentes. Teríamos aí uma justificativa de o porquê utilizar uma ferramenta e não outra. Todavia, lançarei mão da situação de pesquisa apresentada no início deste capítulo para problematizar tal visão, sobretudo porque estive presente durante todo o processo de discussão da proposta e aplicação da mesma.

Na ocasião em que o pequeno grupo de pesquisadores decidiu por realizar junto à Renata um desenho da sua *Rede de Relações*, algo me ocorreu. Apesar de aceitar a proposta vinda de um dos pesquisadores presentes, isto não se deu de modo confortável. Quando a proposta foi dita, pensei em silêncio: *Será que não seria mais cuidadoso começarmos com algo menos passível de causar algum estranhamento, como uma conversa livre, por exemplo?*

Imaginar Renata fazendo uma atividade lúdica causou uma estranheza em mim. Havia uma política de cuidado em jogo: sem perceber, tal política estava apoiada na ideia que Renata teria dificuldade em lidar com a tarefa. Ou seja, de algum modo eu precisava, para justificar essa política de cuidado, conceber a paciente como alguém que não conseguiria lidar com a atividade e ficaria constrangida. Cuidar, pesquisar e produzir ferramentas de pesquisa - e portanto dados específicos - carecia do pressuposto que a paciente teria certa impotência - ou dificuldade - em realizar algo e por isso uma ferramenta de pesquisa seria mais interessante que a outra.

Ao contrário do que pensei, a atividade funcionou. Ao desenhar, Renata estava mais à vontade que no primeiro dia, apresentando-nos informações interessantes sobre sua vida. Ora, não seria este um pequeno exemplo que nos diferentes cenários os dados produzidos sempre estarão conectados aos modos que o pesquisador consegue lidar com encontros da pesquisa? Se tomarmos isso como verdadeiro, teríamos que destacar que as ferramentas

produzidas ao longo da investigação não surgiram somente a partir de questões relacionadas à situação de cuidado em questão ou da disponibilidade que um determinado conjunto de profissionais apresentou.

Ao longo da pesquisa foi possível constatar que cada pesquisador ou minigrupo de pesquisadores parecia produzir determinados arranjos também de acordo com aquilo que lhes era possível ou se apresentava como mais interessante a cada caso. Ou seja, construir determinadas ferramentas de pesquisa também está relacionado à como cada grupo de pesquisadores experimentou cada estratégia.

Ao longo da trajetória de cada pesquisador experiências distintas com leituras, conceitos, estratégias de oficinais, modos de se relacionar, de acessar coisas e estar junto vão sendo construindo, e isso convive com os modos de estar nos encontros de pesquisa. Ao mesmo tempo, esse conjunto faz comparecer nas situações de pesquisa políticas de cuidado das mais variadas.

Nos encontros com as equipes, alguns grupos de pesquisadores permaneceram mais tempo discutindo o processo de cuidado e realizaram devolutivas dos relatos de cada encontro, outros produziram oficinas de discussão e produção de casos, houve ainda grupos que estiveram boa parte dos encontros em contato com diferentes serviços que atendiam o usuário escolhido pela equipe de saúde e/ou realizando encontros com os usuários etc..

Assim, parece sempre haver um encontro entre os modos de agir e experimentar os encontros de cada pesquisador e/ ou grupo de pesquisadores e como isso combina com as disponibilidades de quem participou da pesquisa.

Vale ainda destacar que as características de cada local como, espaço físico, presença ou não de reuniões de equipe, compreensão e valoração da pesquisa, relações prévias com a universidade, dentre outros, também afetaram sobremaneira a produção dos dados.

2.1.2 Políticas de cuidado em atuação nos pesquisadores

O encontro entre pesquisadores, usuários dos equipamentos de saúde e as equipes de trabalho produz diferentes efeitos. É interessante notar que, diante disso, algumas políticas de cuidado começam a se manifestar e cada um lida com os processos a partir daquilo que julga ser melhor, ou, como dito por muitos, ser *mais cuidadoso*.

Teríamos então algo importante a destacar: o próprio modo como a equipe de pesquisadores se lançou no processo parece dizer de algumas políticas de cuidado que ia atualizando no desenrolar dos encontros da pesquisa. Observemos os relatos:

Havia muitas expectativas para o segundo encontro com Nice, mas ela não compareceu. A ACS, após 30min de atraso, ligou várias vezes para ela, sem sucesso. Diante disso, perguntou-nos se não desejaríamos ir até a casa da Nice. Sugeri que não fôssemos ao levar em conta que o encontro anterior foi bastante difícil para todos (Diário de pesquisa da UBS1).

Quem sabe seja uma possibilidade de organizar uma narrativa de receitas e produzir uma lembrança dos nossos encontros. Saímos afetados, cientes de que a Nice é um caso singular de sofrimento, que precisa de muito cuidado (Diário de pesquisa da UBS1).

O primeiro relato descreve a ausência de Nice após o primeiro contato com ela. Conforme descrito, o encontro anterior foi bastante difícil, uma vez que Nice se irritou com um dos pesquisadores após uma brincadeira que ela não gostou.

É interessante destacar que apenas um dos três membros do pequeno grupo achou mais cuidadoso com a senhora não ir até sua residência; a ACS e o outro pesquisador não reconheciam neste ato nenhum problema. De um lado, cuidar parecia estar relacionado a dar espaço ou um modo de abster-se, um tipo de reserva que pudesse, numa certa distância, acompanhar e sustentar os movimentos de outrem. Do outro, cuidar não estava separado de insistir no contato.

De certa forma, tanto um dos pesquisadores quanto a ACS se consideravam próximos o suficiente para não sentirem que deveriam preservar um possível espaço que a usuária poderia ter criado para si; não sentiam que poderiam estar invadindo este possível limite ou intervalo produzido por ela.

No segundo fragmento, percebemos que o modo como cada passo é pensado está relacionado à ideia de cuidado, que busca criar uma relação vizinha com interesses da paciente para conhecer mais de seus percursos e sua rede de cuidado.

Percebe-se, portanto, que os dados produzidos na investigação não estão desvinculados das políticas de cuidado em ação nos pesquisadores e nos demais participantes da pesquisa, o que contribuiu para que os dados produzidos fossem os presentes e não outros.

Algumas questões que atravessaram o pesquisar também estão presentes nos processos de cuidado. Valendo-me do caso de Renata, ela é uma paciente descrita por sua

equipe de referência como alguém que aparenta ter dificuldades de entender algumas coisas, algo imaginado como um possível rebaixamento cognitivo. Isto não fora uma afirmação, mas uma suspeita que circulava na equipe da unidade de saúde a partir das escolhas da paciente e também do modo como ela, na visão de alguns profissionais, aparentemente não entendia algumas orientações e/ou se submetia às imposições do companheiro.

Ora, ao partirmos dessa hipótese, nós pesquisadores poderíamos, como de certo modo até cogitamos fazê-lo, preservá-la produzindo interferências que talvez apenas funcionassem comprovando este dado, o que poderia ser justificado por nós como uma atitude de cuidado. Diferente disso, ao afirmar estratégias que buscavam colocá-la num lugar de potência e não de impotência, Renata se mostrou muito atenta e articulada, sabia no detalhe várias informações sobre seus direitos e acerca dos serviços e também formulava estratégias para lidar com algumas dificuldades que tinha com o filho, demonstrando possuir um tipo de inteligência que nunca fora percebida pelos profissionais de saúde.

Fatores como estes me levaram a inferir que algumas políticas de cuidado em ação nos pesquisadores também poderiam, assim como estava acontecendo na relação entre aquela equipe de saúde e a paciente, interferir bastante no que era possível ver naqueles processos.

2.1.3 Os dados como efeito do que um corpo aciona no outro

Após a saída da ACS logo chega Marcos, que é logo cumprimentado por Renata, mas é o Rodrigo que lhe apresenta Renato. Este, embora ainda um pouco tímido, demonstra mais facilidade abertura para com Marcos. O garoto, curioso sobre o conteúdo da pasta que Marcos carregava com matérias da pesquisa, se aproxima e dá abertura para um diálogo. O pesquisador logo improvisa uma folha e oferece a Renato para que este possa desenhar enquanto conversam. O garoto se mostra então bem articulado e disposto a conversar. Faz desenhos para a mãe e os mostra aos pesquisadores. A mãe se preocupa com a possibilidade do garoto estar incomodando com suas perguntas e atitudes, uma vez que desenhava utilizando um bloco de notas da pesquisa, mas Renato parecia não mais estar encabulado com o contato com estranhos (Diário de Pesquisa da Unidade 2).

Renato, no contato com Rodrigo, esquivou-se. Contudo, de modo bastante diferente, mostrou-se tranquilo no contato com o Marcos. Não me é possível dizer o porquê, porém, algo nesta cena contribui para pensarmos num aspecto importante no pesquisar: o que cada um dispara no outro não é pouco em termos de produção de dados.

Cada corpo emite sinais e também aciona respostas quando em relação com outro. Assim, estar atentos a esta dimensão dos dados produzidos em uma investigação interessa, pois, não é possível separarmos os dados produzidos dos efeitos que a relação entre esses corpos resulta. Isso implicaria a discussão acerca da verdade, sobretudo se essa esteja sendo pensada como invariável, pois, o que se nota é que são tantos e tão diferentes os dados quanto o são os diferentes corpos que se encontram na situação de pesquisa. No limite, aquilo que de algum modo constatamos de um determinado processo radicalmente nos inclui, uma vez que está ligado à nossa presença.

Logo, sendo outro corpo ou outro pesquisador, poderíamos ter dados não somente diferentes, mas que demonstrariam aspectos até mesmo opostos, como poderia ter acontecido na cena descrita no início.

Os fragmentos abaixo ampliam esta questão:

Antônia apresenta em linhas gerais a pesquisa. Roberta recebe de modo bastante afirmativo a proposta, não demonstrando desconfiança, o que, é claro, não exclui a possibilidade de haver preocupações. Perguntou pouco. Conforme escutava a ideia de acompanharmos uma situação de cuidado parecia estar sendo povoada por várias problemáticas que poderiam interessar à pesquisa, chegando a explicitar o fato e completar falando numa situação de cuidado específica: o caso Nice (Diário de Pesquisa da Unidade 1).

Naquele dia, misturar-se não se dera ao acaso, ainda que muitos acasos tenham se dado. Aquela mistura tinha um elemento-chave: a universidade não é o único lugar de produção de conhecimento. Portanto, porque que não pesquisar junto com quem produz conhecimento fora do domínio acadêmico? Era um enunciado-convite, que parece ter causado diferentes compreensões e incompreensões, aceites e resistências à proposta. Diversos gestos pareciam dizer disso: gestos que interrogavam, gestos que estranhavam, gestos que se interessavam, gestos que pareciam ter a intensão de fazer o corpo fugir dali (Diário de Pesquisa da Unidade 2).

Perguntamos sobre o tempo que teríamos, cuidado constante nessa equipe, e explicamos nossa ideia para aquele encontro: escutar o que tivessem a dizer acerca da situação escolhida para pensarmos juntos a melhor forma de realizar o primeiro encontro (Diário de Pesquisa da Unidade 2).

Próximo ao fim da reunião, ficou acordado que os encontros com as ACS será quinzenalmente às quintas-feiras, das 9:00 às 10:00. Assim, o encontro seguinte seria em 19/2 às 9:00 para conversa e preparação para visita à casa das senhoras. Após o fim da reunião, conversamos com a gerente sobre nossa inserção específica naquele caso; diante disso, fomos convidados a participar das reuniões de equipe que ocorrem na unidade (Diário de Pesquisa da Unidade 3).

Se pensarmos na relação das equipes de trabalhadores dos serviços, podemos acrescentar mais um aspecto relevante na produção dos dados: o modo como cada equipe se organizava antes da presença dos pesquisadores e como estes foram recepcionados por cada equipe. Algumas realizavam reuniões e incluíram os pesquisadores sem receios, outras reservaram espaços extras para discutir questões referentes às situações de cuidados acompanhadas durante a pesquisa. Cada equipe de pesquisadores conseguiu relações distintas com as equipes.

Essas relações e o modo como cada serviço se organizava foram importantes no que diz respeito à recepção dos pesquisadores, sendo bastante distinta a entrada e os percursos possíveis em cada uma das unidades, já que os acordos e acordes criados também não foram semelhantes.

Esses fatores parecem dizer não somente dos arranjos específicos de cada equipe, mas também de que existem distintas concepções de cuidado e também de pesquisa, o que gerou estranhamento, ampliação nos modos de conceber o pesquisar e o cuidar e também possibilidades de processos diferentes com cada equipe de trabalhadores e de pesquisadores.

O grupo, sem mais formalidades, foi contando uma experiência envolvendo a UBS e uma rede - legal/ilegal, formal/informal, visível/invisível? – presente no território: uma profissional fora assaltada nas proximidades da UBS e, após acionar uma rede presente comunidade a partir da figura de uma liderança comunitária, obteve seus pertences novamente. [...] Aquela rede que aconteceu, já estava constituída? Era uma rede que funcionava em silêncio? Qual o papel daquela rede, em suas diferentes configurações episódicas, no trabalho daqueles profissionais de saúde? (Diário de Pesquisa da Unidade 2).

O trecho acima faz parte do relato realizado por um dos pesquisadores junto à equipe da Unidade 2, no qual consta um tipo de cuidado em rede. Porém, esta narrativa se deu não para responder a pergunta acerca das redes, mas para relatar o quanto o local é seguro para os profissionais da UBS, já que a equipe recebe proteção dos diversos moradores dali, inclusive do tráfico, que *cuida* dos profissionais.

Podemos afirmar que, assim como esse cuidado em rede, na concepção dos pesquisadores, parecia ser invisível para a equipe, no processo de pesquisa diferentes formas e expressões do cuidado podem também ter ficado invisíveis aos pesquisadores. Nos serviços, percebemos que algumas ações entendidas por nós como sendo de cuidado, não eram

descritas pelos profissionais como tal. Assim, caberia nos perguntarmos, em termos de dados produzidos, quais os *pontos cegos* dos pesquisadores e também quais os pontos *cegos* das equipes no que se refere ao que cada um valoriza como processo de cuidado.

