

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Carolina Cardoso Manso

**Título: O fazer-cuidar: seguindo práticas de cuidar nas Equipes de Saúde da
Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Oliveira Moraes

Niterói, novembro de 2015

Carolina Cardoso Manso

**O fazer-cuidar: seguindo práticas de cuidar nas Equipes de Saúde da Família e nos
Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial à obtenção do título de doutor em psicologia. Área de concentração: Estudos da Subjetividade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Oliveira Moraes

Niterói
2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

M289 MANSO, CAROLINA CARDOSO.

O fazer-cuidar : seguindo práticas de cuidar nas Equipes de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família / Carolina Cardoso Manso. – 2015.

216 f. : il.

Orientadora: Marcia Oliveira Moraes.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

Bibliografia: f. 205-216.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 3. Cuidados médicos. 4. Assistência à saúde. I. Moraes, Marcia. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

Carolina Cardoso Manso

O fazer-cuidar: seguindo práticas de cuidar nas Equipes de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial à obtenção do título de doutor em psicologia. Área de concentração: Estudos da Subjetividade.

Aprovada em 18 de novembro de 2015

Banca Examinadora

Prof^ª Doutora Cristiane Knijnik - Faculdade Cenecista de Osório – FACOS

Prof^ª Doutora Laura Cristina de Toledo Quadros - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^ª Doutora Cláudia Elizabeth Abbês Baeta Neves - Universidade Federal Fluminense – UFF

Prof^º Doutor Eduardo Henrique Passos - Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof^ª Doutora Marcia Oliveira Moraes (Orientadora) - Universidade Federal Fluminense - UFF

DEDICATÓRIA

Aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família que se dedicam às invenções de modos potentes de construir o cuidado.

Ao Eduardo que muito me ensina sobre formas de amar e de cuidar.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão à professora Marcia Moraes, mais do que mestre, uma incentivadora de aprendizados não só acadêmicos mas também sobre a vida. Ela, que me acompanhou em muitas etapas de minha formação e sempre me estimulou a ir atrás dos meus sonhos e desejos. Obrigada pela paciência nesta etapa que se encerra agora, obrigada por me apoiar na troca de tema de pesquisa e por muitas vezes estar mais confiante do que eu sobre chegar ao final. Agradeço também, ao grupo de pesquisas Pesquisar Com que fizemos dos poucos encontros que pude participar, grandes experiências de compartilhamento e de respiro em meio a toda a sobrecarga de trabalho. Aos professores Alexandra Tsallis, Claudia Abbês e Eduardo Passos por participarem da qualificação e que de forma tão generosa, contribuíram para as reflexões e andamentos da escrita. Aos demais professores da UFF que ao longo de todos os anos nesta Universidade, me ajudaram a compor uma rede de aprendizado. Aos professores da banca de defesa que aceitaram participar deste momento tão importante. Agradeço desde já.

Agradeço a todos os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, minha equipe de trabalho, pelas inúmeras e incansáveis tentativas de construção do compartilhamento do cuidado, pelas muitas experimentações, erros e acertos ao longo dessa jornada. Sem vocês essa pesquisa não faria sentido. Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família da A.P. 3.2 que tanto se esforçam na arte de cuidar e muito me ensinam sobre o cuidado. Aos usuários das unidades de saúde, atores indispensáveis deste trabalho e guias do fazer-cuidar. À Coordenação de Área programática 3.2, incluindo todos os seus profissionais que tanto me apoiam na criação de um NASF potente. Obrigada pelas inúmeras conversas e construções acerca do cuidado. À Organização Social de Saúde SPMD, instituição que me permite trabalhar na Saúde da Família e que aposta em mim na construção de um trabalho de qualidade. Obrigada pelo apoio à realização desta pesquisa. Obrigada aos demais colegas de trabalho, àqueles com quem compartilho minhas angústias e conquistas diárias. Obrigada pelo apoio, principalmente em tempos difíceis.

Agradeço a minha família. Aos meus pais por tudo que fizeram por mim em toda a minha trajetória de vida, por estarem sempre presentes e pelos ensinamentos e fartos aconchegos. Às minhas irmãs companheiras de vida, obrigada pela alegria quando

estamos juntas, amo muito vocês. À todo resto da família, pela paciência diante dos afastamentos necessários e pela torcida.

Ao Eduardo, pelo amor diário, pela compreensão diante dos momentos de distância, pelo incentivo incondicional, por me lembrar diariamente sobre o meu valor, por me ajudar a não desistir, por me ensinar a ser autêntica e verdadeira. Pelos muitos carinhos, sorrisos e gargalhadas e pelo prazer de viver a vida a dois. Sem dúvida você foi um dos grandes responsáveis pelo trabalho que apresento agora.

À Casa de Convivência que me aproxima do sagrado e que tanto me ensina sobre o cuidar do outro e de mim mesma.

Aos amigos do peito que me incentivaram, compreenderam a distância e sempre estiveram ali para uma boa conversa e para momentos de alegria e descanso.

RESUMO

A presente tese visa seguir o cuidado em ação, acompanhando as práticas cotidianas que estão sendo fabricadas na Estratégia de Saúde da Família, incluindo os Núcleos de Apoio à Saúde Da Família. O território de análise é a área programática de saúde 3.2, um conjunto de vinte e três bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro. Investigamos os possíveis modos de cuidar construídos nesse cenário, bem como os efeitos produzidos no cotidiano da vida das pessoas, dos profissionais de saúde e no próprio território. As políticas de saúde e as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família são bússolas que norteiam essa construção, contudo, possuem limites quando colocadas em ação, por isso, a opção por estudar o fazer-cuidar, objeto-processo que possui a força de um verbo e nos auxilia a seguir o movimento do cuidado por meio das conexões que se estabelecem. Com o propósito de estudar processos, e não produtos, em parceria com autores e bibliografias do campo da saúde pública brasileira, convocamos Annemarie Mol que, junto com outros estudiosos do campo da ciência em ação, nos direcionou nas reflexões e discussões acerca do fazer-cuidar e nos apoiou na criação de uma metodologia que sustentasse tal estudo. Assim, apresentamos e construímos neste texto um cuidar que é situado e não uma realidade dada por meio de políticas de saúde e protocolos de cuidado. Esta tese aposta na proliferação de versões do fazer-cuidar como possibilidade de criação em meio a construção de territórios comuns.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, cuidado

ABSTRACT

This thesis aims to follow the care in action, in the daily practices that are being created in the Family Health Strategy, including the Family Health Support Group. The territory of analysis is the health programmatic area 3.2, a set of twenty-three neighbourhoods in Rio de Janeiro. We investigate the possible ways of care built in this scenario as well as the effects produced in the everyday people's life, health professionals and on the territory. Health policies and protocols of the Family Health Strategy are compasses that guide this construction, however, have limits when put into action, so the option to study the "doing-care". The "doing-care" is a constructed object to study a process, and then helps us to follow the care movement through connections that are established. With the purpose of studying processes, not products, in partnership with authors and bibliographies of the Brazilian public health field, we call Annemarie Mol and other scholars in the field of science in action that directed us in reflections and discussions about the "doing-care" and assisted us in creating a methodology that supported this study. Thus, we present and build in this text a care which is situated and not a reality given through health policies and protocols of care. This thesis believes on proliferation of versions of the "doing-care" as possibility of creation along with the construction of common care territories.

Keywords: Family Health Strategy, Family Health Support Group, care

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1 – percursos e andanças: a definição do objeto e a construção de um método para estudar o fazer-cuidar	13
Modos de fazer: o cuidado compartilhado entre Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família	13
Modos de fazer: uma produção singular de cuidado em um encontro com a morte	26
1.1 - Percursos: a Mudança do Problema de Pesquisa e o Reencontro com o Campo da Saúde	31
Modos de fazer: o cuidado em meio ao corpo	34
Modos de fazer: ouvir música é conduta de um matriciador em Saúde Mental? ...	38
1.2 - A Metodologia da Pesquisa e o Lugar de Pesquisadora: Movendo os Fios que se Embaraçam e Ajudam a Desembaraçar	46
Modos de fazer: respiros em meio à sobrecarga - exercitando a partilha do cuidado	52
Modos de fazer: seguindo os efeitos da sobrecarga e criando espaços de respiro..	56
Modos de fazer: a pesquisadora e a coordenadora.....	67
CAPÍTULO 2 - PERCORRENDO OS CAMINHOS DA SAÚDE E DOS MODOS DE CUIDAR: DO HOSPITAL AO TERRITÓRIO	72
Modos de fazer: do hospital ao território	74
Modos de fazer: o entrelaçamento entre cuidado e caridade	83
Modos de fazer: o cuidado focado na doença.....	85
Modos de fazer: o cuidado centrado em procedimentos	88
Modos de fazer: primeiros encontros com a atenção primária à saúde e o trabalho no território	94

2.1 - Caminhando pela Reforma Sanitária Brasileira	99
Modos de fazer: os especialismos e a fragmentação do cuidado.....	102
Modos de fazer: um indicador de saúde chamado “mortalidade infantil”	105
Modos de fazer: saúde e democracia.....	115
2.2 - A Estratégia de Saúde da Família	126
Modos de fazer: a ampliação da ESF na A.P. 3.2, mapeando o território e as tensões do campo	134
2.3 - O Apoio Matricial e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	143
Modos de fazer: a pactuação do apoio e a criação de estratégias de cuidado a partir de um diagnóstico territorial.....	149
Modos de fazer: a pactuação de um grupo entre Equipe SF e NASF	152
Modos de fazer: a chegada do NASF no território da A.P. 3.2	154
CAPÍTULO 3 - OS ENTRELAÇAMENTOS ENTRE A LÓGICA DO CUIDADO E O FAZER-CUIDAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	157
Modos de fazer: arranjos de um fazer-cuidar possível.....	163
Modos de fazer: atores inusitados	173
Modos de fazer: impasses no Apoio Matricial	177
3.1 - Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o Fazer-Cuidar em Meio ao Território.....	191
CONSIDERAÇÕES FINAIS	200
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	205

INTRODUÇÃO

Lançar-se a um doutorado é uma experiência desafiadora, ainda mais quando nos propomos a investigar o nosso próprio fazer. O início da pesquisa coincide com o encontro com um campo de trabalho radicalmente novo e surpreendente, em que investigar os possíveis modos de cuidar se fez indispensável. A Atenção Primária à Saúde ou a Atenção Básica (AB) é o nome que se dá a um cuidado que se pretende mais próximo ao território de vida das pessoas e, por isso, mais eficiente e resolutivo, que evita agravos e promove a saúde.

Assim, iniciei a pesquisa de doutorado no exato momento em que comecei o trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal direção do governo federal e municipal para a qualificação da atenção à saúde. Uma experiência desterritorializante se fez presente, pois ser psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) me fez viver inúmeras questões acerca dos cuidados possíveis nesse cenário.

A principal delas, que percorre a tese, pode ser assim enunciada: que modos de cuidar são possíveis de ser construídos nesse cenário e quais efeitos produzem no cotidiano da vida das pessoas, dos profissionais de saúde e no próprio território? Desse modo, o foco do trabalho foi investigar as práticas cotidianas de cuidar e as costuras diárias produtoras de cuidado.

O território de trabalho, que se tornou o local de pesquisa, é a área programática de saúde 3.2 (A.P. 3.2), um conjunto de vinte e três bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro que, no início das investigações, estava em pleno processo de expansão de suas Equipes de Saúde da Família (SF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para a coordenação de saúde e organização social que gerencia o cuidado nesse local, também era e ainda é uma questão importante a construção do cuidar, pois, a partir do intenso processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família, tudo era muito novo e o desafio de construir formas de cuidar potentes estava espalhado por todas as esquinas, em cada beco e em cada unidade de saúde que estava sendo construída. Esse desafio mantém-se até os dias de hoje.

As políticas de saúde e as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família são bússolas que nos norteiam nessa construção, contudo, tais direcionamentos possuem limites, pois, quando colocamos o cuidado em ação, muitos desafios, que não estão desenhados nos protocolos e diretrizes, instauram-se. Os manuais não dão conta das conexões e imprevisibilidades que emergem no dia a dia de trabalho. Dessa forma, a

presente pesquisa optou pelo estudo do cuidado em ação, por seguir as práticas cotidianas que estão sendo fabricadas nessa construção da Saúde da Família e do Apoio à Saúde da Família, nesse território singular.

Então, a partir do objetivo de seguir o movimento do cuidado por meio das conexões que se estabelecem, foi necessário definir um objeto que conseguisse acompanhar processos, que pudesse acompanhar o movimento do cuidar e que tivesse relacionado aos fazeres, ou seja, às práticas que estavam sendo executadas. Definimos então que o nosso objeto-processo seria o fazer-cuidar. Explicitamos o porquê de sua construção utilizar dois verbos ao longo da escrita.

Com o propósito de estudar processos, e não produtos, em parceria com autores e bibliografias do campo da saúde pública brasileira, convocamos Annemarie Mol, que, junto com outros pesquisadores que estudam a ciência em ação, nos amparou nas reflexões e discussões acerca do fazer-cuidar e nos apoiou na criação de uma metodologia que sustentasse tal estudo.

Por isso, apresentamos e construímos neste texto um cuidar que é situado, ou melhor, acompanhamos diferentes versões do cuidar que estão localizadas em certas práticas que seguimos na área programática 3.2. Assim, apostamos na multiplicidade das possibilidades do fazer-cuidar que são criadas a partir de redes singulares, costuradas no cotidiano das Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio.

Segundo Mol (1999), multiplicidade não é o mesmo que pluralidade, porque esta última acaba por cair num perspectivismo que em nada muda a concepção de que a realidade, em última instância, é uma só: “Falar da realidade como múltipla depende de outro conjunto de metáforas. Não as de perspectiva e construção, mas sim as de intervenção e performace. Estas sugerem uma realidade que é feita e performada e não tanto observada” (MOL, 1999, p. 5).

Desse modo, entendemos que a escrita é uma forma de performar a realidade e, por isso, nesta tese seguimos e fazemos existir versões do cuidar. Quando performamos o cuidado não como uma realidade dada por meio dos protocolos e diretrizes existentes, mais sim proliferando suas versões, esse passa a existir como possibilidade de criação, como processo de produção e não como um produto, não como algo dado previamente. É nesse ponto que localizamos a potencialidade do cuidado na Estratégia de Saúde da Família, em que ele se torna um processo de fabricação singular que se dá na construção de territórios comuns, incluindo os diversos atores presentes no ato de cuidar, em costuras específicas.

Por isso, a escrita deste texto é realizada a partir de um delicado manejo: o político, que pretende afirmar nosso modo de lidar com o cuidado, não só a partir de argumentações teóricas, mas também por meio de um percurso de pesquisa, dos possíveis efeitos, conexões, contágios que este texto pode vir a produzir com outras práticas, com outros textos.

Assim, escrevemos o texto, tal como nossa aposta de construção do cuidado, ou seja, em uma costura fio a fio, ator a ator, de modo a deixar transparecer as conexões que estão em jogo bem como seus efeitos. Desse modo, fazemos existir uma trama em que a teoria e a experiência não se separam, mas se produzem ao mesmo tempo.

É preciso sublinhar que o modo como essa trama foi alinhavada diz de uma certa escolha feita por nós a fim de performarmos certa realidade. Nessa escolha, contamos com aquilo com que pudemos nos conectar, com aquilo que pôde nos transformar. Para seguir o fazer-cuidar como um processo, optamos por uma escrita em forma de rede, na qual as narrativas são atores que compõem essa rede de construção de cuidados possíveis. Assim, as narrativas apresentadas são locais, situadas e encarnadas. Com isso, afirmamos que o nosso texto é também um laboratório de construção do fazer-cuidar na Estratégia de Saúde da Família e NASF.

Apostamos em um cuidar que é um processo e, por isso, tem força de verbo, constitui-se em ações que se realizam em ato e se encarnam de modo múltiplo e heterogêneo em certas práticas extremamente locais. Por isso, utilizamos dois verbos - fazer-cuidar - para definir nosso objeto.

Assim, desenvolvemos esta escrita também como um verbo, como uma ação de conectar atores, cada vez mais diversos. Dessa forma, no intuito de acompanhar o nosso objeto de pesquisa – objeto processo – criamos os “modos de fazer”, que são narrativas que mapeiam os percursos desta pesquisa e os diferentes modos de cuidar que puderam ser seguidos e criados. Essas foram construídas de maneira a explicitar os diversos fragmentos, atores, fios e costuras que contam para performar o fazer-cuidar no cenário de investigação e também para explicitar os caminhos trilhados por esta pesquisa.

Nomeamos aqui as narrativas como “modos de fazer”, pois a intenção é dar ênfase em uma das nossas principais apostas, a de que o cuidado se processa em ato, na própria prática, e não antes dela. Sendo assim, os “modos de fazer” conectam-se às teorias, às políticas e às reflexões, produzindo a encarnação desses saberes e mantendo as redes dessa tese vivas e tensionadas. Quando introduzimos um “modo de fazer”,

sinalizamos que a reflexão que está sendo feita não está descolada da prática, da ação e da experiência.

Os “modos de fazer” são uma aposta, ao mesmo tempo epistemológica e política. Epistemológica, pois asseguramos que conhecer é também um processo que se realiza em algum lugar. Ou seja, o conhecimento se faz em certos arranjos que envolvem muitos elementos, de ordem local, em que o pesquisador se articula e se tece junto com o outro, com aquele que ele investiga. As narrativas, os “modos de fazer”, afirmam esse conhecimento situado, feito e tecido com alguém, com outros, com as coisas. A partir disso, não queremos produzir um conhecimento universal, isto é, que seja construído em lugar nenhum e sobre ninguém.

Há também uma dimensão política que é inseparável da dimensão epistemológica. A política coloca-se na medida em que nos propomos a conhecer e a interferir nos modos de fazer-cuidar produzidos em um determinado território, a partir de determinadas diretrizes de cuidado. Com que objetivo? Com o propósito de fazer proliferar versões do cuidar, versões essas situadas, encarnadas, construídas em meio ao território de cuidado, e não sobre ele, de forma verticalizada. Construir, assim, um fazer-cuidar junto aos atores que se colocam em cena, apostando que as políticas, diretrizes e modelos são mais um ator dessa construção e não determinam de antemão que tipos de cuidados serão produzidos. Afirmamos, com isso, um cuidado mais articulado com os ideários do Sistema Único de Saúde, inclusivos, acessíveis, ampliados, coordenados e integrais.

Assim, mapeamos agora os caminhos percorridos ao longo dos capítulos. No primeiro capítulo, definimos o objeto de pesquisa bem como a metodologia construída para estudá-lo. Além disso, colocamos em análise os diferentes papéis desempenhados no cenário estudado e suas interferências no processo de pesquisa e no processo de trabalho na A.P. 3.2.

No segundo capítulo, esforçamo-nos em nos aproximar do campo da Saúde, de seus conceitos e histórias. Entendemos que, para esta tese, é de extrema importância realizarmos tal aprofundamento, tendo em vista que o encontro com o campo da Saúde traz, junto com ele, vários conceitos que foram se transformando ao longo da história, como, por exemplo, os conceitos de “saúde”, “doença” e “cuidado”. Assim, percorremos os processos de constituição de modos de cuidar que foram produzindo-se ao longo da história, no mundo e principalmente no Brasil. Tentamos entender como a Estratégia de Saúde da Família e NASF foram escolhidos como modelos prioritários de

organização do cuidado, fruto de um longo processo de redemocratização do país e democratização da saúde, que caminhou em meio à Reforma Sanitária Brasileira. Além disso, aprofundamo-nos na apresentação do nosso cenário de pesquisa e prática: a área programática de saúde 3.2. Nesse capítulo, é possível verificar, por meio das narrativas trazidas, que, mesmo atualmente, diversos significados de saúde, doença e cuidado se sobrepõe nas diversas práticas do fazer-cuidar.

Por último, no terceiro capítulo, dedicamo-nos à articulação entre o campo da Atenção Básica, principalmente da Saúde da Família, e os estudos de Annemarie Mol, pois entendemos que a autora possui um modo de compreender e colocar em prática o cuidar que potencializa as proposições desse campo e, por isso, pode apoiar-nos a acompanhar e a performar o fazer-cuidar, na área programática 3.2. A partir de Mol, seguimos como a letra das políticas de saúde tem sido praticada no cotidiano desse cenário e como o compartilhamento do cuidado entre NASF e Equipe de SF pode potencializar esse fazer-cuidar.

Assim, esperamos que a leitura que se segue afete diferentes modos de fazer-cuidar, proliferando seus sentidos e potencializando-os, por meio das articulações e conexões que for produzindo.

CAPÍTULO 1 – PERCURSOS E ANDANÇAS: A DEFINIÇÃO DO OBJETO E A CONSTRUÇÃO DE UM MÉTODO PARA ESTUDAR O FAZER-CUIDAR

Modos de fazer¹: o cuidado compartilhado entre Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Durante o feriado de Ano Novo, recebo um *e-mail* que me desconcerta. Um médico escreve para a Coordenação de Saúde sobre uma família que acabou de visitar, mais especificamente sobre um rapaz de 28 anos, chamado Carlos. Três dias antes do *e-mail*, a agente comunitária de Saúde, aflita, pede ao médico e à enfermeira da Equipe de Saúde da Família para irem até a casa de Dona Elza, uma senhora de 77 anos, hipertensa e diabética, que, “de uma hora para outra”, recebeu um rapaz cego que foi deixado em sua casa para ser cuidado por ela. A agente comunitária conta que o mesmo estava em péssimas condições de saúde e que Dona Elza não estava conseguindo realizar o seu cuidado. O médico, juntamente com a agente, realiza a visita. Eles se deparam com uma situação muito difícil e ficam sem saber como manejá-la, por isso escrevem um *e-mail* relatando a situação e pedindo apoio sobre como conduzir o caso. No relato do médico, ele conta que desconhecidos deixaram Carlos na casa de Dona Elza há mais ou menos duas semanas. O rapaz, além de ser cego, possui uma colostomia, está emagrecido, aparentemente desnutrido e muito sujo, chegando a apresentar fezes nos dentes, o que indica que ele estaria ingerindo suas próprias fezes. O médico aponta que a senhora não consegue colocar a bolsa de colostomia e nem dar banho no rapaz. Além disso, diz que a casa é muito suja, deduzindo que Dona Elza também não consegue cuidar do local. No *e-mail*, o médico descreve que Carlos chegou apenas com a roupa do corpo, uma caixa com algumas bolsas de colostomia e uma caixa de *clonazepam*, porém sem receita. Ao final do texto, pede que um psiquiatra do Núcleo de Apoio à Saúde da Família avalie o rapaz, a fim de

¹ Narrativa experienciada na passagem do ano de 2014 para o ano de 2015. Vamos, ao longo deste capítulo e do próximo, definir o cenário de análise desta pesquisa, bem como os conceitos de Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

prescrever corretamente a medicação. Ao ler o *e-mail*, fico bastante instigada e agendo visita à Unidade de Saúde na segunda-feira seguinte para entender melhor a situação e verificar como seria possível apoiar a equipe no manejo do caso. Chegando à Unidade de Saúde, realizamos uma discussão com médico, enfermeiro e agente comunitário. Logo no início da discussão, a agente comunitária conta que, conversando com a vizinhança, obteve mais informações; diz que Carlos é um antigo morador da comunidade e morava com seu pai, José, usuário intenso de cocaína e álcool. José nunca tinha aberto a porta para o cadastro da agente comunitária na Clínica da Família, por isso ninguém os conhecia. Carlos vivia trancando em casa, longe do convívio com outras pessoas. Há mais ou menos um mês, o pai do jovem passou mal, provavelmente por conta de uma *overdose*, e foi levado ao hospital. Assim, uma irmã de Carlos levou-o para ser cuidado em sua casa em outro município. Com o falecimento de José, em mais ou menos duas semanas, a irmã levou Carlos para deixá-lo com Dona Elza, sua avó materna. Segundo relato da equipe, ela tem bastante dificuldade de cuidar do neto por conta de sua idade e situação financeira. A princípio, Carlos não possui documentos e não recebe nenhum benefício. O médico fica bastante preocupado com sua medicação, já que Dona Elza conta que, às vezes, o rapaz fica agressivo.

Pensamos em algumas direções para o cuidado de Carlos. Combinamos uma visita domiciliar com a enfermeira e a psicóloga, com o objetivo de ouvir Dona Elza em suas necessidades, conhecer Carlos e avaliar melhor a situação, além de buscar compreender melhor a história e se a família poderia contar com mais alguém nas ações de cuidado. A princípio, pensamos somente em nos aproximar da situação e ver como poderíamos agir. No dia da visita, chegamos bem cedo à casa de Dona Elza, que nos recebeu bem. Fazia muito calor e Carlos estava deitado do lado de fora da residência. A casa possui apenas dois cômodos: um quarto, que também é sala, com apenas uma cama, um pequeno armário e uma pequena mesa com uma televisão em cima; além desse cômodo, possui um outro espaço que, ao mesmo tempo, é cozinha e área de serviço. Não há banheiro, as necessidades fisiológicas e o banho são

realizados em um pequeno quintal do lado de fora. Dona Elza estava lavando roupa quando chegamos e pareceu-me que ela tinha um bom vínculo com a enfermeira, pois foi logo falando com ela e dando as boas-vindas. A enfermeira me apresentou e começamos a conversar com Dona Elza, que conta que sua filha, mãe de Carlos, morreu há alguns anos vítima de violência doméstica; depois disso, não tivera mais contato com Carlos, mas sabia que ele tinha mais duas irmãs, filhas do mesmo pai, que moravam em outro município. Conta que, atualmente, dá banho no rapaz com dificuldade, pois ele não fica quieto, não entende o que ela fala e, quando ele se agita, derruba tudo em casa. Nestas situações, ela fica com medo e dá o remédio para ele se acalmar. Quem a está ajudando no banho é seu filho mais velho, que mora há umas duas casas dali, porém ele trabalha fora e não tem muito tempo para ajudar. Carlos possui documentos que estão com as irmãs e ela desconfia de que ele receba algum benefício que estaria sendo recebido pela irmã. Disse que Carlos nasceu cego e nunca frequentou a escola, pois só vivia dentro de casa. Quando era pequeno, teve que fazer uma cirurgia e, por isso, ele tem “aquele buraco na barriga”. Ela diz que tem muito “nervoso” de olhar o buraco e, ainda, que não enxerga direito e, por isso, não consegue colocar a bolsa de colostomia no rapaz. Contudo, tem colocado uma fralda, sendo o modo que ela encontrou de não sujar a casa toda, já que as fezes saem pelo buraco da barriga. Dona Elza pede ajuda, pois se sente fraca para cuidar sozinha de Carlos e gostaria que ele pudesse ser levado pelas irmãs. A senhora nos dá o telefone de uma das irmãs e diz que seria bom que nós ajudássemos a conversar com ela. Depois da conversa com Dona Elza, conversamos com Carlos. Ele verbaliza apenas alguns monossílabos, porém compreende o que falamos e segue instruções, possuindo bastantes maneirismos e estereotípias². Perguntamos se

² Estereotípias e maneirismos são movimentos rítmicos do corpo, hábito de apertar os olhos ou de bater as mãos. São, muitas vezes, substitutos da atividade muscular (AMIRALIAN, 1997). Podemos considerar que tais movimentos repetitivos podem ser fruto do investimento da energia de descoberta e experimentação do mundo no próprio corpo. A criança com deficiência visual que não recebeu estimulação adequada, ao invés de direcionar o investimento da energia de descoberta para o exterior de seu corpo, ou seja, para o mundo, investe esta energia somente em seu próprio corpo, gerando assim as estereotípias e os maneirismos (MARIN; BUENO, 2003).

podíamos ajudar no banho e Dona Elza e Carlos concordaram: a enfermeira foi dando o sabão e a escova de dentes na mão de Carlos e orientado sobre as ações de limpeza; Carlos ia seguindo as instruções e foi-se lavando com o apoio da enfermeira, que ia jogando água em seu corpo. Dona Elza ficou surpresa com isso. Carlos parecia estar gostando muito daquela situação. Depois do banho, a enfermeira limpou a colostomia e colocou a bolsa. Mostrou para a Dona Elza como monitorar a bolsa e se prontificou a ensinar alguém que estivesse disposto a aprender a colocá-la. Dona Elza disse que talvez o filho ou um vizinho que tem ajudado pudessem se candidatar a aprender. Disse que a vizinhança tem colaborado com roupa e comida para Carlos e que, com isso, ela tem conseguido alimentá-lo todos os dias. A enfermeira pesou Carlos e então perguntou sobre a sujeira em seus dentes, Dona Elza disse que ele tem a mania de comer suas fezes e que ela não sabe o que fazer. Em relação a esta situação, combinamos de ir verificando se ele, mesmo com a bolsa de colostomia, continuaria a comer as fezes. A enfermeira pergunta sobre a saúde de Dona Elza e afere sua pressão arterial, que está um pouco alta. A senhora diz que esqueceu de tomar a medicação da pressão e que está muito nervosa com toda a situação. Contudo, fala também que ficou feliz com a visita e gostaria que voltássemos mais vezes para ajudá-la. Conversamos sobre a possibilidade de falarmos com o resto da família para pensar uma estratégia de cuidado que envolvesse a todos, pois, assim, ela não ficaria sozinha com os cuidados de Carlos. Além disso, pensamos na possibilidade de verificar se Carlos realmente recebe um benefício e, desse modo, talvez os gastos com comida não ficassem tão pesados. Perguntamos sobre a possibilidade de Dona Elza ir ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) verificar essa questão e se ela teria alguém que pudesse ajudá-la com isso. Ela disse que pediria ajuda para a neta ir com ela. Combinamos que, enquanto as coisas não se ajeitassem, a Equipe de SF iria uma vez por semana auxiliar nos cuidados a Carlos e, se eles topassem, ensinariam ao vizinho e ao tio o manejo da bolsa de colostomia. Conversamos sobre a agitação de Carlos e Dona Elza acha que isso ocorre quando ele quer alguma coisa e acaba derrubando tudo e ficando nervoso. Falamos sobre

a possibilidade de ele ficar nervoso por não conhecer a casa e não conseguir achar as coisas que ele quer, já que não enxerga. Assim, como ele não consegue falar frases inteiras, a comunicação deve ficar difícil e ele se agita. A partir desta reflexão com Dona Elza, pensamos na possibilidade de Carlos conhecer melhor a casa e ir aprendendo o lugar das coisas. Dona Elza desconfiou da possibilidade de ele aprender alguma coisa, porém aceitou a nossa proposta de, quando a equipe fosse até sua casa, incentivar Carlos a ir fazendo um reconhecimento da casa.

Como iniciar o primeiro capítulo de uma tese inteira? A responsabilidade me congela e ao mesmo tempo me instiga. É uma tese que estuda o cuidado, mais especificamente o cuidado compartilhado que se dá no encontro de profissionais das Equipes de Saúde da Família, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, usuários de saúde e muitos outros atores. Encontros³ de saberes, encontros de pessoas, objetos, afetos, sensibilidades, histórias, acontecimentos, políticas, fazeres, e tantos outros. Quais formas de cuidar emergem nesse acontecimento-fazer-encontro? O que está em jogo na construção do cuidado? O ato ou ação de cuidar permite um grande universo criativo experiencial, que produz singularidades no instante do acontecimento.

Não sabia como iniciar a escrita, mas sabia que desejava que ela transbordasse experiência e afeto. O encontro do leitor com o texto deveria ser mais que informativo, mas também uma experiência de cuidado, um texto-cuidador: além de conteúdos, experiência, encontros, impressões na pele, que poderiam levar ao contágio, a novos encontros de experiências de cuidado potentes e contagiantes.

Neste ponto, talvez, podemos situar um dos fios condutores entre a pesquisa de mestrado e a pesquisa de doutorado. Na dissertação de mestrado, meu objetivo foi o de acompanhar e fazer proliferar diferentes versões sobre o cegar e, com isso, resistir à tradicional relação entre cegueira, deficiência, falta e incapacidade. Para isso, entendemos o cegar como um acontecimento bifurcante, disparador de processos criativos, em que diferentes modos de existir e de mundos se produzem⁴.

³ Definiremos o conceito de encontro ao longo deste capítulo.

⁴ A pesquisa de mestrado intitulou-se “Narrativas do cegar: (re)criações de um corpo” (MANSO, 2010). A pesquisa buscou interferir nesta produção de modos de cegar, no intuito de que maneiras potentes de existir com a cegueira pudessem ser inventados. O dispositivo utilizado para esse laboratório de produção foi uma oficina de experimentação corporal realizada com pessoas que estavam ficando cegas ou que tinham acabado de perder a visão, por meio de atividades que envolviam a experimentação de materiais,

No doutorado, meu foco de estudo sofre uma guinada do campo da deficiência para o campo da Saúde Coletiva, mais especificamente o campo da Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde⁵ e, ao longo deste capítulo, percorrerei esta passagem. No entanto, apesar da mudança de campo de estudo, podemos identificar alguns pontos de continuidade. Percebemos que uma das ligações entre as duas pesquisas é a aposta na experiência encarnada como produtora de conhecimento.

No mestrado, a produção de conhecimento deu-se em meio à criação de novas formas de cegar a partir do movimento do corpo, da experimentação corporal com pessoas cegas e das narrativas dessas experiências. No doutorado, já não é o movimento do corpo que dispara o processo criativo de produção de conhecimento, porém o que se mantém é o movimento de encarnação, é um certo corporificar do cuidado que se traduz pelo movimento de fazer existir. Assim, no doutorado, parto de um pressuposto experiencial, o que nos coloca a seguinte questão: como a prática do cuidado é um fazer-existir? Desse modo, a experiência encarnada, o processo de fazer existir, se mantém como aposta de produção de conhecimento em meio ao acompanhamento das práticas de cuidado na Estratégia de Saúde da Família e à narrativa destas práticas.

No início do capítulo, narramos a situação da família de Carlos e o encontro com a Equipe de Saúde da Família (SF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesta narrativa, o cuidado vai sendo encarnado na medida em que o próprio acontecimento se realiza e, com isso, os encontros entre os diferentes elementos que compõem esse cenário produzem um tipo de cuidado singular à própria experiência. Tais acontecimentos podem ser exemplificados no encontro da agente comunitária com Dona Elza; do médico com a família em questão; o uso do *e-mail* para pedir apoio; o encontro de Dona Elza com a bolsa de colostomia e o fato de não saber colocá-la; a internação e morte do pai; a medicação como uma forma de acalmar Carlos; o encontro de Carlos com uma casa totalmente desconhecida, junto ao fato dele ser cego; o encontro da enfermeira com Carlos, em que foi possível perceber que, apesar de não falar, ele compreendia o que era dito a ele; e tantos outros encontros que não listamos.

consciência corporal, dança, improvisações, dentre outras atividades. O grupo de participantes era levado a se deparar com seus corpos e com a possibilidade de recriá-los, de reinventarem a si mesmos, bem como suas experiências de cegar, possibilitando outras conexões, a partir dessa experimentação. Assim, o movimento do corpo levou a novos movimentos do cegar e a novos movimentos acerca do significado do que é a cegueira.

⁵ Os conceitos de Saúde Coletiva, Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde serão definidos no capítulo dois desta tese, em que percorreremos os caminhos da constituição do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Estes pequenos acontecimentos vão fabricando o cuidado na própria ação de cuidar e é seguindo essas ações que apostamos em aprender sobre o cuidar.

Esse pressuposto experiencial se liga a outro desta pesquisa, chamado aqui de pressuposto teórico, que, em certa medida, também possui um fio condutor com a pesquisa do mestrado, porém desloca-se dela no momento em que chamamos novos autores e aprofundamos o estudo de outros. Aprofundaremos os estudos de Annemarie Mol que, por conta de seu foco na área da saúde, torna-se uma grande aliada, apoiando-nos com o seu arcabouço teórico-prático na sustentação teórica desta investigação⁶. As pesquisas de Mol (1999, 2002, 2008, 2010) em muito têm contribuído para entender o cuidado por meio de uma praxiografia, ou seja, pelo estudo das práticas cotidianas, acompanhando a construção de redes heterogêneas, precárias e contínuas, formadas por atores humanos e não humanos. Para Mol, interessa entender como realidades foram colocadas em cena por meio de práticas. Segundo ela, é desta maneira que a realidade é performada ou, dito de outro modo, estudar o cuidado significa, para ela, entender, por exemplo, como determinada doença é performada no cotidiano da vida de uma pessoa, longe de diagnósticos pré-estabelecidos.

Assim, é importante seguir as redes que se formam, dia após dia, e que configuram uma doença como tal, um cuidado como tal, sempre de maneira local, ou seja, a partir da singularidade de cada rede que se performa.

O conceito de rede utilizado por Mol está amparado na teoria ator-rede, desenvolvida por Bruno Latour (1994,1996) e outros autores. A noção de rede que utilizamos aqui se refere a uma composição formada por séries de elementos heterogêneos, animados e inanimados, conectados e agenciados. As redes se definem pelas conexões que estabelecem. As entidades que as compõem, sejam naturais ou sociais, podem, a qualquer momento, redefinir suas identidades e suas mútuas relações, trazendo novos elementos e organizações (MORAES, 2004). Do nosso ponto de vista, há uma estreita relação entre os conceitos de rede, propostos por Latour (1994, 1996) e utilizados por Annemarie Mol, e o conceito de rizoma, proposto por Deleuze e Guattari (1995). Parece-nos possível afirmar que o rizoma é uma das bases filosóficas do conceito de rede.

⁶ Dedicamos o terceiro capítulo desta tese no aprofundamento das teorias de Annemarie Mol e relacionamos tais teorias à produção de modos de cuidar na Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Deleuze e Guattari (1995) apresentam alguns princípios que definem o rizoma. O princípio da multiplicidade, que diz que o rizoma é composto por uma rede de elementos múltiplos e variados, retirando-se de uma ordem dialética polarizada que promove a existência de dicotomias, como sujeito e objeto, natureza e sociedade, entre outros. Outro princípio é o de conexão e heterogeneidade, segundo o qual qualquer ponto pode se conectar a qualquer outro ponto da rede. Por definição, nenhum ponto do rizoma é privilegiado em relação a outro, um rizoma tem, pois, múltiplas entradas. Em um rizoma, há linhas de segmentaridade, segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, mas compreende também linhas de desterritorialização, que desestruturam a organização, produzindo variação, criação e diferença (DELEUZE; GUATTARI, 1995). O rizoma está em constante movimento.

Segundo Deleuze e Guattari, o rizoma não segue nenhum modelo estrutural e, por tanto, para acompanhar seus movimentos, há que se fazer uma cartografia, ou seja, um acompanhamento de perto de como as redes que o formam vão-se traçando e que elementos o compõem.

Diferente é o rizoma, mapa e não decalque. [...] O mapa se opõe ao decalque por estar inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real [...] O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22).

A filosofia mestiça, proposta por Serres (1993), é também uma importante referência filosófica para o conceito de rede. O filósofo desenvolve a ideia de que a rede é ontológica, ou seja, de que a realidade é um efeito de um processo de produção complexo, no qual os termos são segundos e a relação é primeira. A filosofia mestiça de Serres é marcada por uma prática híbrida e, por isso, afasta-se do pensamento moderno, no qual o dualismo, o reducionismo e a causalidade ordenam o mundo. Para o autor, o mundo se ordena não pela relação de causa e efeito, e sim pelo processo de bricolagem, em que elementos díspares se conectam e se arranjam, formando, desse modo, a realidade. As relações dualistas, como, por exemplo, as de causa e efeito seriam um produto de rede e não o contrário. Não pretende, assim, estudar a realidade pela invariância, e sim por suas variações, por suas mestiçagens.

Ainda segundo o teórico, a ciência ocidental, fruto do pensamento moderno, se estruturou de forma a negar a variância, entendendo que, para estudar a realidade, é preciso utilizar a pureza, o rigor e a objetividade, excluindo-se, portanto, o lugar do mestiço, do híbrido. Em nome de uma verdade única, a ciência moderna exclui a diferença, fazendo proliferar a intolerância, a discriminação e a violência.

Toda a sua filosofia é marcada por essa conclusão e afirmação da rede, um lugar mestiço, adquire seu pleno sentido frente a ela, uma filosofia cujo princípio não se encontra na purificação, mas na mestiçagem; uma filosofia, portanto, que acolhe a diferença e faz dela o seu objeto; uma filosofia em fim cujo lema não é a violência, mas sim a tolerância (MORAES, 2000, p.19).

Baseado na Filosofia Mestiça e nos estudos da Ciência em Ação⁷, Bruno Latour desenvolve a Teoria Ator-Rede (TAR), segundo a qual a rede de atores é um plano de conexões heterogêneas, a partir do qual emergem igualmente as ciências, a sociedade, instituições, conceitos, crenças, religiões, etc. As entidades das quais ela é composta podem, a qualquer momento, redefinir sua identidade, suas mútuas relações, sua forma de ordenamento por meio da conexão de novos elementos. Desse modo, uma rede de atores é simultaneamente um ator, cuja atividade consiste em fazer alianças com novos elementos, e uma rede, capaz de redefinir e transformar seus componentes (MORAES, 2004).

Segundo Latour (2008), ator, ou actante, se define como qualquer pessoa, instituição ou coisa que tenha agência, isto é, que produza efeitos no mundo e sobre ele. Ator, aqui, não se confunde com o ator de teatro, que representa um personagem e é necessariamente um humano. Para Latour (2008), um actante é caracterizado pela heterogeneidade de sua composição, ele é uma dupla articulação entre humanos e não humanos, e sua construção se faz em rede.

Desse modo, o conceito de rede é indispensável nas apostas de produção de cuidado, elaboradas por Mol (2008), que compreende que as realidades são colocadas em cena por meio das práticas. A autora aposta que o cuidar se configura a partir das

⁷ Os trabalhos de Latour fazem parte de um amplo campo de estudos chamado de Estudos da Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), que abordaremos mais detidamente adiante, durante a construção metodológica desta pesquisa. Estudar a ciência em ação faz parte do campo de estudos CTS (LATOUR, 2000).

conexões entre atores díspares, assim, interessa entender, por exemplo, como se articulam, no caso da diabetes, o indivíduo que possui a doença, os médicos, os enfermeiros, a insulina, os remédios, a família, as pequenas ações de cuidado – como colocar a meia para proteger o pé de feridas –, a comida que será preparada, o exercício físico, o ambiente de trabalho, etc.

Nesta perspectiva, no caso de Carlos, por exemplo, todos os atores contam na fabricação das ações de cuidar: as pessoas envolvidas – tais como dona Elza, as irmãs, os vizinhos e os trabalhadores da saúde –, assim como as coisas – tais como a bolsa de colostomia, a casa sem banheiro e desconhecida para Carlos, o benefício de Carlos, os materiais de banho, a ajuda dos vizinhos para comprar comida, o *e-mail*, as Políticas de Saúde que criaram a Estratégia de Saúde da Família, etc. Interessa compreender como esses atores se articulam, como e se se organizam para performar uma rede de cuidado compartilhado.

A questão que Mol (1994, 2002, 2004, 2008) traz consigo em suas pesquisas é: o que fazem esses atores ao se articularem entre si e quais efeitos no cotidiano e no tratamento destes pacientes são produzidos (MORAES; ARENDT, 2013). Desse modo, tudo conta na articulação do cuidar.

Se práticas ganham o primeiro plano, não há mais um simples objeto passivo no meio, aguardando ser observado do ponto de vista de séries, aparentemente sem fim. Ao invés disto, objetos aparecem – e desaparecem – nas práticas em que são manipulados. E, como o objeto de manipulação tende a diferir de uma prática para outra, a realidade multiplica. O corpo, o paciente, a doença, o doutor, os técnicos, a tecnologia: todos estes são mais de um. Mais do que singulares. Isso levanta a questão de como eles estão relacionados, pois, mesmo se objetos diferem de uma prática a outra, há relações entre essas práticas. Logo, longe de necessariamente cair em fragmentos, objetos múltiplos tendem a ser, de alguma forma, coerentes entre si. Ficar atento à multiplicidade da realidade abre a possibilidade de estudar essa realização notável (MOL, 2002, p. 5, tradução nossa).

As frases de Mol, descritas acima, nos fazem refletir sobre qual seria o objeto desta pesquisa. Percebo que apresentar o objeto como “o cuidado” não exprime as principais dimensões do que desejo estudar, pois, a palavra “cuidado” se encerra nela mesma, como se houvesse um conceito de cuidado a ser descoberto e que já existiria previamente. É bem verdade que, no modelo da Estratégia de Saúde da Família, existem

protocolos bem definidos e estabelecidos para a realização do cuidado nesse molde. Vamos considerá-los, sem dúvida. Contudo, o que pretendemos estudar é o cuidado que se processa no dia a dia desse modelo, em que as políticas e protocolos são mais um ator dessa rede de conexões. Tais atores não são previamente estabelecidos e vão-se conectando a cada dia no desenrolar do cuidado no território, e nossa aposta é seguir quais atores são esses que se conectam a essa rede e que efeitos produzem. Por isso, definir o objeto desta pesquisa por meio de um substantivo talvez não dê conta do que desejamos acompanhar. Queremos seguir o movimento do cuidado a partir das conexões que se estabelecem, criando modos de cuidar, articulando fazeres inéditos que transbordam os protocolos e as políticas públicas. Assim, entendemos o nosso objeto não como algo estático, e sim como um processo, como um fazer cotidiano que cria novos sentidos para a palavra cuidar.

No exercício de tentar definir o objeto desta pesquisa, deparei-me com o texto de Merhy “O cuidado é um acontecimento e não um ato” (2013a). O título me provoca e me toca a pele e, já nas primeiras palavras, oferece-nos a encarnada imagem do “brincante”, que me ajuda a encarnar este objeto-processo, este objeto-fazer.

Todos quando estamos cantando e ou dançando uma música qualquer, em particular marchinhas, cantigas, entre outras, o fazemos entre um nó de passagem. Há por ali, forças que se repetem em todos que cantam e dançam aquela música em particular [...], porém há um acontecer que só ocorre ali, em ato, com aquele dançante e cantor específico, como um manejo do momento, como um fabricar, ali no cotidiano do acontecimento, a dança e o canto que nenhum outro irá fabricar igual. Há por ali, no nó, um passar para o dentro e do dentro para o fora daquele que dança e canta. O seu interior e o seu exterior, no acontecimento são inseparáveis, se constituem, se dobram. Este, ali, em ato é puro brincante. Ele é a síntese em produção no ato de todas as forças que passam pelo nó. No seu acontecer é que as forças de fato existem (MERHY, 2013a, p. 172).

A figura do brincante, segundo Merhy, é retirada de seu encontro com as falas de Ariano Suassuna e Antônio Nóbrega e, por isso, vou em busca desses personagens para entender melhor essa figura. Antônio Nóbrega conta-nos que o brincante ou “folgazão” é o que chamamos de artista popular. Eles se reconhecem pelo nome de brincantes e os espetáculos que fazem e as festas que organizam são chamados por eles de “brinquedo”. É muito comum, quando vai haver uma festa de boi ou de cavalo

marinho, que os brincantes se perguntarem: “Amanhã você vai brincar? Amanhã tem brinquedo?”. A imagem do brincante remete-me a um documentário que assisti há alguns meses e que me marcou, “Tarja Branca: a revolução que faltava”⁸ (2014). Esse aborda a importância da brincadeira tanto para a criança, quanto para o adulto, e o nome “Tarja Branca” é uma provocação e uma tentativa de contraposição aos remédios chamados de “tarja preta”, muito utilizados atualmente como uma “milagrosa fórmula da felicidade”.

O documentário aponta que a experiência livre da brincadeira é uma forma de afirmar a vida em uma criação contínua de modos potentes de viver. O filme relaciona essa questão da brincadeira às variadas formas de arte e de cultura popular, e é nessa associação que aparece a figura do brincante. Em uma das passagens do filme, um Capitão de Congada⁹, Antônio Henrique Santos, diz:

O cara é um brincante, ele se permite tudo, ele tem o corpo como ofício dessa alegria [...]. Você brinca com uma pessoa, você tem que saber brincar com aquela pessoa, porque se você brinca com ela, você tá ciente que ela também vai brincar com você, você tá abrindo o coração para o brinquedo, para receber a brincadeira. Do mesmo jeito que você tá brincando, você tá recebendo a brincadeira.

A fala narrada explicita a construção recíproca do ato de brincar, em que quem brinca está também recebendo a brincadeira. Merhy, tal como na passagem acima, sublinha essa questão, apresentando que, quando se encontram, dois brincantes intervêm

⁸ Documentário lançado em 19 de junho de 2014, dirigido por Cacau Rhoden. Antônio Nóbrega é um dos participantes do documentário e, nele, nos conta sobre “os brincantes”.

⁹ O congado, também conhecido como congada ou congo, é um festejo popular religioso afro-brasileiro mesclando elementos religiosos católicos com um tipo de dança dramática, celebrando a coroação do rei do Congo, em um cortejo com passos e cantos, em que a música é parte da celebração. É um movimento cultural sincrético, um ritual que envolve danças, cantos, levantamentos de mastros, coroações e cavalgadas, expressos na festa do Rosário que ocorrem no mês de outubro. São utilizados instrumentos musicais como cuíca, caixa, pandeiro e reco-reco. Os congadeiros vão atrás da cavalgada, que segue com uma bandeira de Nossa Senhora do Rosário. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Congado>>. Acesso em: jul. 2015.

O 1º capitão dentro do congado é um homem de muita sabedoria, por ter passado por todas as outras funções durante anos. Ele é responsável por passar a sabedoria para os novos de hoje, para que a cultura possa seguir em frente com sua missão. O mesmo é guardião das músicas, passos e falas, ou seja, toda a parte que envolve o congado em si fica em suas mãos e essa responsabilidade traz consigo valores antigos, costumes e outros elementos. Disponível em: <<http://neilsonvenutecongado.blogspot.com.br/2013/11/o-que-e-o-capitao-regente-dentro-do.html>>. Acesso em: jul. 2015.

um no outro: “O brincante a dois é um processo, que mesmo contendo todas as repetições particulares e gerais, só existe no ato do acontecimento” (MERHY, 2013a, p. 172). Desse modo, ele faz um paralelo entre a figura do brincante e a ação de cuidar. Diz que, assim como o brincante, a ação de cuidar só existe em ato, ela é um acontecimento que se dá a partir do encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário do seu serviço, ou então entre uma equipe de saúde com um grupo de usuários. Diz que o encontro é o que caracteriza a “alma” do campo da saúde.

Aqui, como nos brincantes [...], em cada um deles e nos seus encontros, há a presença de linhas de forças que são muito particulares e gerais, mas há as muito específicas que garantem que o encontro, no ato traz dentro de si a expressão de que: faz diferença quem está encontrando (MERHY, 2013a, p. 173)

Merhy aponta que, quando um trabalhador de saúde encontra com um usuário em um ambiente dirigido para a produção de cuidado, entre eles se estabelece um espaço intercessor¹⁰, que só existe em seus encontros e em ato. Nessa situação, emerge a construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, estabelecendo-se uma lógica da mútua produção do cuidado, de quem cuida e de quem é cuidado. Ampliando essa ideia de Merhy, a partir das contribuições de Anemarrie Mol, na experiência de produção de cuidado, além de produzirmos um cuidador e uma pessoa que é cuidada, produzimos mundo, produzimos realidades. São produzidos modos de vida ali, no instante de um acontecimento, em que diversos atores fazem parte dessa construção.

Escrevendo essas palavras, pesco na memória um acontecimento que vivenciei quando trabalhava como psicóloga em um hospital estadual.

¹⁰ Segundo Merhy, o espaço intercessor estabelece-se quando o trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho dirigido para a produção de cuidado. O espaço intercessor sempre existirá nesses encontros, porém somente ocorre nos encontros e em ato: “A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intercessão, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, o que supõe a produção de um no outro” (MERHY, 2013a, p. 174).

Modos de fazer¹¹: uma produção singular de cuidado em um encontro com a morte

Trabalho como psicóloga de um hospital geral no município de Itaboraí, aonde chego para mais um dia de plantão. Ao longo do plantão de domingo, sou a única psicóloga do hospital e divido-me entre dar apoio às enfermarias femininas e masculinas, à emergência e ao CTI. É minha responsabilidade, também, acompanhar os médicos nas notícias de óbito aos familiares dos pacientes internados. Hoje, o plantão corre calmo, faço as visitas aos leitos dos pacientes que necessitam de apoio psicológico, depois vou à emergência avaliar os pacientes que deram entrada no setor recentemente, e está quase na hora da visita. Os enfermeiros e médicos da emergência não gostam muito desse momento, pois é quando os familiares, muitas vezes bastante mobilizados, pedem explicações sobre o estado de saúde das pessoas internadas, questionam condutas e exigem seus direitos diante das precariedades do hospital. É nessa ocasião que todos os profissionais que atuam na emergência têm que exercitar o acolhimento, a escuta, além de se deparar mais uma vez com os limites do cuidado e falar sobre eles com os familiares, já que, por muitas vezes, as enfermidades são graves e os recursos escassos. É nesse momento, ainda, que é necessário deparar-se com o sofrimento do outro diante das enfermidades de seus familiares, o que, por muitas vezes, é insuportável para o profissional de saúde que lida com o sofrimento diariamente e que, para sobreviver e conseguir continuar trabalhando, encontra formas de se anestesiarem do sofrimento. Quando entro na emergência, percebo que houve um óbito e, por isso, os médicos e enfermeiros pedem para que eu avise ao porteiro que a visita está suspensa, sem previsão de horário de retorno. Faço o aviso e observo a enfermeira preparando o corpo recém-morto: ela o enrola em um lençol e coloca algodões em suas narinas e ouvidos. De repente, escuto uma confusão na entrada da emergência, uma jovem mulher entra e se depara

¹¹ Descrição da cena ocorrida em 2009: primeiro emprego como psicóloga, depois de formada, no Hospital Estadual de Itaboraí.

com o corpo morto, é a filha da senhora que tinha acabado de falecer. A mesma era amiga de um funcionário do hospital e, por isso, havia conseguido a senha que abre a porta que dá acesso à emergência. A jovem toma um susto ao ver sua mãe, começa a chorar e ajoelha ao lado da maca. Os enfermeiros, os médicos e eu nos entreolhamos sem saber o que fazer, todos estão perplexos com a situação e sofrendo muito. Pedem para que eu retire a jovem da emergência e, com a minha negativa, tomam impulso para retirá-la à força. De supetão e sem pensar, sustento a posição de que a jovem deve ficar, pois necessita se despedir da sua mãe. Os enfermeiros recuam contrariados e olham para mim, esperando que eu, como psicóloga, tomasse uma atitude para aliviar o sofrimento da jovem e, por consequência, dos profissionais de saúde que estavam testemunhando aquela situação. Eu não sabia como lidar com aquele acontecimento, não havia aprendido na faculdade como conduzir esse evento tão inusitado e tão cheio de tristeza, estava sem chão. Então, em uma atitude de improviso, me aproximo da jovem, digo que ela não está sozinha e que ela podia se despedir com calma de sua mãe. Não havia como impedir o sofrimento e nem forma de aliviá-lo, naquele momento era preciso sustentar junto com a jovem a possibilidade de que ela sofresse perante a morte de sua mãe e isso tinha que ser feito ali, na própria emergência, aos olhos de todos os outros pacientes e dos profissionais de saúde. Não tinha como fazer diferente: foi uma situação, como tantas outras, que não pudemos controlar. Uma cena muito difícil de presenciar, as lágrimas estão no canto de meus olhos. A jovem, chorando muito, dá vários beijos em sua mãe, segura seu rosto e pede perdão por tudo de errado que fez, agradece sua paciência e por ela ter sido uma mãe dedicada e amorosa, pede para que fique com Deus, pede para que possa ir para um lugar bom e que se livre do sofrimento, dá um forte abraço na mãe, se levanta, nos agradece e pergunta o que deveria fazer agora. A emergência estava em silêncio, não havia modo de se anestesiarem do sofrimento naquele momento, pois ele estava ali, em carne e osso, sem possibilidade de desvios. Eu e o médico responsável pela emergência levamos a mulher a uma sala para continuar o apoio. Quando

toda a situação acaba, tranco-me na sala da psicologia, preciso de um tempo, preciso me refazer, preciso me cuidar.

A narrativa faz viver a compreensão de Merhy (2013a) e Mol (2008) sobre a produção de cuidado que se faz em ato, a partir de um encontro¹² entre diversos atores. Na experiência vivida, a ação de cuidado se compôs ali, no próprio acontecimento entre a jovem e o corpo morto de sua mãe, entre essa cena e os profissionais de saúde, no encontro entre os diversos conceitos de morte e sofrimento que operavam nesse cenário, nos diferentes saberes envolvidos, nos equipamentos, medicamentos e condições precárias do hospital, e tantos outros fragmentos que ainda não consegui listar.

Desse modo, a escolha pelo estudo do cuidar parte dessa afirmação do cuidado enquanto prática, do cuidado enquanto um acontecimento em que tudo conta em sua fabricação. A encarnação do cuidado é nossa aposta de criação de diferentes versões do cuidar, a partir da potencialidade do encontro como um acontecimento.

O conceito de acontecimento utilizado por Merhy para definir o cuidado nos interessa, na medida em que expressa essa dimensão que parte de um fazer, porém não se trata de qualquer fazer. O autor utiliza Michel Foucault nessa conceituação ao entender acontecimento por aquilo que promove uma relação de ruptura com o que está estabelecido, ocorrendo, nesta ocasião, uma irrupção de singularidade única e aguda, no lugar e no momento de sua produção (FOUCAULT, 1984). Desse modo, o acontecimento pode ser considerado como uma abertura a um campo de possibilidades que passa a existir a partir de sua realização. Dito de outro modo, e trazendo a questão para as teorias de Mol, o acontecimento produz um reordenamento da rede de atores, fazendo existir novas realidades e possibilidades de cuidar.

Na situação do hospital, a experiência vivida e o cuidado que foi possível estabelecer partiram de um acontecimento em que um ator inusitado fez-se presente e

¹² O conceito de encontro que utilizamos está baseado em Espinosa. O filósofo realiza uma importante distinção conceitual entre moral e ética, definindo que a moral é um conjunto de regras e normas que visam a determinar as atitudes das pessoas e da coletividade, do ponto de vista racional e de acordo com uma ideologia dominante. Já a ética se constitui com base nos encontros afetivos e no modo como os corpos podem afetar e ser afetados pelos outros. Segundo Espinosa, cada encontro de corpos pode gerar possibilidades múltiplas de existência: para ele, eu não sou somente o meu corpo, e sim o resultado do encontro com outros corpos. Para ele, o homem que segue pela ética interessa-se em saber se o encontro lhe proporcionou expansão ou diminuição de sua potência de pensar, de sentir e de agir (ESPINOSA *apud* DELEUZE, 2002). Partindo da conceituação de encontro para Espinosa, podemos dizer que a ação de cuidar parte de um encontro de inúmeros corpos, que estão conectados.

reordenou a rede de conexões: a “senha da porta que abre a emergência”, que fez com que a filha se encontrasse com o corpo morto de sua mãe, logo após a sua morte, e de forma inesperada. Segundo os protocolos do hospital, as notícias de óbito ocorrem em uma sala específica, onde psicóloga, médico e assistente social fazem uma preparação dos familiares e contam o ocorrido, em um ambiente protegido de outros profissionais e pacientes e também longe do corpo morto. Ou seja, tenta-se controlar ao máximo a situação da notícia, entendendo que essa é uma ação de cuidado.

Contudo, algo escapou dos protocolos, quando a notícia se deu a partir do encontro com o corpo morto e, então, outras formas de cuidar foram criadas no instante do acontecimento, no instante do próprio fazer.

Na situação de Carlos, narrada no início do capítulo, o encontro entre médico, Carlos, Dona Elza, agente comunitária de saúde, a casa pobre, a cegueira, a medicação, as fezes nos dentes, a colostomia e a história de abandono fez com que aquele acontecimento de cuidado, na singularidade do encontro, gerasse, em um primeiro momento, angústia e a necessidade de compartilhamento dessa situação, que culminou com a entrada de mais atores nesse processo. O médico, por sua vez, introduziu um ator para tal compartilhamento, o *e-mail*, que fez com que à rede fossem agregados outros saberes, outras pessoas, outras possibilidades de cuidar. Desse modo, abriu-se um campo de possibilidades de fazer o cuidado, a partir de novas conexões.

Assim, decidimos nomear o nosso objeto de estudo de fazer-cuidar. A princípio, pareceu-nos uma redundância, já que cuidar é um verbo que indica uma ação, porém somente o verbo cuidar continuava não dando conta desse objeto que, além de ser um objeto-processo, é também uma aposta desta pesquisa. Tal aposta diz respeito à sugestão de que potencializar o cuidado passa por articular cada vez mais atores na ação de cuidado, ou seja, passa sim pela criação de políticas, de protocolos, porém inclui uma dimensão indispensável, a da ação, a do fazer. É no próprio ato de fazer que novas conexões vão-se tornando possíveis e novos atores vão ganhando existência, ou seja, o fazer produz o cuidar. Queremos, por meio do nosso objeto-processo, dar ênfase a essa dimensão do fazer que gera um cuidado que nunca está pronto, e sim está sempre se recriando.

Por isso, o objeto desta pesquisa, objeto-processo, se resume em percorrer as diferentes dimensões do fazer-cuidar que surgem a partir das práticas e acontecimentos colhidos na Atenção Básica, mas especificamente no modelo Estratégia de Saúde da Família, que inclui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na área programática 3.2, no

município do Rio de Janeiro. Assim, nosso laboratório de pesquisa é esse território específico de exercício das ações de cuidado, sendo essas baseadas em Políticas de Saúde vigentes, principalmente as políticas que direcionam o cuidado na Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família. Por isso, acompanhei inúmeros encontros de cuidado no período dos anos de 2011 a 2015, na área programática de Saúde 3.2, território esse onde, ao mesmo tempo, configurava-se para mim um campo de trabalho e um laboratório de encontros-acontecimentos de cuidado, ou seja, campo de pesquisa.

Nesse período, no território referido, foi expandida a Estratégia de Saúde da Família, que teve origem no Programa de Saúde da Família concebido em 1994 como uma prioridade do Governo Federal, com o objetivo de superar o modelo tradicional de saúde vigente. A proposta desta Estratégia tem como foco a atenção voltada para a família, entendida em seu ambiente físico e social, pela compreensão ampliada dos processos de saúde e doença e por priorizar intervenções preventivas e de promoção da saúde, e não somente as práticas curativas. Caracteriza-se, também, por modelo centralizado na vigilância sanitária e epidemiológica, e não só na prática clínica. A Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas são compostas por um médico, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde e um técnico de enfermagem. As Equipes de Saúde da Família são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada.

No segundo capítulo, apresentarei mais profundamente esse modelo e os conceitos de saúde e doença a ele atrelados, porém é importante ressaltar que a escolha pelo modelo Estratégia de Saúde família foi realizada com o intuito de qualificar as ações em saúde no Brasil, por meio da qualificação da Atenção Básica em saúde, ou seja, a proposta era aperfeiçoar o cuidado realizado pelo Sistema Único de Saúde, a partir da reorganização das formas de cuidar, priorizando e ampliando as ações da Atenção Básica e toda uma rede de cuidados a partir daí.

Nesse contexto de qualificação da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são equipes multidisciplinares que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família e foram criados em 2008, por meio da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro desse ano. O objetivo da criação destas equipes foi o de qualificar o trabalho das Equipes de SF, ampliando, assim, ainda mais as suas possibilidades de ação. A proposta é que, por meio do Apoio

Matricial¹³, Equipe de Saúde da Família e NASF construam, de forma compartilhada, o cuidado aos usuários pertencentes ao seu território adstrito.

Assim, preocupamo-nos em acompanhar como tem se dado a encarnação dessas políticas nacionais de saúde direcionadas pelo Ministério da Saúde em sua dimensão local e prática. Mais do que entender a “letra da política”, ou seja, do que compreender as diretrizes dessa estratégia do governo tal como ela foi escrita, preocupamo-nos em acompanhá-la em sua dimensão encarnada. Segundo Benevides e Passos (2005b), uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade.

Portanto, este trabalho é fruto do acompanhamento das práticas cotidianas e produções de cuidado que foram sendo possíveis de serem fabricadas ao longo do processo de implantação das Equipes de Saúde da Família e equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área programática de saúde 3.2 no município do Rio de Janeiro. Meu foco de trabalho é nas práticas que envolvem as equipes de NASF do território referido, já que minha aproximação dava-se principalmente com essas equipes.

1.1 - Percursos: a Mudança do Problema de Pesquisa e o Reencontro com o Campo da Saúde

Neste item, gostaria de compartilhar como se constituiu, para mim, o problema da prática do cuidado no cenário da Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área programática de Saúde 3.2, no município do Rio de Janeiro. Hoje, sou coordenadora de oito equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Trabalho na Estratégia de Saúde da Família desde 2011, quando fui contratada, após uma seleção para realizar o Apoio Matricial em Saúde Mental de Equipes de SF. Em dezembro desse mesmo ano, em virtude da expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família no território, mais equipes de NASF foram contratadas e, assim, fui chamada para coordenar, na época, seis equipes de NASF. Desde então, realizo esse trabalho de implantação e coordenação técnica e administrativa dos Núcleos de Apoio à

¹³ Os conceitos de Apoio Matricial e de equipes de Referência foram propostos por Campos (2007) e tratam de arranjos organizacionais e de metodologia para a gestão do trabalho em Saúde. O Apoio Matricial é uma retaguarda especializada, dada a profissionais de saúde e organizada com o objetivo de possibilitar a Clínica Ampliada e a atenção integral. Aprofundamos esse conceito no próximo capítulo.

Saúde da Família da área programática 3.2, território sobre o qual trataremos mais adiante.

Um ano antes de iniciar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, em 2010, finalizei o mestrado em Psicologia na UFF e, nesse período, trabalhava em um hospital Estadual, no município de Itaboraí e, ao mesmo tempo, no consultório particular. Já no final do mestrado, senti necessidade de continuar os estudos no campo da deficiência, em uma vertente de pesquisa que se abriu como questão desde a graduação e no mestrado. O foco seria, agora, estudar políticas que pudessem induzir práticas de cuidado das pessoas com deficiência, sendo esse produtor de modos potentes de viver com a deficiência.

Foi a partir desse desejo que fiz a seleção para o doutorado em Psicologia na UFF, no início de 2011. Nesse mesmo período, fui informada sobre uma seleção para trabalhar em uma Organização Social de Saúde (OSS)¹⁴ e prestei a seleção. Ao longo da graduação, tive algumas experiências no campo da Saúde Pública, incluindo a Saúde Mental, as quais foram muito importantes na minha formação enquanto psicóloga e tornaram-se um grande campo de interesse. Por isso, candidatei-me à seleção, feliz com a possibilidade de trabalhar nesse espaço. Em julho desse ano, recebo duas grandes boas notícias: fui aprovada para o doutorado em Psicologia e, ao mesmo tempo, para o trabalho na Organização Social de Saúde.

Assim, iniciei o doutorado no mesmo período do trabalho na OSS em que fui contratada para trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Mesmo sem saber o que seria exatamente o trabalho no NASF, aceitei o desafio de descobrir esse espaço, ainda tão desconhecido para mim e para quase todos os trabalhadores que ingressaram nesse período. Muito curiosa, fui-me apresentando ao cotidiano de trabalho, bem diferente daquele dentro do hospital Estadual e do Instituto Benjamin Constant¹⁵. Um mundo de possibilidades de encontros de cuidado fazem-se presentes nesse período. Assim, dia após dia, fui-me deparando com políticas públicas de cuidado que

¹⁴ As Organizações Sociais de Saúde são organizações sociais de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos, cujas atividades são dirigidas à saúde, incluindo a área da assistência, ensino e pesquisa. No capítulo dois situei o nascimento destas instituições no contexto político brasileiro e defínirei seus principais objetivos.

¹⁵ O Instituto Benjamin Constant (IBC) é um centro de referência nacional para as questões ligadas à deficiência visual, situado na Urca, na cidade do Rio de Janeiro. Lá, existem vários setores como pré-escola, ensino fundamental, setor médico de especialidade oftalmológica, reabilitação, estimulação precoce, imprensa e biblioteca Braille, entre outros. O Instituto Benjamin Constant foi o campo da minha pesquisa de mestrado, assim como campo de pesquisa de Iniciação Científica durante a graduação.

apostavam na proximidade com o território e com a família como modo potente de cuidar, e meu interesse pela Saúde Pública foi acendendo ou reacendendo cada vez mais.

No final de 2011 e início de 2012, quando fui convidada a ser coordenadora das equipes de NASF do território de atuação da OSS, vi-me ainda mais envolvida com a questão da Saúde Pública, principalmente da Estratégia de Saúde da Família. Meu cotidiano de trabalho se resumia ao estudo das políticas e dos direcionamentos do Ministério da Saúde acerca do tema e à tentativa de construir um modo de organização do trabalho do NASF que produzisse modos potentes de cuidar. A letra da política e as diretrizes publicadas comparadas às práticas que estavam sendo possíveis de desenvolver evidenciavam um distanciamento enorme e angustiante, de modo que esse tema tomou os poros de minha pele, do dedo do pé ao fio de cabelo e, por isso, decido, junto à minha orientadora, modificar o tema de estudo do doutorado, retirando-me do campo da deficiência e apostando no campo da Saúde como cenário de pesquisa.

Sendo assim, a guinada da pesquisa para o campo da Atenção Básica à Saúde, partiu de um acontecimento que se deu em um encontro bastante específico com esse campo e com o processo de implantação das Equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na AP 3.2. Encontro encarnado no cotidiano de trabalho desse processo, na tentativa de entender como políticas poderiam virar práticas e que fazeres poderiam ser construídos a partir de tais políticas.

Trabalhar na Estratégia de Saúde da Família e NASF foi, sem dúvida, um disparador decisivo para a modificação do tema da pesquisa, porém, ao refletir sobre o meu percurso de formação ao longo da graduação, estágios, pesquisas, trabalhos, etc., dou-me conta de que o tema da encarnação das políticas públicas de cuidado já me causa inquietações há bastante tempo. Dessa maneira, essa nova inflexão do trabalho para o campo da Saúde, principalmente no que diz respeito à encarnação de Políticas de Saúde, não se dá meramente ao acaso de um concurso, e sim com todos os encontros que ele promoveu e promove, fazendo com que eu me reencontre com uma questão que, de alguma forma, estava em estado latente.

Sendo assim, considero importante realizar um resgate do percurso por mim trilhado, tanto no campo da Saúde quanto em outras experiências do exercício de práticas de cuidar, e retomar esse fio condutor que agora desemboca nesta pesquisa de doutorado.

Nessa retomada, seleciono algumas experiências. Talvez a pesquisa de Iniciação Científica “Perceber sem ver”, durante a graduação, e a passagem pela Escola de Dança Angel Vianna tenham sido importantes pontos de onde a vivência da encarnação do cuidado tenha-se tecido de forma mais consistente em minha trajetória. Por outro lado, os estágios em Saúde Pública com a Professora Claudia Abbês e em Saúde Mental na Casa de Engenho, além da experiência como psicóloga em um hospital Estadual no município de Itaboraí, foram importantes imersões no campo da saúde que me colocaram diante da questão da encarnação das Políticas de Saúde e, conseqüentemente, do cuidado nesse cenário.

Logo após o final da graduação, inicio a formação em bailarino contemporâneo na Escola de dança Angel Vianna. Considero que, nesse período, a necessidade de encarnação das práticas de cuidado ganhou uma certa literalidade e radicalidade, de modo que foi no corpo mesmo e experimentando suas possibilidades que encontrei espaços de cuidado para mim mesma. Além de práticas corporais que geraram autocuidado, a escola foi bastante formadora no sentido de situar no corpo um potente campo de cuidado do outro, pois, na escola de dança, fui compreendendo que, por meio das experimentações do corpo, experimentamos também outras maneiras de ser, outras maneiras de estar no mundo, corpo criativo, corpo-cuidado, corpo fazer-existir.

Modos de fazer: o cuidado em meio ao corpo

O início da aula de dança se passa no chão de madeira. Todos deitam e a proposta é perceber o corpo, o batimento cardíaco, o toque do corpo no chão. É gelado? É pesado? Há partes que tocam e há partes que não encostam no chão, há muitas curvas, há partes duras e há partes moles. Minha respiração está acelerada, pois vim correndo para chegar na hora. Meus pensamentos estão cheios: preciso escrever, preciso arranjar um trabalho, acabei de me formar, está na hora de ganhar dinheiro! A cada respiração, junto com o ar, sai um pouco de pensamento e, com isso, vou-me concentrando nas sensações. Hoje, o meu pescoço dói, estou com um pouco de sede, estou com um pouco de frio. A cada respiração, mais o meu corpo pesa no chão. A professora orienta que possamos, ainda no chão, experimentar as nossas dobradiças, as nossas articulações, a proposta é dobrar e desdobrar cada articulação, dando-nos

conta de como isso ocorre em nosso corpo. Dobro e desdobro as articulações dos dedos, do pescoço que dói, dos cotovelos, dos ombros, dos punhos, da bacia, do fêmur, do joelho, dos pés, do tornozelo, tudo dobra e desdobra e, com isso, vou entrando em contato com movimentos nunca antes experimentados, com posições estranhas que me tiram do lugar. Enquanto me movo, percebo que algumas dobradiças dobram ao mesmo tempo e, depois, alternadamente, umas rapidamente e outras devagar, outras estalam. A partir de todas as dobras e “desdobras”, meu corpo se movimenta sem sair do chão. Quando percebo, meu corpo está dançando, movimentos sinuosos, movimentos quadrados, o movimento de uma articulação gera o movimento da outra e, com isso, danço, danço de improviso. A professora orienta que, sem interromper a experimentação, saíamos do chão e ocupemos o plano médio. Agora, posso sentir o peso do meu corpo, que me ajuda a movimentar, outras possibilidades de movimento surgem, estou com calor. Agora, podemos ocupar também o plano alto, vou do chão ao alto do meu corpo, dobrando e desdobrando, descubro mais movimentos nunca antes experimentados. Dou-me conta de tudo que dobra em meu corpo, eu posso dobrar, a sensação é intensa, a pele está sensível, o coração acelera ainda mais, a respiração se torna ofegante, as palavras que vêm à cabeça são flexibilidade, engrenagem. A sensação é de liberdade, uma alegria toma conta, posso me mover e criar movimentos nunca dançados antes, estou eufórica, estou presente em mim, sinto uma expansão da minha alma, uma sensação de integração. É isso, meu corpo dança e, com isso, ele cria. Experimento no corpo a possibilidade criativa do meu ser.

A decisão pelo o caminho do corpo como radicalidade da encarnação do cuidado tem sua origem ainda antes da Escola Angel Viana, durante a graduação, no projeto “Perceber sem Ver”¹⁶. Essa pesquisa de Iniciação Científica teve continuidade no

¹⁶ O projeto de pesquisa Perceber Sem Ver possui raízes na pesquisa de Iniciação Científica, da qual fui bolsista (FAPERJ) durante 4 anos e cujo o título era Percepção e cegueira: o teatro como dispositivo cognitivo. Possui também raízes no Programa de Pesquisa e Extensão “Ver e não Ver: corpo e subjetividade entre pessoas com deficiência visual”, do qual também participei como pesquisadora até o ano de 2010. Esse programa é um desdobramento do primeiro projeto. Todos são coordenados pela professora Marcia Moraes em uma parceria entre a Universidade Federal Fluminense e o Instituto

mestrado, em que as práticas corporais foram tomadas como laboratório de construção de modos potentes de cegar. Ao mesmo tempo em que fiz o mestrado, formei-me na escola Angel Vianna. Tal articulação entre corpo e cuidado, até hoje, tem influenciado minha prática clínica, em todos os espaços de cuidado em que trabalho.

O encontro com o campo da Saúde deu-se quando iniciei o estágio com a professora Claudia Abbês, em Unidades de Saúde do município de Niterói. Entre outros aspectos, interessava-nos, naquela época, entender como as práticas da Política Nacional de Humanização¹⁷ estavam sendo encarnadas por trabalhadores da saúde e usuários. Convivíamos em dois campos de estágio: o Hospital Universitário Antônio Pedro e a Unidade de Pronto Atendimento Mário Monteiro, na Região Oceânica de Niterói. Em conversa com um enfermeiro, na sala de trauma, o mesmo, enquanto monitorava e fazia alguns exames clínicos em um paciente entubado, contava-me sobre o seu cotidiano de trabalho e, em meio à conversa, ele disse: “Já estou cansando, já trabalho na Saúde há muito tempo, menina, e já vi muitas mudanças, mas, por mais que as políticas mudem, tudo continua igual, nada muda. Eu mesmo já estou contando os dias para me aposentar e ir fazer outra coisa, e esse seu entusiasmo já já vai passar, pois nada muda”. A questão do profissional me move, pois o que faz com que políticas sejam criadas e a prática continue a mesma? Será realmente que as práticas continuam as mesmas? Como fazer viver as políticas do SUS no cotidiano das Unidades de Saúde? Como encarnar o ideário da Reforma Sanitária¹⁸? Essas eram questões recorrentes no dia a dia do estágio, em que, por muitas vezes, encontrávamo-nos com práticas endurecidas e desesperançadas em relação às possibilidades de mudança em prol de práticas mais humanizadas de saúde e de uma melhor qualidade de trabalho na Saúde.

Ainda na graduação, entro para o estágio “Acadêmico Bolsista” no município do Rio de Janeiro e passo um ano na Casa de Engenho, um Hospital Dia, dentro do

Benjamin Constant. O projeto de pesquisa Perceber Sem Ver vem investigando modos potentes do cegar por meio da experimentação do corpo.

¹⁷ Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

¹⁸ A Reforma Sanitária culminou na criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Abordamos melhor essa questão no próximo capítulo.

Instituto Municipal Nise da Silveira¹⁹. A Casa de Engenho estava em pleno processo de se tornar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pois, de acordo com a Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial eram e são um dos principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, na tentativa de substituir os Hospitais Psiquiátricos e construir o cuidado em Saúde Mental mais próximo do território e da comunidade.

Nessa experiência, havia a tensão constante do trabalho de transformação e colocação em prática das diretrizes de um Centro de Atenção Psicossocial, de acordo com as apostas da Reforma Psiquiátrica. Acompanhei inúmeras reuniões e seminários internos, em que a principal discussão era a transformação do Hospital Dia em CAPS e que tipo de cuidado era esse que tínhamos que construir a partir de agora, levando sempre em consideração as singularidades locais. Discutíamos sobre questões básicas, tais como o horário de funcionamento da unidade, a abertura no sábado, discutíamos sobre como fazer a unidade sair de dentro do hospital e ocupar o território, como efetivar práticas de cuidado que se distanciassem do modelo manicomial e pudessem ir ao encontro das políticas publicadas acerca dos direitos das pessoas loucas e da potencialidade do cuidado realizado com base na lógica territorial.

Um ano após a conclusão da graduação, iniciei o trabalho como psicóloga em um Hospital Estadual no município de Itaboraí e, mais uma vez, o encontro com o campo da Saúde Pública e a questão da encarnação das Políticas de Saúde se fazem presentes, pois, ao contrário de muitos direcionamentos do SUS, cotidianamente encontrava-me com práticas fragmentadas e descoordenadas, pouca resolutividade, desarticulação do

¹⁹ O Instituto Municipal Nise da Silveira, unidade da Secretaria Municipal de Saúde, é uma instituição de Saúde Mental com forte herança histórica no tratamento da loucura. Foi inaugurado no início do século XX, em 11 de junho 1911, como Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, para receber um excedente de mulheres internas do primeiro hospício do Brasil. O Instituto acompanhou as transformações no tratamento psiquiátrico ao longo dos anos e foi berço de propostas inovadoras na assistência a indivíduos com transtornos mentais, colaborando na construção e consolidação das Políticas Públicas de Saúde Mental no país. Assim, o Instituto foi um polo disseminador das ideias que consolidaram o Movimento da Luta Antimanicomial. As iniciativas revolucionárias de outrora fazem parte hoje da história que resultou no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, com leis que regulamentam as novas formas de tratamento e a criação de novos dispositivos de cuidado, além de toda uma mudança na compreensão da loucura e de sua representação social. Seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, o Instituto iniciou a desconstrução de seu aparato manicomial, cujo processo se intensificou a partir da municipalização, em 2000. Tendo como base as ações de desinstitucionalização, o Instituto promoveu a saída de vários serviços assistenciais para o território (Emergência Psiquiátrica, Centros de Atenção Psicossocial), assim como estimulou a ocupação do espaço interno da unidade com projetos culturais, sociais e de geração de renda. A Casa de Engenho foi um dos serviços que saíram do Instituto. Então, deixou de ser um Hospital Dia para se tornar o CAPS Torquato Neto. Disponível em: <instituoisedasilveira100anos.blogspot.com.br>. Acesso em: ago. 2015.

hospital com a rede de cuidados, desrespeito aos direitos dos usuários, entre outras situações. Porém, apesar disso, no dia a dia de trabalho, tentava me articular com práticas potentes que pudessem, de fato, promover o cuidado mais integral e responsável. No hospital, constantemente, lembrava-me dos estágios da graduação e trabalhava na tentativa de promover brechas e me conectar com as forças criativas que sempre acabavam se apresentando nos encontros com alguns profissionais, pacientes e situações inusitadas, como as que relatei no início deste capítulo.

Quando ainda trabalhava no hospital, fui convocada para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e, nesse início, consegui conciliar o trabalho no hospital com o na Atenção Básica. Comparando as duas realidades, percebia o quão potente poderiam ser as práticas de cuidado na Estratégia de Saúde da Família, contudo, o desafio da encarnação das políticas continuava a ser algo que me tomava o pensamento e inquietava-me cotidianamente. A partir disso, decido embrenhar-me nos estudos desse cenário e trazer para reflexão as práticas diárias vivenciadas.

Muitos são os desafios do trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Aprofundaremos o significado e as políticas orientadoras dessas equipes no capítulo dois desta tese, porém, na composição do problema da presente pesquisa, cabe trazer agora a narrativa de uma situação que dá corpo aos principais desafios presentes no cenário de implantação dessas equipes e realização do fazer-cuidar diário.

*Modos de fazer: ouvir música é conduta de um matriciador em Saúde Mental?*²⁰

Há algumas semanas, recebi um rádio do supervisor das Equipes de Saúde da Família, dizendo: “Precisamos conversar sobre um dos matriciadores de sua equipe. O gerente da Clínica da Família me ligou dizendo que ele anda tendo umas condutas esquisitas, que não estão de acordo com a postura e orientações de um especialista em Saúde Mental”.

Diante da fala do supervisor, que é enfermeiro, questiono sobre quais foram as condutas inadequadas deste profissional, e ele responde:

²⁰ Narrativa escrita a partir de acontecimento ocorrido em meu atual trabalho na Estratégia de Saúde da Família como Assistente Técnica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

“O gerente me deu um exemplo de uma orientação dada por ele. Durante uma discussão de caso entre a Equipe de SF e NASF, um agente comunitário de saúde fala sobre uma idosa que está restrita ao domicílio e não levanta da cama. Segundo a equipe, a mesma era uma cantora, adorava música, farras, bebidas e comidas e, há alguns anos, foi acometida por uma doença neurológica e, mesmo sem sequelas importantes, ela não podia mais levar a vida de antes, necessitando cuidar mais de sua saúde. O fato de não poder mais levar ‘a vida de antes’ a fez ‘desistir de viver’, ela não quis mais sair de casa. A situação ficou tão grave que hoje em dia ela possui seus membros inferiores atrofiados, com pouca massa muscular, impossibilitando-a de andar. Segundo a equipe, o matriciador sugeriu que a agente comunitária de saúde fosse constantemente a sua casa escutar música com ela. “Isso é conduta de um especialista em Saúde Mental? Sugerir ouvir música com a paciente?”. Disse para o supervisor que precisaria entender melhor a situação, pois a orientação de ouvir música com uma paciente, descolada de um contexto, poderia parecer absurda ou perda de tempo, porém poderia, por outro lado, ser uma estratégia de se vincular com ela, para poder estabelecer uma relação de cuidado e confiança. Dois dias depois, fui até a Clínica da Família, local de onde partiu a reclamação. Chegando lá, o gerente fala que está havendo um grande conflito entre o matriciador do NASF e os profissionais das Equipes de Saúde da Família, e me pede para conversar com os médicos das equipes, para que eu possa entender melhor a situação.

Os médicos dizem não se sentirem apoiados pelo matriciador, afirmando que, segundo ele, nenhuma situação apresentada pela equipe é grave e nenhuma situação é digna de tratamento psicoterapêutico ou medicação psiquiátrica. Dizem que ele não resolve nada! Falam também que ele orienta que eles façam coisas absurdas, que eles não se sentem aptos a fazer, tais como: ouvir melhor o paciente, investigar suas histórias de vida e início das situações de sofrimento, ouvir música com os mesmos, entre outras coisas. Os médicos dizem, ainda, que eles não sabem avaliar sozinhos as situações dos pacientes, se esses precisam ou não de cuidados especializados, e que gostariam que o matriciador em

Saúde Mental fosse mais disponível e que fizesse algumas intervenções junto com eles. Conversamos sobre o que seria “resolver” uma situação de Saúde Mental, sobre o fato de que, às vezes, temos soluções ideais para o sofrimento do outro, porém, que nem sempre é possível uma resposta rápida ao sofrimento. Conversamos também sobre a angústia de presenciar uma pessoa em sofrimento diante de nós e que, muitas vezes, gostaríamos de retirar imediatamente a dor daquela pessoa, porém, para o sofrimento psíquico, muitas vezes não possuímos uma medicação para a cessação da dor, como acontece com algumas dores de estômago, por exemplo. Entendemos, em conjunto, que, diante dessas situações em que nos sentimos impotentes em relação ao sofrimento do outro, seria importante ter alguém para compartilhar essa angústia, alguém para nos apoiar na avaliação e na criação de estratégias para determinadas situações e que, para isso, o matriciador em Saúde Mental poderia estar mais disponível, fazer mais ações em conjunto com eles. Falamos também sobre poder dizer para o profissional do NASF que não compartilhavam ou não concordavam com determinadas sugestões indicadas por ele.

O acontecimento acima traz algumas questões levantadas no cenário de análise desta pesquisa, e ainda alguns desafios, e indica o que me levou à escolha do tema do cuidado no contexto da ESF. Ao iniciar o trabalho, deparei-me com um campo muito novo para mim e, então, muitas perguntas surgiram, que colocavam o cuidado no centro de minhas reflexões.

Uma dessas questões se apresenta na narrativa descrita acima, em relação à resolutividade do cuidado. A expectativa de grande parte da Equipe de Saúde da Família era de que o matriciador pudesse “resolver” a situação de sofrimento da mulher que gostava de cantar. O que significa “resolver”, quando estamos falando de saúde, quando estamos falando de cuidado? O aumento da resolutividade faz parte das políticas de Atenção Básica, de Saúde da Família e também das diretrizes do NASF. Contudo, o que seria resolutivo no contexto acima narrado?

No caso da mulher que gostava de cantar, parecia que, no imaginário dos profissionais envolvidos, ser resolutivo seria a indicação de uma ação de cuidado que cessasse seu sofrimento e o fizesse conectar-se com a vida novamente. Talvez, o

matriciador, ao sugerir a aproximação da usuária pelo viés da música, estivesse dizendo para a equipe que a construção do aumento da qualidade de vida da usuária pudesse partir de uma vinculação com a mesma, a partir de elementos já conhecidos e agradáveis a ela. Por meio da aposta neste fio conector, a equipe poderia construir o cuidado da usuária junto com ela, a partir do que os encontros e o vínculo com o usuário permitissem criar.

Porém, o matriciador em Saúde Mental e Equipe de SF não percorreram juntos esse caminho, em que se indicou a proposta de ouvir música com a usuária. Por um lado, era já dado para o especialista em Saúde Mental, que esta era uma orientação “resolutiva” e potente para o cuidado com o usuário, como se fosse uma “receita” de aproximação ou uma conduta pré-estabelecida. Por outro lado, a Equipe de Saúde da Família não compartilhava dessa experiência prévia do matriciador, o que fez com que sua sugestão não fizesse nenhum sentido e, por isso, não se configurasse como uma ação de cuidado, e sim como uma indicação não resolutiva. Desse modo, o matriciador, partindo do pressuposto de que o encontro com a usuária, seria uma possibilidade de criação de um cuidado potente para a mesma, não incluiu um importante ator nesta construção, a Equipe de Saúde da Família. A partir do exposto, duas questões surgem dessa experiência de fazer-cuidar: de que modo é possível construir uma experiência de cuidar que inclua todos os atores envolvidos nessa construção? Como construir, de forma compartilhada, diferentes sentidos para a palavra “resolutividade”, que partam não de ideias pré-estabelecidas, mas sim de uma construção local e partilhada?

Quando Merhy (2013a) nos aponta que o cuidado parte de um encontro intercessor entre usuário e profissional de saúde, ou um grupo de usuários e uma equipe de saúde, ele marca dois elementos constitutivos do cuidado: usuários e equipes. Contudo, com a criação de um terceiro elemento no cenário de cuidado, a equipe de Apoio Matricial, novas possibilidades de construção do cuidado a partir do encontro apresentam-se. Será necessário seguir como a entrada desse elemento “equipe de Apoio Matricial”, dito de outro modo “a equipe de NASF”, pode contribuir na construção do cuidado e, mais que isso, como será possível a construção de um fazer-cuidar que inclua em seu processo todos esses atores no contexto da Estratégia de Saúde da Família?

Outro ponto relevante vem à tona a partir do questionamento do supervisor sobre a orientação dada ao agente comunitário. Escutar seresta com o paciente não foi entendida como uma ação de cuidado. A fala do supervisor diz de um estranhamento causado em virtude de uma orientação que, na experiência dele e de alguns profissionais

de saúde, não pertencia ao rol de possibilidades de cuidado. A Estratégia de Saúde da Família possui diversos protocolos de cuidado, contudo, será que o fazer-cuidar possui somente condutas pré-definidas? Como podemos entender a ação de cuidar como uma ação que se dá a partir de um contexto singular, utilizando elementos particulares de uma determinada situação que se apresenta? Se apostamos que o cuidado é construído no dia a dia, a partir da singularidade de cada situação, apostamos na criação das ações de cuidado e não em formas prévias. Sendo assim, como incluir os protocolos de cuidado e a criação de novas práticas na potencialização do cuidado?

O acontecimento narrado traz, ainda, uma questão importante para a produção de cuidado na Atenção Básica, que é sobre o lugar do especialista. Essa questão conecta-se diretamente com o ator “equipe de Apoio Matricial” ou “equipe de NASF”, que se apresenta no campo da Atenção Básica. A ideia de colocar uma equipe de especialistas junto com uma equipe de generalistas²¹, no mesmo nível de atenção, no mesmo local de trabalho e com objetivos de apoio e não referência principal do cuidado, abre possibilidades de construção de práticas de cuidar que integrem diferentes saberes, ali mesmo, no cotidiano de trabalho. Diante disso, em que medida as Políticas de Saúde que definem as equipes de Apoio Matricial contribuem para o questionamento das lógicas especializadas e fragmentadas de cuidar? Levando em consideração o último acontecimento narrado, uma questão que se coloca é: será que somente o psicólogo ou psiquiatra, ditos “especialistas”, podem realizar ações de cuidado em Saúde Mental? É possível que não-especialistas realizem tais ações? Que impactos essas questões nos trazem para o cuidado?

A narrativa aponta, também, para o desafio da construção de um cuidado possível e compartilhado, a partir de diversos saberes diferente. No contexto da Saúde da Família, existem médicos generalistas, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc. A ideia é que cada profissão contribua para a realização de ações integrais de cuidados a uma determinada população. Como fazer dialogar, mais do que isso, como costurar os diversos saberes em prol da realização de um cuidado de qualidade e ampliado?

A Clínica Ampliada é uma direção de cuidado definida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que indica que o acesso ao sistema deve ser universal, que a rede de

²¹ Dizemos que as Equipes de Saúde da Família são formadas por generalistas, já que atendem diversas questões de saúde, sem serem especialistas em uma apenas. Para ser médico ou enfermeiro de família, não necessita ser especializado em nenhuma área de atuação.

cuidados deve ser integrada e que as ofertas de saúde devem ser disponibilizadas de maneira equânime. Tais princípios induzem a um redirecionamento de práticas de atenção à saúde e, inclusive, da gestão, no sentido da ampliação da clínica, isto é, disparam o enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que centraliza seu objeto na doença e no sintoma, que coloca a remissão do sintoma e a cura como seu objetivo maior e que define a intervenção terapêutica considerando, predominante ou exclusivamente, os aspectos orgânicos.

Segundo definições da Política Nacional de Humanização, ampliar a clínica implica partir de uma compreensão ampliada do processo saúde e doença e, assim, tomar a saúde, e não somente a doença, como objeto de investimento das práticas em saúde, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto de vida. Além disso, ampliar a Clínica significa realizar a avaliação diagnóstica, considerando não só o saber clínico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados. A proposta da Clínica Ampliada entende, ainda, que produzir saúde significa ampliar o grau de autonomia dos sujeitos e não os entender como indivíduos passivos.

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais: 1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença: Busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. [...] 2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas [...]: O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersectorial, como no sentido dos usuários.[...] 3. Ampliação do “objeto de trabalho”: As doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional (ou especialidade) seja bem delimitado[...]. 4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho:[...] São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. [...]. 5. Suporte para os profissionais de saúde: A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora - ainda que falsamente protetora - porque “permite” ao profissional não ouvir uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar não lidar com a própria dor ou medo que o trabalho em saúde pode trazer. É necessário criar

instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação[...] (BRASIL, 2010a, p. 56-58).

A Clínica Ampliada faz parte de uma das principais direções da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se da integralidade do cuidado, que diz respeito a uma diretriz da Atenção Básica e determina que a mesma é responsável tanto por coordenar quanto por ampliar as ações de cuidado na Rede de Saúde, integrando as ações de cuidado, tais como as ações programadas e de demanda espontânea e a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins. Fazem parte também da integralização do cuidado a ampliação da autonomia dos usuários e das coletividades e o trabalho multiprofissional, interdisciplinar, e em equipe. Nesse contexto, é essencial um alto grau de articulação entre os profissionais de diferentes formações, de maneira que não só as ações sejam compartilhadas, mas também que esteja presente um processo interdisciplinar, no qual, progressivamente, os núcleos específicos de competências profissionais vão enriquecendo o campo comum, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e em determinados profissionais para um processo centrado no usuário, em que o cuidado do mesmo é o grande objetivo (BRASIL, 2012a).

Segundo Franco e Merhy (2007), diversas tentativas de substituição do modelo curativo centrado no profissional médico e na prescrição de procedimentos já foram propostas com o objetivo de qualificar o cuidado e diminuir os gastos com a saúde. Os autores citam como exemplo a medicina comunitária, criada na década de 1940, e os Cuidados Primários em Saúde, produto da conferência de Alma-Ata, em 1978. Ambas as propostas questionam o lugar do profissional médico como protagonista das ações em saúde e apostam na equipe multiprofissional como qualificadora do cuidado. As duas valorizam, ainda, a vigilância em saúde, o estudo epidemiológico, a promoção e a proteção à saúde e a referência territorial para o cuidado.

Os mesmos autores (2007) apontam ainda que, apesar da intenção de criar alternativas ao modelo vigente, nenhuma das duas propostas foi eficaz. Com isso, questionam se o ESF não seria mais um modelo de modificação no processo de trabalho que não resultaria em uma mudança efetiva do cuidado em saúde. Observam que,

enquanto as propostas de transformação dos modelos assistenciais não incluírem os processos cotidianos e os profissionais de saúde, não será possível mudança efetiva, pois é exatamente no dia a dia que a produção do cuidado se dá de fato. Compreendem ainda que a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão dos trabalhadores ao novo projeto são essenciais para a qualificação do cuidado e a real reforma do modelo assistencial.

As propostas de Annemarie Mol vêm ao encontro das apostas de Franco e Merhy, apontando que, na construção do cuidado, é preciso analisar as práticas diárias, o modo de fazer e considerar que diferentes indivíduos e lugares requerem diferentes tipos de cuidado, ou seja, o cuidado é construído localmente e não de modo generalizado, devendo ser baseado em uma construção coletiva e não individualizada.

Segundo Franco e Mehry (2007), o trabalho em saúde traz um componente importante e insubstituível: o trabalho humano, vivo e em ato. Segundo os autores, este componente pode ser analisado por meio de três ângulos: o primeiro, a relação entre os trabalhadores; o segundo, a relação entre os trabalhadores e os usuários; e, por último, o autogoverno do trabalhador em saúde, que é o que muitas vezes determina o perfil de certo modelo assistencial, detonando processos inovadores frente às organizações dos processos de saúde. Por isso, Franco e Mehry dizem que não basta implantar a Estratégia de Saúde da Família como mais um novo modelo, modificando-se apenas a assistência de modo estrutural. Deve-se garantir a modificação dos processos de trabalho, da relação entre os profissionais de saúde e dos profissionais com os usuários. Requer, portanto, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão dos trabalhadores ao novo projeto.

Desse modo, investigar as práticas de saúde é acompanhar e, mais do que isso, construir junto com os profissionais e os outros atores envolvidos um fazer-cuidar que cumpra de fato seu objetivo. Em meu duplo papel de coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e de pesquisadora, venho testemunhando a prática de saúde dos profissionais, principalmente do NASF no território da AP 3.2, de modo a tentar promover, junto com eles, a qualificação de tal experiência no dia a dia de trabalho.

É nesse ponto que faço uma pequena pausa no texto para analisar o meu lugar de pesquisadora nesse processo de pesquisa e os diferentes papéis que ocupei nesse cenário. Um lugar que certamente ocupei foi o de testemunha dos profissionais de saúde. Contudo, outros posicionamentos fizeram-se presentes nesse percurso: muitas vezes o papel de pesquisadora embarçou-se com outros papéis e, assim, a pesquisa foi-

se produzindo. No próximo item, realizo uma análise desses lugares, assim como apresento a metodologia da pesquisa, que foi capaz de suportar e sustentar as costuras dos diferentes papéis, os embaraços, e que também me ajudou a desembaraçá-los.

1.2 - A Metodologia da Pesquisa e o Lugar de Pesquisadora: Movendo os Fios que se Embaraçam e Ajudam a Desembaraçar

Entro em contato com o papel de pesquisadora no início da graduação em um projeto de Iniciação Científica e, desde então, venho experimentando esse lugar. Ao longo do tempo, percebo que não se trata de um lugar fixo, rígido, e menos ainda pré-concebido, e que a figura do pesquisador se compõe junto à própria pesquisa. Segundo John Law, “o conhecimento é um produto social e não algo produzido através da operação de um método científico privilegiado [...]. O conhecimento pode ser visto como produto ou efeito de uma rede de materiais heterogêneos” (LAW, 1992, p. 2).

Assim, a composição do papel de pesquisadora já é uma experimentação antiga que se inicia na graduação, atualiza-se durante o mestrado e, nesta pesquisa de doutorado, ganha novas versões. Essas são singulares aos novos encontros e atores envolvidos, incluindo um novo campo de pesquisa: a Atenção Básica com seus trabalhadores, território específico, diretrizes, políticas, etc. Inclui-se também a interseção com outros papéis ocupados por mim nesse cenário de práticas, tais como o de trabalhadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e, depois, o de coordenadora das equipes de NASF.

O entendimento de que o pesquisador se produz na própria ação de pesquisar requer uma metodologia que dê continência a tal processo. Dito de outro modo, uma metodologia em que a fabricação de se tornar pesquisadora, a partir do encontro com o campo singular de análise, seja possível. Assim, na construção da metodologia que apresento agora, retomo uma linha metodológica que venho percorrendo desde as pesquisas de Iniciação Científica e mestrado²², tento transpô-la para o campo da Saúde, sabendo que nesse processo, transformações ocorrem. Nessa passagem de campo, incluo, ainda, alguns autores.

²² Para mais detalhes, ver MANSO, 2010.

Assim, a metodologia utilizada parte do princípio de que tanto pesquisador quanto objeto de pesquisa fazem parte de uma construção que se dá no próprio ato de pesquisar. Tomamos então o pesquisador e o objeto de pesquisa não como entidades previamente definidas e radicalmente separadas, mas sim como atores que se compõem por meio de uma rede de conexões que se costura ao longo do processo.

Tomar sujeito e objeto como rede implica, necessariamente, em colocar em questão o ato de conhecer, em construir um método que dê conta de um sujeito e de um objeto que se caracteriza pela variação. Essa especificidade põe em questão o modelo científico moderno de produzir conhecimento pautado no positivismo e no racionalismo. Entender o sujeito e o objeto como processo, como rede, desmonta conceitos básicos da pesquisa científica moderna, como o da separação sujeito e objeto, da neutralidade do pesquisador, da generalização, da verdade científica, entre outros.