Durante uma primeira oficina acerca das noções de rede e cuidado, percebemos que cada profissional descreve de modo diferente o que considera sendo cuidado, o que provavelmente acontecia em relação aos pesquisadores. Há vizinhança entre o que percebemos no serviço e o que se passou com os pesquisadores da universidade: são múltiplas as formas de cuidado, assim como as estratégias que se utiliza para conseguir acessá-las, mas geralmente reconhecemos apenas as que correspondem ao nosso escopo.

Desse modo, nota-se que as políticas de cuidado acompanhadas nessa dissertação são resultantes do que os pesquisadores e do que os participantes conseguiram descrever para si como sendo cuidado.

2.1.4 Pesquisar: cuidar e produzir dados?

Há quem diga que um processo de pesquisa precise interferir o mínimo possível no campo, porém, por vezes os profissionais buscam nos pesquisadores apoio em algumas ações. Nesta investigação, o que pudemos perceber é que não somente a presença dos pesquisadores interferiu nos processos que se davam nos serviços, mas também pudemos acompanhar o quanto as vidas com as quais os pesquisadores foram se encontrando acionaram neles gestos de cuidado.

Ao final desse trajeto pela casa o pesquisador pergunta do armário, ao que Lila responde que irá retirá-lo em breve. O pesquisador resolve então intervir quanto ao tipo do objeto; pergunta se o armário que ela comprou é daqueles de parede e com partes que devem ficar no alto, ao que ela responde que sim. Diante disso, pergunta se ela não acha melhor um armário que possa ficar num nível que elas possam manuseá-lo mais facilmente; dá exemplo de balcões e armários baixos. Lila se anima com a ideia: *Sabe que você me deu uma boa ideia. Está vendo como é bom a gente conversar com as pessoas? Eu vou fazer isso mesmo que você disse* (Diário de Pesquisa da Unidade 3).

Todos estamos muito preocupados com Nice e desejando de alguma forma auxiliá-la nesse momento tão difícil (Diário de Pesquisa da Unidade 1).

Eu e meu companheiro de pesquisa fomos tomados pela discussão. Opinávamos o tempo todo sobre possíveis. Ele inclusive quase se dispôs em auxiliar em tarefas. Queríamos auxiliar de todo modo no lançamento do livro (Diário de Pesquisa da Unidade 3).

__ E o caso da Dna. *Fulana* lá, decidiram fazer alguma coisa com ela? Ela está piorando (Diário de Pesquisa da Unidade 3).

Estes relatos trazem alguns dos vários exemplos em que, seja pela solicitação dos profissionais dos serviços, ou mesmo pela vontade de auxiliar as profissionais e as participantes da investigação, intervir, pesquisar e cuidar não estiveram separados.

No primeiro fragmento, ao encontrar com as senhoras o pesquisador parece ter sido tomado pelas questões que atravessavam a vida delas. Após tomar conhecimento acerca do armário que Lila havia comprado, achou importante sugerir um modelo “mais adequado” para as condições físicas que ela e suas irmãs se encontravam. Entra em cena uma política de cuidado e de pesquisa que busca um modo que as senhoras pudessem poupar esforços físicos e, mais importante neste caso, não tivessem que subir em bancos ou escadinhas para acessar os compartimentos elevados, o que preveniria quedas.

Nos dois relatos seguintes algo semelhante também acontece, percebemos que os pesquisadores estão envolvidos ativamente nos processos de vida e nas ações de cuidado com as participantes da pesquisa. Buscam, a partir do que sabem de cada situação de cuidado, um modo de apoiar e contribuir com alguns processos, ou seja, são tomados por vontades de ajuda.

Já o último fragmento expõe o modo como alguns profissionais dos serviços conceberam o trabalho da pesquisa. Em alguns cenários os trabalhadores viam na pesquisa uma possibilidade de apoio na elaboração de estratégias de cuidado

PARTE III:
Modos de cuidar

Após reunir alguns trechos dos registros numa região comum, que eu escrevi provisoriamente como *modos de operar um cuidado*, resolvi reler o projeto de pesquisa acerca da atenção básica como ordenadora do cuidado em rede no município de Santos. Novas questões foram produzidas nesse novo contato com o material; porém, minha atenção pousou numa delas: “*Quais tecnologias de cuidado são fabricadas nos serviços de saúde?*”.

A ideia da *fabricação de tecnologias* me fisgou. Em mim pulsava a hipótese que, no encontro envolvendo os trabalhadores da saúde, fabricação e produção estariam sempre em processo. No entanto, levando em conta que fabricar tecnologias comportaria a produção de limiares de novidade, o um novo problema se apresentou: como identificar se um processo de cuidado era uma mera reprodução e/ou também comportaria limiares de novidade?

Sem nenhuma resposta finalística a este problema, apostei na ideia que repetição e fabricação geralmente aconteciam o tempo todo e ao mesmo tempo.

Nos diversos relatos da pesquisa, era possível inferir isso, seja quando acompanhávamos as ações dos trabalhadores com a população, seja quando discutíamos algo em reuniões com as equipes. Nesses encontros, era possível notar os profissionais acessando estratégias, modos de compreender e/ou propor ações já conhecidas, mas, em vários momentos, também questionavam-se acerca de suas apostas. Uma espécie de gagueira nos dizeres e nos agires e também silêncios - por vezes breves, por vezes mais extensos... -, levavam-me a acreditar que tanto as equipes quanto nós pesquisadores da universidade, produzíamos deslocamentos permeados por tensões em nossos agires, o que nos permitia, quando isso ocorria, estarmos implicados às exigências específicas de cada caso.

Marlene relata que Nice recebe medicações do NAPS, porém, não faz uso. No prontuário consta que em certa ocasião fora prescrito para ela os seguintes psicotrópicos: Haldol, Diazepam e Fluoxetina. Contudo, Marlene refere que ela também recebe do NAPS carbamazepina. Não soube informar, nem consta no prontuário, a quantidade de cada medicamento. Como modo de se cuidar, Nice prefere a utilização de chás. Marlene tenta negociar sem sucesso: “Toma pelo menos o diazepam Nice... mas ela diz que não precisa e não toma” (Diário de Pesquisa da UBS 1).

Ao ler os relatos como esse, fragmentos de experiências de quando atuava nas UBSs do município de São Paulo surgiam. Nelas, em vários dos encontros com quem buscava atendimento, fabricação e repetição conviviam.

No encontro com quem me procurava, à medida que iam contando e construindo sua uma narrativa de sua vida - geralmente com episódios recheados de sofrimento, dor e superação de alguns impasses vitais - via de regra, minha atenção sempre variava. Geralmente isto se dava entre o que era possível ser reconhecido através da fala e dos gestos de quem estava ali em termos de processos patológicos em curso e os sinais singulares que cada um produzia neste primeiro contato comigo.

Reconhecer alguns sinais era importante, porque de algum modo justificariam os procedimentos seguintes: encaminharia para algum outro serviço da rede? Para outro profissional da equipe? Sugeriria participação em algum grupo realizado pela equipe? O atendimento num Grupo de Artesanato seria mais interessante do que um Grupo de Apoio Psicológico ou um atendimento individual? Qual a estratégia de atendimento e qual a frequência? Existiria algum risco em jogo que eu deveria considerar, e por isso deveria acionar alguém da família?

Essas questões precisavam de algum modo serem percorridas, já que ao final daqueles breves encontros o resultado era sempre a *conduta*¹⁰.

Nesse trabalho, a maior parte dos procedimentos apoiava-se em critérios prévios. O conjunto dos sinais e sintomas, se reconhecidos, eram alocados numa certa concepção de adoecimento e/ou sofrimento e também forneceria indícios acerca da capacidade de enfrentamento que cada um dispunha. Por um lado, era importante saber como as estratégias de cuidado disponíveis no serviço, na rede de cuidado disponível pelo município, e/ou nas redes sociais de um determinado território poderiam beneficiar especificamente quem buscava apoio. Por outro, a compreensão acerca do que estava se passando com quem solicitava atendimento era importante para tentar investir numa certa direção. Por exemplo, era necessário decidir se um atendimento em Grupo de Artesanato seria mais interessante para alguém do que um Grupo de Apoio Psicológico ou um atendimento individual.

Tais avaliações eram apoiadas em boa medida em pressupostos teórico-práticos. As sugestões de cuidado possuíam ressonâncias com minhas afinidades teóricas, mas não eram somente os pressupostos teóricos e práticos que atravessavam as ações. Após discutir um caso com a equipe do NASF ou na supervisão que eu realizava fora do serviço notei que a maneira

¹⁰ O termo *conduta* é geralmente utilizado como sinônimo de decisão. A cada atendimento, idealmente a partir de uma pactuação com o paciente, é estabelecido os próximos passos de um processo de cuidado. Para tal, o que foi possível ser dito e observado durante um atendimento é fundamental.

como meu corpo era afetado em quaisquer encontros acionava toda uma historicidade desse corpo. Não era possível estar neutro.

Nos profissionais, nos usuários dos serviços de saúde e em mim, operava uma linha que buscava e desejava um cuidado em saúde que funcionasse na lógica de procedimentos mais ou menos estáveis. Nesse sentido, quando um profissional de saúde sugerisse uma determinada direção para o cuidado, ele estaria sempre atendendo uma referência mais ou menos clara e apoiada em algum pressuposto teórico, o que lhe ofereceria alguma confiança. Quando se sofre e/ou se percebe que algo está diminuindo a vitalidade do corpo, busca-se um apoio que reconforte e que nos ofereça alguma segurança. Imaginar que o profissional sabe pouco ou nada do que nos acomete aumenta a angústia diante do que está se passando, e isto não desejável nem mesmo sustentável com facilidade.

Eu também percebia que muitos trabalhadores da saúde também eram atravessados por outra linha. Esta fiava a compreensão que produzir atos de cuidado em saúde, em muitos casos, estava para além de agir de modo direcionado e apoiado numa clássica ideia de objetividade. Diferente disso, ao tomar determinada atitude ou eximir-se, tais ações nem sempre eram respaldadas em fundamentos prévios ou conscientes, de modo que o trabalhador pudesse somar ou detectar facilmente os fatores que o levaram a seguir nesta ou naquela direção.

Isso não era nenhuma surpresa, pois havia aprendido que a depender do que um corpo sofre, mesmo que um profissional de saúde o escutasse e desse determinadas orientações, e/ou pactuasse determinadas terapêuticas, isso geralmente não excluiria o fato de que o que fora possível no mais ou menos breve encontro fora chegar a não mais do que uma hipótese diagnóstica. A suposta objetividade, os parâmetros e sinais que juntos sugeririam um processo patológico, boa parte das vezes, era feito fora do registro da certeza. A permanência da noção de Hipótese Diagnóstica evidenciava isso.

Boa parte dos cuidados em saúde eram atravessados por essa trama e resultavam numa linha frágil e tênue: ter consciência que muitas vezes se sabe de modo insuficiente acerca do adoecimento daquele que procura ajuda e, mesmo diante disso – e também a partir daquilo que é mais comum e prevalente em termos de sinais e sintomas, ao mesmo tempo excluindo de certo modo o fato de que cada corpo é *um* corpo e cada existência é *uma* existência - direcionar o cuidado. No final, boa parte das situações eram “sanadas” e a vida seguia seu curso, o que me ajudava a confiar em muitos dos saberes e procedimentos prévios.

Nas mais variadas situações de cuidado, cada profissional de saúde que eu conheci ajustava as teorias ao seu estilo e também lidava com as diretrizes e os protocolos de um modo específico. Ainda que muitos parecessem iguais, um olhar atento desmentiria isso. O que era mais comum entre os profissionais com os quais trabalhei, era que eles imprimiam um jeito de lidar com o que estava instituído.

Contudo, ainda que cada um fizesse seus ajustes não era possível deixar de perceber que algumas linhas atravessavam a todos. Isso estava relacionado ao fato de que, nas situações de cuidado, vários *acúmulos* eram postos em movimento, resultando na possibilidade de utilizar as mais diversas tecnologias, como: uma máquina de raio-x, um protocolo do tipo check-list a ser preenchido para se chegar a uma hipótese diagnóstica, aquele jeitinho que a médica cubana trazia em sua bagagem afetiva quando dizia *Olá bonita, como é que está a nossa bebê*, e muitos outros.

Tais tecnologias produziam em mim encantos e desencantos. O primeiro estava relacionado ao fato de que aquele aparato técnico e teórico parece ter ampliado, e muito, as possibilidades de cuidado. Alguns possibilitam verificar e tratar processos patológicos no detalhe, desde seu início numa desregulação celular até a produção de um medicamento que iria agir justamente numa estrutura mínima da célula afetada. Isso era algo fantástico.

Porém, por vezes o que acontecia seguia noutra linha. Algumas dessas tecnologias pareciam operar como uma espécie de escudo, impedindo que o encontro com a diferença entre uma vida e outra pudesse acontecer.

É inegável que o encontro de um profissional de saúde com os usuários é atravessado por técnicas, protocolos, diretrizes e todo um conjunto de orientações e saberes prévios. Este conjunto, ora pode funcionar como um anteparo, ora como um apoio e uma ferramenta que permite ver e dizer algo acerca daquilo que está acontecendo num corpo.

Em cada momento histórico, os serviços prescrevem o que é esperado enquanto ação dos seus profissionais nas mais diversas situações: seja de modo genérico, dizendo como determinado quadro precisa ser tratado e acolhido de maneira comum pelas diferentes áreas profissionais, e/ou de modo específico, estabelecendo como cada área de saber poderá contribuir distintamente para o atendimento de determinado público. No Brasil, basta que

consultemos os vários Cadernos da Atenção Básica para que confirmarmos isso¹¹.