Serres (1993) chama atenção para a possibilidade de construção de um conhecimento que possa estudar a realidade em sua dimensão complexa, tal como ela se fabrica, um conhecimento que dá lugar ao mestiço, àquilo que não pode ser purificado e nem reduzido, isto é, àquilo que escapa aos ideais purificadores da ciência moderna, que tão fortemente marcaram a psicologia.

Que nos poderia exhibir agora o monstro comum, tatuado, ambidestro, hermafrodita e mestiço sobre a própria pele? Sim, o sangue e a carne. A ciência fala de órgãos, de funções, de células e de moléculas, para finalmente confessar: faz tempo não se fala mais de vida nos laboratórios, mas ela nunca se refere a carne que, precisamente, designa, num dado lugar do corpo, aqui e agora, a mistura de músculos e de sangue, de pele e de pelos, de ossos, de nervos e de funções diversas, que mescla aquilo que o saber pertinente analisa. A vida joga os dados e embaralha as cartas [...] (SERRES, 1993, p. 5).

A presente pesquisa aposta na construção de um método que se afaste dos moldes científicos inaugurados pela modernidade. Ao contrário do pensamento moderno, esta pesquisa desenvolve-se na tentativa de desenhar a rede de produção à qual o objeto ou fenômeno – neste caso, o fazer-cuidar – se encontra conectado, acompanhando seu movimento permanente.

Assim, a fim de fundamentar esta proposta, tomamos como aliados alguns autores que, na contemporaneidade, propõem novos modos de conhecer e de pesquisar. Em meados do século XX, inauguram-se alguns estudos visando ao questionamento dos

padrões modernos de cientificidade. Bruno Latour , Annemarie Mol, Vinciane Despret e John Law são alguns dos principais autores que se situam no campo de estudos da Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS) e que têm renovado o debate acerca do que é o conhecer.

Os estudos CTS proliferaram-se na década de 1980 e apostam no questionamento da ciência moderna, em que a produção de conhecimento visa sempre ao universal. Trata-se ainda de uma antropologia das ciências e interessa-se por estudar a ciência em ação, o que o cientista faz na prática e o que está envolvido na construção de conhecimento.

Os estudos CTS reuniram autores de diferentes áreas e continentes, apresentando, como fio condutor que os articula, a concepção de que os três domínios que nomeiam tal campo de estudos – ciência, tecnologia e sociedade – não são separados e desarticulados, mas antes são coproduzidos e entrelaçados por meio de associações heterogêneas, que articulam humanos e não humanos. Assim, podemos afirmar que, no campo dos estudos de CTS, o social não é considerado como algo dado, definido de antemão, ele não é senão o efeito de certos arranjos ou associações que reúnem elementos bastante díspares (MORAES; ARENDT, 2013).

Bruno Latour (1994) afirma que jamais fomos modernos, indicando que o conhecimento implica sempre em um processo bastante heterogêneo de construção. Para o autor, a purificação moderna, que separa sujeito de objeto, produz uma série de seres híbridos que não são pensáveis neste referencial binário. Seres que insistem em existir e que não cessam de escapar aos ideais de purificação modernos. Propõe que não há ciência neutra, e sim uma grande rede híbrida de conexões e negociações que produzem o fato científico.

Ainda segundo Latour (1997), interessa-nos acompanhar como se constituiu um fato científico, isto significa pensar e seguir como se formaram os regimes de verdade. Para isso, é necessário colocar em cena as negociações e misturas necessárias a esta confecção.

[...] mas é a própria ciência que permanece em xeque nos domínios da multiplicidade, quando sua existência enquanto entidade única, coerente e universal dá sinais de sucumbir ante a pluralidade das mais diversas práticas culturais. A ciência ou uma ciência? [...] (CUKIEMAN, 2000, p. 21).

O autor (LATOURE, 2007) aponta-nos que o conhecimento ocorre de forma encarnada, só sendo possível conhecer a partir de um engajamento prático. Desse modo, o processo de pesquisa nunca é puro, ou seja, reduzido a suas partes elementares. O conhecimento científico é sempre um conhecimento articulado a uma rede: quanto mais o fato científico for articulado, mais real ele será. Além disso, a aplicação do processo de purificação em uma pesquisa dá-nos como resultado um produto. Já quando levamos em consideração todo o percurso, ou seja, a rede que gerou determinado conhecimento, incluindo todos os seus elementos heterogêneos, estamos lidando não com produtos, e sim com processos.

No início do capítulo, apresentamos que o rizoma é uma das bases filosóficas para a noção de rede apresentada por Latour. Num rizoma, como numa rede, há múltiplas entradas e não apenas duas entradas privilegiadas, como se supunha no pensamento moderno: ou se conhece o objeto pelo polo da natureza, ou pelo polo da sociedade. Latour (1994) tira daí consequências metodológicas importantes. Uma vez que o real é rizomático, é possível entrar em campo sem preconceber nenhuma distinção *a priori*, nenhuma porta de entrada como sendo a única via possível de acesso.

O autor (LATOURE, 1996) apresenta, portanto que as distinções entre os diferentes atores da produção de conhecimento não estão dadas, mas são construídas de acordo com o próprio processo de conhecer, ou seja, são efeitos gerados a partir da forma como as redes se organizam.

Segundo Law (1992), as redes de produção de conhecimento fazem parte da rede sociotécnica ou sociomaterial e o modo como tais redes se organizam depende de um efeito relacional, isto é, de como os pontos da rede se conectam, das negociações que estão em jogo.

A estrutura não é algo separado e independente como os andaimes em torno de um prédio, mas um local de luta, um efeito relacional que se gera recursivamente e se auto-reproduz [...] nenhuma versão da ordem social, nenhuma organização, nenhum agente chega a se tornar completo, autônomo, final (LAW, 1992, p. 6).

Jonh Law (1992) apresenta que a ordenação de uma rede está sempre em movimento, nunca é definitiva, portanto as diferenciações entre sujeito e objeto de uma pesquisa, de pesquisador e pesquisado, não são fixas, estão o tempo todo em movimento, restabelecendo-se.

Desse modo, nos estudos CTS, a neutralidade científica é colocada em xeque, assim como nesta pesquisa. Isso porque a presente pesquisadora, em vários momentos, é também aquela que está sendo pesquisada, já que trabalha no local da investigação, sendo trabalhadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro. No entanto, o fato de eu ser pesquisadora e ao mesmo tempo trabalhadora do cenário em análise não inviabiliza o estudo. Pelo contrário, esse fato se torna um elemento de exploração, que é incluído na própria pesquisa como mais um ator desta rede que vai sendo acompanhado e percebido em sua capacidade de produzir efeitos, tanto na escrita quanto no cenário de trabalho.

No texto “Afetar e ser afetada”, Jeanne Favret-Saada (2005) discute o papel do etnógrafo em uma pesquisa antropológica e afirma a importância da afetação desse no processo de pesquisa. Segundo a autora, quando estamos no cenário de análise e nos permitimos viver as intensidades que se processam neste espaço, isto é, quando nos afetamos por este ambiente:

acontecem coisas às quais jamais é dado a um etnógrafo assistir, fala-se de coisas que os etnógrafos não falam,[...] Experimentando as intensidades ligadas a tal lugar, descobre-se, aliás, que cada um apresenta uma espécie particular de objetividade: ali só pode acontecer uma certa ordem de eventos, não se pode ser afetado senão de um certo modo (SAADA, 2005, p. 160) .

O modo como o pesquisador é afetado em um determinado cenário de pesquisa é um importante elemento desse campo e necessita ser incluído nos “resultados” dessa pesquisa.

Saada aponta que, quando o pesquisador aceita ser afetado, ele assume o risco de ver o seu projeto de conhecimento se desfazer. Pois, segundo ela, se o projeto de conhecimento for onipresente, nada acontece. É necessário, por meio da afetação, ir modelando tal plano.

A autora apresenta alguns traços importantes da pesquisa em que o pesquisador se permite ser afetado. O primeiro deles diz respeito ao fato de que, em uma pesquisa, a comunicação verbal, voluntária e intencional, visando à aprendizagem de um sistema de representações nativas, é imprópria para fornecer informações sobre os aspectos não verbais e involuntários da experiência humana. Normalmente, esses aspectos são captados por meio de experiências afetivas e não verbais, e o pesquisador, de imediato,

não consegue dar palavras a essa experiência e só o consegue em um momento posterior. A autora propõe incluir na investigação tal aspecto que, em um primeiro momento, escapa ao verbal e voluntário: “Eu, ao contrário, escolhi conceder estatuto epistemológico a essas situações de comunicação involuntária e não intencional: é voltando sucessivamente a elas que constituo minha etnografia” (SAADA, 2005, p. 160).

O segundo traço distintivo deste tipo de pesquisa é o de que o pesquisador tolere viver em um tipo de *schize*²³, ou seja, em um tipo de separação de suas representações prévias, e inclua em suas análises aquilo que nele é afetado, maleável, modificado pelas suas experiências do campo. Saada aponta como terceiro traço o fato de que há diferentes tempos na operação de conhecimento: o tempo de ser afetado, o tempo de narrar e o tempo de analisar. Como quarto traço, define que os materiais recolhidos possuem particularidades, e sua análise conduz à quebra das certezas científicas bem estabelecidas.

Se afirmo que é preciso aceitar ocupá-lo, em vez de imaginar-se lá, é pela simples razão de que o que ali se passa é literalmente inimaginável, sobretudo para um etnógrafo, habituado a trabalhar com representações: quando se está em um tal lugar, é-se bombardeado por intensidades específicas (chamemo-las de afetos), que geralmente não são significáveis. Esse lugar e as intensidades que lhe são ligadas têm então que ser experimentados: é a única maneira de aproximá-los (SAAD, 2005, p. 159).

²³ *Schise*, em grego, quer dizer dissociação, ruptura, clivagem. Palavra utilizada por Freud e, depois, por Lacan para falar das suas hipóteses em relação à coexistência, no cerne do psiquismo, de dois grupos de fenômenos ou de duas personalidades que podem se ignorar mutuamente. Logo, *Schise* ou Clivagem do eu designam uma divisão intrapsíquica, quer dizer, uma posição conflitiva do Eu, na qual o sujeito é separado de uma parte de suas representações (ROCHA, 2002). Entendemos que Saada utiliza essa palavra para reforçar que o pesquisador necessita separar-se de suas representações, tolerar não encaixar o observado de antemão em representações rígidas, mas se permita ser afetado pelas experiências vividas no campo e que suas impressões o levem a outros lugares que não só representações previamente constituídas.

Modos de fazer: respiros em meio à sobrecarga - exercitando a partilha do cuidado

Logo que fui promovida ao cargo de Coordenadora do NASF, no final de 2011, uma série de tarefas exigiram que o meu tempo disponível para o trabalho aumentasse progressivamente. Havia muitos *e-mails* para ler, reuniões, muitos telefonemas para atender, muitas Unidades de Saúde para visitar e, além disso, iríamos realizar a contratação de mais três equipes de NASF na nossa área: as responsabilidades eram enormes. De uma hora para outra, me vi tendo que realizar uma série de ações em função da organização do processo de trabalho das equipes NASF. O engajamento na coordenação do NASF significava coordenar técnica e administrativamente seis equipes espalhadas por um território de 22 bairros e 19 Unidades de Saúde. Assim, era imprescindível tal dedicação, pois era necessário selecionar e contratar profissionais, dividi-los em equipes multiprofissionais, criar rotinas de trabalho, modos de registro das atividades realizadas pelos profissionais e ainda “capacitá-los”²⁴ para o trabalho, já que o conceito de matriciamento era muito novo para todos nós. Para ajudar a entender como direcionar o trabalho do NASF, iniciei leituras acerca da Saúde Pública, da Estratégia de Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, etc. Nesse período, fui tomada por uma sobrecarga de trabalho e uma correria desenfreadas, pois o que importava era organizar os processos. Essa situação era uma característica geral de todos os trabalhadores, enfermeiros, médicos, agentes comunitário, psicólogos, nutricionistas e até dos supervisores, gerentes das Unidades de Saúde e trabalhadores da coordenação de área. Foi um ano muito intenso e logo a angústia tomou conta: tinha muitas dúvidas em relação a qual seria o melhor caminho a seguir na

²⁴ O termo “capacitá-los” está entre aspas, pois é um termo usado correntemente no cenário de pesquisa e, por isso, decidimos usá-lo na descrição da imagem. Consideramos que esse é um termo ruim, pois, quando dizemos que iremos “capacitar”, estamos partindo da ideia de que aquele que irá ser “capacitado”, é um “incapacitado”. Desse modo, teríamos que “passar” o conhecimento para este profissional, como se a construção de conhecimento fosse uma relação de dar e receber. O aluno, nesse caso, teria uma atitude passiva em relação à produção de conhecimento. Assim, a tarefa de “capacitar” os profissionais do NASF vem sendo realizada no sentido de construir, junto com os profissionais, conhecimento sobre o Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família.

implantação do NASF, tudo era muito novo, tanto a Estratégia de Saúde da Família quanto o cargo de coordenação. Nessa confusão, o papel de pesquisadora também ficava meio turvo, meio desconcentrado, tomado por essa sobrecarga, experimentando uma paralisia. A experiência nesse campo, que era ao mesmo tempo local de trabalho e campo de pesquisa, me afetava intensamente. O campo me dizia que a questão da pesquisa havia mudado. Como tomar essa decisão? Foi nesse período que entendi que teria que mudar meu tema de pesquisa do doutorado o mais rápido possível, que passaria, então, a ser a construção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, pois tinha muitas questões em relação a que tipo de cuidado seria possível construir naquele contexto. Mudar o tema foi importante, mas não o suficiente para diminuir a angústia, pois, no campo de “trabalho e de pesquisa”, era afetada diariamente por uma série de experiências e necessitava de um tempo para decantar toda essa vivência, precisava de intervalos, pausas nas quais eu pudesse escrever e refletir. Assim, fui conversar com meu chefe sobre a importância de frequentar os grupos de estudo do doutorado. No momento do convite para o novo cargo, já havia sinalizado que necessitaria de algum tempo para a formação. Assim, consegui voltar a frequentar o grupo de estudos da minha orientadora na UFF durante um tempo. Somente o fato de atravessar a ponte Rio-Niterói e mudar o caminho de todos os dias já me ajudava a conectar com outras coisas, com outros estados de reflexão e experiência. No grupo, começamos a ler o texto “Terapia dos espaços em branco”, de Vinciane Despret (1996), um texto que fala sobre um trabalho de intervenção em um campo de refugiados da antiga Iugoslávia. Despret conta que seu trabalho era avaliar as intervenções de cuidado que estavam sendo realizadas com os refugiados. Assim, a autora discute a importância da intervenção se situar na direção da construção de um sentido partilhado entre profissional que cuida e pessoa que está sendo cuidada, ou seja, a construção da intervenção necessita partir e levar em consideração os referenciais de quem está sendo cuidado. O grupo de estudos estava quente, a participação de todos era intensa e começamos a discutir sobre o que é intervir e sobre o que é cuidar. Discutimos, ainda, sobre a

importância de a intervenção ser compartilhada com quem está sendo cuidado. O paciente é quem direcionará o cuidado, seus códigos, suas referências de vida, de saúde, entre outros, contam como pistas para direcionar o fazer-cuidar. O retorno ao grupo de estudos foi como uma respiração em meio à falta de ar; saí vibrante do primeiro dia. Sentia-me mais leve e cheia de ideias para colocar em prática com a minha equipe, tive vontade de ler cada vez mais e fui cavando espaço nos meus dias e noites para ler e refletir sobre o trabalho que era, ao mesmo tempo, minha pesquisa de doutorado. O encontro com o grupo de estudos foi fazendo uma grande diferença, me permitindo começar a criar momentos de distanciamento que me ajudavam a não me embarçar tanto na sobrecarga de trabalho vigente. Permitiu-me estar no território da AP 3.2 de outras formas. Minha orientadora incentivou-me a escrever comentários sobre o cotidiano de trabalho, que seriam narrativas de experiências vividas e minhas impressões e reflexões a partir delas. Mais uma respiração em meio à falta de ar, já não tão intensa. Tanto as leituras quanto as participações no grupo, a escrita de comentários e o fato de uma vez por semana sair para estar em um outro espaço de reflexão, produziram um distanciamento importante, tanto para a continuidade do doutorado quanto para as minhas intervenções no trabalho. A leitura do texto de Despret e as reflexões sobre a construção de um sentido compartilhado para o cuidar, somadas à experiência de exercitar um distanciamento estratégico gerador de interrupções na correria desenfreada, suscitaram alguns movimentos importantes na condução do trabalho do NASF e fizeram-me retomar a escrita da pesquisa. A retomada deu-se por meio da reconstrução do projeto de pesquisa e também a escrita das narrativas vividas no cotidiano. Em relação ao trabalho do NASF, comecei a colocar em prática as pistas dadas por Despret e pelo grupo de estudos.

O relato acima explicita o quanto a experiência de afetação vivida a partir da imersão no cenário de pesquisa ensinou-me sobre esse e, mais ainda, transformou-me enquanto trabalhadora e pesquisadora da saúde. Esse processo deu-se em dupla direção: na minha composição enquanto trabalhadora e pesquisadora e, ao mesmo tempo, nas

intervenções que puderam ser realizadas no cenário de práticas. Ser pesquisadora e trabalhadora de um mesmo campo permitiu-me ser afetada por esse espaço, de modo que consegui experienciá-lo, certamente, de maneira diferente da qual o teria feito se fosse uma pesquisadora de “fora” ao chegar em um campo de análise com um olhar de observação, apenas. Experimentava diariamente as tensões vividas pelos trabalhadores que, em meio a um turbilhão de acontecimentos, se esforçavam para realizar ações de cuidado potentes e inovadoras. A tensão entre os protocolos, metas de trabalho, grande quantidade de usuários necessitando de acompanhamento, as gravidades que se apresentavam e o cuidado singular a cada processo de vida que se expunha eram os principais desafios. Ser afetada pelo campo de pesquisa teve como efeito, por exemplo, tal como aponta Saada, colocar meu projeto de conhecimento em risco de se desfazer e isso de fato aconteceu, pois, o tema de trabalho foi redefinido a partir da afetação do campo em mim.

Outro efeito gerado por permitir ser afetada pelo campo se deu a partir da discussão no grupo de estudos sobre a importância de incluir no processo de cuidado um sentido partilhado de construção dos possíveis modos de cuidar. Tal vivência no grupo de estudos gerou reverberação na própria condução do processo de trabalho do NASF, que passou a ser mais coletiva e compartilhada com os profissionais dessa equipe.

Ser afetada pelo o território da pesquisa evidenciou, ainda, a necessidade de um afastamento periódico para respirar e me conectar com outros atores do processo de pesquisa, tal como o grupo de estudo do doutorado. Assim, uma das pistas a serem seguidas seria investigar os possíveis espaços de “respiros” criados pelos trabalhadores no cotidiano e seus efeitos no fazer-cuidar. Tais espaços conectam-se com a questão da sobrecarga verificada em mim ao longo da pesquisa, efeito dessas tensões cotidianas, sendo algo que se evidenciou no decorrer do processo, algo que me afetava enquanto trabalhadora e que fui percebendo que produzia efeitos no modo como o fazer-cuidar desenrolava-se. Essa sobrecarga vivenciada foi também percebida em muitos de meus colegas de trabalho. Seguindo tal efeito em mim e como isso reverberava nos outros profissionais, fui seguindo essa pista e percebendo diferentes formas de lidar com ela, modos de afetação e efeitos produzidos no cuidado.

Modos de fazer: seguindo os efeitos da sobrecarga e criando espaços de respiro

No ano de 2014, eu e as psicólogas do NASF realizamos oficinas cujo tema era Saúde Mental e violência²⁵ com enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde das Unidades que possuíam Equipes de Saúde da Família. O tema Saúde Mental e violência foi recorrente ao longo desse ano e do anterior, tendo em vista as áreas de violência nas quais as Unidades estavam situadas. As oficinas foram feitas, em um primeiro momento, com os agentes comunitários e, em um segundo, com médicos e enfermeiros. Apesar de possuir algumas diferenças de acordo com o público alvo, as oficinas, de uma maneira geral, possuíam dois objetivos: um era o de trabalhar o tema da Saúde Mental, o manejo das situações e relacioná-las à violência a que os usuários estavam expostos, os efeitos disso na vida das pessoas e a necessidade de incluir este ator nas ações de cuidado; o outro era disponibilizar um espaço de suporte e cuidado aos trabalhadores, que também viviam cotidianamente nesses locais. Várias atividades foram realizadas com o propósito de atingir os objetivos listados. Uma delas era uma roda de conversa sobre o tema da violência. Assim, pedíamos que os participantes formassem um círculo e falassem sobre as experiências de violência no território, os efeitos dessas no trabalho e modos de lidar com essas situações. Em uma ocasião, em que os participantes eram médicos e enfermeiros, as primeiras falas tiveram como tema a violência armada no território e a questão do tráfico. Conforme foi seguindo o espaço de troca, os trabalhadores começaram a falar sobre os usuários e as pressões diárias que vivenciavam por parte dos mesmos, que solicitavam ser atendidos depressa, não queriam esperar, gritavam com os trabalhadores, requeriam atestados médicos sem necessidade e apresentavam grande vulnerabilidade social. Logo em seguida, os trabalhadores começaram a

²⁵ Tal oficina foi fruto de uma parceria entre o comitê da Cruz Vermelha Internacional e a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Os profissionais do NASF participaram de treinamentos de multiplicadores sobre a questão Violência e Saúde Mental e estavam realizando as oficinas no território de Trabalho.

falar sobre o cotidiano de trabalho, sobre o curto tempo para o atendimento, apenas 20 minutos, sobre as metas e indicadores a serem atingidos, as inúmeras e diversas situações de saúde que apareciam, as interrupções durante o atendimento com demandas que se sobrepunham, a cobrança por resolutividade e atingimento das metas, as burocracias no trabalho, a correria cotidiana, o fato de muitas vezes não conseguirem almoçar, beber água e ir ao banheiro. Falaram ainda das dificuldades de lidar com situações em que o usuário necessitava de maior tempo de escuta, suporte, mas havia uma grande quantidade de pessoas a serem atendidas e a pressão, tanto por parte dos usuários quanto dos outros profissionais, para que a fila andasse mais rápido, as dificuldades de registrar os atendimentos e visitas domiciliares em meio a tantos acontecimentos, os desafios de estar diante dos pacientes em sofrimento, a dificuldade de realizar grupos, de fazer ações de saúde no território e participar de reuniões de equipe para planejar, organizar e pensar o processo de trabalho. Conforme a fala ia-se desenrolando, muitos profissionais ficaram emocionados e disseram de sua sobrecarga, da angústia de lidar com a correria e a falta de espaço para a reflexão, para o respiro, para pensar possíveis mudanças. Muitos deles expressaram o quanto todo esse cenário tinha impactos negativos no cuidado, pois não conseguiam ouvir os pacientes adequadamente e se dedicar às situações mais difíceis. Acolhemos as falas e perguntamos sobre os recursos que cada um desenvolvia para lidar com essas situações que eles estavam identificando como situações de violência. Uma médica falou que, há algum tempo, estava mudando a forma de trabalhar, disse que tentava não se afetar tanto com todas as pressões e, entre um paciente e outro, procurava respirar e pensar que cada paciente é um e merecia ser tratado com acolhimento e cuidado. Tentava não ficar “pilhada” no clima de correria que se instalava. Além disso, ela fazia questão de participar das reuniões de equipe junto aos agentes comunitários e enfermeira e proibia que a equipe realizasse agendamentos para ela naquele horário. Outra profissional falou que se permitia, uma vez por semana, participar do grupo de alongamento do professor de Educação Física da Unidade e que isso ajudava bastante. Uma enfermeira disse que, quando o caso trazia

muito sofrimento para ela, logo compartilhava com o resto da equipe e com a equipe de NASF, para que a ajudassem a pensar, não ficar com a angústia sozinha. Outro enfermeiro disse que, quando sabia que o caso a ser atendido iria demandar tempo por conta de sua complexidade e sofrimento, pedia para agendá-lo para o final do dia e para que fossem reservados dois horários na agenda, assim ele não ficaria preocupado com a fila, pois a unidade já estaria mais vazia, sem pacientes para serem atendidos depois. Outro profissional disse que, quando saía do trabalho, tentava deixar as angústias no trabalho e dedicava-se à família como forma de “desestressar”. Outro se matriculou em um curso sobre Saúde da Família, o que o ajudava a ter novas ideias para lidar com os problemas cotidianos. Conforme os profissionais foram falando, a roda de conversa começou a ir esquentando e todos queriam compartilhar as formas com que lidavam com as situações difíceis, tanto maneiras no próprio local de trabalho, tentando refletir e implementar possíveis mudanças, quanto recursos externos de pausa, lazer e prazer. A troca de experiências foi gerando um clima de acolhimento e de criação de possíveis saídas e alternativas.

A correria no trabalho, a sobrecarga e a angústia vivida por mim começou a ser tema de análise para pensar o cuidado e tornou-se uma pista a ser seguida, quando percebi que essa não era uma vivência somente minha. O acontecimento narrado foi um dos espaços em que pude perceber que essa angústia era experienciada também por muitos trabalhadores. Nessas oficinas, pude colher alguns efeitos dessa sobrecarga para todos nós e verificar que isso gera impactos no fazer-cuidar, ou seja, é um importante elemento a ser considerado na construção dos modos de cuidar desse território, tendo efeitos no modo, por exemplo, como os trabalhadores ouvem e lidam com as situações de sofrimento que estão diante de si.

A maneira como os trabalhadores se conectaram e falaram de si, de suas experiências e estratégias para lidar com a sobrecarga, na roda de conversa, indicaramos que essa é um ator importante a ser incluído e seguido. Por outro lado, ficou claro que devemos seguir também os recursos por cada um utilizado para lidar com essas dificuldades. Esses foram apresentados ao logo de todas as oficinas realizadas e

mostravam-nos que as criações de modos potentes de cuidar estavam presentes mesmo diante de tantas dificuldades, do pouco tempo e muito trabalho.

É importante perceber que o espaço de fala disponibilizado para os profissionais com o objetivo de cuidar dos mesmos, foi para que eles pudessem trazer as situações de violência vivenciadas no território de trabalho. Quando criamos a oficina, pensamos que os principais sofrimentos vivenciados por eles seriam relacionados à violência armada e ao tráfico. Contudo, o que se evidenciou foi que o sofrimento relacionado ao conflito armado era presente, porém mais importante e persistente era a violência causada pela sobrecarga de trabalho.

Segundo Latour (2008), o trabalho de pesquisa visa a seguir as conexões que se estabelecem e que são as condições de possibilidades para que determinado conhecimento se produza. Tais conexões são como pistas que devem ser seguidas no decorrer da pesquisa. Mas o que seriam estas pistas? Segundo Latour, “[...] trata-se de seguir os vínculos que se estabelecem entre esses elementos que parecem incomensuráveis. A Teoria Ator-Rede não decide o vínculo, ela segue o vínculo” (LATOURE, 2008, p. 206).

O autor orientar-nos a seguir os vínculos que parecem incomensuráveis, aponta que algo que é interessante de ser seguido tem a ver com uma certa produção de vínculo, de conexão. No acontecimento narrado, o modo como os trabalhadores falaram sobre o tema da sobrecarga de trabalho, emocionaram-se e solidarizaram-se uns com os outros, indica-nos a produção de vínculo, a produção de conexão, mostra-nos, portanto, que esse é um tema importante para a produção de cuidado nesse contexto. Esse acontecimento indica que existe algo importante no compartilhar das experiências de sobrecarga e também de estratégias para lidar com a mesma, assim tal pista merece ser seguida e investigada.

Na narrativa apresentada, a conexão da rede partiu de uma recalcitrância que pudemos incluir no momento da oficina. Um dos maiores sofrimentos vivenciados pelos profissionais, ao contrário do que apostava a oficina, não era a violência no território, e sim a sobrecarga, compartilhada por todos. Assim, os trabalhadores resistiram à nossa proposição de que violência e sofrimento seria efeito de um território violento e afirmaram, com todas as letras e exaltados, de que violência e sofrimento eram causados pela sobrecarga e que isso tem efeitos no modo como o fazer-cuidar se processa. Ao expressarem suas angústias e implicarem-se na troca de experiência com esse foco, os trabalhadores estavam-nos dizendo que, mais importante do que promover um espaço

de cuidado para as situações de violência no território, eles necessitavam de um espaço para falar da sobrecarga e dos modos de lidar com ela, e isso foi acolhido e sustentado nessa roda de conversa e em outras que foram realizadas.

Chamamos esse acontecimento de recalcitrância, gerada por uma controvérsia que promove uma potência conectiva, ou seja, que desestabiliza a rede, gerando novas e potentes conexões.

Latour (2007) propõe como pista metodológica importante seguir as resistências ao processo de pesquisar, ou seja, seguir as recalcitrâncias, que produzem desvios, redirecionamentos no pesquisar. Segundo o autor, para que uma investigação se torne interessante é preciso que os pesquisadores sigam as recalcitrâncias, que são os principais indicadores que nos apontam se estamos fazendo as perguntas mais interessantes. Desse modo, a recalcitrância é uma das principais pistas que ajudam a decidir qual caminho a pesquisa deve seguir.

Nosso trabalho tem-se configurado, portanto, a partir da ação de seguir esses rastros que nos auxiliam a fazer perguntas mais interessantes e a acompanhar as produções singulares do fazer-cuidar.

Contudo, além de acompanhar as produções do fazer-cuidar seguindo suas pistas, também intervimos nesse campo e produzimos novas realidades. A intervenção de que falo agora diz respeito a uma reflexão realizada por alguns autores dos estudos da Ciência, Tecnologia e Sociedade que concluem que, se os pesquisadores produzem e criam as realidades que investigam, ou seja, se os pesquisadores são atores integrantes do processo de pesquisa e influenciam nela, negando com isso o princípio de neutralidade científica moderna, não são somente as pesquisas que são performadas pelos pesquisadores, mas também o mundo. Assim, torna-se possível interferir não só nos resultados da pesquisa, mas também na criação e encenação de outros mundos (MORAES; ARENDT, 2013).

Na presente pesquisa, como já apontamos no início do capítulo, Mol é uma autora importante, tanto pela metodologia de pesquisa que propõe em suas investigações quanto pelo fato de utilizá-la para estudar as práticas de cuidado. Há bastante tempo, Mol concentra seus estudos nas ações de cuidar, buscando descrever, por exemplo, como se articulam pacientes, enfermeiros, médicos, dispositivos técnicos, substâncias químicas, entre outros atores no espaço físico do hospital e, para além desse, no cotidiano dos pacientes envolvidos no tratamento de doenças, tais como a diabetes em um hospital na Holanda.

Mol tem-se interessado em acompanhar o que fazem esses atores ao se articularem entre si e quais são as consequências dessas articulações no cotidiano dos pacientes. Seu foco de análise não é na mera descrição desse fazer, mas sim na maneira como a realidade é “performada” pelos atores, isto é, como esses se unem para manipular e colocar em cena uma realidade específica. Para ela, é importante investigar o que conta e o que não conta na rede de articulações que performam determinadas realidades e não outras. Como já apresentado, segundo Mol, não existe uma doença que podemos chamar de “diabetes”, por exemplo, e sim diferentes formas de performá-la.

Utilizamos a palavra *performar* como tradução do termo em inglês *enact*. Esse termo foi utilizado por Mol (2002) para dizer que nenhum objeto existe sem estar articulado às práticas que o produzem e o fazem existir. Em inglês, *enact* aponta para dois sentidos distintos: um deles seria encenar, representar um papel; outro seria fazer existir, promulgar, como, por exemplo, quando dizemos que “o congresso nacional promulgou (fez existir) uma nova lei”²⁶ (MORAES; ARENDT, 2013). Nas palavras da filósofa: “É possível dizer que nas práticas os objetos são feitos [*enacted*] (...) isto sugere também que em ato, e apenas aqui e acolá, alguma coisa é – sendo feita [*being enacted*]” (MOL, 2002, p. 32-33, tradução nossa).

É neste sentido que a autora propõe que passemos de uma investigação epistemológica da realidade, cujo viés seria, em última instância, conhecer uma realidade dada, para uma pesquisa praxiográfica, pois nas práticas os objetos são feitos, o que indica que é apenas em ação – aqui e ali – que alguma coisa é, que alguma coisa passa a existir. O pesquisador interessado em investigar o diabetes ou a arteriosclerose, como afirma Mol (1999, 2002, 2008, 2010), jamais se afasta das práticas nas quais tais doenças são feitas. Seu trabalho consiste em analisar os modos pelos quais estas doenças vão sendo produzidas e ordenadas, em arranjos múltiplos e heterogêneos. A questão que interessa ao pesquisador passa a ser a de investigar as conexões, sempre parciais e locais, entre tais realidades e objetos: eles ora se coordenam, ora se chocam, ora um se sobrepõem um ao outro (MORAES; ARENDT, 2013, p. 317).

Portanto, na construção da metodologia desta pesquisa, seguindo os estudos CTS, incluímos as contribuições de Bruno Latour e Jonh Law, como já apresentado ao longo deste item, e ainda os direcionamentos de Annemarie Mol, principalmente no

²⁶ Disponível em: <<http://dictionary.reference.com/browse/enact>>. Acesso em: jul. 2015.

que diz respeito à ênfase no estudo praxiográfico, incluindo a possibilidade de se performar mundos a partir desse estudo da prática. Desse modo, estudar o fazer-cuidar entre Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família é seguir os fazeres cotidianos e é também criar modos de cuidar nesse cenário.

No texto *The Logic of Care*, Mol (2008) aponta alguns direcionamentos metodológicos que vêm compor a metodologia desta pesquisa. O primeiro deles diz respeito ao fato de que toda pesquisa possui imprevisibilidades e, por isso, incluir esse aspecto como integrante da pesquisa é fundamental. Assim, abranger a imprevisibilidade significa poder seguir as pistas que cada investigação vai apontando, a partir justamente daquilo que não podemos prever de antemão e que se faz claro no decorrer da pesquisa. Esse aspecto da imprevisibilidade soma-se ao conceito de recalitrância, desenvolvido por Latour (2007). Como já descrevemos, as recalitrâncias são resistências ao processo de pesquisar e essas produzem desvios no percurso da pesquisa e reformulações da rede de articulação do campo. Podemos dizer que acolher e incluir tais recalitrâncias e outras imprevisibilidades da pesquisa é seguir as pistas mais interessantes.

Outro direcionamento destacado por Mol fala de a criatividade estar envolvida em quaisquer práticas e, assim, para estudá-las, é preciso estar atento às invenções cotidianas. Portanto, estudar o fazer-cuidar no contexto da AP 3.2 é também acompanhar o que de criativo está sendo produzido nas ações de cuidado. Na situação da oficina de violência e Saúde Mental, fica clara tal dimensão criativa, já que, mesmo em meio à sobrecarga de trabalho, foi possível colher as diferentes formas de lidar com tal situação, a partir da pergunta “Que recursos vocês utilizam para lidar com a sobrecarga?”. Quando a fizemos, de algum modo apostamos na criatividade das práticas, pois podíamos pensar que tal pergunta não valeria a pena de ser feita, levando em consideração que a sobrecarga impediria qualquer movimento criativo, porém, pelo contrário, apostamos na inventividade e, de fato, apareceram inúmeros recursos para lidar com essa situação. Contar com a criatividade, tanto na prática de pesquisa quanto nas práticas de cuidado, ajuda-nos a estar atentos a esse movimento e a apostar em segui-lo potencializa a pesquisa e o fazer-cuidar.

Outra indicação de Mol apresenta que as entrevistas não devem questionar a opinião das pessoas, mas sim perguntar sobre os modos como as pessoas fazem. A ação é o que interessa. No caso do presente trabalho, não utilizamos entrevistas como forma

de colher dados, porém podemos extrapolar essa afirmativa de Mol para todos os encontros com o campo.

Nesta pesquisa, não foi privilegiado nenhum dispositivo específico, tal como entrevistas, grupos focais ou oficinas para o acompanhamento dos acontecimentos interessantes. Todos os espaços que eu participava como trabalhadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família se configuravam como espaços em potencial para a colheita²⁷ dos fragmentos para a composição da investigação.

Isso não significa que todo o tipo de acontecimento vivenciado se tornou importante para pesquisa, como já apresentamos. O que foi incluído como importante para esse processo foi o que ganhou o estatuto de pista, ou seja, aquilo que, de algum modo, me afetava e afetava outros atores da pesquisa, a ponto de produzir conexões, estranhamentos, recalcitrâncias e que, de alguma forma, nos indicavam como importantes a serem seguidos.

Afirmamos com isso que o que potencialmente poderia se tornar material de pesquisa sempre era algo em que eu estava envolvida de alguma forma. Esse é um recorte. Dito de outro modo, o que virou material de pesquisa foram os acontecimentos que ganhavam o estatuto de pista e que pude experienciar.

Os espaços privilegiados para vivência e afetação eram, em sua grande maioria, aqueles em que participava como coordenadora do NASF. Tais locais eram os mais heterogêneos possíveis: eram nas inúmeras reuniões no território, reuniões entre os trabalhadores do NASF, entre esses e as Equipes de SF, reuniões entre os gestores das Unidades de Saúde, entre esses e os gestores de outros equipamentos da saúde e outros setores, e também entre os trabalhadores da Coordenação de área da A.P. 3.2. Às vezes, era um contato telefônico, por *e-mail* ou em uma mensagem de *WhatsApp*, outras vezes em uma oficina com os trabalhadores ou em um treinamento. Poderia ser também em minhas visitas às Unidades de Saúde, em uma visita domiciliar ou atendimento que fazia quando necessitava substituir alguma psicóloga de licença ou férias, ou ainda em discussões de caso e em tantos outros espaços que participava como coordenadora do NASF.

²⁷ Utilizamos aqui a palavra “colher” no sentido de colheita e não no sentido de coleta. Coleta apresenta-nos uma dimensão de extração de dados e colheita fala-nos de um plantio prévio. Para mais, ver MANSO, 2010.

Desse modo, quando Mol nos indica que não devemos investigar as opiniões e sim as formas de fazer, é com esse referencial que ocupo os locais listados, buscando as práticas ou os relatos de práticas e não as ideias ou os conceitos.

A partir deste posicionamento em campo, apresento mais uma aposta de Mol, a de que o caso não deve ser utilizado para exemplificar a teoria, e sim que a teoria se apresenta por meio do caso. Com isso, a busca pelos modos de fazer-cuidar não foi realizada a partir de uma teoria pré-concebida, mas as situações foram se apresentando e puderam ir sendo costuradas, ensinando-nos sobre o fazer-cuidar no território já especificado.

O fato de o caso gerar a teoria conjuga-se com mais um direcionamento de Mol que aponta que a pesquisa necessita ser realizada localmente e não deve ser uma pesquisa de sobrevoo. Mol aposta, por exemplo, que, no caso das práticas em saúde, diferentes indivíduos e lugares requerem distintos tipos de cuidado, sendo o cuidado construído localmente e não de modo generalizado. Isso significa dizer que a produção de conhecimento não gera uma verdade universal, aplicável de forma geral.

Por outro lado, não significa também dizer que a pesquisa possua relevância apenas local. Um estudo de caso, por exemplo, pode servir de referência para comparação ou contrastes com outros casos de outros lugares ou situações. Tal como a autora aponta, o estudo local torna-se de maior interesse quando faz parte de uma trajetória:

Bons estudos de caso inspiram a teoria, moldam ideias e alteram conceitos. Eles não levam a conclusões que sejam universalmente válidas, mas também não reivindicam isso. Ao contrário, as lições aprendidas são bastante específicas. Se mergulharmos suficientemente num caso, podemos obter o sentido do que seria aceitável, desejável ou solicitado num cenário particular. Isso não significa que seja possível predizer o que ocorre em outro lugar ou em novas situações. Lidar com o diferente sempre requer trabalho, e a lógica não funciona. [...] Logo, a lógica do cuidado aqui articulada apenas se ajusta ao caso estudado. Não se aplica em qualquer lugar. Isso não é dizer que sua relevância seja local. Um caso de estudo é de maior interesse quando se torna parte de uma trajetória. Ele oferece pontos de contraste, comparação ou referência para outros locais e situações. Ele não nos diz o que esperar – ou fazer – em qualquer outro lugar, mas sugere questões pertinentes. Estudos de caso aumentam nossa sensibilidade. É a especificidade de um caso meticulosamente estudado que nos permite desenredar o

que permanece o mesmo e o que muda de uma situação a outra (MOL, 2008, p. 11, tradução nossa).

Para finalizar as direções metodológicas de Mol, ela indica que os dados devem ser analisados tal como um artista ou um químico faz: entendendo como os componentes se arranjam. Assim, se estudamos o fazer-cuidar entre NASF e Equipe de Saúde da Família, temos que incluir na análise das experiências vividas os componentes que geram como efeito um determinado fazer-cuidar e não outro. Como já dissemos em pontos anteriores do texto, a pesquisa se processa a partir da análise da composição de inúmeros elementos e dos efeitos gerados por essa composição singular. Assim, na análise dos dados da pesquisa, tudo conta: os profissionais, a estrutura de trabalho, os vínculos de trabalho, os equipamentos disponíveis, as Políticas de Saúde vigentes, os usuários dos serviços de saúde, o território onde estamos, os diferentes papéis que desempenho no cenário de pesquisa e outros elementos que vão sendo adicionados de acordo com o decorrer da pesquisa.

Como o objetivo de finalizar este capítulo, aprofundo um pouco mais a reflexão em relação aos diferentes papéis que desempenho nesta pesquisa. Tal como nos aponta Saada (2005), vivenciar o campo de pesquisa permitindo-nos ser afetados por ele faz com que consigamos colher experiências que ficariam ocultas, caso estivéssemos apenas como observadores. Dessa maneira, ser uma trabalhadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família faz com que eu consiga me encontrar com mais elementos que compõem este cenário e, então, assumimos que é a partir do meu olhar, do meu vivenciar, que as investigações estão sendo produzidas, as pistas estão sendo seguidas, assim como os relatos estão sendo fabricados.

Tal como Albuquerque compartilha em sua dissertação de mestrado, não é “[...] nada fácil a escrita do texto povoado de experiências que vivemos intensamente, circunstâncias que habitamos junto a companheiros pelos quais desenvolvemos afetos, grande cunho de criação e sobrevivência” (ALBUQUERQUE, 2010, p. 22). Com isso, afirmamos que as intensidades estarão presentes neste texto, afetos de uma trabalhadora que vive veementemente o fazer-cuidar junto aos profissionais do NASF e, por isso, se emociona, sofre, ri, sente raiva, se angustia e testemunha junto com eles um fazer-cuidar encharcado de tentativas de se tornar potente.

Testemunhar, aqui, não é presenciar diretamente a ação de cuidado e, com isso, julgá-la ou avaliá-la. De outro modo, significa, tal como nos orienta Ganebin (2006),

testemunhar no intuito de ser um terceiro no processo de construção do fazer-cuidar, viabilizando, assim, esboçar novas possibilidades para estes. É importante aprofundarmos essa noção de testemunho, pois, na fabricação dos fazeres-cuidar dos profissionais do NASF na A.P. 3.2, poucas vezes atuei diretamente com os usuários dos serviços de saúde, meu trabalho se circunscreveu mais às experiências vividas com os profissionais, produtores de cuidado. Como coordenadora do NASF e pesquisadora, por vezes ocupei esse lugar de testemunha.

Ganebin (2006), em seu texto sobre memória, história e testemunho, traz a imagem do Sonho do primo Levi no campo de Auschwitz, em que ele sonha que volta para casa com felicidade intensa de contar aos próximos os horrores passados e, de repente, percebe com desespero que ninguém o escuta e que os ouvintes levantam e vão embora. Aponta que esse sonho revela a impossibilidade de narrar, de tornar palavra a experiência de horror vivida que, portanto, se torna inenarrável. Diz que, em relação aos descendentes dos sobreviventes do genocídio ocorrido em Auschwitz, a situação se torna ainda mais terrível, na medida em que a comunidade política internacional continuava ignorando tal acontecimento: “herdeiros de mortos que simbolicamente nunca existiram”. Segundo o autor, a tarefa de quem não é herdeiro desse acontecimento seria, já que possuímos palavra, reestabelecer o espaço simbólico, articulando aquele que se pode chamar de “terceiro”, “aquele que não faz parte do par mortífero algoz-vítima e que dá novamente um sentido humano ao mundo” (GANEBIN, 2006, p. 56-57).

Caso os ouvintes do sonho do Primo Levi tivessem ficado e ouvido, poderiam retomar a história e transmiti-la com palavras diferentes. O conceito de testemunho para Ganebin não fala de uma testemunha direta que vive o acontecimento com os seus próprios olhos, mas a testemunha seria aquela que não vai embora e que consegue ouvir a narração, mesmo que insuportável, do outro e que aceita levar suas palavras adiante, como em uma corrida de revezamento, entendendo que

[...] somente a transmissão simbólica, assumida apesar e por causa do sofrimento indizível, somente essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar a esboçar uma outra história, a inventar o presente. (GANEBIN, 2006, p. 57).

Desse modo, quando, como coordenadora e pesquisadora, me coloco como testemunha da prática e da fala dos profissionais de saúde do NASF e Equipes de SF sobre os acontecimentos cotidianos, ocupo esse lugar de terceiro do qual Ganebin nos fala, esse que não está diretamente atuando no cuidado aos usuários da ESF, porém que testemunha as ações de cuidado pela fala dos profissionais dessas equipes. Nesse sentido, constituímos outro espaço de cuidado ao testemunhar os profissionais ao “não ir embora” e suportando ouvir o que não dá certo, o que causa sofrimento no trabalho, os pequenos acontecimentos, as pequenas pistas, e ao tentar retomá-las no sentido de não repetir o que não dá certo infinitamente, como se não fosse possível fazer de outra forma, mas de produzir diferença no manejo do cuidado, reinventando o presente.

Ocupar esses diferentes lugares – de pesquisadora, testemunho, coordenadora, trabalhadora –, por vezes, trouxe-me bastante medo e angústia, já que não sabia onde acabava um e iniciava o outro papel. Todos esses coabitavam meu cotidiano e um grande receio de me embarçar neles foi um sentimento bastante presente durante o desenrolar da pesquisa: Será que vou dar conta de colher os elementos necessários para a investigação? Será que o papel de coordenadora, papel tão desafiador, não iria atrapalhar o andamento da pesquisa? Será que vou dar conta de escrever sobre esse processo que me afeta de forma tão intensa?

Modos de fazer: a pesquisadora e a coordenadora

Havia apenas quatro meses que trabalhava como matriciadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Um dia, a gestão da OSS decidiu fazer uma reunião com todos os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para falar sobre a organização do processo de trabalho. A reunião havia iniciado a poucos minutos e o gerente de projetos me chamou para conversar do lado de fora da sala. Fiquei gelada, nesse momento, achei que me chamaria a atenção por algum motivo que desconhecia ou então que seria demitida. Meu coração batia rápido, meu rosto logo ficou vermelho e em chamas, como era de costume nessas situações. Sentamos em uma sala ao lado e ele rapidamente me disse o motivo da conversa: “Querida saber se você aceita ser coordenadora do NASF?”. De primeira, não entendi a pergunta e pedi para ele repetir:

“Então, Carolina, estamos precisando de alguém com experiência em Saúde Mental para coordenar o NASF e pensamos em você”.

Não estava acreditando no que os meus ouvidos ouviam e disse que havia muito pouco tempo que estava trabalhando no NASF e que não sabia se seria a melhor pessoa para ocupar esse cargo, mas que agradecia muito a oportunidade e a confiança. Perguntei se eu poderia ter uns dias para refletir, já que estava muito surpresa com o convite. Nesse dia, voltei para casa estarelecida, não sabia se deveria ou não aceitar, não tinha muito tempo de trabalho, estava me apropriando das possíveis formas de trabalhar do NASF. Por outro lado, necessitávamos muito de uma coordenação, de alguém que pudesse fazer esse papel de facilitador da organização do trabalho das equipes de NASF como um todo e direcionar os profissionais para um caminho comum de construção desse trabalho tão novo para todos. Não me sentia capaz de ocupar esse lugar, mas, ao mesmo tempo, achava muito importante a coordenação das equipes, já que estávamos todos perdidos sem a construção de um caminho comum de trabalho. Assim, a partir da conversa com várias pessoas, decidi aceitar o convite para ocupar esse lugar. Um papel extremamente desafiador, que necessitava de um amadurecimento grande e de muito estudo. Logo de início, entendi que não seria eu sozinha que construiria a organização de trabalho do NASF, mas que tentaria de forma partilhada com os outros trabalhadores conduzir e organizar esse processo, de forma coletiva. A primeira reunião que tivemos foi realizada com o intuito de apresentar essa forma compartilhada de gestão e realizar um levantamento dos problemas e avanços que estávamos vivenciando naquele ponto do processo. Assim, elencamos todos os problemas e, para cada um deles, definimos algumas estratégias de ação. Para executá-las, definimos pequenos grupos de trabalho que atuariam paralelamente e apresentariam as respectivas produções no final do processo, com o objetivo de validar as propostas de mudança com os outros profissionais. Assim, colocaríamos em prática as decisões tomadas.

No momento em que decidi aceitar o convite para ser coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, minha vivência como pesquisadora era bem maior que

como coordenadora e como matriciadora. Hoje, percebo que a experiência como pesquisadora, com toda a bagagem acumulada, tomou frente do processo de organização do trabalho do NASF. Os direcionamentos que foram sendo construídos para o trabalho partiam de uma construção coletiva de algumas propostas com os trabalhadores, partiam do compartilhar dos problemas, de tentar seguir as pistas e as questões mais interessantes, de incluir a imprevisibilidade e a criatividade, de colher as práticas potentes que estavam sendo realizadas e compartilhar com os outros trabalhadores do NASF, para que, localmente, cada um pudesse construir sua prática singular.

Contudo, essa posição de construção compartilhada do lugar do NASF no território trazia, por vezes, estranhamentos, tanto por parte dos trabalhadores dessa equipe quanto por parte de outros profissionais da gestão. Em relação aos profissionais da equipe NASF, alguns achavam muito interessante a construção compartilhada, outros achavam que as discussões eram muito exaustivas e que eu compartilhava demais as decisões. Em relação a outros profissionais da gestão, muitos estranhavam o fato de eu consultar os trabalhadores sobre uma decisão a ser tomada acerca dessa equipe, alguns diziam que eu ouvia demais os profissionais e era muito democrática.

Muitos eram os desafios de ocupar o papel de coordenadora, o exercício era diário. Como praticar uma coordenação com liderança sem ser autoritária? Como lidar com toda a exposição que passei a experimentar? Já que, em praticamente todas as reuniões com a gestão, tinha que falar sobre o NASF, dizer sobre o nosso papel, defender a nossa permanência. A proposta das equipes NASF era muito nova e poucos conheciam o seu papel e a forma de funcionamento. Por isso, era questionada o tempo inteiro sobre a serventia do nosso trabalho. Principalmente nas reuniões de Rede de Saúde Mental, em que tínhamos que construir com os outros serviços o lugar da Saúde Mental na Atenção Básica, seus limites e possibilidades e o papel do Apoio Matricial nesse processo.

Por parte da Atenção Básica, ou seja, por parte das Equipes de Saúde da Família, havia um desejo muito grande por uma equipe de especialistas que fosse dar conta de tudo o que eles não estavam conseguindo manejar. O desejo era por uma equipe para a qual eles pudessem fazer os encaminhamentos dos casos. Por outro lado, a proposta do NASF não era a de ser receptor de encaminhamentos, e sim ser uma equipe que auxiliaria as Equipes de SF a manejar as situações no próprio território, quando possível. Compartilhar o cuidado com as equipes de Atenção Básica e não receber os

encaminhamentos: esse era um campo de tensão, tanto entre os profissionais quanto com a gestão e a própria Rede de Saúde Mental, que pouco conhecia sobre a organização do trabalho do NASF e as tensões cotidianas vividas, principalmente na condução de casos de Saúde Mental. Assim, por muitas vezes, as dificuldades de implantar uma equipe de Apoio Matricial na Atenção Básica eram confundidas com incapacidade técnica dos profissionais e isso gerava tensão e ainda uma demanda para que eu colocasse os profissionais em avaliação constante e, por vezes, pressões para realizar a demissão de alguns.

Isso tudo era muito difícil de vivenciar, pois não queria ocupar esse lugar verticalizado, mas contagiar a coordenação pela minha vivência como pesquisadora, que inclui todos os atores no processo de fabricação de conhecimento. Manejar isso foi e tem sido bem difícil: sustentar uma coordenação, no sentido de conduzir processos coletivos e não de executar ações autoritárias. Entendendo, ao mesmo tempo, a importância de me posicionar em alguns momentos e definir algumas questões.

Um dos aspectos que me levou a permanecer como coordenadora foi refletir que estar nessa posição me permitia levar os questionamentos dos trabalhadores adiante, permitia a possibilidade de negociar, junto à gestão, um espaço para o NASF, o lugar do mesmo no território e dar visibilidade às potencialidades do nosso trabalho. Sentia-me desafiada por participar dessa construção de um fazer-cuidar partilhado entre os diversos atores envolvidos e que se afastasse da lógica fragmentada de cuidado vigente. O papel de coordenadora permitia-me, ainda, dar visibilidade às necessidades da equipe, aos desafios, e, com isso, conseguir apoio. Por vezes, sentia-me de fato como porta-voz dos trabalhadores e acho que foi por todos esses motivos que consegui, apesar de todas as dificuldades, sustentar manter-me nesse papel e ainda produzir uma pesquisa, incluindo tais atravessamentos.

Escrever um texto banhado de tantas emoções não é uma proposta simples e, por isso, confesso mais uma vez que tive muito medo, ao longo da pesquisa e da escrita, de entrar em contato com todas essas emoções, de revivê-las, de não conseguir escrever por conta delas e as letras embargarem, tal como em um discurso emocionado, quando as palavras faltam e o engasgo vem.

De fato, vivi sim muitos engasgos e embaraços ao longo da pesquisa. Por outro lado, com o tempo, fui percebendo que escrever e refletir acerca dos lugares ocupados por mim, acerca dos desafios, dos fazeres cotidianos de produção de cuidado, me permitiam sustentar uma atitude investigativa de todo esse processo, permitiam estar em

permanente estado de pergunta e de questionamento e ainda, por vezes, desabafar. Tal como nos aponta Palombini (2010), o exercício da escrita é transformador de práticas e é uma forma de cuidar da experiência vivida.

No caso da presente pesquisa, narrar os acontecimentos, as práticas cotidianas, compartilhar com o leitor os afetos vividos, têm-me proporcionado cuidar dos papéis ocupados para que eles existam ao mesmo tempo em suas singularidades e em suas misturas e costuras.

Passaremos, agora, ao próximo capítulo. Nele, esforçamo-nos em nos aproximar do campo da Saúde, de seus conceitos e histórias. Entendemos que, para esta tese, é de extrema importância realizarmos tal aprofundamento, tendo em vista que o encontro com o campo da Saúde traz junto vários conceitos que foram-se transformando ao longo da história, como, por exemplo, conceitos de saúde, doença e cuidado. Assim, percorremos os processos de constituição de modos de cuidar que se foram produzindo ao longo da história, no mundo e principalmente no Brasil. Tentamos entender como a Estratégia de Saúde da Família e NASF foram escolhidos como modelos prioritários de organização do cuidado e, além disso, nos aprofundamos na apresentação do nosso cenário de pesquisas e práticas: a área programática de saúde 3.2. Então, vamos a ele!

CAPÍTULO 2 - PERCORRENDO OS CAMINHOS DA SAÚDE E DOS MODOS DE CUIDAR: DO HOSPITAL AO TERRITÓRIO

Neste capítulo, realizaremos um mergulho nos conceitos que permeiam o campo da saúde e, também, nos processos de constituição dos modos de cuidar que foram produzindo-se ao longo da história, principalmente no Brasil. Realizar esse percurso nos permite entender a escolha do Ministério da Saúde pelo modelo Estratégia de Saúde da Família como principal estratégia para organizar as práticas de cuidado e, com isso, realizar a qualificação da implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Para tal, acompanhamos os movimentos do cuidar ao longo da história em um percurso que vai do hospital, como principal *locus* de exercício médico das ações de cuidado, a uma prática de saúde realizada no território, em que a chamada Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde, por meio do modelo Estratégia de Saúde da Família, possui um papel fundamental. Nessa passagem das práticas de cuidado do hospital ao território, outras transformações também se fazem presentes, como a passagem da centralidade das práticas clínicas na figura do médico para a aposta na equipe multiprofissional como potencializadora do cuidado. Há ainda o uso intensivo de tecnologias duras²⁸ nas intervenções em saúde, pautadas em um modelo biológico de

²⁸ Merhy aponta que o profissional de saúde, principalmente o médico, possui três valises tecnológicas das quais pode lançar mão para realizar as ações de cuidado: as tecnologias duras, as leve-duras e as tecnologias leves. O autor afirma que todas essas tecnologias “expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos” (MERHY, 2013b, p. 96). As tecnologias duras utilizam-se de procedimentos e equipamentos, tais como os que realizam exames de imagem, laboratoriais, entre outros, para as ações de cuidado. Segundo Merhy, a medicina tecnológica é um exemplo de ação em saúde pautada em tecnologias duras, em que a prática médica reduz-se basicamente à realização de procedimentos e exames como atos em saúde. Tais procedimentos são pontuais e superespecializados, e o vínculo do profissional de saúde está mais na relação com os equipamentos do que com o usuário. A tecnologia leve-dura está relacionada à cabeça, ou seja, a saberes bem estruturados, tais como o saber clínico e o epidemiológico. Nessa tecnologia, sobressai o olhar do médico sobre o usuário, enquanto objeto de sua intervenção. Esse olhar e a consequente intervenção clínica são baseados em certos saberes bem definidos, daí o sua dimensão “dura”. Por outro lado, quando o agir do médico ocorre sobre o usuário, a relação que se estabelece entre os dois abre uma certa incerteza no produto, fruto da ação de cuidado e, portanto, desvia-se de sua dureza “pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar do médico vai se singularizar no ato” (MERHY, 2013b, p. 97). Assim, na tecnologia leve-dura, há uma certa captura tecnológica causada pelo saber médico, porém há também a presença do usuário, que pode fazer com que as intervenções tomem alguns rumos diferenciados dos saberes preestabelecidos. Por último, a tecnologia leve está presente no espaço relacional trabalhador-usuário, essa é a valise que, por se materializar na relação profissional-usuário, permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades, e mesmo o seu objeto, sejam de uma única ordem. Desse modo, os processos produtivos de saúde, nessa tecnologia, somente ocorrem em ato e nas interseções entre profissional de saúde e usuário. É por meio dessa tecnologia que se dá a afirmação da singularidade do trabalho do profissional de saúde enquanto produtor de cuidado. (MERHY, 2013b)

cuidado, e que foram expandindo suas formas de atuação, a partir da ampliação do entendimento do processo saúde-doença. Nessas passagens, muitas questões se fazem presentes, tais como: O que esteve em jogo ao longo do tempo para que tais transformações ocorressem? Quais os significados de saúde e de doença que foram sendo operados? Quais os efeitos desses significados nas práticas de saúde e na organização dos sistemas de saúde? Que atravessamentos políticos, econômicos e sociais influenciaram nessas práticas e organizações? Quais conceitos foram criados e como eles se refletem, hoje, nas práticas do cuidar? Todas essas perguntas apontam para a necessidade da investigação sobre a história e os conceitos que envolvem as palavras saúde e cuidado.

Ainda neste capítulo, trazemos para a composição do pensamento e da escrita o cenário em que a presente pesquisa ocorreu, a Área Programática de Saúde 3.2., no município do Rio de Janeiro e, por meio da narrativa dos “modos de fazer”, damos corpo aos conceitos que apresentamos. É importante ressaltar que os “modos de fazer” que compõem o texto, assim como os conceitos expostos e o relato da história da saúde no Brasil, realizam as costuras deste percurso que pretendemos fazer entre história e processos de constituição dos modos de cuidar. Apesar de apresentarmos uma certa linha cronológica em relação a alguns acontecimentos históricos, as narrativas não obedecem a tal cronologia, isso porque, apesar de existir uma linha de evolução dos fatos ao longo do tempo que podem nos dar a impressão de que houve uma superação de modelos e de formas de praticar a saúde e o cuidado, essa é apenas uma sensação, pois percebemos, por meio da experiência de acompanhamento das Equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que os modelos de cuidado se sobrepõem uns aos outros e, por isso, mesmo quando estamos na Estratégia de Saúde da Família, pautada em conceitos ampliados do processo saúde-doença, podemos estar operando o cuidado utilizando-nos de parâmetros reducionistas. Quero dizer com isso que os modos de fazer, neste capítulo, são trazidos a partir dos cenários onde pude presenciar práticas de cuidado: os estágios e trabalhos por que passei e, principalmente, a Estratégia de Saúde da Família e o NASF. A Estratégia de Saúde da Família é o cenário central desta pesquisa, que, por mais atual que possa ser, ainda traz consigo, na prática, diferentes concepções do processo saúde-doença e conseqüentemente, do fazer-cuidar.

Modos de fazer: do hospital ao território

Sexta-feira, dia 12 de agosto de 2011, chego ao hospital estadual, localizado no interior do Estado do Rio de Janeiro, para mais um dia de trabalho. Trabalho nessa instituição há um ano e meio, realizando plantões semanais. A rotina era mais ou menos parecida: chegava às 7 horas, assinava o ponto, seguia para a sala da Psicologia, lia o livro de ocorrências, verificava as pendências de acompanhamento do plantão anterior. Às vezes, era necessário acompanhar pessoas, que, na noite antecedente, haviam tentado cometer suicídio e ainda estavam em observação; outras vezes, havia alguém que chegara extremamente intoxicado de álcool ou então de alguma outra droga, na maioria das vezes cocaína ou crack. De vez em quando, havia relatos no livro, sobre mulheres vítimas de violência doméstica que também se encontravam na emergência, ou ainda mães de filhos assassinados naquela noite em estado de profunda tristeza e até mesmo em estado de choque. A cada novo plantão, deparava-me com novas situações de sofrimento: abuso sexual, familiares com dificuldade de aceitar a hospitalização de uma pessoa querida, pacientes internados por conta de um AVC, pessoas com indicação de amputação de membro inferior por conta de uma ferida de diabetes mal cuidada, e tantas outras situações. Após verificar e acompanhar os casos da noite anterior, normalmente passava visita nos leitos das enfermarias e CTI, priorizando o acompanhamento, a partir de conversas com o enfermeiro de plantão que indicava o que ele considerava prioridade. Acompanhávamos as notícias de câncer para familiares e pacientes, notícias de HIV positivo, notícias de óbito. Acompanhávamos idosos internados há longa data, as famílias dos pacientes hospitalizados e tantas outras situações. Uma das coisas que mais me chamava a atenção era que havia homens com idade em torno de 50 anos, hospitalizados por conta de um AVC ou enfarto, ou ainda, por conta de uma diabetes extremamente descontrolada. Tais homens tinham bastante dificuldade de realizar acompanhamento de sua saúde e achavam que não precisavam cuidar dela, mesmo cientes de seus diagnósticos. Havia mulheres também nessa situação, que, por

trabalharem muito ou por se preocuparem muito com o cuidado de seus filhos e maridos, acabavam por não cuidar de si mesmas. Uma vez, acompanhei uma mulher com câncer no útero que tinha 48 anos e nunca havia realizado um preventivo em toda a sua vida e só havia ido ao médico no parto de seus filhos. Ela dizia que seu trabalho não a liberava para ir ao médico. Outras situações muito comuns de solicitações para a Psicologia eram para mediar conflitos entre os pacientes e familiares e a equipe de enfermagem ou de médicos. Quando passávamos visita, era comum familiares e pacientes se queixarem sobre falta de acolhimento, cuidado e atenção da equipe médica e de enfermagem, reclamavam que as fraldas não haviam sido trocadas, que o médico passou muito rápido e não examinou o paciente ou não prescreveu a medicação para amenizar a dor, ou ainda, que os curativos não foram feitos, e tantas outras reclamações. Nós, como psicólogas, tentávamos facilitar e mediar o diálogo com os médicos e enfermeiros, a fim de qualificar o cuidado prestado. Essa não era uma tarefa muito fácil. Uma vez, tentamos montar uma reunião para discutir com os profissionais sobre como poderíamos qualificar o cuidado, a partir da melhora da comunicação entre os profissionais, melhora do acolhimento aos familiares e pacientes e construção de alguns protocolos de atividades que ainda não estavam organizadas no hospital. Houve movimentos importantes, porém era muito difícil reunir os profissionais, e o espaço foi ficando esvaziado por conta do regime de plantões e da desconexão entre os profissionais daquele hospital. O regime de plantão fazia com que cada um se responsabilizasse somente pelo seu dia de trabalho, e os profissionais de rotina eram pouquíssimos e não conseguiam garantir a continuidade do cuidado de todos os pacientes que estavam no hospital, muito menos a articulação com a rede de saúde para a continuidade do cuidado fora do hospital. Após um ano e meio de trabalho nesse local, já estava bastante desestimulada, pois percebia que meu trabalho ali era bastante pontual e que era necessário garantir o acompanhamento contínuo dos pacientes e de seus familiares, seja por suas questões psicossociais ou clínicas. Era bem difícil garantir a continuidade do cuidado, pois a articulação da rede daquele município e dos municípios vizinhos era muito frágil. Essa

situação se agravava, uma vez que, em regime de plantão, era muito difícil tentar articular-se com a rede, ou melhor, conhecer e tecer essa possível rede. Quando iniciei o trabalho no hospital, havia uma lista de lugares como referência para encaminhamentos, muitas das quais estavam desatualizadas, e então propus para a coordenação a atualização da mesma. Liguei para cada serviço listado e atualizei as formas de encaminhamento, horários de recepção e se os serviços estavam em funcionamento ou não. Descobri que havia algumas Equipes de Saúde da Família naquela região, mas não consegui contato.

Certa vez, havia um homem internado na enfermaria com uma doença muito grave e, em pouco tempo, ele poderia vir a falecer. Esse homem ficou cerca de quatro semanas internado no hospital, de modo que pude acompanhá-lo por alguns plantões. Ele não tinha mais contato com a família, pois fez escolhas em sua vida que o afastaram de sua esposa, seus filhos, sua mãe e irmãos. Assim, mais ou menos na terceira semana de acompanhamento, seu estado de saúde era bem grave e ele mostrou interesse de encontrar sua família antes de morrer, porém, a única coisa que sabia era o nome da comunidade e a cidade onde eles estavam morando, não sabia endereço e também não tinha os telefones. Nesse dia, eu e a assistente social do plantão empenhamo-nos em tentar avisar aos seus familiares sobre o estado de saúde do homem e dizer que ele gostaria muito de encontrá-los. A assistente social sabia que no município de Macaé, cidade onde moravam seus familiares, havia o Programa de Saúde da Família e, então, resolvemos buscar na internet o número da Secretaria Municipal de Saúde para ver se conseguíamos alguma informação. Um tanto descrentes, ligamos para a Secretaria de Saúde de Macaé e relatamos a situação. Na mesma hora, transferiram-nos para um setor que coordenava o programa naquele município e, então, explicamos novamente a situação. A pessoa que nos atendeu disse que havia uma Equipe de Saúde da Família naquele território e que passaria os nomes dos familiares às equipes para verificar se alguém os conhecia e, se fosse o caso, avisariam sobre a internação do referido homem, a gravidade do seu estado e o desejo do reencontro com a família. Agradei e desliguei o telefone. No final do dia, liguei novamente para a

coordenação do PSF e a mesma informou-me ter localizado a família e o agente comunitário de Saúde responsável por aquele território, porém, disse que naquele dia, por conta de conflitos armados entre os traficantes locais, o agente comunitário não havia conseguido ir até a família para dar o recado. Lembro-me de ter ficado impressionada com a agilidade de conexão daquela rede, muito diferente do município onde eu estava. Relatei tudo no livro de ocorrências e pedi para que as plantonistas seguintes acompanhassem o caso. No plantão seguinte, para minha total surpresa, o homem havia morrido, porém, tive a gratificante notícia de que a família dele tinha sido avisada e havia visitado o homem antes da sua morte. Esse foi um dos únicos casos em que houve certa continuidade do cuidado e articulação com a rede. Mesmo com todo esforço, sentia que o trabalho no hospital, em regime de plantão, era pouco resolutivo no acompanhamento dos pacientes que encontrava, sentia-me bastante limitada, apesar de ter aprendido bastante e ter tido grandes experiências. Assim, naquele dia, 12 de agosto de 2011, enquanto estava atendendo um paciente no leito, recebi uma ligação informando-me de que eu havia passado em um processo seletivo para trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que eu deveria apresentar-me para a contratação na segunda-feira seguinte. Essa notícia foi bastante surpreendente e responsável por uma grande mudança em minha vida. Não sabia direito o que significava Estratégia de Saúde da Família e muito menos Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Na segunda-feira seguinte, fui contratada e, na terça-feira, compareci a uma das unidades de saúde onde eu deveria trabalhar.

A narrativa apresenta a experiência em um hospital geral e o início da passagem da vivência do cuidado centralizado para o cuidado no território, quando fui chamada para trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. No contexto do hospital, ficam claros os limites de um cuidado pautado em uma lógica hospitalocêntrica, fragmentada e curativa, por outro lado, também percebemos que houve possibilidades de criação de brechas possíveis nessa lógica. Neste capítulo, como já apresentado, realizo uma remontagem da História da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), com o objetivo de percorrer os caminhos constitutivos de práticas em saúde que, a partir de um

certo período da história, eram centralizadas no hospital e passam, por meio de intensas lutas pela democracia e por uma ampliação do conceito de saúde, a ser realizadas no território.

Coelho (2013), no Manual de Práticas de Atenção Básica, faz a descrição de alguns modelos assistenciais de saúde que existiram ao longo da história, ou seja, de algumas formas pensadas e desenvolvidas ao longo do tempo sobre modos de organizar sistemas de saúde.

Segundo ele, os debates em torno da ideia de modelo são antigos e, por isso, remonta à discussão trazida por Platão e Aristóteles, no que diz respeito à essa ideia. Platão apostava em modelos universais que poderiam explicar ou ser aplicados em todos os campos de conhecimento e de ação; já Aristóteles julgava que a doutrina dos universais não era passível de ser estendida a todos os campos de conhecimento, ou seja, nem tudo era possível de ser encaixado em um modelo e, por isso, apostava na experiência concreta para orientar nossas ações diante de um problema a se resolver.

No campo da saúde, é muito comum o uso de modelos, cujo objetivo é analisar sistemas de saúde atuais ou que já existiram, recortando alguma categoria de análise. Da aplicação dessas categorias, surgem tipologias de sistemas que podem ser comparados entre si. Segundo Coelho (2013), o grande problema com os modelos teóricos é situá-los como verdades eternas ou incontestáveis. O interessante da análise de modelos de saúde seria enriquecer nossa compreensão de diferentes situações e orientar nossas ações, sempre considerando os diferentes contextos e singularidades locais.

Segundo Benevides e Passos (2005a), os modelos de saúde são pautados por políticas: remontar a história do SUS ou da saúde como um todo é acompanhar a constituição de políticas que sustentaram a sua formação e é, também, acompanhar a sustentação da passagem de uma política de governo para uma política pública, do coletivo, do cotidiano, e isso não é tarefa fácil e garantida. Segundo os autores, construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde:

[...] o desafio assumido a partir da década de 70 pelos movimentos de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, impunha tanto a redefinição do conceito de saúde, quanto a recolocação da importância dos atores implicados no processo de produção de saúde. Falar, portanto,

de saúde pública ou saúde coletiva é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como “pacientes” nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência frente aos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social. O que queremos ressaltar é que a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Segundo Neves, a produção do social dá-se em meio a um campo de tensões. Homem e natureza estão imersos em uma "universal produção primária", produtividade de fluxos e cortes de fluxos da produção desejante, “que se caracteriza por produzir sempre o produzir, por injetar produzir no produto, pela produção de produção” (NEVES, 2004, p. 4). Tal afirmação implica, por um lado, na desnaturalização das análises que inscrevem o campo social em uma dicotomia totalizante e excludente entre molar (macropolítica) e molecular (micropolítica), seja em uma perspectiva de escala (maior/menor) ou em uma perspectiva de sobredeterminação (do macro sobre o micro). Segundo Deleuze e Guattari, "tudo é político mas toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 90).

Ainda segundo a autora, a partir dos apontamentos de Deleuze e Guattari, macro e micropolíticas coexistem em um mesmo movimento. Na macropolítica, as interferências na produção do social dão-se de modo extensivo, são molares, ou seja, possuem aspectos visíveis e quantitativos. Na micropolítica, as intervenções no social possuem aspectos qualitativos e invisíveis. Um acontecimento possui dimensão intensiva quando é capaz de fazer ressoar sua potência disruptiva, desestabilizadora de estados de coisas estabelecidas: “Uma interferência intensiva funciona como obra aberta e por relações de vizinhança entre devires. Constrói consistências provisórias sensíveis ao campo problemático que as dobra, desdobra, redobra, em ressonância com os gritos de dor e de alegria que pulsam na intensidade vital” (NEVES, 2004, p. 7). Já uma interferência é extensiva, ou seja, macropolítica, quando atualiza um acontecimento intensivo e produz formas. Essas atualizações implicam na produção de territórios que estabilizam as desterritorializações intensivas em instituições. Quando as desterritorializações intensivas, que não nos permitem grudar nos enquadramentos de segmentos e formas, são neutralizadas ou estabilizadas em um território, tecem-se

práticas que podem estancar-se em oposições abstratas e burocratizadas, tanto no nível de organizações (políticas, sindicais, religiosas, educacionais, etc.) que se pautam em um "dever de militância", quanto no nível comunicativo de enunciados genéricos (palavras de ordem):

A realidade na qual estamos todos imersos é produzida em uma multiplicidade de interferências extensivas e intensivas, ou seja, macropolíticas e micropolíticas e dessa maneira não devemos cair na armadilha de opor um tipo de interferência micro a um outro tipo que seria o das macro-interferências, pois há sempre articulação entre as duas e por isso, não podem ser pensadas como opostas, como melhores ou piores em si, fora das relações que as constituem. Na realidade, elas se atravessam e sofrem impregnações distintas de um tipo pelo outro. Ambas são tecidas pelos agenciamentos desejosos em suas linhas duras ou de fuga que, fazendo os acontecimentos dobrarem-se singularmente em nós, traçam interferências em meio a pendulações segregativas e nomádicas. É somente nas relações e nos processos que as constituem que podemos avaliar os movimentos que elas promovem ou estancam (NEVES, 2004, p.7).

Desse modo, Neves aponta que a realidade, as políticas públicas e, conseqüentemente, as políticas de saúde fazem-se por meio desse campo de tensões em que o micro e o macropolítico estão em jogo, e é preciso, ao remontar a história, explicitar esse campo, é preciso contar as grandes e as pequenas histórias. A autora aposta que, por meio desse campo de tensões, as formas de fazer saúde atualizam-se, na coexistência de práticas que afirmam a constituição de modos de gestão e cuidado, aliados aos processos de democratização da sociedade. Segundo ela, quando remontamos à história, entendemos os acontecimentos como operadores de rachaduras por entre os dispositivos de saber, poder e subjetivação, em meio aos quais se produzem a história e o mundo.

As formas de exercício do poder estão atreladas a este funcionamento de interferências macro e micropolíticas, que geram o desenvolvimento dos acontecimentos da história. Foucault (1977, 1979) dedica-se à construção de uma teoria do poder que explicita a relação entre as formas como este é exercitado e conseqüentemente, as práticas sociais e saberes que são produzidos. Propõe que, na sociedade tradicional, até o século XVI, havia um poder soberano, cuja forma de governar era caracterizada pela exterioridade, pela transcendência do príncipe em relação ao seu principado, mantendo laços por meio da violência e decidindo sobre a

morte e sobre o deixar viver. Esse tipo de exercício do poder é exercido em um sentido único (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Segundo Foucault (1979), a sociedade moderna já não encontra apoio na soberania e, então, outras formas de exercitar o governar se expressam. Aponta que o que se modifica é o alvo das ações de poder, que passa do território e dos súditos para um conjunto heterogêneo de “coisas”. Modifica-se também a forma como as ações de poder realizam-se.

Benevides e Passos (2005a) indicam que o que é decisivo no exercício do poder é um jogo de luz, que garante visibilidades e invisibilidades. No poder soberano, o corpo do rei ou do príncipe tinha a máxima visibilidade, o foco de onde o poder emanava era bem claro e evidente. Já na modernidade, este foco se altera, pois a origem de emanação do poder se invisibiliza e o alvo de incidência do poder é visibilizado. Nesta época, o poder passa a agir de forma mais capilarizada, esparramada pelo tecido social: fala-se no governo da casa, das almas, das crianças das famílias, etc. Isso quer dizer que uma nova topologia política se inaugura, havendo uma torção na forma de exercício do poder, em que o distanciamento entre a emanação dele e sua incidência não existem mais, tal como se exercitava na soberania. A partir do século XVI, afirma-se a inseparabilidade entre os diversos domínios do governo.

Governar a nação, a família e a si mesmo são, então, exercícios que se realizam num mesmo plano de imanência do poder, de tal maneira que não há mais aquela distância entre quem exerce o poder e quem o sofre. A imanência desse plano na modernidade faz com que os termos “ativo” e “passivo” se distingam, mas não mais se separem, compondo um regime de poder, cuja palavra de ordem enuncia-se por meio de uma expressão reflexiva: governa-se. O poder assujeita na justa medida em que subjetiva. Assujeitar e subjetivar são, portanto, ações inseparáveis no exercício do poder na modernidade:

[...] Na modernidade, portanto, os níveis de governo se encaixam: o governo político, o econômico e o moral se dobram uns sobre os outros gerando esta arquitetônica complexa, multivetorializada e contínua. O Estado não tem mais a primazia de foco ou de centro do poder, no entanto ele permanece como um dos pontos de referência na constituição da governamentalidade: plano multifocalizado no qual Estado, família e si mesmo se apresentam como três referências para as práticas de governo (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 5-6).

Dessa forma, o governo não parte mais da centralidade do Estado, esse passa a ser uma das referências para a arte de governar, porém não a única. Assim, segundo Benevides e Passos (2005a), na tese tradicional, parte-se do Estado como criador de projetos e políticas, porém, na modernidade, os níveis de governo se sobrepõem - o político, o econômico e o moral -, agindo, ao mesmo tempo, no Estado, na família e em si mesmo, ou seja, o poder “esparrama-se”. Embora o Estado não seja a fonte de capilarização do poder, ele tende a absorvê-la e interiorizá-la, dito de outro modo, passa a tentar centralizar as decisões. Porém, os autores apontam que há algo que resiste à capilarização do poder para dentro do Estado, havendo um fora que resiste à interiorização do poder pelo Estado, o que faz com que a máquina do governo se abra para fora. Para estes autores, o que resiste é o plano do coletivo, em que se constroem, de fato, as políticas públicas: é o coletivo que deve direcionar a capilarização do poder para que as políticas criadas sejam de fato públicas, de fato compartilhadas, construídas e agidas pelo público. Isso é o que provocaria as verdadeiras mudanças nas práticas em saúde. Os autores, afirmam, ainda, que, sem dúvida, essa foi a direção dos movimentos políticos que culminaram no Sistema Único de Saúde.

Nas décadas de 1970 e 1980, as mudanças no campo da saúde pública foram evidenciando o sentido de coletivo que animou o movimento da Reforma Sanitária. A partir do conceito de saúde coletiva, é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado ao estatal, o público indica, assim, a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Até aqui, fizemos um pequeno preâmbulo de como as forças macro e micropolíticas, associadas às formas de ação do poder, contribuem para a construção de políticas públicas que reorganizam as práticas de saúde e do cuidar. Como bem afirmam Passos e Benevides, a interferência do coletivo foi determinante para a criação do SUS e para as mudanças das ações de saúde no Brasil. A criação do SUS é fruto do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que possui suas raízes nos contextos econômicos e movimentos políticos por democracia e defesa dos direitos humanos que ocorreram por todo o mundo. Tais processos evidenciam reformulações do conceito de saúde e das formas de se produzir cuidado, que passam de uma lógica hospitalocêntrica, médico-centrada e individualizante, para lógicas mais coletivas, inclusivas e territorializadas de construção do cuidado e entendimento do que é saúde.

Assim, faremos aqui uma pausa, antes de nos embrenharmos na história da Reforma Sanitária, e retomaremos este fio de análise importante para a construção desta tese: os percursos de passagem do cuidado centralizado no hospital e no saber médico para o cuidado no território, realizado por equipe multidisciplinar.

Na narrativa do início do capítulo, a experiência do cuidado realizado no hospital impunha limites à realização de uma prática mais ampla e contínua, porém, a instituição Hospital, por si só, não é responsável pela fragmentação e especialização do cuidado. Por outro lado, há toda uma construção histórica que definiu essas práticas e tornou o hospital, a ciência e o médico os focos das ações de saúde. Vamos, agora, trilhar um pouco por esta história.

Durante praticamente todo o século XX, o hospital e seu quadro médico ocuparam a posição central na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do ocidente. Porém, a associação entre médicos e hospitais é fato relativamente recente na história. O hospital, tal como conhecemos hoje, é considerado por muitos historiadores como uma criação da cristandade da Idade Média e os registros de sua criação são do final do século IV. Sua finalidade era receber pessoas que necessitavam de alguma ajuda, tal como cuidado, alojamento ou comida. Recebiam pessoas doentes, mas também incapacitados, pobres, peregrinos, órfãos e idosos. Com o passar do tempo, esses estabelecimentos foram-se multiplicando e adquirindo diferentes finalidades, uma delas a nosocomia, ou seja, enfermarias ou hospitais que prestavam assistência a doentes ou enfermos. Essas enfermarias não tinham o objetivo de curar e a assistência aos doentes estava ligada à salvação das almas. Essas instituições eram ligadas às igrejas e funcionavam com pouca ou nenhuma presença de médicos.

Modos de fazer: o entrelaçamento entre cuidado e caridade

Logo no início do trabalho como coordenadora do NASF, realizamos uma discussão de caso com uma Equipe de SF, conversamos sobre Dona Carmem. A agente comunitária relatou que a mulher tem 58 anos, é nordestina, analfabeta e reside em uma comunidade que faz parte do território de abrangência da equipe. Ela mora em uma casa de tapume, não possui água encanada e nem esgoto, vive em uma situação de extrema pobreza e falta comida para alimentar os netos que moram com ela. Dona Carmem tem três filhos, com dois deles, ela perdeu o contato,

pois foram para São Paulo trabalhar e nunca mais voltaram. Tem, ainda, dois irmãos com quem também perdeu contato quando veio para o Rio de Janeiro com um ex-companheiro. Ao iniciar o relacionamento com esse homem, brigou com a família, que não o aceitava, já que ele era bem mais velho que ela. Assim, veio morar no Rio de Janeiro com esse companheiro, pois o mesmo queria “uma vida melhor”. Dona Carmem morou primeiro em São Gonçalo, porém, com o passar do tempo, o homem tornou-se violento e ela fugiu de casa com os filhos e veio morar na atual comunidade. Nessa época, começou a trabalhar como empregada doméstica para sustentar sua família. Além dos filhos que foram para São Paulo, tem uma filha caçula de 27 anos que não mora mais com ela, mas cujos três filhos cria: de 3, 6 e 10 anos. A equipe relata que a filha de Dona Carmem é dependente de drogas e não ajuda a mãe com as contas da casa e nem com o cuidado dos netos. Dessa maneira, Dona Carmem parou de trabalhar para cuidar das crianças, não possui dinheiro para alimentá-las, comprar produtos de higiene e vive de algumas doações. A equipe fica muito preocupada com a situação, pois não sabe como agir. A enfermeira e alguns agentes comunitários contam-nos que, por conta da gravidade da situação, há mais ou menos três meses recolhem dinheiro da equipe para comprar gás, comida e alguns produtos de higiene. Relatam que fazem isso, pois não sabem como agir e por serem religiosos, não podem deixar a família desamparada, prestando, então, auxílio.

Segundo Foucault (1980), ao longo do tempo, o hospital vai deixando de ser um *locus* específico da prática da caridade e torna-se uma via de ensino importante para os médicos que entendiam que era na prática clínica que sua formação qualificava-se. Isso porque, segundo o filósofo, o olhar passa a ser a principal forma de conhecimento e, portanto, esse novo perfil perceptivo deposita na clínica a constituição do saber médico.

Desse modo, no final do século XVIII e início do século XIX, o saber médico foi associado à prática clínica nos hospitais, e a atribuição dos diplomas médicos passa a depender não apenas das aulas teóricas ou de anatomia dentro das academias, mas também da presença efetiva dos estudantes junto aos doentes internados no hospital. Durante a Revolução Francesa, várias universidades foram fechadas, pois dizia-se que elas eram teóricas e desligadas da prática. O foco no aprendizado através do olhar gera a

busca pela classificação das doenças, o que passa a direcionar as práticas de cuidado para fenômenos patológicos. Assim, o médico passa a se preocupar mais com as doenças e suas apresentações do que com o doente. O olhar médico passa a se dirigir para os signos que diferenciam uma doença da outra.

No hospital, a saúde do corpo vai substituir progressivamente a salvação da alma como objetivo, enquanto que, para os médicos, a clínica muda seu enfoque da doença como essência abstrata e passa a ver o indivíduo no hospital como corpo doente a demandar uma intervenção que dê conta de sua singularidade, o que Foucault tão bem descreve como o *Nascimento da Clínica* (COELHO, 2013, p. 103).

Modos de fazer: o cuidado focado na doença

Em uma das visitas às equipes de NASF, uma das trabalhadoras compartilha uma situação que está enfrentando com uma médica da Equipe de SF. Há um usuário no território com tuberculose, porém ele não está aderindo ao tratamento e a enfermeira da equipe leva a situação aos profissionais do NASF para pensarem juntos como realizar o cuidado. Programam uma reunião para a discussão desse caso, na qual estavam presentes a médica, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde. A equipe relata a situação do homem, que está resistente em continuar o tratamento, e a profissional do NASF começa a fazer questionamentos sobre a história de vida do paciente, o contexto de moradia, de renda, contexto cultural, familiar, etc., com o objetivo de que tanto a equipe de NASF quanto a de Saúde da Família pudessem entender melhor quem era aquele homem e o que poderia levá-lo a não estar querendo tratar-se. Assim, juntos, começam a realizar o mapeamento de quem era esse homem. Com mais ou menos vinte minutos de discussão, a médica da equipe pede a palavra e diz que ela, como médica, tinha a função de diagnosticar a doença e tratá-la, porém, diante da recusa do tratamento, o que ela poderia fazer? A mesma conta que conversou várias vezes com o paciente e disse que ele tinha que tomar a medicação, senão poderia não sobreviver à doença, porém ele não compreendia. O que ela podia fazer como médica? A resolução da

situação teria que ser feita pela assistente social, psicóloga e enfermeira, pois a parte dela já estava sendo feita.

Na segunda metade do século XIX, a teoria miasmática foi substituída pela teoria bacteriológica, que jogou por terra a explicação de que as doenças teriam origem em um conjunto de odores fétidos provenientes de matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis freáticos. A teoria bacteriológica, criada por Pasteur e Koch, propunha que as doenças eram criadas por bactérias e, com isso, uma gama de novos vocabulários passou a fazer parte do cotidiano médico, tais como “agente infeccioso”, “contágio”, “período de incubação”, “mecanismos de transmissão”, “hospedeiros”. Nesse contexto, são associados ao saber médico, além da prática clínica e do exercício nos hospitais, outros equipamentos e dispositivos de saber e cuidado, tais como o microscópio e o laboratório. Com isso, o paradigma científico passa a ser o direcionador da prática médica.

Na passagem do século XIX para o XX, o hospital vai se tornando uma instituição cada vez mais complexa e passa a ser considerado o local privilegiado para cura de doenças e de estabelecimento da saúde do corpo. Além do laboratório, são incorporadas as salas de cirurgia, as práticas assépticas e antissépticas, o raio-X e a patologia clínica. Conforme a ciência avançava, as tecnologias médico-hospitalares também avançavam e, cada vez mais, o hospital passa a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados médicos. Esse período coincide com o de reconhecimento da medicina como profissão:

[...] isso equivale a dizer que a medicina se tornou uma prática dotada de autonomia técnica, de poder jurisdicional e de auto-regulamentação. E esta associação entre hospital, medicina e uma determinada visão científica – no caso em questão, a biologia – vão se constituir no pensamento hegemônico da segunda metade do século XIX e da primeira metade do século XX. Quando países [...] enfrentam problemas sanitários ou constroem sistemas de saúde, a alternativa que se apresenta é essa associação entre médicos, hospitais e medicina científica. [...] Provavelmente a esta altura as expressões como ‘hospitalo-centrico’, ‘médico-centrico’ e ‘visão biológica e reducionista’ já fazem mais sentido (COELHO, 2013, p. 104).

No século XX, as formas de organizar os sistemas de saúde eram diversificadas por todo o ocidente, no entanto Coelho (2013) relata que, apesar da organização se

diferenciar, as práticas de saúde, de uma maneira geral, eram pautadas no modelo biomédico e hospitalocêntrico nessa parte do mundo. O autor divide os sistemas em dois grandes sistemas guarda-chuvas: os *Sistemas nacionais públicos de saúde* e o *Modelo liberal privativista*. Embora haja grandes diferenças dentro de cada sistema, Coelho divide-os por algumas semelhanças centrais: nos *Sistemas nacionais públicos de saúde*, o acesso é universal, fortemente regulado e financiado pelo aparato estatal. Nesses sistemas, os serviços ofertados ao conjunto da população são realizados diretamente pelo Estado, que o faz pela compra de serviços de profissionais ou pela contratação de organizações privadas de uma maneira geral. Esse modelo era e ainda é utilizado por países europeus. No *Modelo liberal privativista*, a população é quem realiza a compra de serviços de saúde diretamente dos prestadores, que pode se dar por diferentes formas, desde o mutualismo até empresas que mediam a relação entre os usuários e os serviços, que, em geral, apresentam-se como prestadores privados de assistência à saúde. Os Estados Unidos utilizam esse modelo, por exemplo (COELHO, 2013).

Franco e Merhy (2007) apontam que a definição dos modelos de saúde é política. A ideia de uma política voltada para a saúde surge em 1601, na Inglaterra, por meio da “lei dos pobres”, porém é no período do desenvolvimento industrial que as políticas se reforçam, já que as condições de trabalho e moradia insalubres faziam proliferar doenças. Além disso, as péssimas condições de trabalho geravam altos índices de acidentes, o que economicamente prejudicava a produção. Assim, cuidar da saúde do trabalhador tornou-se uma questão prioritária, nesse contexto, a razão econômica transforma-se em instrumento da política. Políticas de saúde são criadas a serviço do capital, o que, segundo os autores, preserva-se até hoje.

Franco e Merhy (2007) chamam a atenção para o fato de que o sentido humanitário, ou seja, a ideia de garantia do direito à assistência, nesse período, não está presente, e apontam que a presença do Estado na organização dos serviços de saúde é uma tentativa de responder à necessidade de assistir a população, já que a lógica capitalista não inclui essa necessidade em suas ações. Porém, o Estado, ao invés de representar os interesses de todas as pessoas, acaba por representar os interesses de um grupo hegemônico, como no caso dos industriais ou empresários, e garantir a saúde é, nesse sentido, garantir a saúde dos trabalhadores.

Nos países capitalistas, as variações econômicas determinam os modelos assistenciais de saúde adotados. O crescimento econômico no período pós-guerra, por

exemplo, proporcionou ganhos de produtividade graças aos avanços tecnológicos da indústria, o que gerou a possibilidade de novos investimentos, principalmente por parte de países desenvolvidos. Assim, esses países, sobretudo europeus, aumentaram os investimentos em políticas sociais, inclusive nas políticas de saúde. O Estado de Bem-Estar Social difunde-se pela Europa e é maciçamente apoiado pelos movimentos sociais, que passam a ganhar espaço na luta pela garantia de direitos mínimos à população, dentre eles, o direito à saúde.

Assim, políticas de saúde foram sendo criadas por meio de sistemas Estatais universalizantes que se responsabilizavam pelo financiamento dessas. Os governos organizavam a assistência à saúde utilizando os modelos hegemônicos vigentes, que eram medicocêntricos e hospitalocêntricos, ou seja, os serviços oferecidos eram pautados na disponibilização de médicos e hospitais para a população, fazendo com que os leitos hospitalares e os procedimentos médicos crescessem amplamente até a década de 1960. Essa escolha encareceu extraordinariamente os custos de assistência à saúde.

Este modelo, chamado “Médico Hegemônico”, desenvolve-se a partir de recursos que são disponibilizados à assistência à saúde, centrados no conhecimento especializado, equipamentos/máquinas e fármacos, seguindo a trilha do extraordinário desenvolvimento tecnológico nestas áreas. A dinâmica capitalista na saúde é a mesma no campo econômico geral e assim, um sistema de saúde centrado em procedimentos, corrobora com os processos de acumulação do capital, ou seja, a dinâmica de produção de serviços é estruturada e comandada por interesses desta ordem (FRANCO; MERHY, 2007, p. 9).

Franco e Merhy colocam que esse modelo assistencial define-se como “procedimento-centrado”, em que assistir à saúde traduz-se pela ação de produzir procedimentos, isto é, produzir consultas e exames, associados à crescente medicalização da sociedade. O compromisso com as necessidades dos usuários é secundário.

Modos de fazer: o cuidado centrado em procedimentos

Lendo o texto de Franco e Merhy sobre a centralização nos procedimentos das ações de saúde na época do Estado de Bem-Estar Social, lembrei-me de uma situação ocorrida há mais ou menos um ano e

meio, na área de saúde em que atuo. A situação foi a seguinte: os profissionais de saúde estavam solicitando um grande número de exames laboratoriais, o que ocasionou um problema no orçamento da área. Nesse período, a coordenação de saúde realizou uma análise qualitativa dos pedidos de exame e chegou à conclusão de que muitos pedidos eram desnecessários e poderiam ser substituídos por uma boa prática clínica. Muitas reuniões foram realizadas com médicos, enfermeiros e gerentes das unidades, com o objetivo de discutir essa questão. Verificou-se que a prática de cuidado estava muito pautada em exames e procedimentos, muitas vezes não necessários para a realização de um cuidado de qualidade. Um dos pontos de debate foi a formação do profissional de saúde, incluindo a formação médica, ainda muito pautada nos procedimentos e na necessidade de realização de exames. As discussões giravam em torno da importância das solicitações serem realizadas quando realmente necessárias, pois, assim, seria possível gastar os recursos de forma adequada e conseguir atender àqueles usuários que realmente necessitassem dos exames.

Na década de 1970, houve uma forte crise estrutural do capitalismo²⁹, o que gerou recessão generalizada em todo o mundo. Essa foi a primeira grande crise desde a Segunda Guerra, atingindo muitos países, inclusive os desenvolvidos. Como consequência, ocorreu uma diminuição do recolhimento fiscal, o que fez com que os governos começassem a analisar os investimentos realizados pelo Estado nas políticas sociais e os impactos decorrentes desses investimentos. Assim, foi possível perceber que os gastos com as políticas sociais, principalmente com a saúde, haviam aumentado substancialmente, e essa constatação se aplicava tanto aos países com sistemas majoritariamente públicos quanto aos países que privilegiavam o setor privado. Apesar dos altos gastos, esses não se traduziam na qualificação dos indicadores de saúde da

²⁹ O sistema de produção e acumulação capitalista, do pós-guerra até à década de 1970, se caracterizava-se pela produção em massa para o consumo em massa, por meio de uma organização específica do modo de produzir chamado de taylorismo e fordismo, estruturado pela regulação do Estado. Em meados da década de 1970, este modo de produzir apresentou sinais de crise, por conta da sobreprodução, ou seja, produzia-se mais do que o sistema capitalista, conforme estava organizado, conseguia consumir e, por isso, a arrecadação diminuía acentuadamente. Nesse período, houve ainda a eclosão dos movimentos operários e a crise do Petróleo, o que gerou uma crise estrutural do capitalismo (ANDRADE, 2006).

população e as pesquisas realizadas foram apontando que a falta de correlação entre altos investimentos e melhoria da saúde justificava-se pelo modelo utilizado para a realização das práticas de saúde. O modelo “médico centrado” e “procedimento-centrado” não geravam, necessariamente, a qualificação dos indicadores de saúde da população.

Assim, a eficácia do modelo vigente começou a ser questionada e a legitimidade do hospital, com sua necessidade crescente de desenvolvimento tecnológico e especialidades médicas, também. A relação entre hospitais e médicos e a qualidade de vida e de saúde da população já não era tão óbvia e os efeitos colaterais puderam ser verificados, pois, além do alto gasto financeiro sem impacto na saúde, identificou-se que algumas práticas eram desfavoráveis à saúde do homem.

O uso abusivo de antibióticos, psicofármacos, o excesso de exames complementares, alguns de natureza invasiva, passíveis de levar a complicações e até mesmo à morte, levou autores como Illich (1975) a denunciar a iatrogênese e a questionar a eficácia desta medicina tecnicista e hospitalocêntrica (COELHO, 2013, p. 106).

Somado aos grandes custos de assistência à saúde, quando analisamos a situação da década de 1970, há o fato de que, por conta da política do Estado de Bem-Estar Social, a assistência à saúde foi um dos programas mais oferecidos à população e, portanto, contou com um grande financiamento público para sua manutenção. A partir da crise ocorrida nesse período, uma contradição instalou-se nos países que adotavam esse modelo de governo. Essa se dava pelo fato de a crise reduzir a capacidade de financiamento do Estado, gerando menos recursos para a manutenção das políticas sociais. Paralelamente a isso, os serviços de saúde, por sua característica hospitalocêntrica e procedimento-centrada, demandavam altos custos para seu financiamento. A situação agravava-se pela necessidade dos governos de dar respostas ao crescimento da pobreza gerada pela crise e, conseqüente, ao aumento das necessidades de saúde.

Os crescentes movimentos sociais, principalmente nos países em desenvolvimento, pressionavam os governos para a manutenção dessas conquistas alcançadas no *Welfare State*. A partir do contexto descrito, a Organização Mundial de Saúde, em 1978, convoca a Conferência Internacional de Alma-Ata e define como tema central “a Atenção Primária em Saúde”, propondo uma revisão das práticas vigentes em

saúde. Tal revisão seria baseada em experiências anteriores, como por exemplo, o modelo da Medicina Comunitária.

A Medicina Comunitária já tinha sido proposta na década de 1960, nos EUA, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos que geravam, naquele país, dificuldade de acesso a amplas camadas da população. A Medicina Comunitária estrutura-se a partir da Epidemiologia e da Vigilância à Saúde³⁰, direcionando a prática em saúde para as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, referenciadas a um certo território.

Nessa proposta, a organização do fluxo de atenção é realizada de forma hierarquizada, propondo um nível primário de atenção à saúde, em que as ações de menor complexidade seriam realizadas em locais mais próximos à comunidade. Há uma revisão na utilização de tecnologias, com a inclusão de práticas alternativas, acadêmicas e também populares. A proposta da Medicina Comunitária insere outros profissionais não médicos na função assistencial. Franco e Merhy (2007) apontam que tal modelo não foi bem sucedido e o criticam porque, apesar da incorporação de práticas preventivas e da inclusão de outros profissionais no processo de trabalho, a assistência à saúde continuava centralizada no médico e nas suas tecnologias próprias. Complementam a crítica expondo que a Medicina Comunitária era uma proposta complementar à medicina flexneriana³¹ e não substitutiva, pois o seu objetivo maior era o de atender a

³⁰ Segundo Ayres (1993), a epidemiologia é o estudo dos processos coletivos de saúde e doença e suas determinações. Barros e Silva (2002) apontam que a epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes da frequência das doenças em seres humanos, tendo como premissa que o evento doença apresenta uma determinada distribuição, ou seja, uma repartição desigual ou variável entre a população. Assim, caberia à epidemiologia tanto a descrição desses diferenciais de acometimento quanto a busca de explicações etiológicas para essas desigualdades. O conceito atual de vigilância em saúde originou-se no advento da bacteriologia, no desenvolvimento das investigações sobre o campo das doenças infecciosas, em meados do século XIX, o que resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacina, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde. Desse modo, surge então o conceito de vigilância, definido pela limitada função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas doenças pestilenciais (BRASIL, 2005). O conceito de vigilância foi-se aprimorando ao longo da história. Vamos aprofundá-lo ao longo deste capítulo.