Ora, é fundamental que haja alguma previsibilidade acerca do que um profissional de saúde encontrará no seu cotidiano profissional e dos modos que este irá agir. Porém, mesmo sabendo que isso sustenta a maioria dos manuais, diretrizes e toda uma série de documentos que pretendem orientar a ação dos profissionais de saúde, qualquer um que se lance no dia a dia dos serviços percebe que não são raras as situações não previstas com as quais os profissionais de saúde lidam. Tais situações, quando encaradas em seu ineditismo, exigem dos profissionais a capacidade de rearranjar as orientações para a situação específica, o que algumas vezes implica inclusive na transgressão de normas.

Nos relatos, verificamos que os modos dos membros das equipes relacionarem-se com os moradores são múltiplos, variam a cada situação e também adquirem cadências próprias de acordo com o andamento dos processos de cuidado. A multiplicidade de questões que faz parte da relação de um profissional de saúde com quem ele acompanha dispara diferentes sentimentos a modifica os modos de cuidar.

Marlene diz que “não sabia o que iria encontrar”. Contudo, ao iniciar as visitas na residência da família da Nice, a ACS foi sentindo mais segurança e confiança na paciente e aos poucos foi se tornando um apoio para a usuária. Observa que as visitas na casa lhe exigiam bastante. Isto porque a mãe e um dos irmãos, João, ficavam a maior parte do tempo ofendendo a Nice durante a visita, que poucas vezes reagia. Insisti para que Marlene me dissesse o conteúdo dos xingamentos, ela hesitou um pouco, porém, com minha insistência ela disse quais eram os insultos, todos com conteúdos sexuais. (Diário de Pesquisa da UBS 1)

Com o advento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os profissionais de saúde começaram a entrar cada vez mais nos mundos dos usuários - relações familiares, relações com o território e com as variações pelas quais as vidas que são acompanhadas passam. Isto implica em destacarmos que o trabalho desses profissionais tem sido convidado cada vez mais a ir além de mapear sinais e sintomas para exercer o cuidado, pois, é todo um complexo de relações que este trabalhador encontra.

¹¹ Atualmente, existem 40 Cadernos da Atenção Básica disponíveis. Para maiores informações acerca dos CAB, bem como de outros manuais e guias disponibilizadas pelo Departamento da Atenção Básica, verificar em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

É esperado que, ao pensarmos no trabalho do profissional de saúde, o imaginemos como agente do cuidado, mas não como receptor de gestos de cuidado por parte de quem ele acompanha. Todavia, existe uma mistura e uma ruptura de fronteiras acerca de quem tem posse de saberes para cuidar da saúde e também quem cuida e apoia quem. Podemos observar, a partir do relato abaixo, que as relações entre profissionais e usuários podem adquirir um grau de intimidade e confiança em que aquele que seria alvo do cuidado também imprime seus modos de cuidar:

Em certo momento da visita Nice olha para Marlene e diz: “Marlene você está triste, não está com aquele ar bonito. Porque esse semblante triste? Tá escondendo algum jogo”. Conversam sobre algum relacionamento de Marlene e parecem ser íntimas. Marlene nega dizendo que está bem e que ela é que fica vendo coisa. Nice diz: “ele vai te encontrar antes do fim do dia”. Marlene fala: “ele está longe, não dá para ele chegar”. E Nice, incisiva, garante que ele virá vê-la (Diário de Pesquisa Unidade 1).

Nice observa Marlene, que acabara de questioná-la acerca do seu uso de medicação e pergunta. E você Marlene, está se cuidando? Marlene com voz de quem confessa, relata que está querendo fazer os seus exames, parece preocupada. Nice pede para eu abrir a porta do armário que se encontra nas minhas costas. Lá observo alguns saquinhos contendo ervas. Pergunto do que se trata. Nice espalha tudo na mesa e vai dizendo os nomes: “noz, erva doce, e melissa”. Fala como quem guarda e conhece as preciosidades daquelas plantas. Orienta Marlene a se cuidar e diz que irá ensiná-la como cuidar da saúde (Diário de Pesquisa Unidade 1).

Outro aspecto importante, que de certa forma caminha na direção do que foi dito até aqui, é o fato de muitas vezes os profissionais tratarem com os usuários questões que não fazem parte de seu repertório de conhecimento mais seguro ou habitual, sobretudo pelo fato de dizerem respeito a condições de saúde às quais estes profissionais tiveram pouco ou nenhum contato em seu processo de formação e, muitas vezes, também por dizerem respeito a quadros foram sendo apropriados por determinadas áreas de saber.

Aproximando e/ou se distanciando desses saberes colonizados e instituídos pelas especialidades, profissionais e usuários constroem teorias e hipóteses acerca de alguns agravos em saúde - suas causas, terapêuticas e também acerca do insucesso de alguns tratamentos. Aliado a isso, o acompanhar de perto os moradores produz nestes profissionais a capacidade de perceber variações sutis pelas quais o corpo daqueles que eles atendem passa. Isto resulta em interferências importantes nas terapêuticas, e, em alguns casos, contribuem na

avaliação do cuidado.

Contudo, pelos relatos de Nice e da Marlene, Nice está se virando bem há cerca de três anos sem uso da medicação. Marlene, mesmo questionando e demonstrando alguma preocupação em relação aos remédios que Nice não faz uso, ressalta que “Ela fica muito *grog* quando usa o diazepam”. Fala com voz de quem acha e não acha melhor o uso do medicamento. Diz não opinar porque não é médica, mas preocupa-se (Diário de Pesquisa da UBS 1).

Os modos de lidar com o uso do medicamento variam de acordo com o profissional e a situação pela qual passa o usuário e, ao mesmo tempo, o que observamos é que não é possível estabelecer uma medida segura para a administração do cuidado via medicamento. Ao contrário da situação acima, observamos que num determinado momento, a profissional de outro serviço conclui que é indispensável o uso dos medicamentos para que a usuária possa exercer uma determinada atividade remunerada. Desse modo, a profissional descreve uma negociação que têm o uso do medicamento por parte da usuária um papel central:

Vitória diz que terá que fazer um contrato com Nice, caso ela queira trabalhar: o contrato prevê que ela comece a fazer uso dos medicamentos. Esta afirmação vai produzindo questionamentos e questões mais ou menos em aberto a todos. S. relata que Nice nega sua condição de diabetes e não faz uso de medicação. Afirma que já fora prescrito a ela, além do Diazepam, Haldol, carbamazepina e Fluoxetina. Olhamo-nos como quem se pergunta, como ela consegue estar bem sem a medicação. Olhamo-nos como quem deseja mais segurança, um modo de pensar no cuidado com a segurança do medicamento. (Diário de Pesquisa da UBS 1).

Este relato nos coloca algumas questões importantes como: qual a medida certa em termos de medicação? Poderíamos também nos perguntar: Nessa situação, a que tipo de vida esta opção favorece? É difícil, e talvez inviável, propormos alguns parâmetros em termos de qual procedimento seria mais interessante nessa situação, porém, o que observamos é um relato de alguém que acompanha os desenrolar de uma vida e observa quando esta parece estar mais alargada e em qual situação ela fica mais constrangida. Por outro lado, observa-se pelo relato dos condicionantes descritos pela profissional da assistência social que, lançar mão do trabalho como estratégia de cuidado envolveria necessariamente o uso do medicamento, sendo um cuidado apoiado em algo que oferece mais segurança e, supostamente, diminuiria

riscos.

Essas diferentes políticas de cuidado dizem que os locais nos quais o cuidado é ofertado às vezes operam em registros diferentes e também resultam em relações distintas entre os profissionais e os usuários, que escolhem quais relações lhes são mais consistentes ou mais benéficas.

O local mais citado como ofertador de apoio foi o CREAS. Novamente Renata enfatizou suas dificuldades de sair de casa; com muita dificuldade disse que vai à casa de sua mãe e, posteriormente, falou que trabalha esporadicamente como diarista numa igreja do bairro, enfatizando que para fazer isso precisa dar remédio para o filho, o qual adormece e, durante esse período, a mãe faz o trabalho no local (Diário de Pesquisa da Unidade 2).

É difícil precisarmos o que leva alguém a cuidar de um modo e não de outro. Contudo, ao acompanharmos a trama das vidas que cuidam e das que são cuidadas parece haver uma relação íntima entre o modo como a existência de alguém foi se montando e as maneiras de cuidar que resultam desse conjunto. No limite, até mesmo situações que comumente seriam descritas como não cuidadoras, como medicar um filho para poder trabalhar, do ponto de vista de quem as executa e de como as condições de vida se mostram em determinado momento, são passíveis de ser apresentadas como ações de cuidado.

Nesta e em outras situações, observamos que as linhas que tecem alguns cuidados nem sempre são fiadas por meio de fios consistentes. Por vezes, os modos de cuidar apoiam-se em linhas frágeis, como acontece no caso das irmãs Aurora e Lila, ambas acometidas por sintomas de esquecimento. É no bojo de suas fragilidades que um cuidado incide entre elas: Aurora, ao ser cuidada por Lila, é também sua companheira, garantindo que esta esteja acompanhada e com ela divide o dormitório, o que parece estreitar a relação entre elas e diminuir os espaços de solidão noite adentro.

Chama a atenção de Rodrigo o fato de Aurora ser a única delas que possui cama de casal. Lila relata que mesmo tendo sua cama no outro quarto dorme com Aurora, para cuidar dela. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Cuidar não é uma ação que incide apenas sobre quem é cuidado, mas também confere a quem tem demanda por esta prática algum ganho muitas vezes difícil de identificar; porém, seria demais dizermos que quem cuida não tem demanda por tal ato?

3.1 Cuidar em equipe

Cada equipe organizar-se de modo diferente para produzir ações de cuidado. Numa das unidades observamos que as profissionais ACSs sempre rascunhavam alguma ação durante nossos encontros.

“___ Sabe o que eu queria? Eu queria fazer isso aí lá na bica¹². Porque lá tem muita gente que precisa. Ia ser legal. Será que a gente conseguiria? (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Nessas conversas iniciais algo chama a atenção do pesquisador: as profissionais falam vivamente de problemas relacionados à queda de idosos. Falam de duas situações que parecem tê-las mobilizado bastante. Rodrigo fica com a impressão que elas sentem que poderiam ter feito algo, mesmo percebendo que elas não poderiam ter evitado os acidentes. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Tereza elogia:

___ Olha, essas meninas são muito empenhadas, elas tiveram uma iniciativa e montaram um programinha para fazer um controle. Receberam reconhecimento da Secretaria e tudo, por conta disso. Depois delas algumas unidades também estão usando o programa. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

___ Olha, tem gente que nunca fez... Tem gente que nós temos que pegar na sala de espera.

___ Sabe o que a gente poderia tentar fazer? Uma tabelinha... Sim, mais uma tabela, mas se a gente conseguir vai ser muito rico, não vai?

___ Vai ser corrido, mas a gente dá um jeito. A gente sempre consegue cumprir tudo. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Ao acompanhar algumas discussões e relatos de interesses desse grupo, ficamos também com a sensação que, enquanto agentes do poder estatal, elas buscavam acessar o máximo das necessidades de saúde e os grupos menos presentes na unidade.

Responsáveis por responder pela morbi-mortalidade de seu território e toda uma variedade de agravos em saúde, as UBSs, através de seus profissionais, interferem ativamente em situações consideradas críticas, mesmo que não haja demanda por parte dos beneficiários. Assim, realizam-se buscas ativas, campanhas, esforços de convencimento de mudanças de

¹² Local onde ficam usuários de drogas e de álcool.

hábitos, presença de agentes comunitários de saúde nas moradias, levando e buscando informações, sendo um olhar do Estado sobre os cidadãos.

É inegável que muitos idosos, gestantes, bebês, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, ficariam sem cuidado considerado adequado sem essa presença. A presença e as implicações desses profissionais no território conferem a eles melhores condições de entender demandas, identificar e intervir em necessidades complexas, evitando reducionismos; em contrapartida, esses trabalhadores também transitam entre a importância de interferirem operando cuidado e, ao mesmo tempo, serem agentes de controle da vida, dos hábitos e nas escolhas dos moradores.

No processo de pesquisa foi possível observá-las deslizando de uma problemática a outra com certa facilidade, desenvolvendo estratégias variadas de cuidado. Num pequeno espaço de tempo discutiam muitas questões e construía possibilidades, inventavam; como se essas profissionais - ora mais, ora menos acompanhadas por outros membros da equipe - estivessem o tempo todo executando uma ação e pensando acerca do que ainda poderia ser realizado:

Por um momento me perco diante das várias falas. Diante disso, pergunto à ACS que está ao meu lado sobre a ação que estão pensando, achando que retomaram o tema da Tuberculose e ela me responde aos risos: “Não, a gente agora tá ligando o **Outubro Rosa** com o **Novembro Azul**. A gente já saiu da TB e foi pra próstata”. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Enquanto aguardamos em breves silêncios as observações de Tereza e de Tayara varias outras falas vão se dando. Varias combinatórias e resoluções breves de processos.

“Lembra do pai da Dna. Cida,? Ele não está bem”.

[...]

“Não tem nada a ver com o assunto mas...”

Vou observando que elas sempre estão resolvendo e combinando várias coisas ao mesmo tempo. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Esse anseio por resolver várias questões ao mesmo tempo, quase sempre se apoiando em equipe, parece dizer da busca que esse grupo específico de trabalhadoras tinha por *dar*

conta de várias demandas, tomando para si inclusive ações que seriam de outros serviços e, por não terem resposta, buscavam ao seu modo produzir um cuidado integral em saúde.

Acomodaram-se todos à sala. A conversa começou pela expectativa a respeito da tarde de autógrafos do livro de A., que demonstrou ansiedade para a data do evento que seria a realização de um sonho. M. reforça essa questão, afirmando que já estava na hora de tirar setenta anos de poemas da gaveta. “Eu escrevia para a gaveta, mas gaveta não lê” relata A. “Não se deve escrever para as gavetas” endossa M.J. Aparentemente, todas tem discernimento da importância deste acontecimento para A., que vai contando episódios da vida de forma poética. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Nesse caso do lançar um livro como estratégia de cuidado caberia talvez o seguinte questionamento: Para cuidar integralmente da saúde, quais os possíveis objetos de cuidado?