³¹ Medicina flexneriana, apontada pelos autores, fazem referência ao Relatório Flexner, elaborado em 1910 por Abraham Flexner, que fez a avaliação da educação médica até então vigente nos Estados Unidos e no Canadá. No relatório, constam várias recomendações para a sistematização do ensino médico, entre os quais chama atenção a ênfase na pesquisa biológica e na especialização médica como principais suportes da medicina, procurando superar o caráter empírico das práticas e do ensino médico. Como principais características da medicina científica respaldada por tal relatório, podemos citar o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, a ênfase nos aspectos curativos, o hospital como seu principal foco de ação e o deslocamento da compreensão das doenças pelos aspectos históricos e sociais para o biológico. Em 1920, na Europa, Bertrand Dawson elabora outro relatório, que critica o primeiro em vários aspectos, propõe a reorganização dos Serviços de Saúde a partir de profissionais generalistas que seriam responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto

camadas excluídas da população sem comprometer os interesses do capital e sua finalidade de acumulação.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, foi realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), sendo um marco histórico mundial ao iniciar processos de mudanças em relação às práticas de saúde. A Conferência foi fruto do processo de questionamento do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista e da abordagem vertical dos programas de combate às doenças transmissíveis, como a Malária, nos países menos desenvolvidos. Tais programas eram intervenções seletivas³² e não levavam em consideração as singularidades de cada país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Participaram da Conferência 134 governos e, na ocasião, foi aprovado documento que redirecionava as práticas em saúde para o modelo da Atenção Primária à Saúde (APS):

A Declaração de Alma Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental [...] O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, [...] A concepção de Atenção Primária expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. Destaca ainda a preocupação com os custos crescentes da assistência médica em decorrência do uso de novas tecnologias, que permanecem, em grande parte, sem a avaliação adequada de benefícios para a saúde das populações. [...] a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo

preventivas, com serviços organizados por níveis de atenção. Apostava em um centro primário de saúde, formados por médicos generalistas, enfermeiros e com a colaboração de consultores e especialistas visitantes. O centro primário de saúde deveria ter como referência um centro secundário de saúde e esses últimos devem ser vinculados a um hospital (COLEHO, 2013, p. 114-115).

³² Aprofundamos o conceito de intervenções seletivas adiante.

acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo ‘praticantes tradicionais’ (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 579).

Na concepção explicitada na Conferência, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde³³ o mais próxima possível de onde as pessoas residem e trabalham. Porém, essa não se restringe ao primeiro nível, pois se integra a outros níveis de assistência sanitária³⁴. A APS inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação. O primeiro nível de contato entre o indivíduo e os serviços de saúde realizaria a prevenção e o controle de doenças localmente endêmicas³⁵, imunização, educação em saúde - principalmente no que diz respeito aos

³³ Segundo o dicionário da Educação Profissional em Saúde, publicado pela FIOCRUZ (2008), a atenção em saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde, em resposta às necessidades da população, expressas em políticas, programas e serviços de saúde consonantes aos princípios e às diretrizes que estruturam os sistemas de saúde vigente. No Brasil, o conceito de Atenção à Saúde começou a ser utilizado como forma de não reduzir o cuidado em modelos de atenção limitados, tais como, o modelo biomédico, o modelo higienista, entre outros. Ao final da década de 1970, como apresentaremos mais adiante, diversos segmentos da sociedade civil, entre eles, usuários e profissionais de saúde pública, insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro, iniciaram um movimento que lutou pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Esse movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou com a criação do SUS por meio da Constituição de 1988, posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas Leis Orgânicas da Saúde. Em meio ao movimento de consolidação do SUS, a noção de atenção afirma-se na tentativa de produzir uma síntese que expresse a complexidade e a extensão da concepção ampliada de saúde, que marcou o movimento pela Reforma Sanitária. A partir da concepção ampliada do processo saúde-doença, a atenção à saúde busca conceber e organizar as políticas e as redes de saúde numa perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico curativo ou o preventivista.

³⁴ Níveis de atenção à saúde estabelecem-se como uma tentativa de organização das redes de atenção à saúde. Tais redes seriam arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As redes de atenção à saúde visam, além de à integração de ações e serviços, a promover uma atenção de qualidade, responsável e humanizada, bem como a incrementar o desempenho dos sistemas de saúde em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica. Desse modo, a organização das redes de atenção à saúde dá-se pela articulação de diferentes níveis de atenção, que se estruturam por meio de arranjos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando entre o nível de menor densidade - que seria a Atenção Primária à Saúde - o de densidade tecnológica intermediária - chamada de Atenção Secundária, que pode ser representada pelos ambulatorios de especialidades, os Centros de Atenção Psicossocial, etc. -, até o de maior densidade tecnológica - chamado de Atenção Terciária à Saúde, que pode ser representado pelos hospitais (BRASIL, 2010b).

³⁵ Segundo Silva (2003), no Brasil, convencionou-se chamar determinadas doenças, a maioria delas parasitárias ou transmitidas por vetor, como "endemias" ou "doenças endêmicas". Essas foram e são, por exemplo, a malária, a febre amarela, a esquistossomose, as leishmanioses, as filaríases, a peste, a doença de Chagas, além de outras. De um modo geral, são doenças que causaram ou causam um grande impacto na saúde da população.

problemas mais prevalentes, assim como as formas de prevenção e controle. Inclui, ainda, o tratamento apropriado de lesões e doenças mais comuns, o planejamento familiar, a atenção materno-infantil, a promoção da nutrição apropriada e o saneamento básico. Os outros níveis dos Sistemas de Saúde prestariam serviços mais especializados, de modo que, quanto mais complexo o serviço, mais centralizado seria. Assim, os serviços que fizessem parte dos primeiros níveis de atenção seriam descentralizados, mais próximos do local de moradia dos usuários, e os mais especializados seriam mais concentrados, mais centralizados (Alma-Ata, URSS, 1978).

Modos de fazer: primeiros encontros com a atenção primária à saúde e o trabalho no território

Na segunda-feira, após receber a ligação sobre a aprovação para trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, fui à Organização Social de Saúde ser contratada e, no dia seguinte, iniciei o trabalho. Por um período, continuei a dar os plantões no hospital nos finais de semana e, durante a semana, trabalhava na Estratégia de Saúde da Família. Nesse período, pude vivenciar dois contextos bem diferentes de ações em saúde.

No hospital geral, as pessoas por muitas vezes chegavam com um nível de gravidade bastante alto e, por isso, necessitavam ser internadas. Lá, muitas vezes, o cuidado se restringia ao espaço interno da unidade e o esquema de plantões não favorecia a conexão com o território e a continuidade do cuidado. Nessa instituição, não se falava de Atenção Primária ou até mesmo de Estratégia de Saúde da Família. A figura central do cuidado era o médico, e os demais profissionais ficavam em segundo plano. Além disso, de uma maneira geral, as trocas de saberes em prol da construção de um cuidado compartilhado entre os profissionais de diferentes especialidades eram bem raras e, quando ocorriam, eram pontuais e centradas em procedimentos e pareceres. Se por um lado havia mais tecnologias e mais especialidades para a realização do cuidado, por outro lado, parecia que os limites eram

maiores, pois nos restringíamos a cuidar a partir dos recursos que tínhamos internamente no hospital, não conhecíamos o território onde moravam os pacientes que atendíamos, os encaminhamentos eram realizados para instituições que não conhecíamos ou até mesmo aconteciam sem uma instituição definida. Era comum dar alta a um paciente e realizar o encaminhamento em um papel de receituário escrito: “Encaminho ao cardiologista” ou “Encaminho ao nefrologista”, sem a indicação de um serviço definido. Muitos significados de cuidado circulavam por aquele hospital, mas era muito presente aquele que entendia que cuidar era ouvir a queixa do paciente e medicar ou intervir no órgão alvo da queixa, sem pensar na continuidade do cuidado ou, até mesmo, na prevenção de novos agravos. Havia também tentativas isoladas de compartilhamento das ações, essas mais raras, quando, por exemplo, a ouvidora, junto com a psicóloga, a assistente social, alguns médicos e enfermeiros, vinha discutir um caso, pensar o encaminhamento a ser feito ou mesmo o acolhimento de familiares de pacientes internados. Contudo, predominava o modelo de cuidado biomédico, fragmentado e pontual.

Na Estratégia de Saúde da Família a experiência era completamente nova e diferente. No período em que fui contratada, muitos outros profissionais foram contratados também: além daqueles que vieram compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, eram admitidos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários para iniciar o trabalho nas Equipes de Saúde da Família. O trabalho era em equipe e o líder de cada uma era um enfermeiro, e não o médico. Tudo era muito novo, pois esse foi um período intenso de implantação de várias Equipes de Saúde da Família naquele território. Unidades de Saúde da Família estavam sendo construídas, equipes sendo contratadas e todos, sem exceção, estavam se apropriando do que seria Estratégia de Saúde da Família e de como colocá-la em prática. Em que medida esse modelo se diferenciava dos outros nas práticas em saúde, na ação de cuidar? Era exatamente isso que estávamos tentando entender. Era necessário cadastrar a população, qualificar os agentes comunitários de saúde, construir fluxos de trabalho e, com os manuais do Ministério da

Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde em mãos, todos tentavam construir o que seria Estratégia de Saúde da Família naquele território. No meu primeiro dia de trabalho, sem saber muito como fazer, fui convidada por um agente comunitário de saúde a conhecer uma das comunidades mais pobres das proximidades da unidade, ela se chamava “Chupa Cabra”. Era uma comunidade pequena que se situava embaixo do viaduto onde passava o metrô. Todas as casas eram feitas de tapumes, eram raras aquelas que possuíam água encanada e quase nenhuma possuía esgoto. Nunca vou me esquecer do cheiro e das imagens daquele local, valas abertas nas vielas, crianças brincando nelas e muita pobreza. O agente comunitário falava com todo mundo e a população parava o profissional para pedir uma consulta médica, um exame, um horário com o dentista. O agente comunitário, por sua vez, entregava algumas medicações para tuberculose, hipertensão, entre outras. Fiquei quieta apenas observando, tentando entender qual seria o meu papel como profissional de saúde e pensava: esse novo trabalho era, sem dúvida, muito diferente do trabalho no hospital. Nos dias seguintes, fui tentando conversar com os profissionais mais antigos e aprendendo sobre as propostas de cuidado na Atenção Primária. Uma enfermeira explicou-me sobre a necessidade de vacinar todas as crianças do território, outra me disse que a Atenção Primária era a principal porta de entrada do sistema de saúde e que, mesmo que os usuários tivessem que ser referenciados para outros serviços, eles eram sempre de nossa responsabilidade. Em um outro dia, deparei-me com um grupo de planejamento familiar realizado por uma enfermeira e pedi para assistir. Presenciei, também, uma sala de espera onde a enfermeira falava sobre prevenção de tuberculose e participei de uma conversa sobre uma ação social que seria realizada para esclarecer a comunidade sobre o papel das Equipes de SF e sobre a Atenção Primária. Em meio a essas descobertas, muitos profissionais procuravam-me para falar de usuários que estavam em sofrimento mental, ou então para falar de seus próprios sofrimentos, tudo estava muito confuso. Como eu, enquanto psicóloga, atuaria naquele espaço? O que seria Saúde Mental na Atenção Primária? Como fazer? Imediatamente, propus à minha equipe que nos puséssemos a ler os

manuais de Atenção Primária para tentarmos entender qual seria o nosso papel e a qual era o trabalho naquele lugar. Nem eu nem os meus colegas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família estava familiarizado com a Atenção Primária. Nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, ninguém conhecia o trabalho na Atenção Primária.

Na declaração da Alma-Ata, produto da Conferência realizada nessa cidade, o conceito de saúde adotado passa a ser um conceito ampliado que, atualmente, é utilizado pela Organização Mundial de Saúde. A declaração explicita que saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença. A saúde é um processo dinâmico, e não uma situação estagnada (FRANCO; MERHY, 2007).

Em muitos países, a Conferência de Alma-Ata passa a ser o direcionador das políticas de saúde que apostam no modelo por ela proposto como ideal para a reformulação do cuidado, no intuito de atingir mais pessoas, ser mais eficiente e diminuir os gastos. Segundo Franco e Merhy (2007), as propostas discutidas em Alma-Ata aparentemente contradizem o modelo flexneriano da superespecialização, isso porque contradizem a ideia de que o hospital seja o centro do sistema de saúde e apostam no trabalho em equipe, em lugar do trabalho médico centrado. Porém, o que os autores questionam é que, apesar de deslocar a prática em saúde do hospital e do médico, a proposta é insuficiente para responder à complexidade dos problemas em saúde. Não conseguem realizar, por exemplo, mudança no processo de trabalho médico em seu dia a dia, pois realizar uma transformação de fora para dentro - modificar a estrutura, os recursos em jogo e seus formatos - não garante as mudanças de práticas cotidianas e não é suficiente para mudar os valores e comportamentos dos profissionais de saúde e usuários dos sistemas de saúde.

A crise mundial instaurada no início da década de 1970 faz retomar a proposta neoliberal anteriormente derrotada pelo Estado de Bem-Estar Social. Em 1980, na Inglaterra, o governo liderado por Margareth Thatcher afirma o projeto neoliberal que se expande para países desenvolvidos e em desenvolvimento, patrocinado pelos órgãos financeiros internacionais. Uma reorganização econômica inicia-se com um novo padrão de acumulação capitalista

Este processo tinha como diretriz: 1. Incorporação de nova tecnologia industrial, o que possibilitaria ganhos de produtividade e serviria como alavanca para uma reestruturação produtiva. 2. Rompimento das barreiras alfandegárias dos estados nacionais, com a criação dos mercados comuns e de forma gradual, a globalização de toda atividade industrial e mercantil, auxiliado pelos avanços da comunicação em escala planetária. 3. A redução da presença do estado nos negócios específicos ao mundo econômico, deixando ao mercado regular toda a economia, inclusive no que diz respeito à oferta de serviços à população (FRANCO; MERHY, 2007, p. 17-18).

Desse modo, os serviços de saúde, assim como outros serviços, passam a ser explorados por essa nova forma de acumulação do capital e, ao mesmo tempo, sofrem as consequências da retração do Estado em prol do neoliberalismo.

A agenda do Banco Mundial recomenda que países de renda média, como o Brasil, devem concentrar-se em eliminar gradualmente os subsídios públicos: uma das prioridades é que os governos financiem um pacote restrito de medidas de saúde pública, ampliando, por exemplo, a cobertura do seguro de saúde e dando opções de seguros aos consumidores. A ideia é recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, estimulando sua remercantilização. Nesse sentido, ao aplicar a agenda do Banco Mundial, deixa-se de considerar a saúde como um bem público, um direito que deve ser garantido pelo Estado. Tal como nos aponta Franco e Merhy, essa proposta vai de encontro aos movimentos de Reforma Sanitária vividos em vários países, em particular no Brasil nos anos 1970 e 1980.

De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento a criança. As ações de média e alta complexidade ficam, portanto, ao cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo “consumidor”. É a proposta de racionalizar custos do estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde. (FRANCO; MEHRY, 2007, p. 19).

No caso brasileiro, especificamente, foi difícil seguir o receituário neoliberal na forma proposta originalmente pelo Banco Mundial, pois o SUS possui um arcabouço jurídico criado pela constituição de 1988 e regulamento pelas Leis Orgânicas 8080 e 8142, de 1990. O SUS é uma conquista gerada pelo movimento da Reforma Sanitária, pautada na luta pelos direitos humanos. Se por um lado havia a pressão do Banco Mundial pela privatização da saúde, por outro, os movimentos sociais em prol da garantia de direitos também tencionavam a questão.

Segundo Neves (2009), o SUS foi construído a “contra-pelo da história”, já que ocorre em anos em que o neoliberalismo cresce mundialmente. No Brasil, vivíamos uma crise do modelo desenvolvimentista e do Regime Militar, com todas as suas consequências administrativas, financeiras e sociais. Associado a isso, em 1990, assume o governo do país um presidente com claras orientações neoliberalistas, apostando em um Estado mínimo para as questões sociais e em um Estado máximo em favor do capital financeiro globalizado.

O campo de tensões era grande. Mergulharemos, agora, nesse percurso.

2.1 - Caminhando pela Reforma Sanitária Brasileira

Neste ponto do texto, percorreremos a história da saúde no Brasil, principalmente no que diz respeito ao período da Reforma Sanitária, que foi determinante para a constituição de modelos alternativos de atenção à saúde, até então baseados no modelo biomédico.

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, várias formas de pensar e fazer saúde realizaram-se ao longo da história. Desde a época do Império, houve formas diferentes de se preocupar com a saúde da população, de acordo com o pensamento vigente em cada época. Por exemplo, no Império, o aparato estatal ocupava-se do saneamento de portos, das cidades e do controle de epidemias e endemias. Sanear os portos e controlar as doenças nesse local era muito importante, já que essa era a via de comunicação com o mundo europeu e o centro da vida econômica do país. Nessa época, a manutenção e a construção de hospitais ficavam a cargo da filantropia e das Santas Casas. A medicina privada já existia e estava ao alcance somente de pessoas abastadas.

No século XX, já no regime da República, o país amplia suas ações de cunho higienista na forma de campanhas sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz para sanear o Rio de Janeiro. De maneira geral, eram realizadas de forma autoritária, utilizando estratégias militares para sua implantação, o que gerou grandes conflitos com a população, como a Revolta da Vacina, ocorrida no início desse século. Nesse período, a assistência hospitalar, provida pelo aparato Estatal, direcionava-se a pessoas com doenças infecciosas, tais como a hanseníase e a tuberculose, e também a pessoas com doenças mentais.

[...] em relação aos hospitais, temos dois polos de crescimento que desenvolveram paralelamente durante um longo período. Um representado pelo aparato estatal, voltado para as doenças infecciosas e saúde mental e outro representado pela filantropia e pelo setor privado. Estes últimos mantidos pela caridade pública ou pela compra direta de serviços pela parcela mais abastada da população, o que era feito mediante os incipientes arranjos mutualistas, que no futuro se transformarão na seguridade social do País, e diretamente pelos cidadãos de posses (COELHO, 2013, p. 110).

Assim como em outros países, o desenvolvimento industrial fez com que, no Brasil, o governo elaborasse planos de combate às enfermidades direcionados, principalmente, aos trabalhadores. Em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), consideradas um marco do sistema previdenciário no país. As CAPS eram financiadas pela União, empregados e empregadores, e ofereciam aos segurados medicina curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço e invalidez e pensão para os dependentes. Os beneficiários dessas Caixas eram os trabalhadores pertencentes a grandes empresas, como as marítimas e ferroviárias. Em 1933, as CAPS foram sucedidas pelos IAPS, Institutos de Aposentadorias e Pensões, em que os trabalhadores eram agrupados de acordo com a atividade que exerciam.

A Constituição Federal de 1934 proporcionou algumas garantias aos empregados, tais como assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora e jornada de trabalho de oito horas. Nos anos que se seguiram, mais alguns benefícios foram concedidos à população, como, por exemplo, o salário mínimo. Em 1937, Vargas assume o governo e dirige seu foco de ação para o estímulo à industrialização, voltando-se para a população urbana que estava empregada nos setores industriais e comerciais. A atuação de Vargas no setor da saúde dos trabalhadores representou um avanço em

relação ao período anterior, pois possibilitou o atendimento aos operários doentes e a seus dependentes. Assim, os setores previdenciários foram-se ampliando e tornando-se o principal eixo de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos.

Nesse período, era forte e predominante a articulação entre prestação de cuidados em saúde e o sistema previdenciário, ou seja, as ações de saúde - resumidas às consultas médicas centradas na doença, no hospital e nos procedimentos - eram restritas aos trabalhadores que estavam incluídos nos sistemas previdenciários, o resto das pessoas, caso tivessem condições financeiras, pagavam por serviços médicos particulares; caso não tivessem boas condições financeiras, não tinham acesso à saúde. Cabe lembrar que a maior parte da população brasileira enquadrava-se no segundo grupo descrito. O Ministério da Saúde foi criado apenas em 1948 e suas ações foram direcionadas ao controle das epidemias, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O acesso à saúde continuava restrito aos trabalhadores que possuíam carteira assinada e, por isso, obtinham acesso aos sistemas previdenciários.

Em 1960, foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em que uma das ações foi igualar as contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para o instituto ao qual estivessem filiados. Com a nova legislação, todos os segurados passaram a contribuir com 8% de seu salário para a Previdência; os empregadores e o Governo Federal pagariam valor idêntico. Em 1966, durante o início do Regime Militar, foi criado o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), que unificava todos os órgãos previdenciários em funcionamento desde 1930. O INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho e deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde continuava com o papel de elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias (BERTOLLI, 2008 p. 54).

Ainda no Regime Militar, em 1974, o INPS foi desmembrado e houve a criação do INAMPS (Instituto Nacional de Seguridade Social), filiado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e não mais ao Ministério do Trabalho, e tinha como objetivo prestar atendimento médico aos que contribuía com a Previdência Social. O INAMPS possuía estabelecimentos de saúde próprios, porém a maior parte dos atendimentos era realizada por iniciativa privada, por meio de convênios que eram pagos por procedimentos. A lógica das ações em saúde se mantinha e era pautada no cuidar da doença e não da saúde, perpetuando a herança de países europeus e norte-americanos do cuidado realizado por médico, cada vez mais especializado, realizado em hospitais, embasado em tecnologia crescente e em procedimentos.

Modos de fazer: os especialismos e a fragmentação do cuidado

Em uma das atividades do curso em aperfeiçoamento em Apoio Matricial, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz que realizei em 2014, deveríamos narrar o percurso de cuidado de um paciente pela rede de atenção à saúde. Uma colega de turma trouxe uma narrativa muito esclarecedora sobre os efeitos de uma lógica de cuidado baseada em especialidades, procedimentos e com foco na doença, deixando de lado o indivíduo como um todo:

“Trago um relato do acompanhamento do usuário cadastrado há pouco tempo por uma Equipe de Saúde da Família, o Sr. F., 51 anos, garçom. Ele chegou à Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio de um encaminhamento do otorrinolaringologista com o seguinte quadro: cefaleia frontal e occipital, há muitos anos associada a obstrução nasal e transtornos irritativos nasais. Foi agendado e atendido em consulta médica, relatando uma cefaleia há mais ou menos 15 anos. O homem conta que, no início, sentia dor nas pernas e procurou tratamento próximo ao trabalho. Assim, um médico angiologista, no hospital da Gamboa, diagnosticou ‘varizes internas’ e o alertou para que tivesse muito cuidado. Com isso, passou a utilizar uma medicação para varizes e meia compressiva. Porém, as dores continuaram e passaram a ser sentidas no corpo todo. Ouvia dos amigos que, se não se cuidasse, ‘perderia as duas pernas’. A partir disso, iniciou um processo depressivo, junto com uma cefaleia intensa. Procurou atendimento em uma instituição social financiada por políticos e no Hospital dos Servidores do Estado. No hospital, foi acompanhado pela psicologia e pela psiquiatria, por conta da depressão, e pela neurologia, por conta da cefaleia. Passou, também, por outros especialistas no hospital da Gamboa e realizou vários exames. Em seguida, foi encaminhado ao otorrinolaringologista, pois passou a apresentar dor de ouvido, pescoço e mandíbula e, assim, realizou tratamento clínico para queixa nasal com melhora da obstrução, mas a cefaleia permaneceu. Nessa avaliação clínica, foi percebida uma rigidez

muscular, dor em região de articulação temporomandibular (ATM) e lesão em palato à esquerda. Foi iniciado tratamento medicamentoso durante 14 dias, no qual obteve pequena melhora da cefaleia. Foi solicitada avaliação para disfunção de ATM e da lesão em palato. O usuário ficou surpreso, pois este último profissional o encaminhou à Unidade de Atenção Primária (UAP) para acompanhamento odontológico. Chegando à UAP, foi, inicialmente, acompanhado pela médica, que realizou seu acompanhamento clínico e encaminhou-o à cirurgiã-dentista da unidade. Quando o usuário chegou para a consulta na saúde bucal, foi avaliado pela dentista que conversou com a fisioterapeuta da unidade, solicitando uma avaliação do homem. O mesmo insistiu para que a profissional o encaminhasse para cirurgia buco-maxilar por conta da ATM. Porém, a dentista explicou que ele já tinha passado por muitas especialidades médicas e que, antes de encaminhá-lo, tentaria, em conjunto com a fisioterapeuta e a médica da unidade, realizar uma avaliação mais abrangente e utilizar recursos da própria unidade para cuidar de sua dor. Sendo assim, foi realizada uma discussão de caso entre as profissionais envolvidas, que decidiram agendar uma avaliação da fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Na avaliação fisioterápica, foi observada postura comprometida (escápula abduzida, rigidez na musculatura do pescoço, cervical e trapézio) e, em conversa com o usuário, essa questão postural foi associada à sua profissão de garçom e o modo de segurar a bandeja durante anos. A profissional conversou com Sr. F sobre a possibilidade da sua dor, tanto de cabeça quanto das pernas, ter relação com o seu trabalho e, por isso, sugeriu que ele continuasse em acompanhamento com ela, por meio da cinesioterapia, alongamento e fortalecimento da musculatura paravertebral e membro superior. Além disso, ele teria que rever algumas posturas no trabalho, porém, durante o acompanhamento, isso seria trabalhado. Orientou ainda que, em casa, ele poderia realizar compressas de água quente para relaxar a musculatura e que a cirurgia para ATM, por enquanto, não seria necessária. Ficou em acompanhamento com a equipe e a fisioterapia e em um período de 30 dias já apresentou relato de melhora da cefaleia e dor nas pernas. O

mesmo disse que tal resposta positiva para ele era surpreendente, pois há muito tempo não sabia o que era não sentir dor, já tinha passado por tantos especialistas e não sabia que seria tão simples o tratamento. Logo teve alta do acompanhamento fisioterápico e foi orientado a procurar uma academia para fazer fortalecimento muscular dando ênfase nos membros superiores. Segundo fala do usuário, hoje praticamente não sente mais dores”³⁶ (PEÇANHA, 2014).

Após o relato exposto pela colega de turma, discutimos intensamente sobre a fragmentação do cuidado e o foco na queixa e não na pessoa do paciente. Enquanto Sr. F. foi ouvido somente em relação às suas queixas, suas dores não passaram e ele fez grande peregrinação por diversos especialistas. Quando chegou à Unidade de Atenção Primária de saúde, pôde ser ouvido e avaliado a partir de sua história, sua profissão, de modo que o foco foi no sujeito que estava apresentado as dores e não somente na dor em si. Assim, foi possível construir uma forma de cuidar que incluísse tudo isso, o que gerou efeitos para a qualidade de vida de Sr. F..

O Início da Reforma Sanitária ocorreu em meados da década de 1970, com o fim do Milagre Econômico³⁷, consequência da crise do petróleo que se espalhava por todo o mundo. Esse período de estagnação do crescimento econômico brasileiro gerou deficiência no financiamento do sistema previdenciário.

Além desse contexto, o início da Reforma Sanitária ganha espaço com o processo de transição democrática que se inicia a partir de 1974, quando os primeiros passos para o fim da ditadura surgem. O então presidente Geisel passa a compreender que, a partir da abertura econômica ocorrida no período do Milagre Econômico, faziam-se necessárias as aberturas política e social (PAIM, 2007). Assim, iniciou-se uma distensão política lenta e gradual e, na medida em que o autoritarismo ia perdendo força,

³⁶ Relato realizado por Ana Paula Peçanha em 2014 no curso de aperfeiçoamento em Apoio Matricial com ênfase em NASF realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz.

³⁷ O Milagre Econômico brasileiro ocorreu entre os anos de 1968 e 1973, quando houve um excepcional crescimento econômico, durante o Regime Militar no Brasil. Por isso, o período foi também denominado como "anos de chumbo". Nessa época, a taxa de crescimento do PIB saltou de 9,8%, em 1968, para 14%, em 1973. Paradoxalmente, houve aumento da concentração de renda e da pobreza. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Milagre_econ%C3%B4mico_brasileiro>. Acesso em: ago. 2016.

as questões sociais ganhavam possibilidade crescente de se expressar. Nesse contexto, movimentos populares, estudantis, profissionais e intelectuais em prol da garantia de direitos, inclusive à saúde, iniciaram mobilização para defesa dessas causas.

No segmento intelectual, as participações dos professores e alunos inseridos nos departamentos de medicina preventiva ou social e escolas de saúde pública destacam-se e são definitivas, junto à participação dos profissionais de saúde, na criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), instituição fundamental para o nascimento do movimento sanitário como um movimento social organizado.

O CEBES, criado em 1976, foi uma reação às políticas de saúde racionalizadoras propostas por Geisel no Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento. O então presidente lança o plano como resposta à crise na área da saúde, que se instalou no período do Milagre Econômico. Nesse período, houve crescente desigualdade social que, na área da saúde, refletia-se na dificuldade do acesso ao cuidado, no aumento da mortalidade infantil e em crescentes casos de meningite (PAIM, 2007). O CEBES trazia para a discussão nacional a necessidade de democratização da saúde e de reconstruir todo o pensamento relacionado a este tema, enfatizando a ampliação do acesso, a qualificação da atenção e a participação dos usuários. A instituição nasce com a proposta de criação de uma revista chamada “Saúde em debate”, cujo objetivo era veicular novas perspectivas de análise em saúde, agora intimamente relacionadas aos processos históricos e sociais.

Modos de fazer: um indicador de saúde³⁸ chamado “mortalidade infantil”

³⁸ Os indicadores de saúde são medidas que informam sobre determinada dimensão do estado de saúde, assim como sobre o desempenho de determinado sistema de saúde de uma determinada localidade. Foram criados com a finalidade de realização de análise objetiva da situação sanitária para auxiliar na tomada de decisões baseadas em evidências para o planejamento de ações em saúde mais adequadas a uma determinada população. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em Saúde Pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Outras dimensões comuns de serem analisadas por meio dos indicadores de saúde são medidas por dados de morbidade, de incapacidade, de acesso a serviços, de qualidade da atenção, de condições de vida e de fatores ambientais, entre outros. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar, desde a simples contagem direta de casos de determinada doença até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos e tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta e transmissão dos dados) (Rede Interagencial de Informação para a Saúde, 2008).

Em 2014, realizamos discussão com as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família sobre o indicador de saúde: mortalidade infantil. A proposta era pensar como essas equipes poderiam atuar no apoio às Equipes de Saúde da Família a qualificar esse indicador: apesar do Brasil já ter realizado grande diminuição desse tipo de morte no país, atualmente essa ainda é uma questão de saúde. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é o número de mortes de crianças menores de um ano de idade em um determinado ano por 1.000 crianças nascidas vivas no mesmo ano. Essa taxa é frequentemente utilizada como um indicador do nível de saúde de um país: quanto menor o índice de mortalidade infantil, maior a qualidade de saúde daquela população. Para discussão, fui estudar o tema e achei um gráfico de progressão do indicador de mortalidade infantil no Brasil.



Evolução da taxa da mortalidade infantil no Brasil, entre 1940 e 2004:

Fonte: Simões & Monteiro, 2000 (1940 - 1985); Brasil, 2006c (1995 - 2004). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/upload/userfiles/c4_grf12_ts.jpg>. Acesso em: fev. 2015.

Se verificarmos o período do governo Geiseil, entre os anos de 1974 e 1979, percebemos um alto índice de mortalidade infantil, se comparado aos indicadores mais recentes, apesar de o mesmo estar em constante decréscimo. Nos anos de 1970, a taxa de mortalidade era de 87,9 mortes para casa mil nascidos vivos. Com a redemocratização política no Brasil, a aprovação do SUS na década de 1980 e a criação dos

programas de agentes comunitários de saúde e de Saúde da Família na década de 1990, percebemos um declínio ainda maior desses números, chegando em 22,6 mortes para cada mil habitantes nascidos vivos em 2004. Em 2011, esse indicador diminuiu ainda mais, para 15,03, segundo o site do DATASUS³⁹. Apesar do grande declínio, a taxa de mortalidade infantil brasileira ainda é bastante alta se comparada a alguns países, tais como Alemanha, Espanha, França, Japão e Singapura, que estão abaixo de quatro mortes por mil crianças nascidas vivas. A taxa mundial atual de mortalidade infantil é de 49,4, segundo as Nações Unidas.

Conh (1989) aponta que, a partir da criação do CEBES e do início do processo de luta pela democratização da saúde, começaram a ser desveladas as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e da saúde como um todo, até então reduzidas a sua dimensão técnica. Assim, dá-se início ao rompimento da dicotomia queixa-cura na construção de um novo objeto, que é a medicina social.

Esses enfrentamentos juntamente com a impossibilidade econômico-financeira de o Estado enfrentar a crise sanitária e de buscar legitimidade popular pela extensão dos serviços de saúde, mantendo o modelo dominante médico hospitalar, favorecem a reatualização do discurso oficial e a formulação de contra políticas. Enquanto o governo criava políticas racionalizadoras foi criado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) em julho de 1976 durante a *32ª reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, realizada pela UnB (Brasília) trazendo para a discussão a questão da democratização da Saúde e constituindo-se como um intelectual coletivo, capaz de reconstruir o pensamento em Saúde (PAIM, 2007, p. 75).

Na segunda metade da década de 1970, nasce também a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), que, assim como o CEBES, incentiva os debates e a militância por políticas de saúde mais inclusivas e a troca de informações e de produção de conhecimento. A partir dessa instituição, a Medicina Social passa a se chamar Saúde Coletiva, buscando suplantar a distinção entre medicina e saúde pública:

³⁹ Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>>. Acesso em: abr. 2015.

Ao substituir-se “medicina” por “saúde”, amplia-se o objeto o tornando mais abrangente, o que passa a exigir uma nova delimitação do campo. E ao substituir o Social pelo Coletivo torna este mais inespecífico, exigindo que seja rastreado em sua totalidade. Mas ao mesmo tempo requer da Saúde Coletiva que incorpore a produção clássica da Saúde Pública, agora no novo entendimento entre o Biológico e o Social [...] (CONH, 1989, p. 126).

A Saúde Coletiva, portanto, nasce em um período em que a saúde passa por grandes reformulações, impulsionando a luta nessa área por um novo projeto político e social para o país. Assim, não é possível desconectar as produções acadêmicas da Saúde Coletiva dos movimentos sociais, ou das transformações político-econômicas que se deram nas décadas de 1970 e 1980. O nascimento da Saúde Coletiva integra um movimento crítico da tradicional Saúde Pública, bem como suas práticas em saúde e modos de organizar a assistência. Identificamos a tradicional Saúde Pública com aquela produzida no movimento campanhista do início do século XX, que direciona as práticas em saúde a partir de uma tripla atuação em relação à sociedade: i) assegurar a força de trabalho; ii) estabelecer a presença do Estado nas regiões fora dos grandes centros urbanos; e iii) reunir os diferentes povos sob uma mesma nacionalidade. A Saúde Pública, nesse período, tinha como principal objetivo ser um sistema de controle e vigilância sobre a população brasileira e era focada, principalmente, na biologia e na medicina.

A articulação entre Estado e Saúde, nessa época, propiciou à Saúde Pública o desempenho de um papel fundamental na transformação do modo como se pensava o Brasil e seu povo, com a promoção da ideia de que a saúde era o meio pelo qual, curadas de seus males, as diversas populações do país tornar-se-iam o povo brasileiro, mais desenvolvido e moderno. Por meio das campanhas, pelo saneamento dos sertões e pelo controle das epidemias nas metrópoles, um determinado conceito de saúde foi construído e posto em circulação: o de que a saúde é a ausência de doença e, por isso, a proposta era de higienizar a população, as moradias e as cidades.

Neste período, a Saúde Pública, longe de ser a única responsável pelo projeto desenvolvimentista e nacionalista, tornou-se agente dessa empreitada, conforme era por ela também moldada. As necessidades colocadas ao Estado pelo problema da população encontraram, no mecanismo da Saúde Pública, um caminho essencial para sua realização. Sancionadas pelo carimbo da ciência, as práticas promovidas pela Saúde

Pública travestem-se de universalidade e neutralidade, destituindo-se de todo o teor político de suas intervenções na sociedade (CONCEIÇÃO, 2015):

Chama a atenção um movimento que não foi possível somente por meio de descobertas científicas, pois tomar esse caminho seria incorrer na naturalização da Saúde Pública e no apagamento dos processos históricos. O trajeto realizado pela Saúde Pública evidencia a necessária articulação de atores no diagrama onde os processos tomam forma. Tratar as epidemias, educar o povo e regular a vida nas nascentes grandes metrópoles, evoca um projeto por demais extenso para ser realizado por apenas um setor da sociedade. As figuras de Roquette-Pinto, Belisário Penna, Monteiro Lobato, Oswaldo Cruz, entre tantos outros, mais as campanhas pelo sertão, a circulação de material nos veículos de comunicação e a formulação de políticas públicas fizeram com que a Saúde Pública, do modo como se deu, fosse possível. A crítica ao discurso neutro da Saúde Pública, assim como às suas alianças com as políticas estatais transformou-se em uma das principais reivindicações do movimento sanitário das décadas de 1970 e 1980. Empenhada em conferir visibilidade aos termos nos quais a Saúde Pública, por meio de seu agenciamento com a ciência, estabelece sua relação com os projetos do Estado, a reforma sanitária problematiza e avalia as práticas em saúde de então. (CONCEIÇÃO, 2015, p. 97).

Assim, diferenciando-se da Saúde Pública tradicional, a Saúde Coletiva se caracteriza por ser um campo em que muitas disciplinas são incluídas, e não somente o saber biomédico. Marcam a sua constituição principalmente três disciplinas, são elas: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e o planejamento em saúde. Assim, ela passa a produzir conhecimento para além de suas fronteiras, inventando espaços em seus encontros, justamente entre si, de onde podem surgir outros sujeitos e outros objetos (PASSOS; BARROS, 2000).

A partir de fins dos anos 1970 e início da década de 1980, o campo da saúde experimenta um importante momento no Brasil, no qual a discussão sobre a crise da saúde no país floresce e, para debatê-la, mobilizam-se profissionais, teorias, instituições, políticas e população. Com isso, o campo da Saúde Coletiva vem agregar-se ao terreno ocupado pela Reforma Sanitária e, desse modo, em suas lutas políticas não só estava em questão a estrutura dos serviços de Saúde Pública, mas também as próprias definições de saúde, de Estado, de democracia e de prestação de serviço à sociedade.

Paim (2007) expõe que a crise na saúde, nesse período, não é somente uma questão de organização e racionalização, e sim uma crise oriunda do baixo impacto e do alto custo do conhecimento médico que, por sua vez, se apoia na baixa cobertura populacional e na alta tecnologia.

O movimento em prol da redemocratização do Brasil e o questionamento do autoritarismo se intensificavam e, com isso, indagava-se também sobre o autoritarismo impregnado nas práticas de saúde, sendo proposta uma redefinição dessas práticas. Como fruto desse tensionamento político, o CEBES apresentou pela primeira vez a proposta do Sistema Único de Saúde, o SUS, em 1979, para a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. O documento entregue foi de extrema importância, pois as ideias do movimento sanitário passam a se traduzir em proposições efetivas que apontam para o fato de que a reforma democrática está intimamente atrelada à reforma da saúde, na busca de uma saúde mais democrática para todos e longe do autoritarismo (PAIM, 2007).

Em 1979, o governo Figueiredo inicia seu mandato e, com ele, há o lançamento do III Plano Nacional de Desenvolvimento, que, segundo o mesmo autor, repete os clichês dos outros planos, tais como o fortalecimento da medicina preventiva, da previdência, a melhora dos serviços de saúde, o combate às endemias, etc.. Porém, tais propostas não possuíam força política para a sua implantação. Em 1980, durante a VII Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde), que tinha como principais objetivos estender a cobertura por serviços básicos a toda a população, reorganizar o setor público de saúde pela articulação de diversas instituições existentes e reordenar a oferta de serviços promovendo a melhoria das condições gerais do ambiente por meio do abastecimento de água e medidas sanitárias.

Segundo Conh (1989), o PrevSaúde cria uma nova forma de remuneração dos serviços privados de assistência médica e tenta fortalecer o setor público de saúde, convertendo a sua porta de entrada para a Rede Básica, em lugar dos grandes hospitais.

Porém, por discordâncias políticas, o PrevSaúde não é efetivado. O programa teve boa acolhida por profissionais de saúde e foi entendido como uma conquista dos grupos sociais que lutavam pela democratização da saúde, mas, por outro lado, a oposição ao programa foi feita por componentes do próprio governo, associados a empresários médicos. Paim (2007) aponta que esse projeto visava a atingir os 40 milhões de brasileiros à margem do consumo médico e o controle de algumas

epidemias, porém, com uma política racionalizadora, buscava o reordenamento do setor de saúde para responder aos custos crescentes dos serviços. Por isso, a tensão por parte dos políticos que representavam os empresários da saúde foi grande, pois esses defendiam a manutenção da máquina clientelista adotada pelo INAMPS, o que favorecia seus interesses. Conforme apresentado anteriormente, o modo de funcionamento do INAMPS se pautava na compra de serviços privados por meio dos convênios e, por isso, para o interesse privado não era lucrativo modificar a lógica de produção de saúde, por meio da criação de políticas públicas racionalizadoras e que reduziriam custos por meio da reorganização de níveis de atenção à saúde. Era mais interessante manter o cuidado pautado no atendimento médico e centrado nos hospitais e procedimentos.

Logo após o PrevSaúde, em 1981, o Conselho Nacional da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado e propunha mudanças importantes no âmbito da saúde. Em 1982, o Conselho lança o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP, que faz uma série de orientações, propondo a implantação de políticas racionalizadoras na assistência médica da Previdência Social. Alguns pontos do Plano CONASP eram parecidos com o PrevSaúde, de modo que as mesmas tensões políticas se mantinham presentes. A ABRASCO faz uma análise do plano e aponta que as propostas não levam em conta o quadro de saúde da população brasileira e seus determinantes⁴⁰, deixando de fora

⁴⁰ De maneira geral, os determinantes sociais de saúde (DSS) expressam que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas a sua situação de saúde. A maneira como se organiza e se desenvolve determinada sociedade tem impacto nas situações de saúde de indivíduos e populações. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Segundo Nancy Adler (2006), podemos identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde: a primeira geração dedicou-se a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades, ou seja, como a estratificação econômico-social impacta na saúde. A relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito, por isso, é desafiador estabelecer a relação entre fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e como eles incidem nas diferentes situações de saúde. Por isso, é necessário um estudo complexo entre esses fatores e os impactos na saúde. Por exemplo, a riqueza de uma sociedade, como o PIB alto, não está diretamente ligada à qualidade da saúde de sua população. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB *per capita* muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

questões relevantes. Além disso, apesar de o plano incluir a participação ativa de vários segmentos da sociedade, o que foi considerado fator positivo, não explicita a maneira como isso ocorreria:

A questão das políticas de saúde tomou novos rumos e os enfrentamentos políticos e ideológicos evidenciavam as contradições fundamentais entre o capital e o trabalho e o sentido da ação estatal quando a classe trabalhadora não dispunha dos instrumentos suficientes de organização e ação política. Neste contexto tornava-se possível o estabelecimento de contra políticas que embora impotentes para a viabilização de uma proposta radicalmente alternativa, em curto prazo facilitariam a construção de outro projeto em conjunturas mais propícias. O exercício da democracia seria criado e recriado em cada espaço e momento histórico, utilizando-se de propostas contraditórias, como o plano CONASP (PAIM, 2007, p. 86-87).

Segundo Giovanella e Mendonça (2009), o Plano CONASP propôs uma racionalização da atenção médica previdenciária, respaldada em orientações técnicas de organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, e no acúmulo de conhecimento teórico-científico produzido internamente no Brasil. Porém, sua implementação esteve condicionada pelo assistencialismo do modelo de previdência social, que se caracterizava pela extensão de cobertura de baixa qualidade, seja de serviços em atenção de saúde primária, seja de benefícios de programas focais de assistência social e de prestação de renda direta a famílias carentes em comunidades de baixa renda.

Paim (2007) aponta que a análise dos enfrentamentos ideológicos e políticos, em relação ao PreviSaúde e ao CONASP, não podem prescindir de uma compreensão mais consistente das contradições de base da sociedade brasileira do início da década de 1980. Coloca que, nesse período, a crise do capitalismo acirrava-se e comprimia a economia dos países dependentes. Assim, se por um lado o governo tentava ganhar legitimidade política com um discurso democrático, a extrema direita também tentava se impor. Apesar disso, a abertura política caminhava e um exemplo disso foi a anistia política concedida àqueles que haviam cometido “crimes políticos”, porém a contenção

dos movimentos populares ainda era contundente e a direita ainda fazia manobras para assegurar a maioria do Colégio Eleitoral que indicaria o novo presidente.

A efetivação dos projetos sociais encontrava barreiras nas políticas de contenção por conta da crise fiscal e no atrelamento da economia do país ao Fundo Monetário Internacional (FMI). A luta pela saúde ficava, nesse momento, atrelada a categorias profissionais específicas, já que a maioria da população dirigia suas manifestações para a falta de emprego e para o arrocho salarial. No caso do PrevSaúde e do CONASP, houve tensão muito grande no governo entre a luta ideológica pela democratização da saúde e os opositores, por influência dos empresários de saúde que não desejavam que os projetos caminhassem.

Em relação ao CONASP especificamente, Paim (2007) explicita que a ação política ia além das questões ligadas à saúde. Apesar de a classe dos trabalhadores e os militantes da saúde reconhecerem o projeto como válido na proposição de reais mudanças, corria-se o risco, por outro lado, de esse se tornar autoritário, tecnicista e antipopular se fosse concretizado à semelhança do regime vigente. Contudo, em 1982, as eleições diretas para governador e a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) equilibraram um pouco a correlação de forças, possibilitando convênios trilaterais entre Ministério da Previdência, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o que, no ano seguinte, transformou-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS foram consideradas uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas em saúde e para a reorganização dos serviços. Nela, os recursos financeiros passam a se integrar de modo que o Ministério da Previdência repassa recursos para os Estados, que os repassam aos municípios, que, então, passam a atender os previdenciários. Outra ação das AIS foi uma nova maneira de realizar o cálculo de pagamentos dos procedimentos de saúde, por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que passava a pagar pelo custo global do procedimento e não mais de forma fragmentada:

As Ações Integradas de Saúde tomadas como estratégia em 1985, no primeiro governo da Nova República, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, Inamps, secretarias estaduais e municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e

assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social. A implementação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 598).

A condição de possibilidade para as AIS se expandirem e se estabelecerem foi o momento de transição política que se deu no período de 1985 a 1987, quando foi reestabelecido o governo civil por meio da eleição de Tancredo Neves e seu vice, José Sarney. Apesar de as eleições não terem sido como a população reivindicou, isto é, por eleições diretas, instaurou-se uma transição negociada entre opositores do regime militar, participantes da aliança democrática e os políticos que apoiavam o governo autoritário. Essa transição, mesmo com seus limites, possibilitou a ocupação de espaços no aparelho do Estado, principalmente na área da saúde, previdência, tecnologia e ciência, por atores sociais identificados com a democracia e com os ideais racionalizadores. Desse modo, o governo Sarney caracterizou-se por ser heterogêneo, com forças políticas privatizantes de um lado e estatizantes do outro. Essa quebra de hegemonia possibilitou a contenção de políticas privatizantes no interior da Previdência Social e o fortalecimento de serviços públicos por meio do redirecionamento da verba para tais fins.

Em 1986, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que foi sistematizado e legitimado o projeto da Reforma Sanitária brasileira, que seria formalizado posteriormente na Assembleia Constituinte. A conferência incluiu a sociedade civil nas plenárias de discussões e foi estruturada em três eixos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e sistema de financiamento da saúde. Em relação à garantia de direitos, a conferência alertava para o fato de que os serviços de saúde estatais não necessariamente se configuravam em serviços públicos, tendo em vista o período autoritário do governo brasileiro.

Arouca (1986), na plenária da abertura da conferência, afirma a íntima relação entre saúde e democracia e a necessidade de ampliação do conceito de saúde para além daquele que a resume como a ausência de doença.

*Modos de fazer: saúde e democracia*⁴¹

Brasília: de todas as partes do país chegam pessoas, pessoas que representam a população brasileira, a sociedade civil organizada, movimentos sociais organizados, trabalhadores da saúde e gestores de estados e municípios chegam em ônibus, carros, aviões. O Planalto Central está lotado de militantes da saúde e de ideais, lotado de apostas. A ditadura acabou, cabe a nós sustentar a democracia. Queremos um sistema de saúde novo, único, com acesso equânime e controlado pela sociedade. Com as nossas propostas, pretendemos mudar a constituição, fazer história. Caravanas, abaixo-assinados, mobilização. A placa orienta: a inscrição dos participantes é por ali. Uma multidão faz fila, esperando a sua vez. A fila dá voltas. Todos preenchendo os formulários de inscrição, apoiados no chão, nas paredes, no coleira ao lado, pedindo caneta emprestada aqui, o formulário lá. O importante é se inscrever, a expectativa é grande. Nos cartazes, os propósitos são exaltados: “Democracia é saúde”, “Reformulação do Sistema”. A plenária de abertura está cheia, lotada. Sergio Arouca, atual diretor da Fundação Oswaldo Cruz, dá o pontapé inicial:

“É com a maior satisfação que estou aqui para falar nessa conferência sobre democracia é saúde e nessa mesa com Dr Mosconi que revitalizou a comissão de saúde da Assembleia e também, com o Dr Rorenque que vem dando um papel absolutamente novo a presidência nacional dos secretários de saúde. Nessa 8ª Conferência Nacional, eu acho que nós temos um convidado, um participante, que conseguiu um lugar nessa conferência com bastante sacrifício, que é a sociedade civil brasileira organizada. Eu acho que é muito pra eles, que eu gostaria hoje de dedicar essas palavras. Acho que o fato de estar aqui, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a representação de confederações nacionais de trabalhadores, de estarem aqui representados e pedindo direito a voz e a voto, o movimento popular de saúde do Recife, pelo fato de estar aqui

⁴¹ Esta imagem foi composta a partir da gravação disponibilizada no *Youtube* das cenas da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=4IKtECIJCu8>>. Acesso em: jan. 2015.

participando, a Associações de Bairros e outras entidades da sociedade brasileira CNBB, ABI, OAB, enfim, quase que o conjunto das entidades que nós conseguimos identificar em um mapeamento exaustivo da sociedade brasileira. Eu gostaria de considerá-los como membros privilegiados dessa 8ª Conferência Nacional de saúde e a eles dedicar a discussão sobre essa questão de que democracia é saúde que hoje vamos enfrentar. E para tomar essa discussão me pareceu que nada melhor do que tomar o conceito de saúde e doença. E o conceito de saúde e doença que vem sendo, nos últimos anos colocado, principalmente pela organização mundial de saúde, um conceito muito criticado, talvez porque ele não conseguisse...e ficasse em termos muito abstrato e genérico e não conseguia servir de base para que pudesse ser quantificado, quantas pessoas tem ou não tem saúde em um certo país. Mas me parece que nesse momento de transição, acho que é importante colocar esse conceito sobre a mesa, que saúde não é simplesmente ausência da doença, não é simplesmente a pessoa que em um determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico, por qualquer forma de exame, não seja nele constatado nenhuma doença. A Organização Mundial de Saúde considerou que é mais que isso, que além da simples ausência de doença, que saúde deve ser entendida como um bem estar físico e, portanto, no instante que ele é físico, ele supõe uma determinada maneira de sentir, social, afetivo. E algumas pessoas, nesses debates que antecederam a 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre eles o professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Professor Sinamon, acrescentou também a ausência do medo e talvez, sobre isso, fosse interessante agente pensar um pouquinho o que significa isso. O que significa esse conceito de saúde que é quase colocado como uma coisa a ser atingida, que não é simplesmente que as pessoas não tenham doença, é mais, é um bem estar social. Um bem estar social que pode significar que as pessoas tem mais alguma coisa do que simplesmente não estar doente, que tem o direito a casa, que tem o direito ao trabalho, que tem o direito de um salário digno, que tem o direito a água, que tem o direito à vestimenta, que tem o direito a educação, a ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo, que tenha direito a um

meio ambiente [...] que tenha direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização, a livre possibilidade de autodeterminação de um povo e que não esteja a todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria [...] que não esteja ao mesmo tempo submetida ao medo da violência de um governo sobre o seu próprio povo para que seja mantido interesses que não sejam interesses do povo, como nós assistimos, infelizmente na última década na América latina [...]. Um camponês chega ao microfone e diz que saúde é ter direito de trabalhar e ter acesso a terra (aplausos). Então saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente ser uma questão de hospitais [...] O Brasil, no auge de seu chamado milagre econômico, esse país conseguiu aumentar a sua riqueza e aumentar a morte das suas crianças, aumentou a riqueza e aumentou as pessoas que passam fome, aumentou a riqueza e aumentou a miséria de uma grande maioria da população, aumentou a riqueza e aumentou os marginalizados, aumentou a riqueza e diminuiu o tamanho do nosso povo, isso não é suportável [...] Como foi possível neste período montar um sistema tão perverso de saúde que não atende o interesse de mais ninguém? Mas o momento de hoje, na realidade não é o momento de repetir diagnósticos. A análise de qual sistema de saúde no Brasil hoje, ele pode com uma ou outras palavras talvez ser repetido pela grande maioria das pessoas que estão aqui, ele pode ser colocado por um usuário que ao entrar em uma unidade de saúde que só trabalha meio período, onde os profissionais são contratados por seis horas e trabalham só duas, em que a higiene se transforma em uma verdadeira pocilga, onde falta medicamentos, onde o indivíduo não é tratado no mínimo da sua dignidade humana que é ter nome e sobrenome, em que todos os homens são transformados em Zé e todas as Mulheres em Dona Maria (aplausos). Da mesma forma como esse diagnóstico pode ser feito a nível do usuário, ele está sendo feito a nível de todos, dos técnicos e políticos que estão efetivamente comprometidos com a mudança no sistema de saúde desse país. Então o momento da Conferência, não está sendo pensado como o momento da Conferência, de se continuar no diagnóstico, é o momento de pensar de quais são as possibilidades reais e concretas que

nós temos hoje de mudar o sistema de saúde no Brasil. Esse é o porquê da conferência e assim ela nasce, no instante em que a discussão sobre a transformação do Sistema de Saúde do Brasil, infelizmente, quase que foi tratada como uma simples reforma administrativa [...], mas não é isso que está em questão, o que está em questão é uma coisa muito mais séria e muito mais profunda que uma simples reforma administrativa. [...] apareceu uma crítica, absolutamente séria que o conjunto das propostas que estavam sendo feitas sobre a reformulação do sistema de saúde ainda não tinham passado por um debate suficiente ao nível da sociedade brasileira e que qualquer mudança do sistema de saúde, não podia ser feito uma mudança simplesmente por uma lei, mas tinha que ser uma mudança que acontecesse a partir do instante que existisse uma consciência nacional tão profunda, tão séria que se transformasse em desejo político e um desejo político irreversível, eu diria quase que supra partidário. Que levasse a essa noção, a essa identidade que o sistema de saúde deve ser mudado. Quando chegou-se a essa compreensão, se chegou-se a essa consciência que tinha que ser convocada uma conferência nacional de saúde [...]

Ao final da fala de Arouca, todos aplaudem de pé: está dada a largada para a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, com ela, os profundos debates sobre democracia e saúde.

O relatório final da conferência registrou a síntese das mesas de debates ocorridas durante todo o evento e aprovadas em plenária final. No item “Saúde como direito”, foram aprovadas treze propostas, que, em resumo, afirmavam o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da mesma como direito de todos e dever do Estado. Em relação ao tema “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, foram aprovadas 27 proposições, entre as quais se destacam a criação de um Sistema Único de Saúde - separando saúde de previdência por meio de uma ampla reforma sanitária -, equidade no acesso e atenção, respeito à dignidade dos usuários, composição de equipes multiprofissionais, participação popular, incorporação de agentes populares de saúde e constituição de uma rede hierarquizada e regionalizada de saúde. A descentralização do sistema de saúde era uma importante proposta a ser executada na Reforma Sanitária, redirecionado a organização e a execução dos serviços de saúde para os municípios. Foi

proposta ainda, nesse item, a criação de uma Grupo Executivo da Reforma Sanitária, que seria composto por órgãos do governo e sociedade civil de forma paritária. Em relação ao último eixo da conferência, “Financiamento do setor de Saúde”, houve nove propostas, destacando-se a criação de um “orçamento social”, de fundos de saúde e o estabelecimento de fontes estáveis de receita (BRASIL, 1986).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a comissão executiva não foi formada e, ao contrário do que propôs a conferência, o Ministério da Saúde voltou às suas ações campanhistas e a articular-se com a Previdência Social. O INAMPS, nesse período, começou a produzir documentos sobre mudanças no setor direcionadas à saúde, o que provocou uma reação da ABRASCO, que criticou essa instituição por querer preservar o poder do setor da saúde nas mãos da Previdência Social e não legitimar o movimento de militância da Reforma Sanitária. Com isso, a ABRASCO critica, ainda, a paralisia do Ministério da Saúde por não colocar em prática a Reforma Sanitária. Mesmo assim, a instituição conseguiu organizar a Comissão Nacional da Reforma Sanitária que, apesar de não ser uma comissão executiva, como planejado pela conferência, articulou lideranças e foi um marco para o movimento da Reforma. Mesmo criticada por não ser uma comissão executiva e por não conseguir integrar os setores da sociedade organizada, a Comissão Nacional da Reforma produziu alguns documentos e, dentre eles, um que reuniu os estudos dos grupos de trabalho da 8ª Conferência, explicitando os princípios organizativos da Reforma Sanitária bem como as suas diretrizes. Esse documento foi encaminhado à Assembleia Constituinte, pois entendia-se que, para a implementação da Reforma Sanitária e de um novo sistema de saúde, era necessária a conquista de uma nova Constituição, em que o papel do Estado fosse redefinido.

Enquanto o processo da Constituinte caminhava, o INAMPS publicou uma série de documentos que culminaram na criação do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde, o SUDS, em 1987. Esse propunha a descentralização das ações de saúde na forma de distritos sanitários e superintendências regionais para o acompanhamento, controle e avaliação desses distritos. Sua criação polarizou as opiniões do movimento sanitário, pois, por um lado, foi considerado um grande avanço e uma estratégia ponte para a criação do SUS, já que contribuía para o desenvolvimento técnico na organização das redes de serviço e sustentava a integralidade da atenção; por outro lado, gerou acusações ao INAMPS de querer esvaziar o movimento da Reforma, reduzindo-o a reformas administrativas na área da saúde.

Os que defendiam essa trincheira de luta técnico-institucional utilizada na organização, implantação e desenvolvimento do SUDS argumentavam que ela permitiria a definição e a experimentação de modelos assistenciais de organização, implantação de serviços e de gestão, visando à construção de forma ascendente e participativa do novo sistema de saúde. Já os que se opunham, criticavam misturar o SUDS com a Reforma Sanitária porque equivaleria a reduzi-la às reformulações do setor de saúde, pois o SUDS dirigia-se apenas à realização de “objetivos eficientizadores” do sistema de saúde (PAIM, 2007, p. 122).

Durante a Constituinte, as propostas da Reforma da Constituição foram amplamente discutidas em três instâncias de debate: Subcomissão de saúde, seguridade e meio ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização. Porém, a proposta elaborada pela Comissão de Sistematização foi questionada pelos parlamentares, que indicaram a substituição de nove capítulos. Segundo Paim (2007), as propostas apresentavam muitas mudanças para uma sociedade conservadora. Assim, a plenária de saúde responde convocando uma ofensiva política por meio da mobilização da sociedade e da articulação com governadores e parlamentares.

Apesar disso, o autor nos aponta que o movimento da reforma teve dificuldade de se capilarizar na sociedade brasileira e de ganhar a opinião pública na luta ideológica. No período da Constituinte, a tensão acirrou-se com a demissão de algumas pessoas importantes para o movimento sanitário, a perseguição a alguns sanitaristas e os boicotes ao desenvolvimento do SUDS. O movimento médico de renovação, que estava apoiando a Reforma, recuou de suas posições. Mesmo com todas essas desmobilizações da Reforma, um movimento coletivo ganhou força, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que, ao fazer aliança com os trabalhadores e alguns outros movimentos, fortaleceu o apoio à Reforma Sanitária Brasileira. Foi reforçado, assim, o movimento municipalista da Saúde no Brasil.

Em 1988, foi promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil. No que diz respeito à saúde, o texto aprovado aproximava-se bastante das proposições do movimento sanitário. Esse foi um marco importante para a constituição do SUS, porém muitas batalhas ainda estavam por vir no sentido de tornar a Constituição uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil.

A dificuldade de implementação das propostas da reforma e da Constituição justificavam-se na crise fiscal, na retração da economia e na grande dívida externa.

Complementando o quadro de dificuldades para a consolidação da RSB, em 1989, é eleito Fernando Collor de Melo, presidente que se identificava com as propostas neoliberais e defendia o Estado Mínimo para as questões sociais. Desse modo, as forças e partidos políticos que apoiavam o projeto da RSB perdem as eleições e a tarefa de implantação do SUS fica a cargo daqueles que se opuseram à Reforma.

No período do Governo Collor, os ideais neoliberalistas eram a principal direção dos governos de diversas partes do mundo, desse modo, a conjuntura vigente apontava para a possibilidade da retomada de políticas racionalizadoras, com um sanitarismo voltado para resultados. Mesmo assim, em 19 de setembro de 1990, o projeto da Lei Orgânica da Saúde - a Lei 8.080, conhecida como Lei do SUS - foi votado e aprovado com nove vetos, dentre eles os itens que visavam à descentralização, ao controle social e aos repasses de verbas intergovernamentais. Apesar disso, especificava os princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde nos diversos níveis da Federação. Apontava, ainda, quais seriam as relações com os serviços privados, o financiamento, gestão financeira, recursos humanos e de planejamento. Mobilizações foram realizadas com o propósito de restabelecer os conteúdos vetados e, assim, a Lei 8142/90 foi promulgada, complementando a lei orgânica e restabelecendo os vetos anteriores. Tal lei regula a participação da comunidade no SUS, assegurando as instâncias colegiadas, tais como os conselhos de saúde e as conferências. Além disso, orienta as transferências entre os Governos Federais, Estaduais e Municipais por meio dos Fundos de Saúde e exige a formulação de planos de saúde para cada esfera de governo.

Nesse período, os gestores alcançam um protagonismo maior no processo da reforma. O foco passa a ser a implantação do SUS, ou seja, a dimensão institucional da reforma. Houve ainda a 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “Saúde: Municipalização é o Caminho”, que se justifica pela liderança exercida, no movimento da Reforma, pelos Secretários Municipais de Saúde.

O relatório final da Conferência retratava o momento por que o país estava passando com o Governo Collor, em que a indignação da população se ampliava por conta do aumento da miséria e das desigualdades, pela volta de antigas epidemias e expansão de novas e pela privatização da saúde, como resultado das políticas de ajustes econômicos e do desmonte do sistema de saúde e de seguridade social. Segundo Paim (2007), o relatório final da Conferência pode ser resumido nas frases “Fora Collor” e “Cumpra-se a Lei”.

Após o *impeachment* do presidente Collor e o novo governo gerido por Itamar Franco, o movimento da Reforma retoma o seu rumo e, como aliado, o Ministério Público passa a apoiar e a cobrar que a reforma seja efetivada. O então governo passa a reunir esforços no processo de descentralização das ações e serviços de saúde e, segundo Paim (2007), o governo Itamar vinha sendo considerado como aquele que teve a “ousadia de cumprir a lei”. Além disso, realizou feitos importantes, como extinção do INAMPS, promoção do avanço da descentralização por meio da NOB 93⁴², início da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, criação dos medicamentos genéricos e a regulação do Sistema de Assistência Médica Suplementar. Foi ainda no período desse governo que o Programa de Saúde da Família foi criado, assunto a ser aprofundado mais adiante.

Em 1994, Fernando Henrique Cardoso é eleito presidente e sustenta uma política econômica neoliberal e a participação mínima do Estado nas questões sociais, inclusive na saúde. Nesse período, o SUS caminha por terrenos tortuosos, já que há várias tentativas de subverter o arcabouço legal construído pela Reforma Sanitária. O Ministério da Administração Pública e Reforma do Estado propõe a criação das Organizações Sociais de Saúde (OSS)⁴³, como proposta para qualificar a gestão dos hospitais.

Em 1997, o Ministério da Saúde em conjunto com o Presidente da República lançam “O Ano da Saúde no Brasil”, reconhecendo que a crise na saúde era estrutural. Dessa forma, estabelecem metas e ações prioritárias com foco na Saúde da Família, na

⁴²A Norma Operacional Básica 93 (NOB 93), gerada a partir da portaria 545 de 20 de maio de 1993, tem como objetivo estabelecer e disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1993).

⁴³ Segundo Merhy (1999), a proposta de criação das organizações sociais nasce do projeto do Governo Federal de reformas organizacionais do Estado Brasileiro, estabelecidas pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma (MARE) em 1997. A ideia era realizar a transformação de estabelecimentos públicos em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. As propostas das Organizações Sociais vêm no bojo de um projeto que procura criar organismos considerados mais ágeis que os da administração direta do Estado. Tal agilidade se daria: pela possibilidade dessas organizações de contratar trabalhadores sem concurso público e conforme as regras do mercado de trabalho; e pela possibilidade de se adotar normas próprias para compras e contratos, entre outras. Segundo Ibanez (2001), o instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a organização social, prevendo multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, etc. Em contrapartida ao contrato de gestão, a administração central concede à local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados. Merhy aponta-nos que avalia como interessante a proposta de criar equipamentos sociais mais autônomos e que respondam pelo o que podem cumprir em termos de missão institucional. Por outro lado, critica a proposta quando a lê à luz de um projeto de constituição de um Estado mínimo, apontando, como alternativa para a constituição de tal Estado, a transferência para o setor privado do papel de fornecedor de serviços sociais.

descentralização com gestão plena, na saúde da mulher, na saúde da criança, na regulamentação dos planos de saúde, na revisão da tabela SUS, dentre outras medidas. Essas ações foram acompanhadas de críticas, pois a política econômica vigente não era compatível com a criação de políticas para um desenvolvimento social efetivo. Houve discordância por parte dos defensores da Reforma com relação às formas de financiamento e à organização de como os serviços seriam prestados, pois o Estado seria o regulador, retirando-se da prestação direta dos serviços, defendendo a ação das OSS nos hospitais. Em 1998, José Serra é nomeado Ministro da Saúde e promete triplicar o número de Equipes de Saúde da Família que, nesse ano, somavam 1600 em todo o país. Assim, foram estabelecidas orientações para a organização da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica⁴⁴, o que mobilizou o interesse de prefeitos e secretários municipais de saúde devido ao repasse dos recursos pela descentralização. Foi estabelecido, ainda, o Piso da Atenção Básica (PAB)⁴⁵. Nesse mandato de Serra, foram explicitados ainda quais seriam as responsabilidades dos municípios, ações, atividades, resultados e impactos esperados, bem como as orientações sobre os repasses, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compunham esse instrumento de transferência de recursos (PAIM, 2007, p. 189).

No segundo mandato do governo FHC, foi estabelecida a meta de ampliação das Equipes de Saúde da Família até o ano de 2002 e criada a lei que regulamenta os planos de saúde, bem como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por regular, normatizar, fiscalizar e controlar as atividades da assistência suplementar de saúde. Apesar de vários fatos relevantes, como os descritos acima, o plano da Reforma Sanitária estava esquecido, inclusive pelos os próprios protagonistas do movimento, o CEBES e a ABRASCO, que não impulsionavam a militância como outrora.

Em 2000, o Ministério Público entra apoiando a Reforma Sanitária e exigindo a criação de uma agenda estratégica para sua implantação. Nesse mesmo ano, ocorre a 11ª

⁴⁴ A diferença entre os dois termos serão trabalhadas adiante.

⁴⁵ O Piso da Atenção Básica (PAB) é um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB possui uma parte fixa (PAB fixo), destinada a todos os municípios, e uma parte variável (PAB variável), que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses dos recursos de ambos os PAB aos municípios são realizados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2009a).

Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, cujo comitê executivo era composto por militantes da Reforma. O documento final da Conferência apontava para a grave situação que a saúde se encontrava e justificava essa situação pela política macroeconômica que estava sendo realizada pelo governo. Expunha que a concentração de renda desembocava em uma grave desigualdade social e na atual situação sanitária do país, e que a Reforma do Estado Brasileiro era uma ameaça à Reforma Sanitária e ao SUS, pois apontava para a precarização das relações de trabalho em saúde e para a transferência de gestão de serviços estatais para organizações não governamentais, entre outras considerações.

Nas eleições de 2002, a ABRASCO retomou as propostas da 11ª Conferência Nacional de Saúde, afirmando que a agenda política da Reforma Sanitária não se encontrava esgotada. Assim, apresentou documento que retomava todas as propostas da ABRASCO realizadas ao longo da história, tais como: políticas públicas integradas, inclusive com articulação intersetorial; fortalecimento do caráter público das ações e serviços de saúde e do papel do Estado; consolidação do SUS como sistema público de saúde, descentralizado e democrático, fortalecendo o controle social; repúdio à privatização da saúde; garantias do financiamento do SUS; política de recursos humanos por meio de concursos públicos e centrada na qualificação profissional e na multiprofissionalidade; acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada na saúde; organização da porta de entrada do sistema por meio da Atenção Básica, como a Saúde da Família, os sistemas locais de saúde e outras estratégias que devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, a equipe multiprofissional, bem como a articulação e a integração com os demais níveis da atenção (ABRSCO, 2002, p. 327-328).

No primeiro ano do governo Lula, a equipe que compunha o Ministério da Saúde procurou construir políticas de saúde coerentes com o SUS, mesmo com os limites orçamentários causados pela manutenção da política econômica do governo FHC. Em 2003, foi convocada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “Saúde, um direito de todos e um dever do Estado - a saúde que temos e o SUS que queremos”. A expectativa em relação à possibilidade de retomada do movimento da Reforma Sanitária era grande e o Ministro Humberto Costa comprometeu-se publicamente a acatar as recomendações da Conferência. Os diferentes atores sociais apresentaram suas propostas e documentos, tais como os gestores Estaduais de Saúde, o

CONASS, o CEBES e a ABRASCO, movimentos sociais e militantes. A conferência apontou como direção para a retomada a efetivação da Reforma Sanitária, a necessidade de ações intersetoriais e a articulação entre os diferentes Ministérios.

Segundo Paim (2007), o governo Lula ampliou a Atenção Básica por meio do Programa de Saúde da Família, fez caminhar a implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da Política Nacional de Saúde Bucal. Além disso, empenhou-se na formulação e qualificação de políticas de assistência hospitalar, de urgências e emergências, de média e alta complexidade, bem como na elaboração do Plano Nacional de Saúde, realizando, ainda, a aprovação dos Pactos pela Saúde. Tais ações foram consideradas, pelo autor, como relevantes para o SUS.

A história da consolidação da Reforma Sanitária no Brasil, e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde, não se esgota, produzindo tensionamentos até os dias de hoje. Apresentar esse percurso permite-nos compreender que esse processo não se deu de forma linear, e sim com muitas “idas e vindas”, dito de outro modo, os avanços e retrocessos fizeram e fazem parte dessa história, pois, atualmente, verificamos que várias formas de fazer-cuidar estão presentes, independentemente do modelo de saúde vigente. As narrativas nos mostram isso, já que a maioria são colhidas em experiências vivenciadas a partir do ano de 2010. Contudo, essas apresentam diferentes concepções de saúde e de formas de cuidar. Mesmo assim, a “locomotiva do SUS e da Reforma Sanitária” produziu avanços importantes nos modos de produção de saúde brasileiros. As práticas que hoje se apresentam, apesar de múltiplas no que diz respeito às variedades de concepções do processo de saúde e doença, já questionam uma certa centralização na concepção biomédica, especializada e procedimento-centrada. Apesar de a concepção biomédica ainda estar bastante presente, a visão de que a Atenção Primária à Saúde, ou Atenção Básica, é indispensável para a organização e a qualificação da atenção em saúde já é uma realidade que se consolida cada vez mais pela escolha da Estratégia de Saúde da Família como modelo principal de cuidado para a efetivação do SUS.

A aposta na qualificação do cuidado por meio da descentralização da atenção em saúde e a aproximação com o território de moradia de cada usuário torna-se uma realidade que vai, cada vez mais, sustentando-se em uma concepção ampla, coletiva e democrática de saúde. No próximo item, aprofundamos as concepções de Atenção Básica, bem como as de Estratégia de Saúde da Família.

Assim, finalizamos esta sessão após percorrer as mudanças em relação às concepções de saúde e de cuidado no Brasil e as incessantes tentativas de construir um cuidado mais democrático, inclusivo e qualificado. Contudo, percebemos também que as mudanças efetivas nas práticas cotidianas não são causadas meramente por modificações de modelos teóricos, e sim pela construção coletiva de novos significados e de novas práticas em saúde.

2.2 - A Estratégia de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial brasileiro. O PSF teve origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, que já tinha, como núcleo de atenção, a família como um todo, e não somente o indivíduo. O êxito do PACS estimulou a ampliação do modelo para o Programa de Saúde da Família (PSF).

Em 1996, a Norma Operacional Básica⁴⁶ (NOB), torna-se elemento estratégico para a consolidação do SUS e incentiva a adesão dos municípios ao PSF. Aponta ainda para uma reordenação no modelo de atenção à saúde, descrevendo e definindo estratégias para a sua operacionalização. Nesse documento, a Atenção Básica é o foco da reorganização do Sistema de Saúde.

⁴⁶ A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, nesse sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB). As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, voltam-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse Sistema. A NOB/96 redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. A NOB/96 tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do Poder Público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos Poderes Públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. A NOB/96 incentiva a implantação do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1996).

No Brasil, o termo “Atenção Básica” é utilizado para designar Atenção Primária à Saúde. Essa nomenclatura diz respeito à necessidade de diferenciação de certas práticas de Atenção Primária que foram realizadas no Brasil e no mundo. Segundo Giovanella e Mendonça (2009), a Atenção Primária à Saúde, ou *Primary Health Care*, é uma denominação geral para atenção de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e tem o papel de cobrir as afecções e condições mais comuns, resolvendo a maioria dos problemas de saúde de uma população. Porém possui diferentes concepções em sua implementação nos diversos lugares do mundo. As autoras destacam três linhas principais de interpretação, sendo elas: i) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; ii) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de Saúde Pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; iii) por último, uma forma abrangente de concepção de modelo assistencial e de organização do Sistema de Saúde.

A concepção denominada “seletiva” diz respeito a programas com objetivos restritos que visam a cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário de saúde. Essa concepção corresponde a uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata, que apresentou um conceito de Atenção Primária mais abrangente, conforme descrito no início deste capítulo:

A Atenção Primária seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. [...] a APS seletiva difundiu-se, [...] destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento. [...] intervenções – conhecidas como GOBI por suas iniciais em inglês – passaram a ser difundidas entre os países pobres, [...]: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*growth monitoring*), reidratação oral (*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*). [...] Durante a década de 1980, a concepção de Atenção Primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial, e hoje é conhecida como Atenção Primária seletiva. Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo ‘Atenção Básica’ para designar a Atenção Primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento

sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 581-582).

Assim, a Atenção Básica incorporou os princípios de uma concepção de Atenção Primária mais abrangente e coerente com as propostas do SUS. Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica por meio da portaria 648/GM de 28 de março de 2006, com o objetivo de estabelecer a revisão das diretrizes e normas para sua organização, direcionando-a para o Programa de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Tal portaria já foi revisada e atualizada em 2011 e 2012, e define Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012a).

Como vimos no texto acima, a Atenção Básica, apesar do nome, não pode ser confundida com uma prática de cuidados simples ou mais fáceis de serem realizados, pois, por ser o primeiro nível de atenção, responsável por uma grande gama de ações de saúde, e por ser a organizadora do cuidado em rede, torna-se extremamente complexa.

O Programa de Saúde da Família é considerado como a principal estratégia de organização e implementação da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde, que estimula a adesão dos municípios do país à mesma. O documento sobre o Programa de Saúde da Família, publicado em 2001 pelo Ministério, aponta que essa é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família e atende a todas as faixas etárias de forma integral e contínua. O objetivo do PSF é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Segundo o documento citado, o caráter substitutivo significa a transferência das práticas tradicionais de assistência para um novo processo de trabalho pautado na vigilância à saúde (BRASIL, 2001).

O conceito atual de vigilância, em saúde, diferencia-se desse mesmo em sua origem. Surgiu no advento da bacteriologia, no desenvolvimento das investigações sobre o campo das doenças infecciosas, em meados do século XIX, o que resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle - entre elas, a vacina -, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em Saúde Coletiva. Desse modo, surge então o conceito de vigilância, definido pela específica, mas limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas “doenças pestilenciais” (BRASIL, 2005). A partir da década de 1950, o conceito de vigilância foi modificado, deixando de ser aplicado no sentido da observação sistemática de contatos de doentes para ter significado mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos de saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle (PEREIRA, 2008).

Os debates atuais em relação ao tema, segundo o Dicionário de Educação Profissional em Saúde (2008), diferenciam três tipos de ações de vigilância que integram esse conceito. A primeira diz respeito à epidemiológica, que é a vigilância de efeitos sobre a sociedade, como agravos e doenças. A segunda seria a vigilância sanitária, que se atém a agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos. Por último, a vigilância ambiental, que seria o monitoramento das exposições de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos, clinicamente ainda não aparentes. No Brasil, a partir do processo de implantação do SUS e, conseqüentemente, da descentralização da atenção à saúde por meio dos distritos sanitários, a vigilância em saúde começou a ser pensada de forma mais integrada e com o propósito de redefinir práticas sanitárias, organizando processos

de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Essas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (PEREIRA, 2008).

Segundo Villas Boas e Teixeira (2007), a concepção ampliada de vigilância em saúde encontra, na Saúde da Família, possibilidades concretas de operacionalização, pois, segundo essa concepção ampliada de vigilância, a articulação das ações individuais - sob a forma de consultas e procedimentos - e as ações coletivas - características das ações de vigilância - devem estar articuladas. Essa articulação é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e representantes da população elegem problemas prioritários e propostas de enfrentamento desses. Segundo as autoras, o planejamento é entendido nessa proposta como uma ferramenta da gestão da Vigilância em Saúde e incorpora dois princípios fundamentais presentes na formulação da Saúde da Família: a corresponsabilidade sanitária e a participação social:

A Saúde da Família, estratégia de reorganização da Atenção Básica do SUS, ao eleger o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação de equipes multiprofissionais, apresenta-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de Vigilância em Saúde. A análise da situação de saúde das áreas de abrangência das equipes permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adstrita é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (VILAS BOAS; TEIXEIRA, 2007, p. 64).

Em relação à vigilância em saúde, é importante ressaltar que, tal como aponta Teixeira e Villas Boas, a população deve ser envolvida, de modo que possam ir criando uma compreensão do processo saúde-doença e, a partir daí, possam refletir e criar estratégias de superação dos problemas. É imprescindível salientar esse ponto, pois, caso somente as equipes de saúde estejam imbuídas no processo de vigilância, corremos o risco de tomarmos atitudes verticais e policiaescas, impondo à população modos de

cuidado e fiscalizações sanitárias que não fazem parte de uma construção coletiva e, portanto, difícil de ser compartilhada.

A Saúde da Família inicia-se apenas como um programa, porém, após a ampliação do mesmo para uma estratégia prioritária de rearranjo da Atenção Básica, esse passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família. A palavra “programa” remetia à ideia de que seria uma ação isolada, com princípio meio e fim; além disso, sugeria que seria uma ação vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, a proposta do Ministério da Saúde não era que a Saúde da Família se tornasse mais um programa dentre muitos outros incorporados às unidades de saúde, e sim que fosse uma estratégia que possibilitasse a integração e a promoção de uma nova organização das ações de saúde em um território definido. Desse modo, atualmente utilizamos como denominação Estratégia de Saúde da Família, e não mais Programa de Saúde da Família. A Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2006, propõe essa transição de “programa” para “estratégia”.

A Estratégia de Saúde da Família atua segundo alguns princípios, tais como integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela, equipe multiprofissional e caráter substitutivo. A publicação sobre o tema, realizada em 2001 pelo Ministério da Saúde, define cada um desses direcionamentos, apontando que o caráter substitutivo não significa a necessidade de criação de novas unidades de saúde, e sim a substituição de práticas em saúde, exceto em áreas desprovidas, que necessitarão então de novas unidades. Em relação à integralidade e à hierarquização, aponta que a Saúde da Família está localizada no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde e, por isso, deve estar vinculada a toda a rede de serviços, de forma a garantir a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários. É necessário, ainda, o acesso aos demais níveis, a média e alta complexidade, isto é, o acesso aos ambulatórios de especialidades ou a centros de referências e hospitais. Assim, sempre que ocorrer um encaminhamento, o usuário continua sendo responsabilidade do primeiro nível de atenção. (BRASIL, 2001)

O princípio da territorialização e da adscrição de clientela direciona a Saúde da Família a possuir um território definido de sua responsabilidade, em que realizará o cadastro da população adscrita a essa área e, a partir daí, acompanhará todas as famílias pertencentes ao local. A equipe multiprofissional é composta por, minimamente, um médico generalista ou um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Furlan e Oliveira (2013) apontam que há distintas visões em relação ao conceito de território, o que influencia as práticas de saúde que serão realizadas, bem como o exercício das responsabilidades sanitárias decorrentes desses diferentes olhares. Citam, por exemplo, que, segundo o entendimento da corrente bacteriológica, o território é visto como espaço físico (ambiente) onde se dá o encontro entre agente e hospedeiro, e as intervenções nesse território seguem, portanto, concepções higienistas. Isso justificava, por exemplo, alguém ser vacinado à força. Outro modo de olhar o território pode ser orientado pelo risco epidemiológico, talvez predominantemente presente na história recente das políticas públicas de saúde e nas práticas cotidianas na Atenção Básica. Assim, é necessário dividir o espaço em distritos sanitários com objetivo de monitorar e controlar os riscos à saúde da população. Segundo Oliveira e Furlan (2013), esse referencial representou grande avanço no campo da saúde, porém vem, cada vez mais, determinando ações previamente programadas e direcionadas a indivíduos e grupos “portadores de” ou “expostos a”. Desse modo, são realizadas ações *a priori*, com base apenas nas características regulares ou normativas medidas pelo risco, e não por processos de análise das singularidades.

Os autores apontam que as equipes de Atenção Básica necessitam estar atentas à realização de ações de saúde com base apenas nesse enfoque do território. Discutem que os processos de territorialização, realizados pelas equipes de Atenção Básica, apontam para a necessidade de apropriação e conhecimento do território, que se tem detido na formulação de “mapas”. Esses são:

Compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, sanitário (diagnóstico de condições de saúde: distribuição de morbimortalidade, condições de moradia e saneamento) demográfico, rede social normativa (lista de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércio, etc), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural lazer e etc (FURLAN; OLIVEIRA, 2013, p. 251).

A formulação desses mapas, por um lado, traz consigo potencialidades, podendo constituir-se em uma produção importantíssima na aproximação entre equipe e território. Contudo, os autores destacam que a potencialidade desse tipo de mapeamento depende da maneira como o mesmo é utilizado. Pode-se correr o risco de esse tipo de territorialização tender a imprimir um padrão excessivamente normativo de relação

entre equipe e população, caso a primeira leve em consideração os achados advindos apenas dessa produção na formulação das ações de saúde.

Assim, apostam em uma ampliação do olhar em relação ao território, que dê conta dos desafios contemporâneos, das complexidades e magnitudes dos problemas que as Equipes de Saúde da Família vêm enfrentando em todo o país. Tal ampliação segue na direção de aumentar a capacidade de compreensão dos potenciais e das limitações presente no espaço, bem como seus sujeitos constituintes (FURLAN; OLIVEIRA, 2013):

A intervenção em saúde deve buscar uma visão do ambiente ecológico e social em que as vidas se tecem [...]. No território podem-se observar diferentes maneiras de viver, trabalhar e realizar trocas sociais. Acredita-se que estes são elementos e conceitos importantes na tentativa de olhar o território, além de seus números e aspectos físicos buscando potencializar e problematizar a maneira como trabalhamos com a população e definimos as prioridades das práticas de atenção (FURLAN; OLIVEIRA, 2013, p. 254).

Assim, para os autores, os territórios estariam em constante construção e reconstrução. Seriam ainda espaços singulares e de traços locais, ou seja, entendidos conforme as possibilidades de vida construídas a partir de seus sujeitos e grupos constituintes. Essa noção de território supõe um espaço delimitado, construído historicamente e com relações socioeconômicas e culturais a serem conhecidas e conhecidas novamente, a partir de seus movimentos de transformação: “Espaço de vivências, de identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos sociais, de ações deliberadas das pessoas, como também de redes sociais e redes de poder” (FURLAN; OLIVEIRA, 2013, p. 255).

A Política Nacional de Atenção Básica detalha e amplia as ações da Atenção Básica e, conseqüentemente, da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em relação à ESF, como princípio geral, acrescenta a importância do planejamento e da programação das atividades das equipes, realizadas com base no diagnóstico situacional dos territórios de abrangência, com foco na família e comunidade, além da importância de a Estratégia ser um espaço de construção da cidadania. Em relação a estrutura e recursos, aponta que a Equipe de Saúde da Família deve possuir, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes por equipe. Os profissionais devem ter sua jornada de trabalho de 40 horas semanais e cada Agente Comunitário de Saúde pode

ter, em sua microárea de atuação, no máximo 750 usuários sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012a).

Em relação ao processo de trabalho das Equipes de SF, a PNAB direciona características, tais como manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos e utilizar os dados, de forma sistemática, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Além disso, deve haver a divisão precisa do território de atuação, diagnóstico, programação e implementação das atividades, segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes. Orienta que o trabalho interdisciplinar e em equipe necessita ocorrer de forma integrada às diversas áreas técnicas e aos profissionais de diferentes formações. Aponta, ainda, que as equipes devem promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde.

Ainda em relação às orientações para a organização do processo de trabalho, a PNAB (2012a) estimula a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. Estimula também a promoção da participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações, além do acompanhamento e da avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Modos de fazer: a ampliação da ESF na A.P. 3.2, mapeando o território e as tensões do campo⁴⁷

A cidade do Rio de Janeiro está dividida em 10 grandes áreas de planejamento de saúde, que são territórios definidos com o objetivo de organizar o cuidado em saúde no município⁴⁸. O cenário de trabalho

⁴⁷ O acontecimento narrado teve como inspiração informações colhidas na tese de mestrado de Dayse Demori Gomes da Silva Peres realizada no de 2012 e na vivência no campo de trabalho.

⁴⁸ Descrevo as Áreas Programáticas de saúde do município do Rio de Janeiro e seus bairros de abrangência:

AP 1.0 - Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Crisso, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.

AP 2.1 - Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.

AP 2.2 - Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.

desta pesquisa é a Área de Planejamento 3.2, que possui, tal como as demais áreas de planejamento da cidade, uma Coordenação da Área de Planejamento (CAP), constituída por uma coordenadora e uma equipe de profissionais de saúde que organizam o cuidado no território. As CAP respondem hierarquicamente à Subsecretaria de Promoção, Atenção e Vigilância (SUBPAV), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A estrutura organizacional da SMS possui, além da SUBPAV, a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, e essa organização tem sido fundamental para a descentralização financeira e consequente fortalecimento da Atenção Primária. A partir da proposta de expansão da Estratégia de Saúde da Família direcionada pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro, durante a gestão que se iniciou em 2009, impulsionou o processo de expansão desse modelo de atenção à saúde na cidade. O foco foi direcionado para as áreas de maior necessidade da oferta de serviços e menor cobertura de saúde. Dessa forma, em 2010, a AP 3.2. passa a receber incentivos financeiros para a implantação de Equipes de Saúde da Família e, assim, inicia tal processo juntamente à Organização Social de Saúde (OSS) contratada para tal fim. Nesse período, no território em questão, havia apenas uma Equipe de Saúde da Família e cinco Unidades Básicas de

AP 3.1 - Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Mangueiras, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.

AP 3.2 - Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.

AP 3.3 - Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.

AP 4.0 - Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.

AP 5.1 - Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

AP 5.2 - Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.

AP 5.3 - Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Disponível em: <<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>>. Acesso em: jul. 2013.

Saúde que trabalhavam no modelo tradicional, ou seja, não contavam com territorialização e adscrição de clientela nem com Equipes de Saúde da Família. Nessa época, a CAP iniciou um profundo estudo de seu território, com o objetivo de melhor conhecê-lo para organizá-lo e dividi-lo, de modo que pudesse planejar, receber e direcionar a atuação das Equipes de SF. De acordo com o planejamento da área, estimava-se que, até o mês de dezembro de 2011, fossem implantadas 72 Equipes de Saúde da Família e 23 equipes de saúde bucal, o que corresponderia a 50% de cobertura da população pela ESF. A AP 3.2, está localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro e compreende três Regiões Administrativas (RA), Inhaúma - XII; Méier - XIII e Jacarezinho - XXVIII, e vinte e três bairros. As três RA ocupam aproximadamente 44 km², onde, de acordo com o senso de 2010, existem 569.970 habitantes. Trata-se de uma área urbana com muitas comunidades, entre elas Jacarezinho, Juramento, Sampaio, Matriz, Urubu e muitas outras. O Jacarezinho encontra-se entre os sete menores índices de desenvolvimento humano (IDH) do município. A maioria das unidades de saúde da área são de gestão municipal, sendo apenas uma estadual, que é uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). No início do período de implantação da Estratégia de Saúde da Família na área, além das cinco unidades básicas de saúde (considerado um número insuficiente de serviços de Atenção Primária) e uma UPA estadual, existiam - e ainda existem - outros serviços de diversos níveis de complexidade. São eles: dois hospitais gerais, O Hospital Municipal Salgado Filho e Hospital Municipal da Piedade; duas policlínicas, a Policlínica Rodolpho Rocco e a Policlínica Cesar Pernetta; uma maternidade, o Hospital maternidade Carmela Dutra; dois Centros de Referência Odontológicos; um Centro Municipal de Reabilitação, uma UPA municipal; uma Emergência Psiquiátrica; quatro Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), o CAPS Torquato Neto, o CAPS Clarice Lispector, o CAPS infantil Maria Clara Machado, o CAPS Álcool e Drogas Raul Seixas e o Instituto Municipal de Assistência Nise da Silveira, que abriga, entre outros dispositivos, a internação psiquiátrica. A expansão da ESF nessa área veio ao encontro das necessidades de ampliar sua rede de Atenção Primária à Saúde e, com isso, qualificar o

cuidado. A CAP 3.2 estruturou-se durante o ano de 2010 para essa ampliação, objetivando alcançar 100% de cobertura, de acordo com o Plano Plurianual para a Saúde (PPA 2010-2013), porém, até o final de 2014, o projeto da expansão do ESF na AP 3.2 implantou 84 Equipes de SF, o que significa, atualmente, uma cobertura de aproximadamente 48%⁴⁹ da população. Com o objetivo de ampliar a Atenção Primária, foram construídas dez unidades de Saúde da Família no formato de Clínica de Saúde da Família, propostos pela Prefeitura do município do Rio de Janeiro. Além disso, foram alocadas Equipes de Saúde da Família nas cinco unidades de Atenção Básica tradicionais já existentes, nas duas policlínicas e em duas unidades com estruturas antigas que passaram a abrigar apenas Equipes de SF. No início de 2011, foi inaugurada a primeira Clínica de Saúde da Família (CSF), que abrigava cinco equipes. A partir daí, a implantação foi acelerada e, em torno de um ano, o número de equipes nessa área atingiu a marca de 84 Equipes de Saúde da Família. Nesse período, todos os profissionais da gestão, seja da OSS ou da CAP estavam empenhados em realizar a construção e a organização das unidades novas, selecionar e contratar os profissionais que comporiam as Equipes de Saúde da Família, organizar o processo de trabalho nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, comprar insumos, uniformes e mobiliário, criar fluxos de trabalho, entre outras ações. O trabalho era incessante, pois, além dos inúmeros protocolos que necessitavam ser cumpridos pela equipe de implantação, os prazos eram apertados para a inauguração de cada unidade de saúde. Por exemplo, para a contratação dos agentes comunitários de saúde, era necessário fazer uma seleção pública, com prévia divulgação, para que os moradores da área de abrangência das Equipes de SF pudessem se candidatar. Para isso, era necessário realizar a conferência das ruas de abrangência desenhadas no mapa e, com isso, percorrer o território, conversar com as associações de moradores, explicar e divulgar o processo e então realizar

⁴⁹ No último ano, à AP 3.2 foram incorporados mais territórios e a população cresceu bastante, tendo em vista a construção de condomínios populares do Programa Minha casa minha Vida.

a seleção⁵⁰. Em relação aos enfermeiros e demais profissionais de saúde, era difícil encontrar aqueles que possuísem formação em Saúde da Família e, por isso, muitos que desconheciam as propostas e a organização da ESF foram contratados. Outra dificuldade encontrada durante o período de implantação foi em relação à contratação de médicos, já que, além da falta de disponibilidade no mercado para profissional qualificado em Saúde da Família, era difícil encontrar médicos que aceitassem trabalhar nos territórios muitos próximos às comunidades, mesmo com os ótimos salários disponibilizados. Assim, após a contratação, era necessário realizar treinamento de todos os profissionais para trabalharem no novo modelo, criar fluxos, processos de trabalho, tudo isso em um período curto de tempo e para uma quantidade grande de profissionais. Outro aspecto importante é o trabalho com a população que, desde o início e até os dias atuais, é realizado no intuito de apresentar o modelo de cuidado que aposta na prevenção e na promoção da saúde, no cuidado longitudinal e integral, e não em um modelo curativo e especializado, baseado na atenção focada na queixa e no trabalho isolado do médico. O desafio era grande, pois as mudanças no processo de cuidar direcionadas pelas propostas da Estratégia de Saúde da Família tinham que ser trabalhadas, digeridas e implementadas, tanto com os profissionais quanto com as famílias atendidas.

A partir do momento em que os profissionais eram contratados e a unidade de saúde era inaugurada, iniciava-se o processo de cadastramento da população. Aos agentes comunitários, era dada a relação de ruas pertencentes às unidades de saúde e, conseqüentemente, às equipes de referência. Assim, com a listagem em uma mão e a ficha de cadastro na outra, os agentes saíam pelo território, batendo de porta em porta. O cadastro era realizado no domicílio por meio da ficha de cadastro, a chamada ficha A e, com isso, cada família abordada passou a ter uma numeração. Na ficha A, são recolhidas informações, tais como nome e idade dos componentes da família, endereço, tipo de casa, tipo de

⁵⁰ Segundo as diretrizes de implantação da ESF, os agentes comunitários de saúde devem ser moradores do território de abrangência das unidades de Saúde da Família.

recolhimento de lixo, forma de abastecimento de água e de rede de esgoto. São colhidas também informações acerca das doenças ou condições de saúde referidas pelos participantes daquela família. O agente comunitário possui uma lista de agravos e condições de saúde e pergunta aos moradores sobre cada item dessa lista. Questionam sobre hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, deficiências, transtornos mentais, uso de drogas, câncer, gestação, entre outros aspectos. O objetivo da ficha A, além de realizar o cadastro das famílias na unidade de saúde, é fazer um levantamento ou um diagnóstico da saúde da população pertencente ao território de responsabilidade de cada equipe. A ideia é que, após este diagnóstico, estabeleçam-se estratégias de qualificação da saúde como um todo. O tempo médio para a realização dos cadastramentos era estipulado em três meses, cada equipe deveria cadastrar e acompanhar em média de 3500 a 4000 pessoas. Após o cadastro, era necessário iniciar o acompanhamento das famílias; aqueles que referiam alguma situação de saúde deveriam ser atendidos na unidade de saúde ou domicílio, para que fosse confirmado ou investigado o diagnóstico. Por exemplo, se uma pessoa referisse diabetes no momento do cadastro, a mesma deveria passar por consultas médicas e de enfermagem para confirmação do diagnóstico e início do acompanhamento e monitoramento na unidade de saúde. Isso deveria ser feito para todas as condições de saúde referidas. O desafio e o trabalho eram enormes, já que eram muitas pessoas a serem acompanhadas, por uma equipe com um médico, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde e um técnico de enfermagem. Além disso, muitas pessoas apresentavam-se bastante adoecidas e, algumas vezes, não aderiam ao acompanhamento de saúde proposto. Era necessária muita organização para realizar os acompanhamentos e, quanto mais pessoas eram cadastradas, mais situações difíceis apareciam. Além das doenças físicas, situações de extrema pobreza, violência, negligência e de sofrimento mental eram cada vez mais encontradas, o que deixava, muitas vezes, as equipes sem saber o que fazer. Outra situação de tensão verificava-se nos territórios onde a abrangência das Equipes de Saúde da Família se encontrava com o seu limite geográfico, pois, na AP 3.2, somente metade

da população estava sendo coberta pela Estratégia de Saúde da Família, isso significava que a outra metade não estaria coberta. A tensão intensificava-se quando, por exemplo, pertencia a uma família uma pessoa acamada ou restrita ao domicílio, que necessitava de cuidados domiciliares, porém não era coberta pela ESF e, dessa forma, não tinha à disposição uma equipe de saúde que poderia realizar o cuidado em seu domicílio. Somando-se a todo esse campo de tensões, havia a necessidade de organização e confecção de relatórios de produtividade e a cobrança pelo alcance de metas e indicadores de saúde. De acordo com o contrato de gestão estabelecido entre CAP e OSS, há diversas metas pactuadas, tais como: mínimo de consultas médicas e de enfermagem; mínimo de grupos; mínimo de visitas domiciliares; mínimo de pacientes com hipertensão e diabetes acompanhados pelas equipes; mínimo de consultas de pré-natal para as gestantes; mínimo de preventivos realizados em mulheres; entre muitas outras metas e indicadores de saúde a serem atingidos. A pressão em cima dos profissionais era e ainda é muito grande e, por vezes, os profissionais de saúde diziam que a qualidade do serviço prestado ficava em segundo plano, tendo em vista a necessidade de cumprimento das metas. Além de tudo isso, é esperado que as Equipes de Saúde da Família sejam resolutivas em 85% das situações de saúde que acompanham, isso significa que se espera que, de todos os acompanhamentos realizados, apenas 15% sejam encaminhados para outros níveis de complexidade. Trata-se de uma tarefa difícil, tendo em vista o nível de adoecimento da população moradora de uma grande metrópole como o Rio de Janeiro e onde os investimentos em Atenção Básica são muito recentes. É nesse caldeirão efervescente que a Estratégia de Saúde da Família é implantada na AP 3.2. A tensão e a expectativa em relação ao trabalho das equipes eram e ainda são enormes. Tal campo de tensão faz-nos pensar sobre as práticas de cuidado que têm sido possíveis nesse cenário, e é com essa tensão que seguimos com o nosso trabalho.

Segundo Campos, Gutiérrez, Guerreiro e Cunha (2013), o modelo da Estratégia de Saúde da Família diferencia-se de outras experiências internacionais, como a cubana,

em função de incorporar o trabalho da equipe multidisciplinar e a função do agente comunitário de Saúde (ACS). Segundo Furlan (2013), desde a década de 1940, algumas experiências nas políticas públicas de saúde brasileira apontam para a potencialidade da inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde, com o objetivo de auxiliar o desenvolvimento das práticas de saúde e aproximar a cultura e o conhecimento da população dos saberes dos profissionais. Exemplos disso foram o Serviço Especial de Saúde Pública na Região Amazônica, no Estado de Minas Gerais, no Espírito Santo e em Goiás, na década de 1940 e o Programa de Interiorização da Ações de Saúde e Saneamento, na década de 1970.

O agente comunitário de saúde, na Estratégia de Saúde da Família, desempenha um papel de destaque, visto que atua como elo entre as equipes de saúde, as famílias e os usuários. O ACS participa ativamente do cadastramento das famílias e do levantamento do perfil socioeconômico e epidemiológico da área de ação das equipes e do acompanhamento dos usuários que possuem alguma condição de saúde específica. Esse é o elemento da equipe que mais circula no território e, atualmente, cobre 60,4% da população do país, quando consideramos tanto a cobertura do PACS quanto da ESF (ABRAHÃO; FILGUEIRAS, 2012). A inclusão da figura do agente comunitário de saúde na ESF tem o objetivo de agregar o aspecto cultural à Atenção Básica e a aposta é que, por meio da educação em saúde, os ACS ampliem o cuidado nesse nível de atenção, a partir do aumento da autonomia e do autocuidado da população com a própria saúde. Segundo Abrahão e Filgueiras (2012), o agente comunitário é um trabalhador singular para a orientação das famílias sobre os cuidados com sua própria saúde e, também, com a saúde da comunidade, pois, sem dúvidas, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade em que mora, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social, o que facilita a criação de vínculo.