3.2 Concepções no cuidar: sempre políticas

Algo que chamou bastante a atenção durante a investigação foi o fato de, em sua quase totalidade, as situações de cuidado serem atravessadas por dificuldades socioeconômicas. Por um lado, sabemos que cuidar da saúde, restabelecer um nível satisfatório de saúde, envolve mais do que tratar sinais e sintomas. Todavia, quando acompanhamos alguns gestos, discursos e modos de tentar elaborar os processos de cuidado - por parte dos profissionais, e também por parte dos próprios usuários dos serviços, - percebemos que a ideia de que o adoecer como um fenômeno que não diz especificamente de um sujeito, ou mesmo de um indivíduo parece oscilar entre uma certa ideia de responsabilização/culpabilização, visto que ora se olha ou único responsável pelo que lhe ocorre, ora busca se compreender que fatores relacionados à uma história inscrita em cada um daqueles que sinalizam a necessidade de cuidado.

Isto aparece de muitas maneiras. Através dos relatos e nos processamentos das experiências de cuidado os profissionais foram expressando isso, cada um ao seu jeito:

___ Mas tem sempre a parte social, essa é meio complicada. A parte social dificulta bastante. (Diário de Pesquisa da Unidade 2)

Maria é um exemplo de “caso social”: há dois anos perdeu o seu companheiro, e de acordo com as agentes não possui familiares na cidade. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

“Gente, mas vamos combinar né. Depois dessa história do bolsa-família tem umas coisas que são mais complicadas. Eu tô aqui há mais de quinze anos, só observando. Elas acordam tudo tarde. Tem algumas aí que nem arrumam as crianças direito. Pegam os cabelos assim óh! (faz o gesto) *arrudia* e pronto. Fazer filho desse jeito é fácil. Daí, se você tem dois você ganha um tanto, se fizer quatro ganha o dobro. Tudo dificulta o Planejamento Familiar. (Diário de Pesquisa da Unidade 2)

Alguns dos relatos, ou modos de dizer, deixam claro que o cuidar é atravessado por políticas específicas como, por exemplo, no caso em que os profissionais questionam as políticas públicas que criam interferências importantes nas possíveis políticas de cuidado a serem produzidos, sendo estas antecessoras aos atos desses profissionais, e que ao mesmo tempo interferem diretamente na vida dos usuários e no modo como o serviço deverá atuar.

Como observamos, não há cuidado neutro. Cuidar de outrem ou mesmo elaborá-lo implica em experimentar modos de perceber e agir com o outro que de algum modo ativa concepções de cuidado em cada um.

Algumas políticas de cuidado podem ser mapeadas apenas nos atentando para o modo como esses profissionais descrevem como se relacionam com questões relacionadas aos pacientes que atendem. Existem diferentes modos de se narrar, nomear coisas e processos, sendo a própria narrativa atravessada por políticas.

Meninas, vocês sabem como é a questão da renda lá? Algum dos filhos trabalha?

___ A fonte de renda lá é a Dilma (risos). (Diário de Pesquisa da Unidade 2)

A filha é usuária de droga, não terminou os estudos e foi encaminhada pra Secerpa. Os filhos foram encaminhados pra vários locais, inclusive o Conselho Tutelar, devido as faltas. A Maria tem depressão e foi encaminhada pro Naps também. O que ajuda a Maria a não se entregar profundamente é participar de uma igreja. Tem amigos e vizinhos que ajudam na comida... dão algumas coisas para eles."

Um dos pesquisadores faz uma pergunta: "Essa situação pode fazê-la perder os filhos?".

Discussão.

(...)

"E é isso, é uma família conturbada." (Diário de Pesquisa da Unidade 1)

Essas várias linhas que tecem os discursos fiam também modos de perceber e participam dos modos de agir de cada profissional, atuam em conjunto, e, ao mesmo tempo, num mesmo profissional, variam. Assim, não podemos conceber as ações dos profissionais de modo estático, mas sobretudo como *jeitos de levar e ser levado* que variam mais ou menos de acordo com cada encontro, ou até mesmo do modo como se dá o arranjo institucional em cada situação: quais diretrizes e normas ele estará atendendo, como e com quais outros profissionais se está articulando para produzir uma ação de cuidado, quais as disponibilidades de recursos materiais e humanos que esse profissional poderá lançar mão para sugerir esta ou aquela estratégia de cuidado.

O que se observa, quanto instalada essa política de cuidado que pousa sob uma linha denominada pelos trabalhadores como “a parte social”, que busca recortar e articular discursos, modos de ver e entender a necessidade e também a montagem de um processo patológico e estabelecer terapêuticas. Os profissionais reconhecem nesse conjunto de elementos fatores que não contribuem para o restabelecimento de um viver saudável, ou até mesmo de condições ditas “pessoais” ou ambientais que ajudem na manutenção ou restabelecimento da saúde.

“NICE perdeu a filha, tem filho dependente de droga, saiu de hospital psiquiátrico, ou seja, está no topo da escala de vulnerabilidade social”. (Diário de Pesquisa da Unidade 1)

Rose reforça que acabam fazendo cada qual mais o seu específico e é o específico do profissional de referência que acaba dando o tom da linha de cuidado. Comenta assim: “eu acabo olhando mais para o lado social”. (Diário de Pesquisa da Unidade 1)

Em resumo, alguns aspectos mapeados por parte do profissional poderiam ser descritos sob uma perspectiva da falta ou da ausência de algo que operaria em favor daquilo que o profissional acredita contribuir para um cuidado que surtisse o resultado esperado.

3.3 Violência, Cuidado?

A violência não existe. A violência é sempre qualificada, nunca qualquer, sempre já tomada na percepção de um campo social que a codifica ou a qualifica, mas que sobretudo a distribui. Nesse sentido, as definições da violência são sempre já políticas e estratégicas.

David Lapoujade

O tema das violências será abordado especialmente pela emergência, no decurso da investigação, de várias linhas que envolvem uma imbricação entre violência e cuidado. Porém, seja pelos sentimentos que parecem ativar, seja pela complexidade que comporta a sua definição mínima, ou mesmo pelos variados modos possíveis de trata-la, não pretendo aqui dar conta dessa temática tão abrangente. Assim, o intuito aqui será apenas de apresentar como esse campo de problemas de algum modo podem aproximar as noções de violência e a de cuidado.

No momento em que temos notícia ou vivenciamos algo descrito como violência¹³, geralmente somos acometidos por algum grau de perturbação. É provável que o próprio termo violência seja capaz de produzir esse efeito. Na contramão disso, o termo cuidado geralmente produz uma sensação de tranquilidade, imagens de apoio, sustentação e conforto. Assim, não seria demais afirmarmos que, numa primeira e rápida concepção, o cuidado é benéfico, a violência é nociva. Nessa direção, violência e cuidado seriam fenômenos opostos e produtores de experiências antagônicas, por assim dizer.

Entretanto, ao ligarmos a noção de violência ao verbete impetuosidade¹⁴ observamos que, em sua origem, a palavra violência carrega significados que estão longe daqueles automaticamente pensados na atualidade - conforme observamos nas definições do próprio dicionário.

¹³ A palavra violência, do latim *violentia*; *violentae*, aparece relacionada aos seguintes significados: a) qualidade do que é violento b) ação ou efeito de empregar força física ou intimidação moral contra; ato violento c) exercício injusto ou discricionário, ger. ilegal, de força ou de poder d) força súbita que se faz sentir com intensidade; fúria, veemência e) constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, para obrigá-lo a submeter-se à vontade de outrem f) coação cerceamento da justiça e do direito; coação, opressão, tirania (Houaiss, 2009)

¹⁴ Alguns sentidos atribuídos a este termo são: a) qualidade, condição ou característica de impetuoso; b) ato, dito ou gesto impetuoso c) ação que resulta de força; potência, poderio c) excesso de vitalidade; exuberância, entusiasmo, espalhafato c) caráter muito impetuoso; vivacidade, arrebatamento, ardor d) característica de quem é rude; rompante (idem).

Se tomarmos, por exemplo, a ideia de excesso de vitalidade, ação que resulta de força; potência, vivacidade e poderio, notaremos algo importante à expansão da vida¹⁵. Todavia, por algum motivo o termo violência passou a ocupar a região daquilo que é tido hegemonicamente como algo a ser evitado e extirpado das ações humanas.

Essa visão negativa da violência, pelos dados produzidos na pesquisa, não é única e convive com outras nas experiências que acompanhamos:

Marlene observa que as visitas na casa lhe exigiam bastante. Isto porque a mãe e um dos irmãos, Walter, ficavam a maior parte do tempo ofendendo a Nice durante a visita, que poucas vezes reagia. Insisti para que Simone me dissesse o conteúdo dos xingamentos; ela hesitou um pouco, porém, com minha insistência ela disse quais eram os insultos, todos com conteúdo sexual: *vagabunda, safada, essa daí dá pra todo mundo, dá até pro cachorro*. Porém, um deles chamou bastante minha atenção: *Essa daí dá até pro próprio filho*. (Diário de Pesquisa da Unidade 1)

Marlene traz uma imagem familiar carregada de diversas violências intrafamiliares, ressaltando sempre a presença de álcool e outras drogas. Nice aparece como sendo o principal alvo de tais violências. (Diário de Pesquisa da Unidade 1)

Até esse momento não estava claro para nós qual o papel que a mãe tinha na vida de Nice: “Ela era a cuidadora de Nice” [...] A família toda é violenta, todos se tratam com muita agressividade, inclusive fisicamente. Raramente Nice respondia para a mãe, mas jogava coisas nela. Elas se ajudavam, se cuidavam, ela sofreu muito com a morte da mãe.” (Diário de Pesquisa da Unidade 1)

Nos documentos da pesquisa utilizados neste estudo, a noção de violência aparece em treze ocasiões, sendo que, deste total, onze são modos que os pesquisadores utilizaram para descrever e/ou nomear algo que não parece ter sido dito a partir dessa noção pelos participantes da pesquisa (profissionais e usuários), conforme é possível inferir durante a análise.

As ocorrências da noção de violência estão concentradas nos relatos Unidade 1, sendo um total de dez. Das três restantes, apenas uma é proferida por uma usuária do serviço de saúde, as outras duas vezes que o termo aparece ele é proferido pelos pesquisadores.

¹⁵ Na vizinhança a isso, ao tratar da questão da crueldade e da violência, Suely Rolnik (2003, p 5) diz que: “a crueldade tem que se exercer para que se desfaça um mundo que já não tem sentido e possa completar-se o processo de germinação de um novo mundo – a crueldade é precisamente este caráter inexorável do movimento vital, sua violência “positiva ou ativa.

Algumas questões poderiam ser levantadas apenas a partir dessas informações: Quem avalia se algo é ou não violento? Poderíamos pensar que tanto o pesquisar como o cuidar no âmbito da saúde podem ser práticas que exigem alguma violência? Porque não dizer que as condições de vida das senhoras e da família da Renata são efeitos de processos violentos em alguma violência? Por que nas demais unidades a noção de violência não é explicitada, uma vez que também apresentaram situações passíveis de serem descritas a partir dessa noção¹⁶?

A esse respeito, algo interessa ser destacado, apesar de não constar no relato de campo, algo importante a ser considerado. No mesmo dia em que Marlene falou sobre o acompanhamento da família da Nice, descrevendo como eram as relações - conforme os dois primeiros fragmentos, sem qualificá-los como violentos - ela, após relatar que a mãe de Nice insultava bastante a filha, mas confessava que ela era a filha que mais cuidava dela, fez um longo silêncio e disse: “Talvez essa é a forma deles demonstrarem o amor deles”.

Diferente do modo como o episódio foi relatado pelos pesquisadores, a profissional, sem ser elogiosa com a dinâmica da família, nem tampouco irônica, buscou compreender os processos que ali se davam a partir de uma noção pouco comum, seria essa denominação tão incomum – ou talvez inaceitável?- que não pode ser explicitada no diário de pesquisa?

Outros relatos expõem situações que fazem quicar alguns *a priori* acerca do cuidado e da violência:

“Tinha outra lá que matou a mãe e os quatro filhos. Ela queria ficar com o dinheiro deles. Era safada. Teve um dia que nós chamamos o rapaz que ajudava a gente lá e dissemos: Hoje você não pode ficar aqui porque o pau vai quebrar. Daí ele perguntou o que ele iria dizer. Falei pra ele que a gente dava um jeito. Coloquei um pedaço de gelo num pano e bati no pé dele, daí ele foi pra enfermaria. Quando ela chegou a gente deu uma surra nela”. (Diário de Pesquisa da Unidade 1)

Nesse episódio, talvez não fosse demais dizermos que numa mesma situação, certa concepção de cuidado e de violência caminham ao lado, já que para “dar um jeito” na paciente e na situação, Nice relata que tiveram que ferir o funcionário.

¹⁶ Acerca desse problema, David Lapoujade (2015, p. 81) pergunta: “Como explicar que o fato de agredir alguém na rua e de lhe roubar todos os seus bens seja considerado uma violência ilegítima, um ato criminoso? Como explicar, inversamente, o fato de que despedir alguém, levá-lo talvez à ruína e à miséria, a ele e a seus familiares, não seja considerado violência ilegítima e nem sequer violência?”

Ao cuidar, aquele que cuida imprime em seus valores, crenças, critérios próprios. O que aparece em ato é uma política de cuidado que busca colocar aquele que se cuida dentro dos parâmetros e inclinações de quem cuida:

Ao observá-la Maria fala com voz de sargento que exige boas apresentações ao soldado:

___ Você nem penteou o cabelo, né, Lila? (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

“Durante a movimentação em torno das contas e da urgência em pagá-las, Úrsola acaba entrando numa discussão com Lila, parecem discordar de algo. M então fala alto com Lila, que fica bastante nervosa. Fica claro que as ACSs também não gostaram do modo como a vizinha se dirigiu a Lila. Já fora da residência, uma das ACSs relata que Lila lhe chamou até o quarto e disse: “Não estou aguentando mais ela. Ela está me oprimindo”. (Diário de Pesquisa da Unidade 3)

Cuidar, pactuar modos possíveis de estar junto e que nos demanda, ou mesmo que o serviço oferece ações de cuidado, implica conseguir estabelecer estas maneiras de estar junto de modo que o profissional possa, junto com aquilo que o usuário carrega consigo, fazer parte do que será levado em conta para se produzir ações de cuidado.

A expressão *inclinarse sobre aquele que sofre*, quando estamos tratando do trabalho em saúde, ganha uma importância ímpar, sobretudo se levarmos em conta que há forte tendência, seja pelo próprio modo de organizar os processos de trabalho, as normas e diretrizes ou até mesmo no agir micropolítico do trabalho em saúde, que o paciente se dobre às inclinações do agente cuidador: seus valores, crenças, verdades, arcabouço teórico e técnico e valores morais.

Ora, mas reduzir o outro aos seus padrões e referenciais, impor seu discurso ao paciente também não poderia ser encarado como uma forma de violência? Sendo isso verdade, haveria possibilidade de existir cuidado sem algum limiar de violência?

Podemos entender a violência como a imposição ao outro de sua norma ou padrão de referência, algo que ora mais, ora menos é inevitável que o profissional de saúde faça. Ao paciente, resta poder ter um mínimo de entrega para ser cuidado. Ademais, caso um profissional de saúde resolva eximir-se de cuidar, em alguns casos, isso também pode ser tido como uma violência, geralmente nomeada por negligência.

PARTE IV

Escritos com Cuidado



Autorretrato de Goya com Dr. Arrieta¹⁷

¹⁷ Disponível em: <http://medicineisart.blogspot.com.br/2010/06/goya-em-gratidao-ao-seu-amigo-arrieta.html>

4.1 Naquele dia eu chorei, porque ninguém bateu em mim¹⁸.

Olha! Eu vou lhe dizer a verdade, por tudo quanto é de mais sagrado nessa terra: eu não sou mulher que foge dos compromissos não, viu? Quando eu soube que daria a luz a uma menina, eu era a pessoa mais feliz do mundo. Eu criei minha filha igual a uma *dondoquinha*. Nunca deixei faltar nada pra ela. Ela era uma princesa. A felicidade da casa era ela. Tinha gente que tinha até inveja dela, de tão linda. Era uma menina educada, estudiosa, você tinha que vê. Daí chegou essa tal da adolescência e mudou tudo. Ela devia de ter uns 14 anos. Ela começou a faltar na escola, responder todo mundo, me desafiava... Eu tinha que faltar no serviço pra ir na escola por conta das reclamações. Depois começou a vir os filhos e as drogas. Começou na maconha e quando eu me dei conta ela já tava no crack. Ela morava um tempo aqui, um tempo com os pais das crianças, virou uma bagunça. Perdi a conta de quantas vezes eu fui tirar ela da rua, da mão de traficante e de *nóia*. Nem lembro quantas dívidas dela eu fui pagar na boca, porque eles queriam matar ela. Daí deu no que deu. Nisso aí que você já sabe. Teve um dia que eu disse pra mim bem assim: “se fui eu que coloquei no mundo a única que pode tirar sou eu”. Mas naquele dia eu só queria dar um susto nela, porque ela não podia agredir a vó dela daquele jeito. Mas aí a faca pegou no lugar errado e vocês sabem o resto. Quando a polícia chegou, eu tava arrumada, esperando eles. Aliás, fui eu que mandei o vizinho chamar a polícia. Eu assumo minhas responsabilidades. Eu tive uma criação muito rígida, por isso não gosto de coisa errada, nem de mentira.

A nossa mãe, ela não era aquela mãe que te dava um abraço, sabe? Aquele carinho... aquele amor de mãe. Quando a gente fazia alguma arte ela sempre descobria, daí o coro comia.

(...)

Vou te contar uma história:

Quando eu tinha nove anos ela deixou eu ir trabalhar na casa de uma mulher em São Paulo. A mulher veio aqui, passou um mel na boca dela e me levou prometendo que eu ia aprender profissão e ia mandar dinheiro pra ela. Quando eu cheguei lá, a casa da mulher era um puteiro. Saía um homem e entrava outro. O marido dela era cafetão. Eu não sabia o que fazer. Não sabia nem como voltar pra casa. Daí teve um dia que eu ela me deu um dinheiro pra ir no mercado e eu fui embora. Saí andando e perguntando como eu fazia pra chegar em Santos. Consegui, arrumei uma carona. Quando eu cheguei em casa eu tremia todinha. Eu sabia que ia apanhar. Quando minha mãe chegou ela perguntou toda brava: *Mas que diabos você tá fazendo aqui menina? Quem te trouxe?* Com muito medo eu contei tudo pra ela. Daí ela disse assim: *Ainda bem que você veio embora minha filha.*

Naquele dia eu chorei, porque ninguém bateu em mim.

4.2 Vocês fizeram alguma coisa com ela?¹⁹

Quando cheguei ela estava sentada na sala de espera com sua sacolinha de supermercado descansando junto com ela no banco do lado. Logo percebi que a sacola era uma espécie de bolsa, tinha roupas e outras coisas dentro. Ela estava nitidamente corcunda, encurvada pela vida. Ao perceber minha chegada, olhou-me as poucas, subindo seu olhar que até então fitava o chão. Pareceu-me uma tarefa difícil, seus olhos e cabeça demoraram pra

¹⁸ Escrito elaborado a partir dos relatos da pesquisa.

¹⁹ Escrito elaborado a partir dos relatos de pesquisa.

escalar o ar até olharem-me a face. o ar e buscava fitar melhor aquele corpo que dela se aproximara. No instante em que nossos olhares se tocaram, éramos dois bichos. Olhamo-nos e rapidamente recuamos o olhar.

Após beber água no bebedouro que estava próximo dela, já indo para a sala onde eu participaria de uma reunião, percebo que seus olhos já não estavam condenados apenas a fitar o chão. Eles e suas mãos lhe acariciavam uma das pernas, que parecia abrigar uma grande ferida. Ela acariciando a ferida era como se acariciasse em algo muito precioso.

Já na sala de reunião, algumas profissionais foram chegando para nossa conversa. Eu e mais um companheiro iríamos conversar com elas sobre o cuidado em rede. Algo em uma das três profissionais começa a me intrigar: ela sentava de frente, mas eu sentia como se ela estivesse sentada de lado. Ela me olhava curiosa, mas seu corpo parecia querer me dizer que ela estava brava. Essa sensação foi passando e ela foi liberando cada vez mais a fala. Começou a nos perguntar qual era a nossa função ali e também como pensávamos que aquela pesquisa ajudaria os pacientes que elas atendiam. Explicamos, e acho que conseguimos alguma confiança.

Num determinado momento elas começam a relatar a situação de cuidado de uma senhora. Dizem que é alguém bastante presente naquele serviço, pois tem uma grande ferida na perna de difícil cicatrização. As impressões variam: “Ela é muito boazinha”; “Ela é esperta, sabe muito bem como exigir as coisas”; “Ela é um pouco folgada, isso sim”; “Ela quer que a gente fique dando atenção pra ela, mas não é todo dia que a gente tá com cabeça boa pra isso, né?”; “Ela é boazinha, a gente sempre dá um jeito de dar um cafezinho pra ela e às vezes até guarda um pão ou uma bolachinha pra ela comer, ela adora.”; “Sempre que eu posso eu fico escutando ela falar um pouco da vida dela”.

Relatam que a tal senhora vive sozinha e que já não sabem se ela tem moradia, pois percebem que ela anda com uma bolsa que cada dia aumenta e já a viram dormindo nos bancos dos pontos de ônibus. Insistem que ela não para, anda pela cidade toda, preocupam-se: “Como a ferida dela vai sarar se ela não repousa?”.

Conversamos bastante sobre a senhora e pedimos que elas levassem a situação à gerencia da unidade, assim descobririam juntas o que podiam fazer.

Na quinzena seguinte, após cumprimentar a profissional, que eu sentia estar sentada de lado naquela reunião, ela me fez a seguinte pergunta: “E a situação da senhora lá, vocês já fizeram alguma coisa com ela?”.

4.3 Tá com saudade de mim dona Gracinda?²⁰

É cedo ainda e a profissional se pergunta: *Será que a mulher está em casa?* Para saber bate palma, uma, duas, até que na terceira tentativa a mulher abre o portão. Com olhar ainda sonolento, ela esfrega os olhos para espantar o sono que quase a noite toda estivera de mãos dadas com sua insônia, o que lhe rendeu algumas caminhadas pelas ruelas do bairro, mas isso ela não diria facilmente à profissional.

___ Nossa! O que aconteceu contigo mulher!

___ Não aconteceu nada, estou bem, não está vendo?

___ Nossa! Que grossa você. Eu aqui preocupada contigo e você aí, toda mal educada.

___ Ahhh minha linda, esse é meu jeito, não fica brava comigo. Você sabe que eu te adoro. (risos)

²⁰ Escrito elaborado a partir dos relatos de pesquisa.

___ Sei... Não vai me convidar pra entrar não é?

___ Uai, e o que você está fazendo aí na porta ainda, até parece que você não é de casa. Ham! Olha, e já vou logo dizendo, hoje eu quero sua atenção só pra mim, tô precisando conversar um pouco senão enlouqueço de vez, e agora vai ser de verdade, porque atestado eu já tenho, você bem sabe.

___ Eita! E o que tá acontecendo contigo, desembucha logo mulher, tô ficando preocupada!

___ Shiiiiii, fala baixo que aqui as paredes têm ouvido. Esse bando de enxeridos.

___ Tá, lá dentro nós conversamos.

Mal elas entram na casa e ela escuta um grito, é a mãe da mulher, que agora parece exigir ouvidos à sua fúria:

___ Não vai vir aqui na minha casa não é!? Fica aí dando atenção pra essa safada. Ela é muito mentirosa essa assassina, viu? Pode mandar fazer exame nela, porque essa aí dá pra todo mundo, dá pros cachorros e até pro próprio filho, é uma sem vergonha.

(...)

A mulher escuta tudo calada, mas com os seus olhos parece buscar no semblante da profissional algum apoio, algum gesto que possa acolher suas lágrimas secas.

A profissional tenta acalmar ambas. Olha pra mulher e pede pra ela deixar pra lá, diz que está ali pra conversar um pouco com ela e pede para ela ser forte que vai dar tudo certo, em seguida grita:

___ Tá com saudade de mim dona Gracinda? Eu vim aqui pra ver você também viu? Logo tô indo aí!

Com ares de enciumada, a mulher questiona a profissional achando que não poderá conversar com ela, ao que ela responde:

___ Deixa de besteira mulher, e algum dia eu não te dei atenção? Eu vim aqui pra visitar todo mundo. A gente tem bastante tempo pra conversar. Desembucha logo! O que tá te atormentando?

A mulher sorri com olhos de criança que fez arte e solicita atenção. Depois respira fundo e olha bem nos olhos da agente e começa a falar, não pelos lábios, mas pelos olhos: sua primeira palavra vem na forma de lágrima.

4.4 A visita dos homens que cuidam à noite²¹

²¹ Escrito elaborado a partir dos relatos de pesquisa.

Na madrugada um cão late, uma mãe e seus rebentos acordam, um pai, entorpecido, dorme. Ele trabalhou o dia todo, e depois consumiu o suor de seu trabalho. No quintal, uma certa movimentação estava em curso. O cão late, tenta cuidar dos moradores. Busca em vão de expulsar os visitantes. Eles não pediram licença, geralmente não pedem quando procuram algo a noite naquele bairro. Na tentativa de entender o que estava se passando a mulher abre a porta e é recepcionada com luzes no rosto. Eles perguntam, ela entende e não entende o que se passa, não se sabe se pelo sono ou pelo medo que já tomavam o corpo.

Não há tempo para entender. Os homens tem pressa, vão entrando em sua casa. Entram com armas, são muitas. E falas que ordenam e perguntam ao mesmo tempo. Nesse instante a mulher com seu faro maternal já entendera algo: seus rebentos correm perigo. Ela começa então a tentar esboçar alguma fala, algo que interrompa aquela movimentação toda, mas sua fala é silêncio diante da voracidade daqueles homens. Ela apenas consegue aproximar-se mais de seus filhos, que já se dividem em quem está acordado com os olhos esbugalhados e quem está chorando com medo dos visitantes. O marido? Bem, este já estava acordado. Deram um jeito de espantar lhe o sono.

Neste momento ela se divide entre tentar responder as perguntas dos visitantes, espreitar a segurança dos filhos e ajudar de alguma forma o marido, que a esta altura também tenta responder as várias perguntas. O que ela não entende é porque eles perguntam se eles não querem ouvir as respostas.

Dentre as perguntas uma era determinante. Os homens, que estavam ali para garantir a segurança da comunidade e cuidar da população, estavam dispostos a negociar a permanência do pai na casa ou, caso eles não arrumassem 40.000,00 reais, iriam leva-lo para, quem sabe, recuperar-se, já que o modo como ele estava conduzindo a vida não era adequado. Era um fora da lei, diziam.

Uma ligação, duas e nenhuma resposta, apenas um aviso:

___ Você sabe muito bem que se me *caguetá* a coisa vai fica feia pra todo mundo aí... É o seguinte: dá seus pulo aí, deixa rolar que depois a gente conversa!

Sem o dinheiro, o marido foi levado. Dizem que para cuidar dele e, ao mesmo tempo, cuidar da população, já que ele era um perigo pra todos.

Um tempo depois ela diz:

___ Hoje meu marido tá em casa, voltou a trabalhar. Eu pedi tanto pra Deus pra que ele tomasse juízo, mas o menino, acho que depois daquela noite a cabeça dele ficou meio bagunçada, deve por isso que tem esses monte de problemas, esses transtorno que o médico diz.

4.5 A moça²²

Naquele dia a moça que tentava visitar a menina mensalmente voltou para a UBS com uma fala que parecia gritar: ___ “Gente, a menina tá muito mal de novo, o doutor tem que ir lá. Ela tá muito magra, não fala coisa com coisa e a casa tá sem condições... E tem mais: os meninos pararam de ir pra escola, quando ela fica assim eles ficam cuidando dela... Ela vai perder o bolsa-família, e daí como é que vai ficar?”