A lei 10.507/2002 cria a profissão do agente comunitário de saúde e o decreto 3189/1999 fixa as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS. Assim, alguns requisitos são definidos para o exercício da profissão e o principal deles é residir na área em que atua. Desse modo, esse profissional constitui-se, ao mesmo tempo, como um elemento da equipe de saúde e como um usuário do território, foco das ações de saúde naquela área de abrangência. Um duplo movimento que se apresenta na mesma cena e prática do ACS.

Lancetti chama atenção para este aspecto paradoxal do agente comunitário de saúde:

A ação dos Agentes comunitários de Saúde, quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária, torna essa relação uma arma fundamental para fazer funcionar essa máquina de produzir saúde e saúde mental. Eles são peças preciosas dessa máquina, em virtude da sua condição paradoxal. Paradoxal, pois são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da organização sanitária. E nesse funcionamento radica a sua potencialidade. Eles estão metidos na vida da comunidade [...] e ao mesmo tempo estão fora da problemática, pois, pertencem a uma organização sanitária, uma espécie de polícia médica revolucionária. Polícia (no velho sentido da polícia médica, uma das fontes históricas da medicina sanitária), pois se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas. E revolucionário, pois, ali onde somente a TV Globo ou as emissoras de rádio se inserem como componentes de produção de subjetivação, com suas consequências infantilizantes, os agentes comunitários criam germes, elementos mínimos do que Antonio Negri e Michael Hardt, autores de *Império e Multidão* chamam de “comum” (LANCETTI, 2014, p. 93-94).

Segundo o autor, o “comum” vem antes da “comunidade”, baseia-se na comunicação entre singularidades e manifesta-se por meio de processos sociais de cooperação e produção. Assim, os agentes comunitários seriam trabalhadores que estariam ali, nos cotidianos das casas, tecendo fio a fio as redes microsociais de alto poder terapêutico, costurando ações e paixões coletivas solidárias (LANCETTI, 2014). Trabalhamos essa noção de “comum”, a relação com a Saúde da Família e os efeitos na construção de cuidado no próximo capítulo. Consideramos que a questão do “comum” é um importante aspecto da produção de cuidado no modelo Saúde da Família, pois talvez esse seja um dos principais diferenciais e uma grande potencialidade desse modelo. Ao mesmo tempo, configura-se como um dos principais desafios, tendo em vista os percursos históricos das formas de cuidar e de viver que caminham cada vez mais para a individualização da vida.

2.3 - O Apoio Matricial e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

A implantação da Estratégia de Saúde da Família trouxe consigo inúmeros desafios, entre eles o processo de qualificação da Atenção Básica no cotidiano de trabalho e, conseqüentemente, a qualificação do cuidado nesse contexto. Fazem parte dessa qualificação a ordenação e a articulação das redes de atenção, a gestão do cuidado compartilhado, a ampliação do objeto de cuidado - que não mais está focado na doença, mas sim no sujeito e na comunidade - e o aumento da resolutividade desse nível de atenção, evitando a necessidade da utilização de altas tecnologias de cuidado.

Com o objetivo de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF foram incluídos na revisão da Política Nacional de Atenção Básica, de 2011, que os apresentou como equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Básica para populações específicas⁵¹. Esse apoio se dá por meio do compartilhamento de práticas e de saberes em saúde com as equipes apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução dos problemas clínicos e sanitários, agregando práticas que ampliem o escopo das ações na Atenção Básica. O trabalho do NASF é orientado principalmente pelo referencial do Apoio Matricial.

O conceito de Apoio Matricial foi desenvolvido por Campos (1998) no final da década de 1990 e início dos anos 2000, dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde denominada de “Política, modelo de atenção e de gestão: investigação teórica e metodológica”. Nasce, portanto, como uma metodologia de gestão do cuidado, inicialmente adotadas para a Saúde Mental, Atenção Básica e hospitais do sistema de saúde de Campinas, Belo Horizonte e na cidade de Rosário, na Argentina (CAMPOS; CUNHA, 2011). A partir de 2003, alguns programas

⁵¹ As equipes de Atenção Básica para populações específicas são: as equipes de consultório na Rua; e as equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, que compreendem equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e equipes de Saúde da Família Fluviais. Para mais, ver: BRASIL, 2012a.

do Ministério da Saúde, tais como Humaniza-SUS, Saúde Mental e a Atenção Básica/Saúde da Família, também o incorporaram.

O Apoio Matricial é um arranjo organizacional do trabalho em saúde que apresenta uma metodologia complementar àquela prevista em sistemas de saúde hierarquizados, tais como os mecanismos tradicionais de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação⁵². Segundo Campos e Domitti (2007), tais mecanismos são pouco dinâmicos, por serem organizações verticais e burocráticas que estimulam a fragmentação do cuidado. O autor aposta que esses problemas podem ser atenuados por ações horizontais, que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Assim, o Apoio Matricial objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, ao longo do tempo. Essas são as chamadas “equipes de referência”.

Tais equipes têm a responsabilidade pela coordenação e condução do cuidado, seja de um caso individual, familiar ou comunitário. Trata-se de um novo sistema de referência entre profissionais e usuários e seu objetivo é ampliar as possibilidades de construção de vínculo, continuidade e integralidade do cuidado entre esses atores, propondo uma referência ao longo do tempo. Ainda que vários profissionais intervenham sobre um caso, é importante a definição clara de quem serão os profissionais de referência, ou seja, os coordenadores do caso (CAMPOS; CUNHA, 2011). É interessante que a equipe de referência seja composta por profissionais de diferentes categorias, assim cada unidade de saúde pode organizar a composição de suas equipes de acordo com as características e objetivos da própria unidade e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. No caso da Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, as equipes de referência são as de Saúde da Família, que, como já apresentado, são compostas por médico generalista, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem:

É muito comum, quando não se tem a equipe de referência, que o usuário seja responsável de todos os profissionais e, ao

⁵² Campos (2011) aponta que o Apoio Matricial é uma metodologia complementar aos tradicionais sistemas hierarquizados de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O enfoque que o autor realiza em relação a esses sistemas de encaminhamento para outros níveis de atenção dá-se pelo fato de os encaminhamentos, nesses moldes, por muitas vezes serem mecanismos burocráticos, em que o compartilhamento implicado do cuidado entre os dois serviços não ocorre, fazendo com que não haja um plano comum de cuidado entre os mesmos e nem uma responsabilização compartilhada, corroborando para a fragmentação do cuidado, ao invés da integralidade do mesmo.

mesmo tempo, de nenhum. Cada um se preocupa com a “sua” parte (que é cada vez menor com a especialização e burocratização) e ninguém se preocupa com a “costura” das diversas intervenções num projeto terapêutico coerente e negociado com o usuário e na equipe. Ou seja, supõe-se que o sujeito pode ser fatiado em pedaços e reduzido a diagnósticos, por abordagens profissionais diferentes, e que no fim da “linha de produção”, depois que cada profissional apertou um parafuso, chegar-se-á num usuário integralmente atendido e com seus problemas resolvidos. Não é o que acontece. Um ditado popular ilustra bem esta situação: “cão com muitos donos passa fome” (BRASIL, 2004, p. 7).

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e até mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O Apoio Matricial implica sempre na construção de um projeto de cuidado integrado:

[...] essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais: a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

Os conceitos de núcleo e campo de saber estão intimamente ligados à proposta do Apoio Matricial. Segundo Campos:

[...] O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. [...] Para Bourdieu

campo intelectual se conformaria como espaço aberto [...] Um núcleo, ao contrário, indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo [...] (CAMPOS, 2000, p. 220-221).

Campos afirma que, tanto o núcleo quanto o campo, seriam mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. Apesar disso, o núcleo seria formado por uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar: “Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto”(CAMPOS, 2000, p. 222).

Trazendo o conceito de núcleo e campo para o Apoio Matricial, podemos pensar que o apoiador matricial troca saberes de seu núcleo de conhecimento com o profissional da equipe de referência. O contrário também ocorre e, desse modo, podem-se ampliar as possibilidades de entendimento do caso e consequentes ações de cuidado. Nesse contexto, opera-se a constituição de um cuidado colaborativo, em que diferentes saberes nucleares encontram-se em transformação e composição em campos transdisciplinares de saberes.

As primeiras experiências de Apoio Matricial ocorreram no SUS em Campinas (SP). Nessa localidade, havia dois serviços de Saúde Mental que pretendiam trabalhar nessa lógica, porém, segundo Campos e Cunha (2011), verificou-se que eles tendiam a funcionar com a mesma lógica dos ambulatórios especializados, isto é, sem compromisso com território e sem relação orgânica e regular com as equipes de referência pertencentes aos centros de saúde, funcionando com a velha lógica da fila de encaminhados por meio da referência e da contrarreferência. Assim, resolveu-se realizar uma expansão e uma descentralização dos dois serviços de Saúde Mental, que passaram a funcionar como oito equipes multiprofissionais, com psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional, entre outros. Cada uma dessas equipes fez contrato para realizar Apoio Matricial a oito equipes da Atenção Básica. Essa experiência foi avaliada em algumas pesquisas de campo⁵³. Em seguida, as experiências de Apoio Matricial que se iniciaram

⁵³ Cf. FIGUEIREDO, 2009 e CAMPOS; DOMITTI, 2007.

em relação a saúde mental, estenderam-se para outras áreas, como reabilitação física, traumatologia, dermatologia e outras.

A aposta do Ministério da Saúde ao criar as equipes de NASF é a de que elas direcionem seu trabalho na utilização prática do conceito de Equipe de Referência e de Apoio Matricial. Segundo a PNAB (2011), os profissionais que podem compor uma equipe de NASF são: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A escolha por quais categorias irão compor as equipes dá-se pela gestão local da Atenção Básica, que realiza um levantamento das principais necessidades locais e, a partir daí, monta as equipes. Existem três modalidades de equipes de NASF segundo a Portaria nº 3124/2012: as tipo 1, tipo 2 e tipo 3. As equipes de NASF tipo 1 podem estar atreladas a no mínimo cinco e no máximo nove Equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica para populações específicas, e seus profissionais devem somar a carga horária de no mínimo 200 horas semanais. As equipes tipo 2 podem ser vinculadas a no mínimo três e no máximo quatro Equipes de SF ou de AB para populações específicas, e seus profissionais devem somar a carga horária de no mínimo 120h semanais. Por último, as equipes tipo 3 podem estar vinculadas a no mínimo uma e a no máximo duas Equipes de Saúde da Família ou de AB para populações específicas, e seus profissionais devem somar a carga horária de no mínimo 80h semanais. Essas diferentes modalidades foram criadas com o objetivo de possibilitar que todos os municípios, que possuam no mínimo uma Equipe de Saúde da Família, possam implantar também equipes de NASF.

Às equipes de NASF cabe oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. A retaguarda assistencial opera sobre a ação clínica direta com os usuários e/ ou por meio do suporte técnico-pedagógico, que são ações de apoio educativo com e para as equipes de referência. Além disso, o apoio e a atuação do NASF também podem se dar em coletivos, tais como ações direcionadas pelos riscos e vulnerabilidades populacionais ou, até mesmo, em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. As ações desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio têm,

via de regra, dois principais públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas e diretamente os usuários do Sistema Único de Saúde. O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente, utilizando o próprio espaço das unidades de Atenção Básica e seu território de abrangência para realizar suas atividades:

Pode-se afirmar, então, que o NASF:

- É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.
- Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.
- Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos pessoais.
- Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas.
- Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).
- Realiza ações compartilhadas com as Equipes de Saúde da Família (SF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.
- Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.
 - Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2014, p. 18).

As diretrizes que orientam o trabalho do NASF são as mesmas que orientam a Atenção Básica, direcionando o cuidado para uma prática contínua e longitudinal, próxima à população, dentro das perspectivas da integralidade, da territorialização e do trabalho em equipe multidisciplinar, estimulando sempre a autonomia de indivíduos e coletivos. Após a contratação dos profissionais para compor as equipes de NASF, é necessário realizar a pactuação de como será o apoio dessas equipes às Equipes de Saúde da Família. Esse acordo deve se dar levando-se em consideração as principais necessidades e fragilidades dos territórios e das equipes de Atenção Básica. Tais fragilidades podem ser levantadas a partir de uma análise de todo o contexto de atuação, que inclui: mapear as potencialidades e fragilidades do território, conhecer o perfil

demográfico, o perfil epidemiológico, as redes de serviços e redes informais, o perfil sócio ambiental, etc.. A pactuação das formas de apoio necessita ser realizada em conjunto com as equipes de referência, a partir da eleição das ações prioritárias para o início das atividades.

Modos de fazer: a pactuação do apoio e a criação de estratégias de cuidado a partir de um diagnóstico territorial

Em 2014, a Coordenação da Área 3.2, a partir de dados da Secretaria de Saúde do município, detectaram que havia uma grande parte da população diabética que, por falta de tratamento adequado, estava frequentemente realizando amputação de membros inferiores. Esse fato foi discutido com as Equipes de Saúde da Família, que tiveram que estar mais atentas a essa parcela da população. O NASF também foi incluído nesse processo e passou a refletir sobre possíveis estratégias de apoio a essa situação nos territórios de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Uma das fragilidades detectadas foi que muitas pessoas diabéticas não estavam tendo os seus pés avaliados periodicamente. A avaliação dos pés, entre outras ações de cuidado, faz parte daquelas estabelecidas para um acompanhamento de qualidade da pessoa com diabetes e prevenção de amputação, segundo protocolos ministeriais. Assim, algumas estratégias de apoio foram criadas. Uma delas foi a realização de consultas compartilhadas entre Equipe de Saúde da Família e profissionais do NASF. A ideia baseava-se no convite a pessoas com diabetes para uma consulta coletiva com os profissionais citados. Nessa consulta coletiva, uma série de atividades seria realizada: os pés dos usuários seriam avaliados e, a partir daí, seriam identificados riscos de aberturas de feridas que poderiam gerar a amputação; uma roda de conversa sobre a importância do cuidado com os pés seria proposta e a troca de experiências entre possíveis ações de cuidado também ocorreria. Além disso, as equipes de saúde aproveitariam para verificar os exames dos pacientes em relação à necessidade de que os mesmos fossem refeitos ou na identificação de alteração de, por exemplo, alguma taxa que identificasse que a glicemia estivesse muito descompensada. Nessa

consulta coletiva, ocorreria ainda a avaliação de índice de massa corporal e conversa sobre hábitos alimentares. No final da consulta coletiva, a equipe identificaria aqueles pacientes que teriam que acompanhar mais de perto, pois teriam um maior risco de prejuízos à qualidade de vida por conta da diabetes. Esses seriam convidados para a realização de um acompanhamento mais próximo e compartilhado com as equipes de NASF. Além disso, essas pessoas seriam convidadas a se incluírem no Programa Academia Carioca de Saúde, uma estratégia para o incentivo da atividade física, que, no caso da diabetes, em muito auxilia na estabilização da doença. Nos grupos de consulta coletiva, estariam presentes médico, enfermeiro, agentes comunitários, além dos fisioterapeutas, nutricionistas e educadores físicos do NASF. Outra estratégia planejada foi a realização de atividades de educação permanente com os agentes comunitários de saúde sobre diabetes e o risco de amputação, já que eles têm, como uma de suas tarefas, realizar o acompanhamento dos diabéticos no domicílio. Nesse processo, a ideia é que realizem ações de educação em saúde sobre a diabetes, além de como controlá-la e prevenir agravos. A atividade de educação permanente seria com foco na qualificação da visita domiciliar a pacientes diabéticos e a identificação de possíveis riscos em relação ao não cuidado com os pés, que poderiam gerar a amputação.

Por último, identificamos que seria necessário estarmos mais perto daqueles usuários que possuem feridas nos pés e estão com dificuldade de cicatrização. Pactuamos, então, que os nutricionistas conversariam com os enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre os pacientes diabéticos com feridas e ofereceriam o apoio nutricional para auxiliar na cicatrização dessas e para diminuir os riscos de amputação.

O caderno de Atenção Básica número 39 (BRASIL, 2014) aponta algumas formas de organizar o processo de trabalho das equipes NASF e algumas ações compartilhadas que podem ser realizadas. Sugere que sejam organizadas reuniões periódicas de matriciamento com as equipes de referência como estratégia essencial para a organização e a execução do trabalho integrado entre NASF e Equipes de Saúde da Família:

A partir dessas reuniões, podem ser disparados, portanto, vários processos para a produção do cuidado, tais como:

- Discussão de casos individuais, familiares ou comunitários: Apresentação de casos novos pela equipe de AB; Devolutivas da evolução dos casos pela equipe de AB ao Nasf; Devolutivas das ações e intervenções do Nasf à equipe AB.
- Diagnóstico das necessidades e demandas: Dados do território; Situações trazidas pela equipe de AB; Situações observadas pelo Nasf.
- Elaboração de propostas: Construção de planos de ação para as necessidades percebidas; Propostas de atividades coletivas específicas do Nasf ou da equipe de AB; Propostas de atendimentos individuais específicos do Nasf ou da equipe de AB; Propostas de ações individuais ou coletivas compartilhadas; Propostas de outras ações de educação permanente.
- Ações de monitoramento: Continuidade da discussão de casos e temas; Registro das atividades, dos participantes e das pactuações realizadas, permitindo monitorar e avaliar o processo de trabalho entre as duas equipes; Discussão e avaliação sobre a evolução dos casos entre Nasf e equipe de AB (BRASIL, 2014, p. 59-60).

O compartilhamento do cuidado entre equipe de NASF e equipe de referência, pode se dar de diferentes formas. Como apontado acima, as reuniões de matriciamento têm o papel de organizar como se dará esse processo. Outras formas de compartilhar o cuidado podem ser por meio do atendimento compartilhado ou da consulta conjunta, que são o mesmo. Na consulta conjunta, participam profissionais da equipe de Apoio Matricial, profissionais da equipe de referência e o paciente. Outros integrantes da família do usuário em questão podem participar também, caso seja necessário.

Consulta conjunta é uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família desse. A ação se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico (MELLO FILHO, 2005).

A escolha pela realização da consulta conjunta muitas vezes se dá com o propósito de avaliação e manejo conjunto das situações, em que, na presença do paciente, podem ser desenvolvidas melhores formas de estabelecer o cuidado, com a

troca de saberes de todos os envolvidos no processo. Um dos efeitos gerados por essa prática pode ser o de desenvolver, com o passar do tempo, novas competências no profissional da Equipe de SF. O matriciador também se desenvolve com esse recurso, principalmente no que se refere à construção de competências de compreender e lidar com as demandas e peculiaridades da Atenção Primária (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

A consulta conjunta ou compartilhada pode se dar na unidade de saúde ou até mesmo no domicílio da família em questão. O recurso da visita domiciliar faz parte das ferramentas terapêuticas dos serviços de saúde com base no território, principalmente se o paciente em questão tem dificuldade de locomoção, está acamado ou o sofrimento a ele relacionado faz com que tenha dificuldade de sair de casa. Os atendimentos domiciliares compartilhados podem servir tanto como um recurso diagnóstico e de avaliação das situações *in loco* quanto recurso terapêutico, ou ainda, no acompanhamento longitudinal dos pacientes (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Além da consulta compartilhada, outra forma de compartilhar o cuidado pode ser o apoio a grupos, tanto àqueles que as Equipes de Saúde da Família já realizam nas unidades - tais como grupo de gestantes, grupo de acompanhamento de hipertensos diabéticos, adolescentes entre outros -, quanto na realização de grupos específicos - como grupos de reabilitação de pacientes com dores crônicas ou grupos de Saúde Mental. Tais iniciativas necessitam ser pactuadas entre os membros das Equipes de SF e os profissionais do NASF, com base nas necessidades do território (BRASIL, 2014.)

Modos de fazer: a pactuação de um grupo entre Equipe SF e NASF

Em uma unidade de saúde, as Equipes de Saúde da Família e NASF percebiam uma crescente demanda das escolas por atendimento psicológico às crianças. As queixas recorrentes eram: agitação, agressividade, desobediência, dificuldade de concentração ou de aprendizagem, e algumas já vinham até com diagnósticos estabelecidos, tais como o TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), com demanda de medicação. Avaliamos que seria necessária alguma ação em relação àquela situação, pois, além de não ser possível e necessário realizar psicoterapia com todas as crianças que estavam chegando, algumas escolas e até alguns profissionais de saúde localizavam apenas na criança e não em seu contexto familiar, de

moradia e escolar o “mau comportamento” apresentado por elas, somado a suas dificuldades de aprender. Assim, foram pactuadas algumas conversas com as professoras e diretoras das escolas para falar sobre essas crianças, tentando desconstruir uma certa patologização da infância e, ao mesmo tempo, dar suporte a essas professoras, no sentido de criação de estratégias para lidar com algumas situações na escola. Além disso, percebemos que determinadas crianças e seus responsáveis se beneficiariam de um espaço de troca na unidade de saúde. Assim, as profissionais do NASF pactuaram com as Equipes de SF a criação de um grupo de crianças e responsáveis, em que as facilitadoras seriam a psicóloga e a terapeuta ocupacional. O grupo tinha como objetivo conhecer melhor algumas crianças e suas famílias e, quando necessário, fazer intervenções a partir do que fosse identificado. Questões como falta de limite, dificuldade de diálogo entre pais e filhos, culpa dos pais em relação à ausência da convivência com o filho, troca de papéis, entre outros aspectos, foram identificadas e trabalhadas ao longo dos encontros que, ora eram em conjunto entre responsáveis e crianças, ora eram separados: os responsáveis se reuniam com a matriciadora psicóloga e as crianças com a matriciadora terapeuta ocupacional ou vice-versa, de acordo com o que seria trabalhado. Muitos artifícios eram utilizados no trabalho com esse grupo, desde brincadeiras, filmes, jogos, artesanato, atividade física, oficinas de alimentação saudável até saídas a teatro, entre outras atividades.

Outra importante ferramenta do cuidado compartilhado entre equipes de apoio e equipes de referência é o Projeto Terapêutico Singular. Esse é um instrumento de organização do cuidado em saúde, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Constitui-se em um conjunto de propostas de manejos terapêuticos articuladas entre si, confeccionadas por equipe com diferentes categorias profissionais e, se possível, o usuário e família em questão. O PTS parte de uma discussão de caso em que é realizado um diagnóstico ampliado e a análise da situação em questão. Então, algumas ações de cuidado e responsabilidades entre equipe, usuário e família são definidas em conjunto. Além disso, um prazo de reavaliação é estabelecido.

Modos de fazer: a chegada do NASF no território da A.P. 3.2

Em julho de 2011, foram contratados os primeiros profissionais para compor três equipes de NASF na AP 3.2. Em dezembro desse mesmo ano, em virtude da expansão da cobertura de ESF no território, mais três equipes de NASF foram contratadas, ampliando, então, o Apoio Matricial para as 83 equipes existentes no território. Logo que os profissionais foram contratados, foram divididos em equipes multidisciplinares, de modo que cada equipe do NASF pudesse apoiar, no máximo, quinze Equipes de SF, conforme a orientação do Ministério da Saúde naquela época⁵⁴. Atualmente, as categorias profissionais que fazem parte das equipes de NASF do território referido são: Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Pediatria, Fisioterapia, Educação Física e Ginecologia. O processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família na A.P 3.2 foi bastante acelerado, fazendo com que várias etapas fossem realizadas rapidamente e, muitas vezes, ao mesmo tempo. Em meio à avalanche de acontecimentos, já descritos em narrativas anteriores, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram contratados e, assim como o trabalho das Equipes de SF, também era necessário organizar o processo de trabalho das equipes dessas equipes. Tal organização configurava-se como um grande desafio, pois, como o trabalho das equipes NASF é de apoio às Equipes de SF, fazia-se necessário que o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família estivesse organizado para que juntos, NASF e Equipes de SF, pactuassem as ações dos profissionais de apoio. Idealmente, a organização do processo de trabalho do NASF deveria iniciar com a análise dos diagnósticos territoriais de cada equipe de SF a qual o NASF estava vinculado. Essa análise seria realizada em conjunto entre as duas equipes e, conseqüentemente, deveriam ser definidas as prioridades para o apoio e o modo como os profissionais do NASF realizariam o matriciamento. Porém, nesse período de implantação, havia pouco tempo

54 Referência à Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011.

para momentos de reflexão e análise do processo de trabalho, pois a própria equipe de SF tinha dificuldade em realizar uma análise do território com objetivo de identificar suas vulnerabilidades e potencialidades a fim de desenhar como o cuidado poderia se estabelecer. Os momentos semanais de reunião de equipe, garantidos nas diretrizes municipais de organização do processo de trabalho das Equipes SF, na prática ocorriam de modo burocratizado, na constante tentativa de organizar o acelerado processo de implantação. Desse modo, as oportunidades em que as reuniões de equipe ocorriam, em geral, ofereciam pouco espaço de reflexão das práticas de cuidado que estavam sendo produzidas naquele contexto. Nesse período de implantação, a pressão do trabalho fazia com que a reflexão sobre a qualificação do cuidado e sobre o próprio processo de trabalho, necessária para a melhora da qualidade de vida no trabalho e qualidade do próprio, não ocorresse. Conforme a crescente realização dos cadastros dos usuários pertencentes a cada território, e também a realização de atendimentos nas unidades de saúde, as Equipes de SF foram identificando situações de alta vulnerabilidade psicossocial e de saúde. Tais situações, na maioria das vezes, provocavam uma urgência por realizar ações de cuidado que pudessem resolver as situações de sofrimento. Desse modo, o cenário configurava-se, de um lado, por um acelerado processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família - em que o tempo de reflexão e construção coletiva de um cuidado possível era extremamente reduzido e, ainda, pouco qualificado - e, por outro, pelo contato cada vez maior das equipes com as situações difíceis no território, junto a um mandato de resolutividade que vinha associado a uma urgência. Assim, às equipes de apoio foi direcionada toda essa angústia de lidar com tal situação, e a expectativa de que o NASF fosse dar conta dos casos que não estavam protocolados nos manuais de cuidado da Estratégia de Saúde da Família era grande. Principalmente no que diz respeito à Saúde Mental, os casos eram crescentemente direcionados ao NASF, com a expectativa de que os profissionais “especialistas em Saúde Mental” fossem resolvê-los. A esperança de que a equipe de apoio, descolada da Equipe de Saúde da Família e de outros atores, fosse dar conta das situações de Saúde Mental

do território muitas vezes gerava conflito entre as equipes de referência e apoio e, ainda, a sensação, por parte das Equipes de Saúde da Família, de que o NASF não estava dando conta de seu trabalho. Os profissionais do NASF, por outro lado, ficavam bastante angustiados, pois, para eles, essa forma de cuidar era algo muito novo e desconhecido. Nesse primeiro momento, o cenário do Apoio Matricial era marcado por um grande desconforto e pelo “não saber”, pois éramos um grupo de especialistas selecionados a partir de nossos saberes específicos, mas não tínhamos experiência prévia no trabalho na Atenção Básica e não sabíamos direito como nos posicionar enquanto trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O que era apoio nesse contexto? Nosso desafio era o de construir, junto com as Equipes de Saúde da Família, de que modo se daria o Apoio Matricial na prática cotidiana: como realizaríamos um cuidado compartilhado entre equipe de apoio e equipe de referência? O que conectava os profissionais do NASF, nesse período, era a constatação de um profundo não saber sobre o trabalho que desempenharíamos, associado à tarefa de construí-lo. E foi a partir desse não saber que iniciamos essa construção.

O cuidado colaborativo ou compartilhado entre equipe de NASF e equipe de SF ainda é um grande desafio, principalmente porque coloca em xeque o paradigma biomédico, procedimento centrado e especializado tão estruturado ao longo dos anos. Compartilhar o cuidado por meio de uma lógica de apoio horizontal, em lugar do encaminhamento fragmentado, configura-se como uma novidade e causa muitos estranhamentos por parte tanto dos profissionais de saúde, quanto da população, acostumada a “se consultar com o médico da especialidade referente à parte do corpo em que se sente dor”. Necessitamos, desse modo, aprofundar a reflexão sobre em que medida esse tipo de ação em saúde, compartilhada, pode ser potente na realização do cuidado.

Para realizar essa reflexão e análise, acompanharemos as cenas de cuidado ocorridas entre equipes de NASF e Equipes de Saúde da Família no contexto da AP 3.2, procurando ir recolhendo pistas sobre essa nossa questão. Por isso, no próximo capítulo, realizamos essa caminhada nas cenas de cuidado compartilhado na AP 3.2 e trazemos alguns autores para nos ajudar nesse percurso.

CAPÍTULO 3 - OS ENTRELAÇAMENTOS ENTRE A LÓGICA DO CUIDADO E O FAZER-CUIDAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Chegamos, então, ao terceiro capítulo desta tese. Após mergulharmos, no capítulo dois, no campo da saúde coletiva e nos embrenharmos nos percursos da constituição da Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, retomo agora alguns pontos semeados no capítulo um, com o objetivo de tecê-los um pouco mais, junto ao cenário de cuidado na A.P. 3.2. Resgato, ainda, os últimos questionamentos realizados no final do capítulo dois, em que nos preocupamos em compreender melhor de que modo o cuidado compartilhado entre Equipes de SF e equipes de NASF podem contribuir para a potencialização do fazer-cuidar na Estratégia de Saúde da Família.

No capítulo um, definimos o nosso objeto de estudo, o fazer-cuidar, e apresentamos os nossos pontos de partida para a investigação desse objeto-processo. Um ponto de partida experiencial, que aposta no conhecimento encarnado, em que o cuidar é um fazer existir. Dito de outro modo, esse ponto de partida pressupõe que o cuidado constitui-se no próprio fazer, no próprio acontecimento em ato, e é, então, nas ações que aprenderemos sobre ele.

O outro ponto de partida é o teórico, que se apoia nos estudos das Ciências, Tecnologias e Sociedade, mas especificamente nos Estudos de Annemarie Mol, no que diz respeito ao pesquisar e ao cuidar. Como já apresentamos, para a autora não há uma predefinição do que seja a saúde, a doença e o cuidar. Esses se performam no cotidiano, a partir da articulação de uma rede de atores que é sempre local e heterogênea. Estudar o cuidado significa, então, seguir as práticas e a tecelagem das redes cotidianas, que engendram sentidos singulares a essa palavra e, ao mesmo tempo, criam realidades. É no foco das práticas cotidianas que se entrelaçam os pontos de partida teórico e experiencial.

No presente capítulo, nos dedicamos à articulação entre o campo da Atenção Básica, principalmente da Saúde da Família, e os estudos de Annemarie Mol, pois entendemos que a autora possui um modo de compreender e colocar em prática o cuidar que potencializa as proposições desse campo e, por isso, pode apoiar-nos ao acompanhar e performar o fazer-cuidar, na área programática 3.2. Acompanhamos, a partir de Mol, como a letra das políticas de saúde tem sido praticada no cotidiano desse

cenário e como o compartilhamento do cuidado entre NASF e Equipes de SF pode potencializar esse fazer-cuidar.

No intuito de seguirmos por esse caminho, gostaria de apresentar algumas considerações teóricas de Mol acerca do que a autora chama de “lógica do cuidado”. Annemarie Mol (2008) faz um estudo do cuidado e das diferentes formas de performá-lo. A autora aposta em discuti-lo a partir de uma ética que aponta que o bom cuidado não pode ser definido como um ideal, a partir de termos gerais. Em vez disso, deve ser definido como “algo que o corpo das pessoas inventa e adapta, uma e outra vez, nas práticas cotidianas” (MOL, 2008, p.5, tradução nossa).

Nesse estudo, a pesquisadora compara o que chama de duas lógicas distintas de cuidar. Uma, chama de lógica da escolha e a outra, de lógica do cuidado. Assim, para estudá-las, Mol acompanha-as em práticas extremamente locais, ou seja, ela estuda como se performa o cuidado da diabetes em um hospital na Holanda.

A autora aponta que o cuidar realizado segundo a lógica da escolha, como se poderia pensar, não necessariamente traz as melhorias esperadas e, por isso, em seu livro, a ação de escolher não está automaticamente ligada a um ideal de cuidado. Mol apresenta que a questão não é a escolha em si, porém, o fato do ideal da escolha carregar um mundo com ele, ou, dito de outra maneira, carregar modos específicos de organizar ações e interações, de entender os corpos e as doenças, de entender as pessoas em suas vidas diárias, o cotidiano, incluindo os saberes e as tecnologias que o atravessam, e muito mais. Associou a lógica da escolha, no âmbito das práticas de cuidado, ao pensamento ocidental, pós-Iluminismo, no qual o indivíduo ganha mais importância do que o coletivo:

Enquanto Deus, a tradição e o coletivo dão sentido e coerência à vida dos “outros”, “nós ocidentais, por contraste, somos supostos de estar livres de tais laços restritivos”[...] O que conta, para esse modo simplificado de ver as coisas “é que ‘nós’ somos individualizados e autônomos” (MOL *apud* MORAES; ARENDT, p. 13, 2013).

Desse modo, ao mesmo tempo em que a autora se questiona sobre se nós somos de fato autônomos, logo responde que não: “Não, ‘nós’ não somos. [...] ‘Nós’, no ‘ocidente’ podemos não ter tanta ‘escolha’ quanto pensamos. [...] Ao lado do ideal da ‘escolha’, há outros circulando: por exemplo, solidariedade, justiça, respeito mútuo e cuidado” (MOL, 2008, p. 4-5, tradução nossa).

Segundo Mol, a lógica da escolha traz o problema do cuidado para o indivíduo, interiorizando sua decisão. Essa abordagem assume que a realidade em que vivemos é independente e anterior às nossas ações e percepções. A autora entende que, no ideal da escolha, os pacientes são interpelados ou como consumidores ou como cidadãos.

Enquanto consumidores, escolhem os seus “produtos de cuidado” e, com isso, compram um “pacote de tratamento”. Tal “pacote” vende a ideia de que o tratamento possui efeitos definidos de antemão e de que não incluem, por exemplo, aspectos como a imprevisibilidade da vida. A autora narra a venda, em um comercial holandês, de um aparelho capaz de medir o nível de açúcar no sangue. Nessa propaganda, o produto é associado à liberdade e à autonomia, já que, com ele, “você pode ser livre”, pois o produto permite às pessoas com diabetes aferir o nível de açúcar do sangue em qualquer lugar e, assim, evitar a alta de açúcar ou a hipoglicemia. Mol chama atenção para o fato de o comercial não incluir o cotidiano de uma pessoa com diabetes na definição de liberdade, ou seja, não mostra que, para além do uso do aparelho, há uma série de atividades e tecnologias envolvidas no viver com diabetes, tais como as consultas médicas ou de enfermagem, a própria utilização do aparelho - que inclui agulhas - e como aprender a usá-lo, os alimentos ingeridos, o cuidado com os pés para não abrir feridas em caminhadas longas, o tipo de trabalho que a pessoa executa ou não, se ela realiza ou não atividades físicas, que tipo de relações familiares ela mantém, entre outros aspectos. Não inclui a singularidade de cada rede nas quais as pessoas com diabetes se integram, performando, assim, inúmeros significados de viver com diabetes e inúmeros sentidos e possibilidades de liberdade.

Já enquanto cidadãos, Mol aponta que a sociedade ocidental preza pela ideia do autogoverno, ou seja, pela capacidade do cidadão de autogovernar-se e, dessa forma, ser capaz também de controlar seu corpo, preservando assim sua individualidade. Portanto, as ideias de autonomia e cidadania articulam-se à crença da possibilidade de controle dos corpos, fazendo, por exemplo, com que o direito da escolha esteja associado à autonomia e à individualidade dos sujeitos. Assim, a despeito de celebrarem suas autonomias, as pessoas com diabetes devem tomar decisões acerca de seu tratamento de forma independente. A responsabilidade pelo tratamento localiza-se nos indivíduos, que têm que fazer suas escolhas e, a partir delas, controlar seus corpos.

No entanto, Mol aponta para o fato de que corpos são impossíveis de serem controlados. Segundo ela, independentemente da ideia de controle do corpo pelo

cidadão, eles, os corpos, permanecem imprevisivelmente erráticos e, dessa forma, o ideal ocidental de escolha, independência e autonomia fragiliza-se.

Com isso, a autora questiona se a qualificação do cuidado aos pacientes está realmente ligada ao fato de eles serem tratados como consumidores ou cidadãos, dentro de um viés pautado pela lógica da escolha. Há que se sublinhar que, quando a autora menciona a interpelação do indivíduo como cidadão, nas práticas em saúde, essa tem sua relevância, sem dúvida, pois garante direitos e estabelece deveres aos agentes envolvidos nas ações em saúde. O que Mol sublinha, no entanto, é que esse modo de interpelar o indivíduo, como cidadão, não esgota e nem dá conta da amplitude e das singularidades envolvidas nas práticas do cuidado.

No prólogo de seu livro, a autora narra algumas cenas para exemplificar as distinções entre escolha e cuidado. Narra que, grávida e com mais de 35 anos, foi submeter-se a um exame para prevenção de fetos com Síndrome de Down. Ela estava ciente de que, num pequeno número de casos, a reação ao exame poderia provocar um aborto. Ao receber a injeção, comentou apreensiva: “Espero que tudo dê certo”. A resposta que ouviu da enfermeira foi: “Ora, foi sua escolha”. Comentando esse acontecimento, Mol (2008) observou que o resultado do pequeno diálogo com a enfermeira teria sido totalmente outro se ela respondesse “Vamos torcer para tudo dar certo” ou “A maioria das vezes não há problema”, ou ainda: “Você está preocupada?”. A enfermeira, concluiu Mol, poderia ter utilizado o momento para encorajá-la e dizer “Vá para casa, tenha uma tarde calma”.

Na situação relatada, opera-se uma lógica em que o problema é trazido para o indivíduo. A autora não nega que as decisões existam, mas aposta que o bom cuidado é aquele que dirige as possíveis soluções aos problemas para uma ação coletiva, mais distribuída.

Assim, apresenta a lógica do cuidado como uma alternativa à lógica da escolha. Na primeira, o foco não está na nossa vontade, mas sim no que nós fazemos e como os diversos atores interagem entre si e que efeitos produzem. Desse modo, não há apenas um responsável pelo fazer-cuidar, seja ele o médico ou o indivíduo, ou até mesmo um exame ou um aparelho eficiente, mas há sim diversos atores, articulando-se de forma variada e singular, com o objetivo de colaborar para melhorar ou estabilizar a situação da pessoa. Por isso, segundo Mol, pensar em qualificar o cuidado é experimentar diferentes arranjos para compartilhar e articular os fazeres de cuidado.

A autora, afirma, então, que na lógica do cuidado não se pretende definir de antemão como será o cuidado e os seus efeitos. Esse é entendido como um processo e, por isso, não tem fronteiras claras, é aberto. Nas palavras da autora:

O cuidado é uma questão de tempo. Ele não é um produto que passa de mão em mão, mas sim é uma questão onde várias mãos trabalham juntas, ao longo do tempo em busca de um resultado [...] Cuidado é [...] uma interação que retorna e retorna em um processo contínuo [...] O processo de cuidado envolve um time, profissional, máquina, medicação, corpos, pacientes e muitas outras coisas relevantes e as tarefas são divididas entre os membros desse time sempre em constante mutação (MOL, 2008, p.20, tradução nossa).

Assim, Mol orienta que estejamos atentos aos efeitos da ação de cuidado, pois nem sempre está claro e predefinido o que conta para atingir uma melhora. A lógica do cuidado preza pelo recolhimento das ações que se transformam em cuidado, no próprio cotidiano. Assim, mais do que atingir a cura, é importante a qualidade de vida, focar em uma “vida boa mesmo com uma doença como a diabetes” (MOL, 2008, p. 22). E essa “vida boa” não possui um significado definitivo, pelo contrário, ela é singular a cada caso:

O bom cuidado vai tentar, por exemplo, estabilizar os níveis de açúcar, porém, se isso não ocorrer, não é uma surpresa, pois os corpos doentes são imprevisíveis. Então, a partir dessa imprevisibilidade, o cuidado não é um produto bem definido e sim, um processo aberto. Tentar, ajustar, tentar de novo, quando a doença é crônica o cuidado também é crônico (MOL, 2008, p. 22, tradução nossa).

Para a lógica do cuidado, é importante ainda que todo o time de cuidado esteja articulado e relacionando-se como em um movimento de ajuste e sintonia. Desse modo, na prática de cuidado são incluídos os erros e o que não dá certo em um processo de sintonia fina.

Articulando o modelo Estratégia de Saúde da Família à questão das duas lógicas propostas por Mol, entendemos que não podemos definir *a priori* se esse se identifica mais com uma ou outra lógica, contudo, afirmamos que é importante estarmos atentos aos fazeres cotidianos das Equipes de Saúde da Família e NASF e às lógicas de cuidar que estão sendo produzidas em meio a esses fazeres.

Desse modo, temos verificado no acompanhamento do fazer-cuidar na A.P. 3.2 e a partir da ação de vários atores que tanto a lógica do cuidado quanto a lógica da escolha estão presentes nesse cenário. Assim, temos percebido que a implantação do modelo Estratégia de Saúde da Família, com todos os seus direcionamentos, protocolos e arcabouços teóricos, não garantem por si só qual será a qualidade do fazer-cuidar em um território.

Percebemos que seus princípios e diretrizes não são atores que, de fora das práticas cotidianas, definem por eles mesmos se a lógica que está em ação é de cuidado mais individualizante ou mais coletiva e distribuída. Por exemplo, questões tão caras à Saúde da Família, tais como a longitudinalidade, o vínculo, a territorialização, a clínica ampliada, a integralidade, a vigilância, os protocolos de cuidado e muitas outras, não performam a efetivação dessas práticas, pois há articulações imprevisíveis sendo feitas, que tanto individualizam o fazer-cuidar quanto o distribuem, tornando-o mais coletivo, mais partilhado e, por isso, mais potente.

Essa é a aposta desta pesquisa, a potencialidade do cuidado está diretamente relacionada à sua capacidade de ser mais coletivo e partilhado.

Assim, para além da implantação de um modelo de saúde específico, afirmar um fazer-cuidar segundo a lógica do cuidado é estar atento às conexões e aos ajustes que estão sendo feitos e às redes que estão sendo produzidas em seu cotidiano.

Entender que o Modelo ESF isolado de suas articulações dá conta da qualificação do cuidado é operar dentro de uma lógica da escolha. Dito de outro modo, o Modelo Estratégia de Saúde da Família não é um produto que compramos e que, de antemão, já saberíamos quais efeitos produziria, ele precisa ser tecido no cotidiano de um território, absolutamente singular.

Diante disso, selecionei algumas narrativas com o objetivo de acompanhar os atores que performam o cuidado das Equipes de Saúde da Família e NASF na A.P. 3.2. Seguimos tais atores a partir de questões que Mol lançaria a um território de pesquisa: Como o cuidado tem-se performado no espaço da A.P. 3.2? Que articulações produz? O que fazem os diferentes atores que compõem esse cenário articularem-se entre si e que efeitos no cotidiano e no fazer-cuidar produzem? Nessa articulação, que profissionais de saúde ou cuidadores e que usuários temos produzido?

É importante pontuar que, diante das inúmeras experiências vividas nesse cenário, foi necessário realizar uma seleção de quais narrativas seriam descritas no texto. Essa foi feita seguindo o critério de eleger as mais propositivas para o trabalho,

narrativas que pudessem incentivar ou fortalecer a prática de um cuidado mais distribuído, mais compartilhado e mais coletivo. Por isso, tais narrativas não foram fabricadas no sentido de uma denúncia de lógicas individualizantes ou que afirmam a identificação de pessoas isoladamente ou de culpados de um cuidado que por ventura foi entendido como falho. Assim, escolhi deixar de fora algumas situações com objetivo de não corroborar com a lógica da escolha e nem assumir uma posição de denúncia.

Essa escolha por narrar a partir de uma dimensão propositiva é ética, política e epistemológica, apostando então que a escrita produz realidade e transforma-a. É importante deixar claro que, apesar de compor esse texto com narrativas propositivas, isso não significa que, no território de análise, forças individualizantes não estão presentes, pelo contrário, há sim lógicas individualizantes, mercadológicas e culpabilizadoras operando no campo da Atenção Básica.

Modos de fazer: arranjos de um fazer-cuidar possível

Entrei em contato com o caso da família de Juliana por meio de uma matriciadora que me pede apoio para refletir sobre as diversas situações ocorridas e a necessidade de acionamento de medidas de proteção a uma criança pertencente a tal família.

Desde o cadastramento realizado pela agente comunitária de saúde (ACS), Juliana já afirma que ela e seus filhos não possuem documentos e nem carteira de vacinação. A ACS percebe que as crianças vivem em condições de pouco cuidado, dormindo em lugar sujo e molhado. Em algumas visitas domiciliares, a profissional constata violência às crianças, bem como estado de embriaguez por parte de Juliana. É casada com um homem que mora com ela nesta casa e por parte de quem, muitas vezes, sofre violência. Durante as visitas da agente de saúde, ela sempre dizia que não estava precisando de nada e que não era necessário que a agente retornasse. Uma vizinha, muito preocupada com a situação, articula-se à equipe de saúde e tenta estabelecer algum contato com Juliana, no intuito de apoiar no cuidado à família. A vizinha diz à equipe que Juliana está grávida novamente, o que faz com que ela se preocupe ainda mais com todos. A equipe de saúde também fica muito preocupada e tenta, por diversas vezes, que Juliana compareça com os

filhos na unidade de saúde para vaciná-los, confirmar a gravidez e iniciar o pré-natal, porém sem sucesso. Juliana não abre a porta para a equipe de saúde.

Assim, a Equipe de SF decide levar a situação para a reunião de matriciamento com o NASF. O caso é discutido e os profissionais decidem continuar a realizar as visitas domiciliares, tentando identificar possíveis pedidos de Juliana e também tentando estabelecer algum tipo de vínculo com ela. A ideia não era forçar nada e também não julgá-la. Na visita com a matriciadora, após incentivo da vizinha, Juliana abre um pouco a porta e diz que as crianças estão dormindo. Na breve conversa, é possível verificar que ela parece cansada e que tem machucados pelo corpo. Juliana confirma sua gravidez e, em seguida, os profissionais de saúde dizem que ela pode comparecer à unidade caso necessitasse de alguma coisa e que seria importante cuidar dela e do bebê durante a gravidez. Afirmaram que ela podia ir a qualquer horário e que seria atendida. Juliana diz que irá, assim que resolver a situação da documentação dos filhos, porém, nos dias que se seguem, ela não comparece à unidade. A agente comunitária, incentivada pela equipe de SF e NASF, continua a realizar as visitas domiciliares, relata que, algumas vezes, consegue estabelecer algum tipo de conversa e que, em outras ocasiões, Juliana não aceita atendê-la. Quando o marido está em casa, ele não atende os chamados da ACS. Após inúmeras visitas tentando estabelecer uma aproximação e um vínculo, Juliana comparece à unidade de saúde em demanda livre, a gravidez é confirmada e o pré-natal é iniciado, já com a gestação bastante avançada. Nesse atendimento, é estabelecida uma conversa importante entre equipe e usuária, que diz fazer uso de álcool e drogas, conta sobre suas diversas gestações, a perda de um bebê durante gravidez anterior e que, atualmente, mora com apenas um filho, pois alguns estão abrigados e outros, com parentes. Nos atendimentos seguintes, Juliana não comparece, apesar das diversas tentativas de visita por parte de toda a equipe de saúde. Depois de muitas tentativas, Juliana permite que a equipe realize alguns exames de sangue em casa. Nesse momento, a equipe verificou novas marcas de violência, mas Juliana não quis conversar sobre isso. Contudo, no dia seguinte,

comparece à unidade, embriagada e com vários hematomas, e dessa vez fala sobre as agressões do marido. A usuária é acolhida pela equipe que também dá continuidade ao pré-natal. As visitas domiciliares realizadas pela ACS continuam, algumas vezes ela é recebida pela usuária, outras vezes não. Mais uma vez, Juliana falta às consultas, dela e de seu filho, e, assim, a agente vai novamente a sua casa. O marido abre a porta e diz que a bolsa estourou e ela foi para a maternidade ter o bebê. A vizinha auxilia a equipe na comunicação com a usuária, dando notícias de como ela e o bebê estão. A equipe entra em contato com a maternidade para saber de Juliana e seu filho. Os profissionais da maternidade contam que o bebê foi direcionado a um abrigo e que, no momento da alta, Juliana foi direcionada ao CAPS de álcool e drogas da região (CAPS AD). Após esse acontecimento, o caso é discutido novamente em reunião de matriciamento para repensar as estratégias de cuidado a partir de então. Equipe de saúde entra em contato com o conselho tutelar da área, para pensar o cuidado, e também com o CAPS AD. Após muito tempo sem encontrar Juliana em casa, finalmente a equipe a encontra, e ela, pela primeira vez, pede ajuda, pois diz que o conselho tutelar definiu um prazo para que ela tire a documentação dela e das crianças e atualize a caderneta de vacinação do filho. Então, combinam algumas estratégias para apoiá-la na retirada dos documentos e na realização das vacinas. Porém, Juliana não consegue sustentar as pactuações e, mais uma vez, a equipe fica sem conseguir contato com ela. Novamente, Juliana não atende à porta. Nesse momento, a vizinha é acionada e relata que a violência e o uso de drogas na casa voltaram a ocorrer intensamente. Relata, ainda, constante violência com a criança. Nos retornos às visitas seguintes, ela continua a não atender à porta, inclusive respondendo para a ACS que “morreu” e gritando com seu filho. Em algumas visitas, a criança é encontrada sozinha no quintal ou com outras crianças, sem supervisão de adultos. Em discussão de caso com o NASF e a partir dos últimos acontecimentos, as Equipes de SF e NASF, muito preocupadas com o filho de Juliana, pactuam verificar a possibilidade de acionamento de medidas protetivas para a criança. Além disso, a equipe de NASF sugere a discussão do caso na reunião de supervisão de território de

Saúde Mental, lugar em que todos os integrantes da rede de Saúde Mental participam para discutir e compartilhar a criação de planos de cuidados para os casos da rede de saúde. Essa sugestão teve como mote incluir mais atores de cuidado e refletir sobre possíveis estratégias, para além das que já estavam sendo realizadas. Nessa discussão, o CAPS AD estava presente, assim como o NASF e a equipe de saúde. Nesse momento, pactuou-se o foco do cuidado em Juliana e o apoio do CAPS nesse cuidado.