Dias depois foram a equipe visitou a família. Visita difícil. Deram remédio pra acalmar o delírio e pediram exames. Levaram também o caso pra compartilhar com a equipe

²² Texto criado pelo autor da dissertação

de apoio multiprofissional. Muitas discussões sobre possibilidades, dificuldades, impossibilidades e angústias. Porém, como é preciso tatear os mundos para estabelecer constituir possíveis, agendou-se uma nova visita domiciliar.

No dia marcado ela aguardava os profissionais, sorridente. Estava com os filhos e o cachorro. Em meio ao seu delírio ainda aparente, demonstrava confiança e desconfiança, os filhos eram os mais desconfiados. Após uma longa conversa a equipe convidou a família para participar de consultas na UBS. Para surpresa de todos eles compareceram. Assim, teve início uma série de novas estratégias de cuidado.

Com aquela aproximação, algumas coisas foram aparecendo, descobriu se que a família era atendida por vários serviços: Conselho Tutelar, CRAS e o CAPS. Uma rede que, assim como a UBS, acompanhava e não acompanhava a família por diversos motivos.

Vários encaminhamentos foram se dando, mas a menina não conseguia ir a nenhum deles. Tinha medo. Dizia que iriam roubar seus filhos e fazer coisas ruins com eles, não queria deixa-los sozinhos. Enquanto isso, os serviços se perdiam ao tentar dizer quais eram as ações em processo para aquela família. Reuniões só foram possíveis pelo telefone: “Onde tem Rede tem paRede”.

Mesmo não conseguindo seguir os encaminhamentos, a família ia ocupando espaços na UBS por meio de consultas e grupos. Até que numa visita uma auxiliar de enfermagem sugere para ela ir com os filhos no CAPS, assim ela ficaria mais tranquila. Ela sorri. No mesmo dia ela junta os meninos, de 10 e 12 anos e vai até o serviço e começa a participar dos atendimentos lá também.

Após isso ela foi se distanciando do “Postinho”, foi escapando. Faltava a algumas consultas e nos grupos. Algumas notícias chegavam aos pedaços: ela estava frequentando uma igreja e orgulhava-se de ir lá, pois tinha o “dom de falar em línguas”, os amigos de lá a visitavam, oravam em sua casa e davam-lhe cestas básicas que arrecadavam com a comunidade. Conheceu uma senhora, que lhe convidou para realizar pequenos trabalhos em sua residência. O filho de 10 anos também começou a ajudar outra num comércio e ganhava alguns trocados. Aos poucos começavam a ter alguma renda.

Após um tempo o CAPS a encaminhou para perícia no INSS. Novos problemas: ela tinha dificuldade de ir e confundia os documentos que precisava. Um dos irmãos, alcoolista, tentou auxiliar, mas também não conseguiu. Até que uma vizinha decidiu caminhar ao lado dela e na primeira tentativa conseguiram o tal do benefício. Com o dinheiro outras coisas se deram: a vizinha juntou algumas pessoas do bairro e foram agenciando pessoas para reformar a casa e o quintal da menina, cabendo a ela pagar somente o material de construção. Agora sua casa já não tinha mais goteiras e o cachorro, que estava infestado de sarna, perdeu seu lugar na cama da família, ganhou uma casinha construída pelos meninos.

Meses depois a equipe do NASF retomou o contato com ela. A casa estava mais arrumada e ela sorria orgulhosa disso. Apresentou a vizinha e foi falando da vida: os meninos estavam na escola e faziam atividades numa Ong. Ela estava fazendo aula de artesanato e continuava frequentando a igreja e o CAPS. Dizia que sentia um aperto forte no peito em ter que ficar longe dos meninos, mas estava se conformando.

Naquela visita a equipe constatou que ela havia escapado. Talvez como a vida, que sempre escapa. Estava conectada vivamente com outras redes de cuidado.

4.6 Crisália²³

²³ Texto criado pelo autor da dissertação

Crisália é dessas mulheres de meia idade, que parece já ter desfolhado uma vida inteira. Acorda cedo e mais tarde que a filha de 20 anos. Essa acorda mais cedo, trabalha na padaria lá em Santos perto da praia, deixa os “bixinhos” dormindo. A avó que leva pra creche.

De segunda à sexta é assim: ela acorda, apronta as crianças, deixa na escola e vai pro *postinho*, trabalha como agente comunitária de saúde lá. É tudo muito rápido. Ela diz que é tudo fácil, porque a escola fica perto do postinho e é um caminho só. Só tem um problema, que às vezes a faz se atrasar, nas palavras dela: *É que as menina pega a gente pra Cristo logo cedo. Tem dia que querem saber do exame, se saiu encaminhamento, se tem especialista... Tem delas que acha que a gente é médico e quer fazer consulta na porta da creche, chegam falando que tão com isso, com aquilo e perguntam o que fazer. Eu falo pra elas vir no posto, mas não tem jeito. Eu acho que elas querem mesmo é alguém pra desabafa, falar o que tá acontecendo com elas, sabe... Mas tem delas que não entendem, tem dias que quem tá precisando ser escutada e desabafar é a gente, porque a gente até faz trabalho de psicólogo as vezes sabe... escuta, dá uns conselho, mas tem dia que a gente tá sem paciência, tá com problema em casa, no trabalho, com um monte de coisa pra fazer na rua...E daí, como faz, quem escuta a gente? É difícil... muito difícil...*

Vô te contá uma coisa que aconteceu, só pra você tê ideia de como as coisas são, só Jesus na causa viu... Tem uma paciente minha, meio vizinha, mora bem pertinho de casa. De noite a gente acordo tudo em casa, com os gritos do marido com ela. Ela e o marido vivem brigando. Brigando não, o marido bebe umas, chega em casa, grita e quebra as coisas, mas ela fala que ele nunca encostou a mão nela, eu tenho lá minhas dúvida... Às vezes a gente fica com vontade de chamar a polícia, mas a gente não chama porque você sabe como é que é né... Lá a gente não pode sair chamando a polícia assim de qualquer jeito. Daí, de manhã, quando tava saindo pra levar as crianças na escola dei de cara com ela, fiquei até sem jeito, e ela também, nem olhou pra mim direito.

Eu, que num consigo ficar quieta não aguentei, perguntei se tava tudo bem. Ela, nem respirou, desatou a chorar que num parava. Daí você não sabe o que aconteceu. Sabe o que eu fiz? Abracei ela e desandei a chorar junto. Ficamos as duas chorando e as crianças tudo olhando, sem entender nada. Agora me diz, pode um negócio desses?

4.7 Nezinha²⁴

Nezinha, depois de muito fugir do tratamento, permanecia com os amigos, *pipando*. A família já tinha feito de tudo, como diziam: internou, conversou, brigou, julgou, levou na igreja, até *passé* do pai de santo ela levou. Nada adiantou, nem pai de santo, nem pastor, muito menos padre deu jeito. Nezinha precisava debandar pra rua, era como se a rua puxasse ela, lá ela matava a fome e a sede da pedra.

De tempos em tempos voltava pra casa; dizia que estava *cheia de saudade* da família. Era uma luta: chegava com fome, ria, chorava, brigava. Pedia perdão pelo que fez e pelo que não fez. A família, dividia-se e também revezava: um dia um brigava e o outro protegia, no outro quem brigou era quem acolhia, mas não tinha ninguém que conseguisse segurar

²⁴ Texto criado pelo autor da dissertação

Nezinha. Mal dormia e tomava um banho e já voltava pra rua. Saía sempre de fininho, sem hora nem dia pra voltar.

Quando ficou grávida a coisa complicou. Voltava pra casa e era arrastada para o postinho. A família queria saber se a criança *estava aguentando: Gente, mas como é que vai nascer essa criança desse jeito?*

Sônia, a agente de saúde, quando soube que ela engravidou fez de tudo: levou o caso pra reunião, tentaram internar e nada, até a equipe de rua foi convocada, pra aproximar e ver se conseguiam tirá-la da rua, não conseguiram. Alíás, a única coisa que desencadeou daquela movimentação toda foi *levar o caso pra outras instância: quando Nezinha ganhasse a criança talvez sua cria fosse tirada dela, porque não tinha condições de cuidar.* Enquanto isso, Nezinha não sabia de nada, continuava entre pequenos momentos em casa e longos períodos na rua.. Às vezes chorava se vendo de barriga na rua e ia pra casa, mas quando estava lá o corpo todo doía, era doído demais ficar em casa, então voltava pra rua.

No quarto mês da gravidez uma coisa aconteceu: Sônia saiu pra cidade na sua folga e, ao passar numa praça, viu Nezinha. Não teve dúvida, chegou e cumprimentou: *E aí menina? Como é que tú tá muié? E esse nosso bebezão aí, tá bem? Tú tem que parar de fugir do posto, o médico não morde não viu!* Ela, se encolheu um pouco, olhou pro lado, pro chão e riu meio sem jeito. Sônia, cumprimentando os demais que estavam com Nezinha, insistiu: *Vocês aí tem que dá uns conselhos pra essa menina aqui viu, ela tá fugindo da gente lá no posto.* Alguns deram um sorriso, outros permaneceram quietos, fumando. De repente, Sônia é ajudada por dois amigos de Nezinha, que dizem pra ela escutar a agente de saúde e ir passar no médico. Nezinha, com voz que não convence muito, diz que irá amanhã, meio que desconversando, não que alongar a conversa. Sônia, antes de ir diz mais algo: *Faz assim, você sabe onde eu moro, né? Precisando vai lá e me procura, tá? De manhã, até as nove eu tô no posto, pede pra falar comigo se precisar e eu falo pro médico te atender, viu?* Nezinha sinaliza concordando, despedem-se e Sônia segue, com um sorriso pensativo.

Nos dias e meses seguintes Nezinha não foi mais ao médico, em nenhuma ocasião. Sônia insistia, era ver Nezinha e parar pra conversar e falar: *Menina, vai lá ver como tá esse nosso bebezão aí!* Nezinha sempre dizendo que ia e nunca indo. Até aquela manhã, quando ela sentiu que o *bebezão* estava querendo ganhar o mundo. Ela havia ficado acordada a noite toda, não via a hora do dia clarear. Mal o dia raiou e ela não teve dúvida: correu para o posto, queria passar no médico. Chagando lá, perguntou por Sônia, mas o bebezão não quis esperar, e antes que a agente surgisse tiveram que levá-la às pressas para o Pronto Socorro. No outro dia Sônia foi visita-la, queria conhecer o *bebezão*, e conheceu, conversaram um pouco, mas Nezinha por algum motivo que Sônia não sabia estava mais calada. Ao se despedir de Nezinha, que pouco falou durante a visita, escutou às suas costas ela dizendo para a mãe: *Eles, tão querendo levar o meu filho, a tal da assistente social. Pode falar pra eles que do meu filho cuido eu!* Sônia continuou andando, agora sem sorriso no rosto, pensativa.

4.8 Morrendo na primeira pessoa²⁵

No século 20, a morte se tornou tão obscena quanto o sexo na era vitoriana; e o luto, tão secreto quanto a masturbação.

Eliane Brum

²⁵ Fragmento de texto extraído do artigo *Morrendo na primeira pessoa* (Brum, 2015). Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/03/opinion/1438613579_409808.html

Em 2008, acompanhei como repórter os últimos 115 dias de vida de uma mulher com um câncer incurável. Também testemunhei por meses a rotina de uma enfermaria de cuidados paliativos de São Paulo, liderada por uma médica especialíssima, Maria Goretti Maciel, na qual se acreditava mais na largura da vida do que no seu comprimento: mais importante do que prolongar a vida a qualquer preço, em geral um preço alto, era garantir a qualidade da vida que restava. Assim como mostrava-se fundamental respeitar e acolher o modo como cada um escolhe viver esse momento, sem dogmas nem julgamentos. Não era um lugar em que a humanidade era dividida entre “perdedores” e “vencedores”, nem o tratamento da doença, em geral câncer, era encarado como uma “guerra”. O fundamental era garantir as condições para que cada um pudesse escolher como viver o tempo que tinha, sem tratamentos inúteis, dolorosos e invasivos, cercados por quem amava ou mesmo solitário, caso este fosse o seu desejo. Do como viver a sua morte, só sabe aquele que a vive.

Naquela ocasião, ao decidir contar a morte em geral silenciada, aquela causada pela doença e pela velhice, calada exatamente por ser a da maioria – e não a morte violenta, provocada por crimes, acidentes e catástrofes, mais comum à narrativa jornalística –, fui seguidas vezes acusada de “mórbida”. Eu retrucava, dizendo que era o contrário. Mórbido era aquilo que nos paralisava, o medo que não podia ser nomeado ou pronunciado.

Ao calarmos sobre o envelhecimento, a doença e a morte, perdíamos uma oportunidade insubstituível para pensar sobre a vida – e em especial sobre o tempo. Eu tinha sido transformada para sempre por uma frase de Ailce de Oliveira Souza, a mulher que me permitiu contar o seu morrer, num enorme ato de confiança. Logo no nosso primeiro encontro, ela, que acabara de se aposentar e tinha começado a viver aventuras até então adiadas, disse: “Quando eu tive tempo, descobri que meu tempo tinha acabado”. Sou imensamente grata por esta frase, que multiplicou a largura da minha vida.

Hoje, passados menos de dez anos, acredito que não seria mais acusada de “mórbida”. Não tanto, pelo menos. Homens e mulheres anônimos começaram a dizer de si de forma desassombrada. Não sei o que escutaremos nem o quanto esses tantos dizeres vão influenciar nossa forma de encarar a finitude de nossa condição. Mas essa possibilidade de falar e de ser escutado também sobre o envelhecimento, a doença, a perda e a morte me encanta. Espero apenas que continue existindo espaço não para o silenciamento, esse ato que nos reprime e aniquila, mas para o silêncio daqueles que preferem se recolher dentro de si e da casa e nada dizer. Que falar e “confessar” não vire um novo imperativo ou dogma. Que exista espaço para todas as formas de ser, viver e morrer.

Mas a interrogação que mais me move neste momento é: o que diremos agora que podemos dizer?

Escutar o outro é arriscar-se ao outro. É viver.

4.9 Você é bem recebida dentro da nossa comunidade²⁶

Você começa a se dar conta que a consigna do sofrimento não precisa de muitas palavras. Até porque a pessoa está em estado de choque, então ela tem muita dificuldade de se expressar. Normalmente ela expressa com o corpo, com o olhar, com a forma de levantar o pescoço, a forma de gesticular. E eu me lembro de ter pedido ajuda para escrever a história

²⁶ Fragmento de texto extraído do artigo *Minhas Raízes são aéreas* (Brum, 2011). Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI228050-15230,00-MINHAS+RAIZES+SAO+AEREAS.html>

dela, porque eu precisava descrever para poder organizar algumas coisas mais práticas. Onde ela vai dormir agora? O que ela pode comer? Onde ela pode se vestir? Nesse lugar a postura e a forma de se vestir são muito importantes. Para você ter uma ideia, as pessoas entram no rio antes de irem para o hospital: lavam todas as roupas, colocam na margem do outro lado e ficam nuas dentro do rio esperando secar, porque só têm uma peça de roupa. Quando as roupas secam, elas saem do rio, vestem e só então vão ao hospital. Mesmo depois de um estupro, depois de terem sido baleadas, depois de terem sido mutiladas. Elas têm uma preocupação em chegar limpas e a vestimenta é importante.

Eu perguntei a ela o que a fazia feliz antes disso tudo acontecer. Se ela lembrava a última vez em que tinha sido feliz. E ela disse: “Hoje eu não lembro, mas eu vou tentar me lembrar”. E eu falei: então, Marie, você pode voltar amanhã? E ela disse que podia. – Depois disso, eu fui encontrar outras mulheres da comunidade. Conteí a história dela. E as mulheres a acolheram dentro de casa. São pessoas que moram em quatro, cinco, num espaço do tamanho do meu banheiro. Não tem divisória, não tem cozinha, é fogo de chão do lado de fora da casa, faz muito calor. E as mulheres encontraram um lugar para ela dentro de casa. Do tipo: “Você é bem recebida dentro da nossa comunidade”. E ela ficou muito surpresa. Ela nunca vira essas pessoas na vida e essas pessoas estavam dispostas a acolhê-la. E no outro dia ela voltou e me agradeceu muito. Ela disse: “Eu me lembrei da última vez em que eu fui feliz”. E quando foi, Marie? Ela falou: “Foi quando eu dancei”

E aquilo ficou... dançou, tá bom. Eu fiquei pensando em como montar um grupo terapêutico, porque a Marie foi só a primeira. Como ela, nessa missão, houve mais de 200 mulheres que eu atendi, sozinha, num espaço de um mês e meio, dois meses. Mulheres e meninas violentadas. Meninas de dois anos de idade, de três anos de idade, de 10, 15, que eram violentadas, estupradas, mutiladas. E eu lembro que o grupo terapêutico nessa comunidade foi de dança. Elas dançavam e com a dança elas contavam a sua história. Era muito bonito. Eu não entendia nada da música, mas eu sabia que a música tinha um conteúdo muito triste. Elas dançavam sempre numa roda e junto com a música cada uma contava a sua história. E choravam e se abraçavam e continuavam contando sua história e dançando. Para mim, cada dia era um ensinamento diferente. Ok, o sofrimento existe, a dor é frequente, a dor é permanente, mas quando a gente está no coletivo isso tudo é dividido. E a dança mostrava isso: a gente não pode parar. E velhinhas de 70, 80 anos, dançavam e saltavam indo até o chão e levantando de novo, porque as danças são muito expressivas. Nessa época, eu já tinha uma tradutora. Ela falou: “Vou te contar uma das músicas”. E era assim: “Quando eu cheguei aqui razão nenhuma eu tinha para viver, agora eu tenho não só uma razão, mas tenho uma família de novo. Tudo eu perdi, mas se Deus quis que assim eu tivesse uma comunidade e uma nova família, então eu fui aceita, e assim eu aceito. E assim agora tenho uma nova vida, uma nova razão para viver”.

4.10 Qual a sua história?²⁷

A forma que você conta a sua vida muda a própria vida
Eliane Brum

Quem me ensinou que a vida pode ser reinventada a qualquer momento foram as pessoas que, nos últimos 21 anos, me contaram suas histórias. Quando escrevia uma coluna semanal chamada *A Vida Que Ninguém Vê*, que depois virou livro, conheci um homem que

²⁷ Fragmento de texto extraído do artigo *Qual é a sua história?* (Brum, 2009). Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI100705-15230,00-QUAL+E+A+SUA+HISTORIA.html>

ilustra como ninguém essa ideia. Vanderlei era o seu nome. Ele era aquele tipo de gente que costumamos reduzir à personagem folclórico.

Muito pobre e um tanto estropeado, todo ano ele aparecia na Expointer, a maior feira agropecuária do Rio Grande do Sul, com um cabo de vassoura. Dizia que o cabo de vassoura era seu cavalo de raça. Passava pela inspeção veterinária, cumpria os trâmites burocráticos. E lá ficava cavalgando pelos campos da exposição. Os “normais” da feira achavam muita graça, tanta que até alimentavam-no e deixavam que dormisse por ali. Vanderlei era o louquinho da Expointer.

Um dia, na busca de gente para contar histórias, emparelhei meu cavalo com o dele. Perguntei: “Vanderlei, você é louco?”. E começamos a conversar. A certa altura ele disse: “Você acha que eu não sei que meu cavalo é um cabo de vassoura? Mas pensa, raciocina (e batia a mão fechada na cabeça). Eu nunca vou ter um cavalo de verdade. Você não acha melhor eu acreditar que o cabo de vassoura é um cavalo?”. Só me restou o silêncio. Se ele era louco, eu era o quê?

Vanderlei desejava tanto um cavalo que deu patas, crinas, carne, ossos e sangue a um cabo de vassoura. Reinventou sua vida da maneira que lhe foi possível. Com a infinita liberdade conquistada, para Vanderlei tanto fazia se era um cavalo ou um cabo de vassoura. Tornara-se capaz de entregar-se ao galope desenfreado de um pampa imaginário. Afinal, quem diz o que é um cavalo ou o que é um cabo de vassoura?

Ele é um exemplo radical de reinvenção da vida. Nem todos, porém, são capazes de enxergar com a larga liberdade de Vanderlei. Nem todos viveram todas as suas faltas. O que podemos é escolher se vamos olhar com generosidade para a nossa vida – e para a vida do outro – ou vamos gastá-la inteira nos lamuriando de nossa pouca sorte

4.11 O doping dos pobres²⁸

Promover saúde não é sufocar a dor da vida com drogas legais
Eliane Brum

Estou preocupada com o que tenho testemunhado pelas periferias do Brasil. Antes, quando batia na casa das pessoas mais humildes, os pais de família me apresentavam sua carteira de trabalho. Isso sempre me devastou, porque revelava a violência silenciosa que vitimava os mais pobres. Com o gesto, eles queriam provar que eram trabalhadores, gente de bem - e não vagabundos ou bandidos porque eram pobres. Eu tentava explicar que não era autoridade nem tinha direito algum de ver seus documentos. Mas o homem diante de mim, estendendo a carteira de trabalho, carregava na alma séculos de humilhação. Então, examinava e elogiava seu documento.

Hoje, quase não acontece mais. De uns tempos para cá, o que muita gente tem me mostrado são, adivinhem: "seus" medicamentos. Com um sentido diverso. Acreditam que, por ser jornalista, tenho um conhecimento que eles não têm, sou capaz de esclarecer suas dúvidas. Estou lá, sentada no único sofá ou na melhor cadeira da casa, quando acontece. Depois da prosa inicial, que no meu caso leva umas duas horas, já estamos todos bem à vontade. Então o pai ou a mãe ou a avó fazem sinal para a menina mais nova. E lá vem a criança carregando uma lata da cozinha. Deposita entre as minhas mãos, como uma hóstia. Olho e já sei o que vou encontrar: cartelas de comprimidos até a boca.

²⁸ Fragmento de texto extraído do artigo *Doping dos pobres* (Brum, 2009). Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI90539-15230,00-O+DOPING+DOS+POBRES.html>

Querem saber se faz bem mesmo. Se posso explicar como devem tomar. Se acho que o guri que só apronta na escola deveria tomar também. Me arrepio. Examino o conteúdo. Procuo as bulas. Boa parte são antidepressivos e tranquilizantes. Pergunto quem toma e por que toma. O avô porque não dorme, a mãe e a avó porque estão deprimidas, o pai porque é nervoso e o filho porque é "muito agitado". Com variações, claro. Mas em geral as deprimidas são as mulheres. Lembro que eram elas também as que mais sofriam dos nervos. Não que os homens não sofram, mas sinto que resistem mais antes de assumir publicamente que são "deprimidos". Em geral eles não dormem ou são "nervosos". Muitas vezes, os pais bebem álcool, os filhos são usuários de drogas.

Com delicadeza, explico que não sou médica, que precisam procurar o posto de saúde. Respondem que a próxima consulta é só daqui a três meses. Descubro então que trocam de medicamentos. Quando acham que o seu não está resolvendo, tentam o do outro. Consciente da minha ignorância, afirmo apenas o que posso afirmar: não tomem o medicamento que é do outro nem dêem para as crianças. Semanas atrás uma mulher me perguntou se podia dar um tranquilizante para a sua sobrinha, de 9 anos, que estava muito agitada. Eu disse que de jeito nenhum, "é muito forte". Minutos depois, veio me contar com um sorriso. Tinha encontrado uma solução: "Dei só a metade".

A medicalização da dor de existir não é nenhuma novidade. Antidepressivos e tranquilizantes estão disseminados em todas as classes sociais. Para boa parte das pessoas tomar uma pílula para conseguir "aguentar a pressão" é tão trivial quanto tomar um cafezinho. Mas penso que, se você é de classe média, tem mais acesso à informação, à terapia, a um tratamento mais competente. Tem mais acesso à escuta da sua dor.

É importante fazer a ressalva. Não sou contra antidepressivos e tranquilizantes. Nem tenho autoridade para ser. Acho que medicamentos têm sua hora e seu lugar. Mas não é preciso ser médico para saber que, em geral, seu uso deve ser temporário, monitorado e acompanhado por outros recursos. Como psicoterapia e análise, em muitos casos. Ou seja, devem ser usados com muita parcimônia, critério e acompanhamento. E não como se fossem pílulas de açúcar, que podem ser tomadas por todos a qualquer sinal de dor psíquica.

O que tenho visto é um doping social. Combate-se a maconha, o crack, até o cigarro, ótimo. Mas e as drogas médicas que estão pelos barracos e pelos palácios? São menos drogas porque dadas por um doutor?

4.12 Nem sempre se encontra nos livros²⁹

O encontro de um profissional de saúde com os usuários é atravessado por técnicas, protocolos, diretrizes e todo um conjunto de orientações e saberes prévios. Este conjunto, ora pode funcionar como um anteparo, ora como um apoio e uma ferramenta que permite ver e dizer algo acerca daquilo que está acontecendo num corpo.

Profissionais de saúde e usuários desejam um cuidado em saúde que funcione na lógica dos procedimentos mais ou menos estáveis. Quando um profissional de saúde sugere uma determinada direção para o cuidado, acredita-se que ele sempre está atendendo uma referência mais ou menos clara e apoiada num pressuposto teórico/prático. Afinal, quando se percebe que algo está diminuindo a vitalidade do corpo, busca-se um apoio que reconforte e que nos ofereça alguma segurança. Imaginar que o profissional sabe pouco ou nada do que nos acomete aumentaria a angústia diante do que está nos acometendo. Isto, não é desejável,

²⁹ Texto elaborando durante a pesquisa.

nem mesmo suportável com facilidade.

Porém, em muitos casos, cuidar da saúde de outrem está para além desse agir direcionado e objetivo. Ao tomar determinada atitude ou eximir-se, nem sempre tais atos dos profissionais estão respaldados em fundamentos prévios ou conscientes, de modo que o trabalhador pudesse somar ou detectar facilmente os fatores que o levaram a seguir nesta ou naquela direção: a conta aqui é das mais complicadas e, geralmente, envolve concepções de saúde, vida, doença e cuidado que *nem sempre se encontra nos livros*.

A depender do que um corpo sofre mesmo que um profissional de saúde o escute e dê determinadas orientações, e/ou pactue terapêuticas, isso não exclui o fato de que o que foi possível num atendimento mais ou menos rápido foi chegar a não mais do que uma hipótese diagnóstica. A suposta objetividade, os parâmetros e sinais que juntos sugeririam um processo patológico, boa parte das vezes, é feito fora do registro da certeza. A permanência da noção de Hipótese Diagnóstica é um bom testemunho disso.

Boa parte dos cuidados em saúde são atravessados por essa linha frágil e tênue: ter consciência que, muitas vezes, sabe-se de modo insuficiente acerca do adoecimento daquele que procura ajuda e, mesmo diante disso - e a partir daquilo que é mais comum e prevalente em termos de sinais e sintomas, ao mesmo tempo excluindo de certo modo o fato de que cada corpo é *um* corpo e cada existência é *uma* existência - direcionar o cuidado. No final, boa parte das situações eram “sanadas” e a vida seguia seu curso, o que me ajudava a confiar em muitos dos saberes e procedimentos prévios.

Ora, é fundamental que haja alguma previsibilidade acerca do que um profissional de saúde encontrará no seu cotidiano profissional e dos modos que este irá agir. Porém, mesmo sabendo que isso sustenta a maioria dos manuais, diretrizes e toda uma série de documentos que pretendem orientar o agir dos profissionais de saúde, qualquer um que se lance no dia a dia dos serviços percebe que não são raras as situações não previstas com as quais os profissionais de saúde lidam. Tais situações, quando encaradas em seu ineditismo, exigem dos profissionais a capacidade de rearranjar as orientações para a situação específica, o que algumas vezes implica transgredir algumas normas.

4.13 Eu nunca fui em médico³⁰

Adentrei o Sambaiatuba com a esperança de construir um Programa de educação em saúde aos moldes daquela comunidade, com a intenção de mudá-los, de encaixá-los naquilo que me foi apresentado durante os anos de estudo e profissão. Mesmo acreditando nos modelos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), ou mesmo o Ministério da Saúde (MS), nunca consegui imaginá-los sentado em cadeiras, discutindo ações de prevenção de doenças ou promoção de saúde.

Desvencilhar-me das ideias aprendidas sobre História Natural das doenças, raciocínio epidemiológico e a própria epidemiologia, para lidar com os problemas da comunidade, problemas reais, muitas vezes não pormenorizados em livros, tem sido tatear território desconhecido. A tríade agente, hospedeiro e ambiente, aliada as questões de prevenção, diagnóstico e tratamento, compunham o meu arsenal básico para entender e “catequisar” aqueles que tanto precisavam.

Entretanto, dentro destes conceitos, a singularidade de cada um, muitas vezes, não é

³⁰ (Silva, pag. 40-42, 2015) Fragmento de texto extraído da Dissertação de Mestrado: **Outras saúdes catadas: experiências com a comunidade do parque ambiental Sambaiatuba.**

considerada, “pasteurizando” em programas de saúde, a única saúde que lhes oferecemos.

Meu entendimento, hoje, não despreza os conhecimentos da ciência médica e biológica, não se contrapõe aos aspectos da prevenção e promoção, entretanto, ensina-me, aos poucos, a perceber outras saúdes nesta comunidade. Histórias, como as retiradas do grupo focal, de pessoas que nunca foram ao médico (ou poucas vezes foram) e vivem neste ambiente insalubre, não são raras:

FÁBIO: _Vocês todos usam o PS aqui de baixo?

CACÁ _: Eu não.

FÁBIO: _Não? O senhor não usa? Onde vocês usam? E a senhora?

ZÉLIA _ Eu nunca fui em posto nenhum, nunca na minha vida, nem exame nenhum.

FÁBIO: _Não fez nenhum exame, nunca?

ZÉLIA _ Nada, nada!

FÁBIO: _Nem médico? Nada?

ZÉLIA _ Nem médico!

MARTA_ Ela nunca foi no médico. (aponta para a amiga e confirma)

FÁBIO: _Nunca foi no médico?

ZÉLIA _ Eu nunca fui em médico.

CACÁ _ Como é que você ganhou neném se você nunca foi no médico?

ZÉLIA _ Ah! Aí ta por fora! Aí já é outra parte! É outra parte!

FÁBIO: _Ela tá dizendo de tá doente, né? Quem não tem filho aqui? Quem não tem filho?

CACÁ _ Eu tenho. Quer dizer, minha mulher tem. (risos)...

Durante seu funcionamento como lixão, por 32 anos e, mesmo após sua desativação em 2002, quando foi transformado em Parque ambiental (?), o espaço passou por muitas transformações, do ponto de vista estrutural, bem como em sua organização social. Pode-se perceber a contraposição de forças que atuam no local, compostas pelos interesses da Prefeitura Municipal, do tráfico de drogas, dos donos de depósitos de materiais recicláveis e da comunidade, que tem o território como primordial para a subsistência.

Considerações Finais

Iniciei essa investigação indagando a própria noção de cuidado. Ao questionar os sentidos e/ou o que se passava quando descrevíamos um processo, gesto ou mesmo ação se utilizando da noção de cuidado, estava atento não somente ao nome que dávamos a algo, mas aos processos em jogo em cada situação. Isto não me parecia pouca coisa porque, atento às contribuições de Roland Barthes, Nietzsche e Freud acerca da linguagem, desconfiava que a possibilidade de dizer algo, ainda que fosse necessário e decisivo, faz com que tenhamos que entrar nos embates com os limites, fascismos, moralismos e gregarismos próprios da linguagem.

Assim, na vizinhança com a afirmação de Lapoujade acerca da violência, nesses últimos apontamentos posso afirmar que o cuidado também não existe e, ao mesmo tempo, o que pude acompanhar nesse processo de investigação foram experiências qualificadas e descritas como de cuidado.

Diante disso, ao longo do percurso dessa pesquisa, foi possível conceber que ao falar de políticas de cuidado, ao contrário do que me parecia inicialmente, não estava me referindo apenas às ações ou modos de levar e ser levado, modos de conduzir e ser conduzido nas experiências de cuidado, a constituição da própria noção políticas de cuidado já é ela mesma uma política, pois, as definições de um processo como cuidado ou mesmo como uma política de cuidado apresentou-se como um ato político, pois, de modo algum estaria isento de intencionalidade ou de uma estratégia bastante específica, ainda que nem sempre controlada ou mesmo percebida pelo pesquisador.

No decurso dessa investigação, pesquisar, propor uma questão de pesquisa ou direcionar se num campo problemático não esteve separado de implicações políticas e exigiu uma miríade de cuidados: Como descrevê-los? Como nomeá-los? Seria possível dizer deles? Traduzi-los ao modo como, em certa medida, o pesquisar exige?

Nesses apontamentos derradeiros, posso dizer que o exercício de pesquisar as políticas de cuidado se apresentou como um exercício violento e foi habitado por uma política de cuidado inseparável de limiares entre a noção de violência e cuidado, ou um *ato desmedido*³¹, pois, foi sempre um exercício de traduzir para si e para outrem, sempre em certa

³¹ A aproximação aqui se dá acerca do exercício da tradução, avaliada como um ato desmedido pelo tradutor Boris Schnaiderman, que acerca disso diz: “Não tenho dúvidas quanto a isso. Desmedido porque é uma violência pegar uma obra de Tolstói ou Dostoiévski e traduzir. Não sou Tolstói nem Dostoiévski e, no entanto, tento transpor para o português o que eles disseram em russo dentro do contexto da cultura russa. Tenho traduzido

medida a partir das inclinações e critérios de quem pesquisa e se dá o direito de dizer ou falar com algo que se passou com outrem.

De todo modo, não foi possível perceber, rastrear e expor as diversas políticas de cuidado sem ao mesmo tempo questionar como poderíamos definir o cuidado: Pela intenção? Pelos efeitos? Por quem presta a ação? Por quem recebe? Por quem pesquisa?

A partir desses questionamentos, da análise dos materiais e de todo o processo de pesquisa pude afirmar que o cuidado em si não existe e, ao mesmo tempo, é sempre um ato político. Nesse sentido, também não poderíamos dizer que existe um cuidado natural, verdadeiro, bom, ruim, certo, errado ou mesmo falso, pois, em termos de cuidado, avalia quem experimenta certa relação e, de acordo com certas convicções e/ou inclinações, sempre interessada, avalia e as valida com tal.

Ora, ainda que consideremos esse processo de validação e como cada um considera o que é ou não cuidado, não poderíamos deixar de inferir a partir desse processo de investigação que, apesar de existirem políticas de cuidado que se pautam nas seguintes ideias: a) cuidar é algo sempre apoiado numa boa intenção e também é algo que se tem garantia de seus efeitos; b) cuidar apoia-se numa certa racionalidade e existe o cuidado certo e o cuidado errado c) existe um cuidado específico do profissional de saúde, sem contágios de outros tipos d) no cuidado oferecido pelo profissional de saúde existe uma clara distinção acerca de qual a atribuição de cada um com base em sua especialidade ou função que exerce num determinado equipamento de saúde e) cuidar seria algo que, por ser terapêutico, não envolveria por vezes a necessidade de imprimir, ou mesmo sustentar que um quantum de sofrimento pode ser necessário e até fundamental para seu exercício f) cuidado e violência são categorias antitéticas; tais concepções não se sustentam como únicas possíveis, sendo seus inversos igualmente verdadeiros de acordo com os dados produzidos nessa investigação.

A experiência do cuidado mostrou se sempre política por ser uma experiência relacional que envolve sempre agires entre os corpos, de modo cada um imprime seus modos de estar nessa relação. Quando se trata do cuidado realizado por um profissional de saúde, percebemos que ele ultrapassa as ações de informar e orientar sobre diagnósticos e formas de tratamento, assim como ultrapassa as técnicas próprias a cada formação. Entretanto, nesses *deslimites* da técnica e da área específica de saber comparecem ainda as mais variadas apostas atuando no corpo de cada profissional, que é inevitavelmente atravessado pelas políticas em

grandes autores, como Púchkin, Tchékov, Górkí, Maiakóvski. O “ato desmedido” vale para todos eles. Traduzi *Khadji-Murát*, de Tolstói, pela primeira vez em 1949 e de lá para cá já fiz outras quatro traduções diferentes do mesmo livro, para melhorá-lo e diminuir o que chamo de violência.

processo em cada cena de cuidado.

Diversos saberes concorrem em uma situação de cuidado em saúde e a afirmação ou negação deles dizem de políticas distintas em processo. Nas situações de cuidado vivenciadas, profissionais e usuários inventam modos de cuidar de si e/ou de outrem a cada situação, muitas vezes desviando-se de protocolos ou do que seria mais esperado, produzindo modos de cuidado inusitados e, de certo modo, imprevisíveis.

As experiências de cuidado em saúde são atravessadas por pressupostos morais, dilemas éticos e também políticos. As políticas de cuidado no corpo dos trabalhadores da saúde transitam entre as perguntas: Como calcular qual a medida certa do cuidado? Qual a melhor terapêutica? Quando privilegiar o solicitado pelos protocolos e normas; quando respeitar e acompanhar distraidamente os movimentos do usuário? As ações técnicas e as questões éticas concorrem produzindo resultados inesperados.

Existem muitos dilemas éticos e políticos vividos por aqueles que participam das experiências de cuidado: há toda uma variação de políticas de cuidado em ato no processo de pesquisar, atividade em que todos estão implicados e convivem com as questões disparadas nesse processo, exigindo dos envolvidos uma tomada de posição.

Algumas perguntas realizadas aos participantes da pesquisa necessariamente rebatiam nos pesquisadores como: Quais concepções de cuidado estão em processo no ato de cuidar? Como cada corpo se lança e experimenta a relação com outrem? Como descobrir o papel que cada um ocupa na relação? Existiria uma distância previsível para que as ações se dessem de maneira mais interessante?

A mistura dessas questões que rebatiam nos pesquisadores me levou a perceber que, em termos de concepções e modos de cuidar, existe uma relação íntima e constitutiva entre o cuidar e o pesquisar. Se por um lado quem cuida não parte neutro, sem saberes e hipóteses prévias para a relação com outrem, quem pesquisa também não. Logo, uma primeira linha que aproxima as experiências do cuidar e do pesquisar estaria relacionada ao modo como em cada uma dessas práticas é possível se ter uma disponibilidade para aprender, este entendido como um exercício de sair de si e encontrar alguma alteridade na relação.

REFERÊNCIAS

BARROS, L.P , KASTRUP, V. **Cartografar é acompanhar processos**. In: PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BARROS, L. M. R., BARROS, M. E. B. **O problema da análise em pesquisa cartográfica**. In: *Fractal, Rev. Psicol.*; 25(2); 373-390; 2013.

BEI, Alice Wilmers. **O Dispositivo apoio Matricial em Saúde Mental no Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família: uma clínica da Transicionalidade?** PUC. 2012.

BRASIL, 2012. Portal da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em 22 de janeiro de 2014.

BRASIL, 2016. Portal da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes> . Acesso em 22 de agosto de 2016

BRUM, ELIANE. **Minhas Raízes são aéreas**. Revista Época; agosto de 2009. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI228050-15230,00-MINHAS+RAIZES+SAO+AEREAS.html> Acesso em 28/09/2015

_____ **Qual é a sua história?**. Revista Época; outubro de 2009. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI100705-15230,00-QUAL+E+A+SUA+HISTORIA.html> Acesso em 28/09/2015

_____ **Morrendo na primeira pessoa** . El País; agosto de 2015. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/03/opinion/1438613579_409808.html 04/10//2015

_____ **Doping dos pobres** . Revista Época; agosto de 2009. Disponível em:
<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI90539-15230,00->

O+DOPING+DOS+POBRES.html Acesso em 04/10//2015

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs** – capitalismo e esquizofrenia, vol.3. São Paulo: Editora 34, 1996.

DELEUZE, G., PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução de P. P. Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34. 1992.

DELEUZE, G. **O que a voz traz ao texto**. In: Théâtre National Populaire: Alain Cuny “Lire”, Lyon, Théâtre National Populaire, (Tradução de Guilherme Ivo) novembro de 1987.

ESCOSSIA, L. & TEDESCO, S. **O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica**. In: In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (org) *Pistas do método da Cartografia: pesquisa e produção de subjetividade*. Editora Sulina: 2009, pp. 92- 108.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde** : produção do cuidado, gestão e formação. 1.ed. Porto Alegre : Rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. **Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?** In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p. 290-305. Online: disponível em www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps.

HOUAISS, A. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva. Versão 3.0 [CD-ROM]. 2009.

LAPOUJADE, D. **Fundar a violência: uma mitologia?** NOVAES, A. (Org.) In: *Mutações: fontes passionais da violência*. Ed. SESC. São Paulo, 2015

PASSOS, E, KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. . **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa- intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-51, fev./set. 1993

ROLNIK. Suely. “Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma. Disponível em: [“http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf](http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf)
Acesso em 28 09 2016.

SCHNAIDERMAN, B. Boris Schnaiderman. **Memórias de um ex-combatente**. Entrevista concedida a Marcolin, N. In: Pesquisa 236, outubro de 2015. Disponível em: http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2015/10/024-029_Entrevista_Boris_236NOVO.pdf?c3d40c. Acesso em 01 setembro de 2016

SILVA, LOPES CORRÊA da. **Outras saúdes catadas: experiências com a comunidade do parque ambiental Sambaiatuba**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) –Universidade Federal de São Paulo -campus Baixada Santista, 2015.