Após todas essas discussões, foi possível entrar em contato com a mãe de Juliana, que relata que, apesar de oferecer cuidado, comida e casa, ela sempre volta a viver com o marido. Em uma visita da ACS, o marido abre a porta e relata que Juliana conseguiu tirar seus documentos e então iria tentar registrar seu filho.

Em discussão com o NASF, a agente fala de seu cansaço em relação a toda a situação e o medo de que Juliana mais uma vez não cumpra o combinado. Fala de como é difícil acompanhar esse caso, pois ora é recebida e ora é maltratada pela usuária e sua família. Diz que já houve visita em que Juliana, conversando com ela, chorou lembrando-se das filhas, e em outras não a recebeu. Vizinhos já se disponibilizaram a trazer seu filho à unidade, contudo Juliana não permite. Algumas reuniões de matriciamento são voltadas para a equipe falar das dificuldades de estarem acompanhando esse caso e de como é possível continuar tentando.

A matriciadora me relata que é um caso muito difícil de ser manejado, pois muitas idas e vindas ocorrem. Diz que, a cada passo para frente, muitos passos para trás são dados e, por isso, a equipe sente-se falhando no cuidado; que um dos trabalhos do NASF tem sido apoiar a equipe a estar presente no caso e a reinventar estratégias de cuidado, mesmo com tantos desafios, mesmo diante de todas as frustrações. Apoiá-los em não ficar no lugar da paralisia, da culpabilização, e sim em apostar no que está sendo possível. Diz que um dos principais desafios está sendo decidir sobre o acionamento do Ministério Público para tentar uma medida protetiva para o filho de Juliana, que tem apenas 4 anos e tem vivenciado toda essa situação de violência, estando em risco. O

dilema da equipe é que, se por um lado, Juliana consegue fazer pequenas coisas para o cuidado do filho, por outro, em muitos momentos ele é colocado em grande risco. A equipe, junto com o apoio do NASF e da rede de cuidados, já tentou realizar ações de proteção da criança em construção conjunta com Juliana e seu marido, porém a criança ainda continua bastante desprotegida. A equipe fica dividida sobre se essa seria a melhor atitude de proteção à criança. Assim, após inúmeras discussões entre os matriciadores, a equipe, a gerente da unidade, a coordenação de saúde e os outros serviços, é tomada a decisão compartilhada de realizar o acionamento da medida protetiva.

Enquanto isso, as estratégias de cuidado da família no território continuam tentando ser tecidas a partir de cada ação e efeito recolhido. Muitas dessas tessituras se passavam em visitas à casa de Juliana, em que toda a equipe estava envolvida: médico, enfermeiro, agente de saúde, profissionais do NASF e do CAPS. Em uma visita em conjunto com o CAPS, a equipe ouviu que dentro da casa estava ocorrendo agressão física entre o casal. A vizinha tentou chamar o marido, que não quis atender, Juliana chorava e gritava, a equipe tentou conversar com eles do lado de fora da casa, sem sucesso. A equipe perguntou à vizinha pela criança, que disse que, nessas situações, costumava ficar em casa. Depois dessa situação, mais discussões de caso junto ao NASF foram realizadas no intuito de apoiar e acolher a equipe e continuar criando estratégias. As reflexões nesse momento giravam em torno de pensar nas pequenas coisas que podiam ser feitas e que estavam no campo de ação da Atenção Básica. A situação foi mais uma vez levada à coordenação de área, pois a preocupação com a criança em situação de risco direcionava para a medida de proteção.

Nos pequenos arranjos de cuidado que iam compondo-se, a matriciadora me deu notícias de que a equipe estava feliz, pois havia conseguido vacinar o filho de Juliana. Uma grande ação em meio a tantas dificuldades. A equipe de matriciadores e Saúde da Família tentavam, em conjunto com Juliana, ir colhendo os pequenos ganhos de cuidado e, a partir disso, ir construindo o cuidado compartilhado. No meio do caminho, a equipe recebe a notícia de mais uma gravidez de Juliana e,

mais uma vez, inicia-se uma mobilização para acompanhá-la em sua nova gestação. Dessa vez, Juliana comparece mais ao pré-natal, apesar de não frequentar com a rotina protocolar, fala do desejo de não engravidar mais, de se cuidar em relação ao uso de álcool e drogas. O movimento de idas e vindas continuava e, com eles, o uso de álcool e drogas e também as situações de violência. Os não comparecimentos de Juliana à unidade indicavam a necessidade de visita e, assim, o cuidado ia-se processando.

Quando Juliana estava com mais ou menos trinta semanas de gestação, ela vai à unidade junto com o seu marido, pois estava sentindo inúmeras contrações. Juliana tinha entrado em trabalho de parto bem antes de completar os nove meses. A matriciadora relata que todos na unidade de saúde se envolveram na situação, pois Juliana estava prestes a parir. A gerente da unidade solicitou uma ambulância e, enquanto isso, ela e a equipe de saúde e NASF tentaram manejar a situação. Foi um momento extremamente angustiante para todos, pois Juliana e seu bebê estavam em grande risco e o nascimento poderia ocorrer a qualquer momento. A equipe se dividiu no cuidado à Juliana, na articulação com a ambulância e a maternidade e no apoio ao marido que estava bastante fragilizado. A ambulância estava demorando muito e, então, a criança acabou nascendo na própria unidade de saúde. Foi um momento de grande emoção para todos e, também grande preocupação, pois a unidade não tinha os recursos necessários para cuidar da saúde da mãe e do bebê naquele momento. Juliana sangrava muito e o bebê precisava de recursos de uma UTI neonatal. Um tempo depois, a ambulância chegou e foram levados mãe, bebê e pai para a maternidade. Nesse mesmo dia, a equipe soube que o bebê não resistiu e morreu e que Juliana passou por uma cirurgia, e que, a partir de agora, não poderia mais engravidar. Todos ficaram bem tristes. Mesmo assim, reuniram-se para pensar a continuidade do cuidado da família. Decidiram continuar o processo de vinculação com ela ainda na maternidade e, então, realizaram algumas visitas à Juliana no hospital. Na primeira visita da Equipe de SF e do NASF, Juliana ficou bastante surpresa e gostou muito. Durante as visitas, conversava muito com a equipe e pedia ajuda para a questão do álcool e das drogas. A equipe do CAPS AD foi visitá-la também. Durante a

internação, o filho do casal foi abrigado e foi difícil conversar com Juliana sobre isso. No momento da alta, maternidade e equipe de saúde se articularam e a equipe foi ao seu encontro no mesmo dia em que Juliana retornou a sua casa. Ela ficou bastante feliz, assim como o seu marido, que recebeu bem a equipe, apesar de estar alcoolizado. A equipe disse que seria necessário fazer os curativos todos os dias e perguntou sobre a possibilidade de ela ir à unidade para o procedimento. Eles aceitaram e, desde que voltou para casa, Juliana tem ido todos os dias à unidade fazer o curativo e tem dado notícias sobre como estão as coisas em casa, disse que o marido combinou com ela que não usaria mais cocaína em casa. Recentemente, a matriciadora me deu notícias de que a equipe decidiu inscrever o relato do caso na mostra de agentes comunitários de saúde como um caso de bom cuidado e pediu seu apoio na escrita.

Acompanhando a rede que vem sendo performada ao longo do tempo no cuidado de Juliana e sua família, podemos verificar que as invenções cotidianas elaboradas a partir de cada acontecimento foram responsáveis pela construção de um cuidado possível naquele território.

De acordo com a organização do atendimento das Equipes de Saúde da Família, com os protocolos de acompanhamento e com as metas estabelecidas pelo contrato de gestão, há inúmeras ações prescritas e predefinidas para o cuidado de gestantes e crianças.

Por exemplo, o contrato de gestão, celebrado entre Secretaria Municipal de Saúde e Organização Social de Saúde, tem como objetivos especificar o programa de trabalho pactuado entre as duas entidades, estipular as metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como estabelecer critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade. O contrato define, ainda, os valores a serem pagos mediante a realização do cuidado, nos quais existem uma parte fixa e partes variáveis de pagamento. A parte fixa é sempre repassada à OSS e a parte variável é repassada dependendo do seu desempenho.

Assim, segundo o contrato de gestão, no que diz respeito ao acompanhamento de gestantes, é preconizado que as equipes realizem no mínimo seis consultas de pré-natal, com pelo menos 80% das gestantes de seu território e, além disso, iniciem as consultas

de acompanhamento no primeiro trimestre de gravidez, o que também deve ser realizado com no mínimo 80% das gestantes. É indicado ainda, que todas as gestantes realizem o teste de sífilis e, caso seja identificada a sífilis gestacional, a mesma deve ser tratada adequadamente em 95% dos casos. Outro aspecto importante é que 100% das gestantes devem ser acompanhadas em ficha de acompanhamento pelo ACS e devem receber visita mensal dos mesmos. Em relação às crianças, é preconizado que 80% delas estejam com o calendário vacinal em dia e que a primeira consulta do bebê seja realizada em até 28 dias de nascimento. Além disso, 100% das crianças com até dois anos necessitam ser acompanhadas em ficha de acompanhamento pelo ACS. As crianças de até um ano necessitam ir mensalmente à unidade para serem atendidas pelo médico e pelo enfermeiro.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 32⁵⁵(BRASIL, 2012c), a consulta de pré-natal deve ser realizada no mínimo uma vez por mês e, idealmente, médico e enfermeiro devem-se alternar nas consultas. Esse caderno define os protocolos para acompanhamento do pré-natal e, nele, uma série de atividades que a equipe de saúde deve realizar com gestantes são elencadas, desde uma anamnese detalhada, até a realização de exames físicos, laboratoriais, orientação nutricional, dentre muitas outras atividades. Durante o acompanhamento, a equipe de saúde deve identificar os riscos da gestante e, dependendo do que for percebido, encaminhar ao serviço de pré-natal de alto risco. A maioria dos riscos elencados são clínicos físicos, tais como obesidade, infecções, anemia, histórico de má-formação em gestação anterior, cardiopatias, nefropatias, endocrinopatias, doenças hematológicas, neurológicas, autoimunes, hipertensão, diabetes, entre muitos outros. Os critérios psicossociais também aparecem, por exemplo, insegurança ou conflito familiar e uso de drogas lícitas ou ilícitas são considerados riscos gestacionais pelo protocolo e, segundo ele, esses casos podem gerar a necessidade de encaminhamento para o serviço de pré-natal de alto risco.

O manual aponta ainda para o manejo de intercorrências clínicas e fala de algumas situações, tais como o uso de álcool e drogas na gravidez e as situações de violência. Para esses casos, aponta que é importante deixar o julgamento moral de fora

⁵⁵ Os Cadernos de Atenção Básica são publicações realizadas pelo Ministério da Saúde sobre diversos temas no sentido de nortear e qualificar as ações da atenção básica. O Caderno de Atenção Básica número 32 possui o enfoque no Pré-Natal e aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério.

dos atendimentos, entender o lugar da droga na vida da gestante e diz ainda da importância do vínculo com a gestante (BRASIL,2012c).

No caso de Juliana, percebemos que os direcionamentos para o acompanhamento da gestante e da criança, a princípio, foram um caminho norteador para o cuidado dessa família. Houve a tentativa de vacinar as crianças e de realizar as consultas periódicas, além disso, houve ainda inúmeras tentativas de acompanhamento do pré-natal, de acompanhamento pelo agente comunitário e etc., contudo, verificamos que os protocolos de cuidado não deram conta das necessidades dessa situação singular.

Mol aponta que os protocolos de cuidado são importantes, pois organizam o cuidado e definem linhas de ações a serem seguidas, contudo, é preciso colocá-los em ação. Nesse contexto, ele é mais um ator da rede de cuidados e, por isso, é necessário colocá-los em prática e articulá-los aos outros atores que estão em cena.

Na situação narrada, na tentativa de colocar o ator “protocolo de acompanhamento da criança pelo ACS” em prática, essa ação gerou a articulação dos atores “agente de saúde”, “visita domiciliar” e “protocolo de acompanhamento” com o ator “violência” ou “negligência” e, assim, esses atores, conectados, dispararam inúmeras outras articulações. Inaugurou-se, então, a conexão com todo o resto da Equipe de Saúde da Família, o que disparou a articulação com a vizinha, que se preocupou com a situação e agenciou a possibilidade de a família abrir a porta algumas vezes. A conexão com a equipe disparou, ainda, a articulação com o ator “Apoio Matricial”, que conectou os profissionais do NASF e as tecnologias do Apoio Matricial à situação. A articulação com o NASF, por sua vez, inaugura um espaço de cuidado aos profissionais de saúde e também novas possibilidades de cuidado para a própria família.

Assim, o NASF, a partir de seu papel de articulador de rede, entende ser necessário incluir mais atores de cuidado nessa teia e, juntamente com a equipe de saúde, articula-se com a supervisão de território, comigo, com a coordenação de saúde, com a medida protetiva, entre outros. Em meio ao caminho, novos atores inusitados entram na trama, como uma outra gravidez, o parto antecipado na unidade básica de saúde, a ida à maternidade e, assim, novos arranjos vão sendo tecidos de acordo com os próprios acontecimentos.

Ao contrário da situação narrada no capítulo dois, em que a equipe de saúde se deparou com a dificuldade de um usuário com tuberculose em aderir ao seu tratamento, na situação de Juliana foi possível transbordar os protocolos e singularizá-lo às necessidades desse caso específico. Naquele capítulo, relatei a situação em que uma

equipe solicita o Apoio Matricial, por conta de um usuário que não adere ao tratamento de tuberculose, e a médica diz que não há mais nada a fazer, pois, segundo os protocolos de acompanhamento dessa doença, ela já tinha feito a parte dela para seguir o tratamento, e o usuário não. O caso de Juliana ensina-nos que o caminho para a realização do cuidado nem sempre é cada um fazer a sua parte, e sim a sintonia e a articulação das partes. No SUS e na Estratégia de Saúde da Família, essa sintonia e articulação são chamadas de coordenação do cuidado, que significa que os diferentes pontos da rede de saúde devem estar conectados em prol da integração do cuidado. A partir da concepção de Mol, podemos levar a ideia da coordenação do cuidado até as últimas consequências, pois todos os atores envolvidos necessitam estar coordenados, dito nas palavras de Mol, buscando uma sintonia. Essa é variável a cada movimento do processo de cuidar.

Refletindo sobre as duas situações, segundo a lógica do cuidado, situar o protocolo como algo que se encerra em si mesmo e dá conta das situações de cuidado, não considerando as imprevisibilidades, seria agir segundo a lógica da escolha. Contudo, utilizar o protocolo como um ator potente, disparador de mais conexões e possibilidades do fazer-cuidar é seguir a lógica do cuidado.

Nesse contexto da lógica do cuidado, Mol aposta em novos significados para a palavra “*doctoring*”, que, nesse texto, traduzimos como “*clínica*”. Segundo ela, *clínica* implica um fazer, implica em ajustes entre corpos, tecnologias, saberes e pessoas. Assim, amplia os membros do time de cuidado e esquia-se da ideia de que *clínica* é uma ação binária entre um profissional de saúde - por exemplo, o médico - e o paciente. Dessa forma, afirma que, como membros do time de cuidado, estão as tecnologias, os saberes, instrumentos, profissionais de saúde, família, amigos, colegas de trabalho e inclusive o próprio paciente. Segundo Mol, a *clínica* não é alguma coisa que é somente para o médico fazer, toda a equipe de cuidado está envolvida. Na ação *clínica*, não é importante quem está no comando, e sim se as várias ações envolvidas estão bem afinadas umas com as outras.

No caso da família de Juliana, apenas a partir da constituição de um time de cuidado foi possível fazer acontecer algumas diferenças no fazer-cuidar. A lógica binária paciente-médico não daria conta do acompanhamento e da tessitura de uma rede mais ampliada, já que, se dependesse de tal lógica, a Equipe de Saúde da Família nem se daria conta de que, no seu território de abrangência, havia essa família.

Assim, Mol aposta que qualificar o cuidado é qualificar a sintonia de todo o time. Nesse sentido, qualificar o fazer- cuidar não se atrela à capacidade de controle dos efeitos do tratamento, e sim à capacidade de ajustes desse time.

No caso de Juliana, percebemos que a sintonia entre o time de cuidado foi sendo construída ao longo de todo processo, com muitos momentos de desajustes. A errância e a imprevisibilidade da vida fizeram-se presentes ao longo de todo o percurso, desde as gestações, as aberturas e fechamentos de porta, o presenciar das situações de violência, até o fato de Juliana e seu marido terem procurado a unidade de saúde e não o hospital ou qualquer outro serviço de saúde para ter o seu bebê. Esse acontecimento, imprevisível a qualquer protocolo ou diretriz, já que por definição não é a Equipe de Saúde da Família nem o NASF que fazem o parto, foi justamente aquilo que permitiu inúmeros outros agenciamentos de cuidado com Juliana e seu marido. O modo como os dois foram acolhidos nesse momento singular da vida fez toda a diferença e reordenou o fazer-cuidar nessa rede.

É importante dar ênfase à questão de incluir os atores e os acontecimentos inusitados no processo de fazer-cuidar, incluir aquilo que está fora do protocolo. Tais atores inusitados, que transbordaram os protocolos, marcaram constantemente meu encontro com o cenário de cuidado da A.P. 3.2.

Modos de fazer: atores inusitados

Na noite de uma quinta-feira, a supervisora de uma das unidades de saúde da família entra em contato por meio do grupo de *WhatsApp* do qual fazem parte todas as supervisoras da OSS, eu e a coordenação de Farmácia e Educação permanente. Diz que um usuário entrou em uma das clínicas de família enfurecido, quebrando tudo e dizendo que ia mandar matar todo mundo na unidade. Segundo a supervisora, o homem fez isso, pois estava atribuindo a culpa da morte de uma pessoa querida à referida unidade de saúde. A gerente da unidade, assim como os outros profissionais presentes, ficaram com muito medo e se esconderam pela unidade. O ocorrido durou um certo tempo, até que um parente desse homem veio até a unidade e conseguiu levá-lo de volta para a casa. Antes de sair, o usuário, que se chama Roberto, disse que era bom que a unidade não abrisse nunca mais, ou ele iria mandar matar todo mundo.

Como a unidade era relativamente nova no território e a gerente tinha chegado há pouco tempo e as equipes de saúde também, ficamos receosos sobre a possibilidade de o usuário de fato realizar sua ameaça.

As profissionais que estavam no grupo de *WhatsApp* ficaram perplexas, sem saber o que fazer, e decidimos fechar a unidade de saúde no dia seguinte. A supervisora relatou que a gerente tinha afirmado que esse usuário “não batia bem da cabeça” e até já tinha pedido ao NASF para apoiar no cuidado do mesmo. Então, entrei em contato com a equipe de NASF do referido território para verificar se conheciam o usuário. A matriciadora de Saúde Mental contou-me que, há pouco tempo, tinha atendido o homem junto com a enfermeira da equipe e, nesse atendimento, Roberto apresentou um discurso delirante, associado ao uso de drogas. Em seu delírio, ele apresentava a ideia de que pertencia a um grupo de criminosos; em outro momento, em conversa com o avô do usuário, houve o relato de que esse delírio incomodava os vizinhos e a comunidade local e que isso era fonte de inúmeros conflitos. A matriciadora disse ainda que estavam tentando avaliar melhor a situação e articular um plano de cuidado possível, já que se tratava de uma situação complexa, com vários atravessamentos e gravidades. Na mesma hora, relatei a conversa com a matriciadora no grupo de *WhatsApp* e, então, após discutirmos um pouco, decidimos manter o fechamento da unidade e irmos juntas à clínica de família, no dia seguinte, para decidir com a gerente como lidar com a situação.

No dia seguinte, chegamos à unidade e a gerente estava bastante assustada. Afirmamos que estávamos ali para apoiá-la. Conversamos com os agentes comunitários de saúde sobre a situação e eles nos sugeriram conversar com as lideranças da Associação de Moradores para esclarecer o ocorrido e voltar a abrir a unidade. Assim, foram chamá-los. Pouco tempo depois, os líderes comunitários chegaram para a conversa, eles esclareceram que Roberto há tempos vem deixando a comunidade incomodada com essas ideias de mandar matar todo mundo e que possui, por isso, inúmeras inimizades. Disseram que ele nunca realizou nada efetivamente. Assim, os líderes ficaram apreensivos que esse último acontecimento pudesse gerar alguma retaliação da população local, já

que Roberto, além de outras muitas confusões, dessa vez foi o responsável pelo fechamento da unidade de saúde. Assustadas, explicamos que provavelmente Roberto tinha uma doença mental e o modo como agiu na unidade poderia fazer parte de seus delírios. Dissemos que estávamos preocupadas com sua saúde e com as consequências de suas ações. Afirmamos que ele não precisava de retaliações, e sim de cuidado, e tentamos negociar sobre a possibilidade de as lideranças locais conversarem com a população sobre a doença mental de Roberto, tentando evitar que ele pudesse sofrer algum mal. Pensamos sobre a possibilidade de a liderança incentivar Roberto a frequentar seu tratamento e apoiar a equipe de saúde no cuidado a ele. Os líderes da Associação de Moradores concordaram com a proposta e se comprometeram a realizar a negociação. Além de conversar sobre o caso de Roberto, a gerente da unidade explicou sobre os motivos da morte do parente de Roberto e disse que a unidade de saúde fez o que foi possível, porém não conseguira evitar sua morte. Além disso, ela e os líderes da Associação aproveitaram para trocar telefones e tirar algumas dúvidas sobre o papel da unidade de saúde. A gerente esclareceu sobre as possibilidades de ação da Estratégia de Saúde da Família e pactuaram uma reunião mensal entre a Associação de Moradores e unidade de saúde, pois assim poderiam organizar melhor as prioridades de cuidado, a comunicação com a população, entre outras coisas. Nesse dia, foi acertado um cronograma de reuniões e a pauta da primeira delas. Nos dias que se seguiram, tivemos notícias de que as negociações entre a Associação de Moradores e a população têm dado certo, pois Roberto não sofreu nenhum tipo de retaliação e compareceu ao atendimento na unidade de saúde.

No caso narrado acima, foi necessário que, ao time de cuidado de Roberto, fossem incluídos a Associação de Moradores e toda a população local. Lembro-me de que, nesse dia, fiquei impressionada com as possibilidades tão inusitadas de articulações de cuidado. O fato da morte de um parente querido de Roberto e a consequente ameaça à unidade de saúde fizeram com que uma série de articulações inusitadas tivessem que ser inventadas, a partir dos recursos locais. Além disso, a partir desses acontecimentos,

foi possível fazer uma aproximação com a Associação de Moradores, o que desencadeou mais articulações locais. Um dos efeitos que puderam ser recolhidos foi a abertura da possibilidade da aproximação com a população local, a partir da Associação de Moradores. Tais efeitos só puderam ser colhidos posteriormente à ação, então de fato não sabíamos que frutos a nossa articulação poderia dar.

Refletindo um pouco mais sobre a colheita⁵⁶ dos efeitos de cuidado, voltamos a analisar a situação da família de Juliana. O fato de o casal ter ido procurar a unidade básica de saúde e não qualquer outra instituição pode ser entendido tanto como um acontecimento inusitado, disparador de mais ações de cuidado, quanto como um dos efeitos dos inúmeros investimentos, arranjos e rearranjos do time de cuidado.

Mol aponta, como já apresentado, que o cuidado é aberto, sem resultados pré-definidos, desse modo, segundo a lógica do cuidado, são os efeitos das ações que nos indicarão se estamos ou não seguindo por um bom caminho. A ida do casal à unidade de saúde quando estavam em uma situação de sofrimento pode ser colhido como um indicador de que, de alguma forma, aquela equipe de cuidado estava conseguindo ser uma referência para Juliana e seu marido. E a partir daí, a equipe entendeu que seria importante acompanhar todo o processo do parto, mesmo com a morte do bebê, e por isso ir à maternidade receber Juliana após a alta seria indispensável. De algum modo, Juliana e seu marido disseram, a partir da escolha da unidade de saúde para pedir ajuda, que a presença da equipe, a insistência, as inúmeras visitas, deveriam continuar, nem que fossem na maternidade.

Desse modo, podemos dizer que o fazer-cuidar vai sendo direcionado por meio dos efeitos que produz, e não antes deles. A aposta, na situação de Roberto, na articulação com Associação de Moradores e na negociação com a população para o cuidado dele, foram apostas de cuidado. Depois, pudemos colher os efeitos dessas, a partir da ida de Roberto à unidade para o acompanhamento e a não realização de retaliações.

Assim, se Mol afirma que o cuidado não possui resultados definidos, que depende da sintonia de um time, que inclui a errância e a imprevisibilidade da vida, então a questão do controle, nessa lógica, cai por terra. A autora diz que o cuidado é um agir sem a busca por um controle de um ator central que domina os efeitos da ação. Para ela, o controle do cuidado, nessa lógica, passa a ser mais distribuído, mais associado à

⁵⁶ Cf. MANSO, 2010.

possibilidade de atingir uma sintonia que vai produzindo efeitos imprevisíveis, do que um controle definitivo sobre o desfecho final:

[...] O cuidado não é uma questão de controle muito menos de opressão. Nada que não envolvesse um ficar livre ou fazer de alguém escravo. Ao invés disso é uma questão de estar atento ao balanço interno e o que se passa entre a fragilidade do corpo e o meio em questão” (MOL, 2008, p. 38).

Estar atento a esse balanço interno de que nos diz Mol é um grande desafio, pois, como estar perto de Juliana sem impor e obrigar? Impor, obrigar e julgar Juliana não produziriam conexões acolhedoras com essa família. Por outro lado, tentar sintonizar-se com Juliana e seu marido, investir no vínculo com eles, foi a aposta de um cuidado possível; não o ideal, de acordo com os protocolos, porém, o possível. Suportar o cuidado possível sem que a equipe de saúde tivesse o controle da situação não foi uma tarefa fácil, a angústia esteve presente ao longo de todo o caminho percorrido.

Suportar a falta de controle e a angústia de não saber o resultado das ações de cuidado é uma questão importante para o fazer-cuidar na A.P. 3.2. Muitos acontecimentos que envolveram o NASF tiveram como ponto a ser manejado o controle sobre os resultados e a angústia de estar diante de situações imprevisíveis. Assim, compreendemos que uma das tarefas do apoio dos NASF é justamente estar junto às equipes diante da falta de controle e da imprevisibilidade da vida. Essa não tem sido uma tarefa fácil, pois, muitas vezes, a não possibilidade de prever o que vem adiante e de controlar os resultados é confundida como falta de resolutividade, tanto da equipe de saúde da Família, quanto da Equipe de NASF.

Modos de fazer: impasses no Apoio Matricial

Realizamos reunião de equipe com os profissionais de uma unidade de Saúde. O mote foi alguns conflitos entre as Equipes de Saúde da Família e NASF naquela unidade. A matriciadora em Saúde Mental diz que a equipe está insatisfeita com o NASF, pois ele não é resolutivo, principalmente no que diz respeito à Saúde Mental. A conversa com as Equipes de Saúde da Família foi realizada no sentido de tentar entender o que significava esse pedido por resolutividade e tentar esclarecer o papel

do NASF, além de se pensar o manejo em Saúde Mental. Durante a conversa, dentre as diversas falas, chamou-me a atenção o relato de uma ACS sobre um caso que foi matriciado e que ela achou que a profissional do NASF não foi resolutiva. A ACS conta de uma família formada por uma mulher e dois filhos, por volta de 14 e 10 anos. O mais novo apresentava uma deficiência física que o impossibilita de andar. O caso chega até o NASF, pois a mulher está com um câncer grave e a equipe solicita o apoio em Saúde Mental, já que ela está muito deprimida e sem forças para lutar. Durante a reunião de matriciamento, equipe de NASF e Equipe de SF combinam que a matriciadora iria apoiar a equipe em atendimentos com a usuária para que fosse possível dar um suporte a ela e a sua família. A ACS relata que acompanhou a matriciadora em alguns atendimentos realizados no domicílio da família. Conta ainda que a mulher havia morrido e que, então, os filhos estavam sem ninguém para cuidar deles, mas a matriciadora não estaria fazendo nada em relação a isso. A partir da fala da ACS, a profissional do NASF tentou refletir junto com ela acerca dos diversos acontecimentos do caso e os pequenos cuidados que puderam ser realizados dentro das possibilidades da situação. Falou do apoio dado à equipe em relação a lidar com o sofrimento diante da morte e diante das situações que a medicina não pode curar. Lembrou, ainda, das inúmeras conversas acerca de como cuidar mesmo diante de uma situação terminal. Afirmou como foi importante estabelecer um vínculo com a usuária, diante da situação em que ela se encontrava. Afirmou, também, a importância da ACS no cuidado com a mulher, já que essa se sentia muito bem com as visitas da mesma. Lembrou ainda das tentativas de articulação com o resto da família para pensar o que fazer, caso a mulher viesse a morrer, e quem ficaria com os filhos. Disse que achava que a situação estava bem encaminhada, pois a ACS tinha dado notícias, no corredor, de que um tio prontificou-se a ficar com as crianças. A ACS disse que estava se sentindo sozinha no caso, pois achava que a matriciadora tinha que atender às crianças agora que a mãe havia morrido. A matriciadora desculpou-se por ter-se afastado um pouco do caso e disse que tinha entendido que as coisas estavam caminhando bem e que a equipe poderia

seguir com o cuidado com a família. Explicou que, como são muitos casos para o apoio, ela acabou não retomando esse com a equipe durante a última reunião de matriciamento, mas se colocou disponível a retomar e apontou que a ACS poderia ter sinalizado o seu esquecimento, sem problemas, pois às vezes ela pode falhar.

Algumas outras falas também me chamaram a atenção, pois as equipes diziam que o matriciamento em Saúde Mental seria mais resolutivo, caso a matriciadora abrisse uma agenda de consultas individuais para atender todos os usuários que pedissem por psicólogo e todos aqueles que estavam em sofrimento. Os profissionais disseram que atender em conjunto com a psicóloga era perda de tempo, já que eles tinham muitas metas para atingir e, se continuassem a atender juntos, as metas de atendimento a hipertensos e diabéticos não seriam batidas. Escutando a equipe, pareceu-me que resolutividade era sinônimo de maior número de atendimentos em formato ambulatorial e individual da psicóloga e que a equipe entendia que cuidar de forma compartilhada significava falta de cuidado, pois as metas não seriam alcançadas. Diante disso, convocamos uma reflexão da situação narrada pela ACS sobre a usuária com câncer e outros casos narrados por eles e perguntamo-nos se somente o atendimento psicológico em consultório, na unidade de saúde, daria conta da necessidade de cuidado desses casos. Falamos da importância dos diversos atores no acompanhamento, por exemplo, da família da mulher com câncer, que extrapolaram os atendimentos com a psicóloga. Nesse caso, apenas o atendimento individualizado pela psicóloga não seria resolutivo. A partir dessas reflexões, os ACS começaram a falar de como é difícil para eles estarem diante das situações de Saúde Mental, dizendo que não tinham a formação do psicólogo e não sabiam lidar com elas. A fala dos ACS tocou-nos, pois eles estavam dizendo da complexidade que é estar diante do sofrimento do outro e da impossibilidade de suportar não ter uma fórmula pronta de cuidado nessa situação. Desse modo, concordamos que não era mesmo fácil estar diante das situações de sofrimento e que, para o psicólogo, também não o era. Compartilhamos com eles a nossa aposta de que havia algumas ações de Saúde Mental que poderiam ser realizadas por outros

profissionais de saúde que não somente o psicólogo, mas que, talvez, eles necessitassem sim do suporte do matriciamento em Saúde Mental para apoiá-los no lidar cotidiano com as diversas situações de sofrimento e, com isso, ir reconhecendo quais seriam essas possibilidades de cuidado de cada um e seus limites. A partir daí, a matriciadora sugeriu que fosse criado um espaço de troca com os ACS para que pudessem falar sobre esses assuntos, incluindo as possibilidades e limites do lidar com o sofrimento do outro. Os ACS acharam uma boa ideia, combinaram que, quinzenalmente, iriam-se reunir para falar sobre as situações cotidianas de sofrimento em Saúde Mental.

O acontecimento narrado ajuda-nos a seguir aspectos importantes do fazer-cuidar na A.P. 3.2. Mol aponta que o cuidado orientado para os resultados não é necessariamente ruim, porém diz que algumas doenças ou situações podem nunca ser curadas e alguns problemas podem-se manter ou mudar. Assim, propõe que a qualidade do cuidado não pode ser deduzida a partir dos resultados: “Ao invés disso, o que caracteriza o bom cuidado é a calma persistente, somada ao firme esforço para melhorar a situação do paciente ou afastá-lo da deterioração” (MOL, 2008, p. 65, tradução nossa).

Na situação narrada, não foi possível impedir a morte e foi difícil articular o cuidado dos filhos após o falecimento da mãe, porém muitas pequenas ações de cuidado foram possíveis ao longo do processo.

Retomando o caso de Juliana, também podemos evidenciar essa afirmação de Mol de que às vezes os resultados não são tão bons, porém, mesmo assim, um bom cuidado pode ter sido realizado. No desenrolar do processo, Juliana acabou perdendo a guarda de seu filho, perdendo também seu bebê recém-nascido e a chance de ter novos filhos. Por outro lado, em meio a tudo isso, coisas interessantes foram acontecendo no percurso. Seu filho conseguiu ser vacinado; Juliana e seu marido passaram a contar com a equipe de saúde como seu apoio; a equipe de saúde, por sua vez, com o apoio de toda a rede, conseguiu sustentar um cuidado possível e não deixar Juliana sozinha em suas escolhas; entre outros efeitos interessantes.

As três narrativas apresentadas nesse capítulo colocam em cena a questão da resolutividade. Uma das questões que levantamos no capítulo um foi justamente em relação a ela: no contexto das Equipes de Saúde da Família e NASF, o que pode ser considerado resolutivo?

De acordo com as diretrizes que norteiam a Estratégia de Saúde da Família, como já apresentado, espera-se que as Equipes de SF sejam resolutivas em até 85% dos casos de seu território, ou seja, o que indica que apenas 15% de todas as situações de saúde do território sejam compartilhadas com média e alta complexidades, e uma das tarefas do NASF é apoiar para que isso de fato ocorra. Além disso, alguns indicadores de saúde apontam que a Atenção Básica é resolutiva quando, por exemplo, os índices de mortalidade materno-infantil caem, quando o número de amputação por diabetes reduz, quando hipertensos e diabéticos têm o mínimo de duas consultas ao ano, entre outros parâmetros. Tais parâmetros, assim como a redução dos encaminhamentos, seriam formas de controlar e monitorar a qualidade do cuidado.

Sem dúvida, o monitoramento da qualidade do cuidado realizado por meio de indicadores de saúde e metas é importante, como uma das formas de acompanhar se a Estratégia de Saúde da Família está sendo resolutiva ou não. Verificar se os encaminhamentos diminuíram também é uma forma de monitoramento. Nesse sentido, afirma-se que, ao serem atingidos os indicadores de saúde, significa que estamos realizando um bom cuidado e, logo, estamos sendo resolutivos.

Porém, proponho interrogar tal afirmativa a partir de duas questões que podem nos ajudar a olhar o problema da resolutividade por outros ângulos. Será que todas as ações potentes de fazer-cuidar, realizadas pela Equipe de SF e o NASF, podem ser verificadas por meio dos indicadores? Por outro lado, será que todas as ações visando a atingir os indicadores de saúde necessariamente comportam um cuidado potente?

No caso de Juliana, a morte de um recém-nascido ocorreu, porém isso não significou que houve a falta de cuidado com essa família, pelo contrário, Juliana e seu marido, ao longo de todo o processo, foram-nos dizendo, por meio de suas ações, que algum cuidado possível estava-se realizando na relação estabelecida com a equipe de saúde. Na situação da mulher com câncer, a morte se deu, porém, a equipe conseguiu cuidar da mulher até esse desfecho.

Desse modo, seguindo o fazer-cuidar na A.P. 3.2, podemos afirmar que, nesse cenário, algumas ações potentes de cuidado puderam ser realizadas, mesmo quando o resultado final não significou uma melhora dos indicadores de saúde e o cumprimento de uma meta pactuada. Por outro lado, a preocupação com a mortalidade materno-infantil e com o cuidado a gestantes e crianças, definidos por meio de metas do contrato de gestão e pactuações de indicadores da Estratégia de Saúde da Família, sinalizaram para a equipe que assistir Juliana era importante e, assim, impulsionaram ações de

cuidado singulares a esse caso. Ou seja, a partir de uma direção macro de cuidado, dito de outro modo, a partir das direções dadas por políticas nacionais e municipais de saúde, ações locais e singulares puderam ser realizadas.

Nesse caso, podemos responder a primeira questão feita apostando em sua negativa, pois nem todas as ações potentes de fazer-cuidar realizadas pela Equipe de SF e NASF podem-se verificar por meio da melhoria dos indicadores de saúde e alcance de metas do contrato de gestão.

Em relação à segunda questão, sobre se todas as ações visando a atingir os indicadores de saúde e metas pactuadas, necessariamente, comportam um cuidado potente, testemunhei, algumas vezes, no cenário de cuidado, equipes de saúde que, com o propósito de atingir tais parâmetros de acompanhamento para hipertensos e diabéticos, tiveram que reduzir bastante, por exemplo, o tempo das consultas. Isso, em alguns casos, significou a não realização de escuta e avaliação cuidadosas e ampliadas do usuário. Em algumas situações, os profissionais de saúde não conseguiam avaliar o pé de um diabético, por exemplo, e, depois de um tempo, uma ferida que era pequena poderia ficar grande e esse usuário poderia ter seu pé necrosado, sendo necessária uma amputação. Esses tipos de histórias não são pouco comuns.

Em alguns casos, a redução do tempo do atendimento, com o propósito de atender mais pessoas e assim atingir um determinado indicador ou até mesmo a meta pactuada, tinha como efeito um fazer-cuidar voltado para a queixa do paciente, já que o tempo de atendimento, muitas vezes, tinha que ser reduzido, o que impedia, em algumas situações, um cuidado ampliado e integral. Nesse sentido, as equipes de saúde sempre ficavam muito divididas em relação à qualidade do atendimento e à oportunidade de atender mais pessoas.

Não só em relação ao tempo, podíamos verificar que nem sempre perseguir um indicador de saúde ou meta de acompanhamento significava uma ação de cuidado. Outro exemplo ocorria, às vezes, em relação às metas de acompanhamento de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. A meta é que, a cada seis meses, 100% dessas pessoas deveriam ser acompanhadas pelas unidades de saúde pertencentes aos seus territórios de moradia. Algumas vezes, na ânsia de atingir a meta de acompanhamento, as equipes insistiam bastante com as famílias, que não compareciam à unidade para que fossem ser acompanhadas, sendo às vezes tão invasivas a ponto de a família fechar de vez as portas para a unidade de saúde. Em outras situações, até conseguiam que a família comparecesse à unidade, porém a ida à clínica tornava-se um ritual protocolar,

tanto para a equipe quanto para a família, e isso não gerava como efeito para esses usuários uma autonomia e um reconhecimento sobre a importância de cuidar de sua saúde.

Isso não significa que “a corrida pelo acompanhamento pelo Bolsa Família” tivesse somente esse lado protocolar ou gerador de afastamento das famílias. Em alguns casos, era sim possível aproximar-se de famílias extremamente vulneráveis, que somente compareciam à unidade de saúde para não perder o benefício e acabavam-se vinculando ao cuidado e a possibilidades mais compartilhadas de viver.

Assim, podemos pensar que as metas pactuadas e os indicadores de saúde, assim como os protocolos, necessitam ser colocados em ação e compreendidos como mais um ator da rede de cuidados. Eles podem indicar sim a qualidade da saúde de uma população ou do atendimento prestado, ou até mesmo o aumento da resolutividade do cuidado, porém podem, dependendo da situação, não contribuir para a qualificação do fazer-cuidar.

Desse modo, a partir das experiências colhidas no cenário de cuidado da A.P. 3.2, podemos propor outros indicativos de cuidado e de resolutividade que possam ser colhidos ao longo do cotidiano de cuidado.

Para além dos indicadores de saúde, poderíamos incluir, na avaliação da resolutividade ou qualidade do cuidado prestado, a colheita dos efeitos locais e cotidianos do fazer-cuidar e, assim, esses indicadores locais seriam definidos para cada caso. Não estou dizendo com isso que devemos abrir mão dos indicadores e metas definidos pelas políticas de saúde vigentes, porém não podemos deixar aqueles que são locais de lado.

Dos indicadores cotidianos e locais aos quais podemos passar a ficar atentos, há aqueles que sugerem que mais conexões estão sendo realizadas, e menos isolados estão os diferentes atores do território de cuidado. No caso de Roberto, um pequeno efeito que pode ser colhido como potente foi a possibilidade da articulação entre a Associação de Moradores, a gerente e os profissionais da unidade de saúde. Essa articulação, para além do cuidado com Roberto, pôde incluir outros moradores do território na rede de cuidados estabelecida, ou seja, mais conexões foram sendo realizadas. Nesse caso, para além das tentativas de cuidado realizadas pela unidade de saúde, incluímos ainda a Associação de Moradores e a própria população na teia que se estava tecendo.

Na situação da reunião sobre as dificuldades entre o trabalho do NASF com as equipes de Saúde, podemos colher que aquele encontro foi resolutivo no sentido de

promover a criação de um espaço de compartilhamento das dificuldades do cuidar entre a equipe do NASF e Agentes Comunitários. Nas semanas seguintes, tive notícias de que o espaço de troca entre agentes e profissionais do NASF de fato estava ocorrendo e que eles estavam trazendo as situações que os estavam angustiando e compartilhando naquele local. De alguma forma, o encontro realizado a partir da reunião entre equipe de saúde e NASF teve como efeito gerar um espaço de conexão, de compartilhamento das situações que causam sofrimento ao cuidador e a criação de maneiras mais distribuídas de fazer-cuidar.

Nessa situação, a culpabilização da psicóloga pela “falta de resolutividade” nas ações de Saúde Mental indicava-nos que as equipes de saúde estavam situando a profissional como a única responsável por esse tipo de cuidado. Essa culpabilização remonta à lógica da escolha como lógica operante nesse cenário. Por outro lado, quando dizíamos que outras pessoas da equipe de saúde poderiam desenvolver habilidades para esse tipo de cuidado, os agentes sentiam-se angustiados, pois entendiam que o NASF estava solicitando que eles fossem os únicos responsáveis por esses atendimentos. Assim, o trabalho foi redirecionado a uma prática mais distribuída e tentamos construir com eles a possibilidade de inclusão de mais atores na rede de cuidado em saúde mental.

Dessa forma, podemos considerar que um fazer-cuidar resolutivo é também um fazer-cuidar mais distribuído, mais coletivo.

Seguindo com Mol, na criação de indicadores locais para medir a qualidade do cuidado, podemos propor que, além da colheita em relação à conexão de mais atores, fosse considerado um fazer-cuidar mais resolutivo, a capacidade dessas ações incluírem atores cada vez mais heterogêneos.

Na narrativa de Juliana, foi possível articular diversos tipos de atores, assim como profissionais das equipes do NASF e SF, a vacina, os exames, a medida protetiva, a supervisão de Saúde Mental, o pré-natal, a vizinha, a própria Juliana e sua família, a reunião de matriciamento, a maternidade, o *e-mail* que colocou vários atores em contato, o telefone e a ambulância para levar Juliana e o bebê para a maternidade, o curativo, entre outros. No caso da reunião entre Equipe de Saúde da Família e NASF para falar das dificuldades, conectaram-se àquela rede os casos que estavam gerando angústia na equipe; a apresentação sobre o papel do NASF; a escuta das dificuldades dos ACS em acompanhar situações de sofrimento; o espaço de troca; a gerente da unidade, que permitiu que o espaço fosse criado; a coordenação de área, que foi

chamada para a reunião; a supervisão de Saúde Mental, que, posteriormente, foi acionada para pensar como o NASF poderia estar mais perto dos agentes comunitários de saúde. Na situação de Roberto, foi possível articular as supervisoras da OSS, o *WhatsApp*, a liderança comunitária, o próprio Roberto, a população, entre outros atores. Segundo Mol, a lógica do cuidado preocupa-se em incluir nas ações atores cada vez mais heterogêneos, sendo assim, os efeitos de articulação dessas redes podem ser cada vez mais múltiplos, podendo incluir, mais e mais atores.

Podemos conectar essa proposta de Mol com o ideário do SUS e, conseqüentemente, da Estratégia de Saúde da Família. Conforme apresentado no capítulo dois, grande parte das transformações na Saúde Pública brasileira foram impulsionadas pela ideia de que a saúde é um direito de todos, e essa máxima do SUS pode ser traduzida na direção de que o Sistema Único de Saúde deve incluir toda e qualquer pessoa que esteja no território brasileiro, independente de sua raça, cor, idade, crença, tipo de trabalho, entre outras coisas. Desse modo, o acesso ao SUS é universal. Assim, para que efetivamente o acesso ocorra desse modo, junto a essa máxima e com objetivo de realmente colocá-la em prática, o SUS definiu o princípio da equidade, que significa que o acesso e o cuidado de pessoas diferentes devem ser realizados de formas também diferentes. Com isso, é possível de fato incluir todas as pessoas, pois, ao contrário, se a forma de cuidar fosse igual para todos, ignorando as diferenças, o acesso se restringiria, já que as necessidades não são iguais, e sim distintas umas das outras.

Quando Mol aposta que o bom cuidado é aquele que inclui atores cada vez mais heterogêneos, faz com que se incluam nas ações de cuidado as singularidades e, desse modo, é possível não excluir, mas incluir possibilidades, as mais diversas, no fazer-cuidar. Nesse sentido, as propostas de Mol afinam-se ao ideário do SUS, pois um aspecto muito importante à lógica do cuidado e à lógica do SUS é a inclusão das diferenças e a capacidade de articular o cuidado a partir dessa direção. Sendo assim, podemos dizer que incluir as diferenças a partir da criação de ações de cuidado que abarquem a heterogeneidade é ser resolutivo, é promover, ainda, um cuidado de qualidade.

Tanto o ideário do SUS quanto Mol apostam em práticas de fazer-cuidar que incluam atores cada vez mais diversos, e isso permite alcançar as singularidades do viver e as singularidades da construção de saúde para cada um.

Desse modo, voltamos a afirmar que indicadores locais de resolutividade podem ser medidos no sentido de verificar, tanto se a ação de cuidado está sendo capaz de

articular cada vez mais atores no fazer-cuidar, quanto se essas mesmas práticas estão conectando atores cada vez mais múltiplos e heterogêneos.

Continuando nossa linha de reflexão acerca de indicadores locais de qualidade e resolutividade do cuidado, chamamos para a análise mais uma questão que Mol apresentaria a um campo de pesquisa: que cuidadores e que usuários ou pacientes estamos produzindo nesse cenário?

Recolhendo os fragmentos das narrativas já apresentadas, podemos verificar que o lugar de cuidador e de pessoas cuidadas não se manteve estático durante o fazer-cuidar, pelo contrário, diversos atores puderam ocupar esses diferentes lugares. Segundo Mol, na lógica do cuidado não há apenas uma pessoa que cuida e outra que é cuidada, pois, se afirmamos um cuidado em rede, afirmamos também um fazer-cuidar que se move de acordo com os acontecimentos. Dessa maneira, os diferentes papéis na ação de cuidar também circulam.

Nos casos narrados, o lugar do cuidador circulou pela rede que estava em processo de tessitura. Assim, na situação de Juliana, a Equipe de Saúde da Família, que tem como finalidade cuidar, necessitou, em muitos momentos, ser cuidada para que pudesse continuar acompanhando Juliana e sua família. O NASF fez esse papel de cuidador para a Equipe de Saúde da Família, apoiando-os para suportar realizar ações de cuidado sem garantias de seus efeitos. Por sua vez, a matriciadora também necessitou de cuidados para que pudesse continuar a exercitar seu lugar de apoiadora. A vizinha, que também era usuária da unidade de saúde, não ocupou somente esse papel, e sim o lugar de quem cuida da família. O marido, que por muitas vezes esteve no lugar de agressor, quando Juliana entrou em trabalho de parto, colocou-se como cuidador, pois levou Juliana até a unidade de saúde e ficou ao seu lado durante todo o parto. Após a alta da maternidade, o marido de Juliana permitiu-se ser cuidado e recebeu a equipe de saúde em sua casa.

Na situação de Roberto, a gerente da unidade de saúde pediu ajuda à supervisão da OSS e permitiu-se ser cuidada no momento em que viveu a situação de ameaça. Posteriormente, quando se conectou à Associação de Moradores, colocou-se novamente no lugar de cuidadora, porém não mais sozinha, e sim junto à liderança local, que exerceu um papel fundamental no cuidado a Roberto. Assim, os líderes comunitários, a princípio usuários da unidade de saúde, passaram a ocupar também o papel de cuidadores, não somente de Roberto, mas também de todo o território, pois se

conectaram com a unidade de saúde e colocaram-se disponíveis a organizar, junto com a gerente, o fazer-cuidar naquele território.

No relato sobre a reunião entre Equipe de Saúde da Família e o NASF, os agentes comunitários de saúde falaram-nos sobre a dificuldade de ocuparem o lugar de cuidadores em Saúde Mental, pois, no entendimento deles, somente psicólogo ou psiquiatra podem realizar tais ações. Nesse caso, um desafio se instaurou, já que, no nosso entendimento, é possível que agentes comunitários realizem ações de cuidado em Saúde Mental, e muitos deles já realizam esse tipo de cuidado, porém sem se dar conta disso. Na situação trazida pela ACS, da mulher com câncer, a agente não estava conseguindo reconhecer que estar junto com aquela mulher e seus filhos, ouvi-la, dar suporte, dizer a partir de sua presença que ela não estava sozinha, estava de fato fazendo diferença para ela.

Por outro lado, a conversa gerada pela reunião nos fez ficar atentos ao fato de que era importante construir juntos com os agentes comunitários esse lugar de cuidadores em Saúde Mental e, além disso, também se configurou como importante para o NASF cuidar dos agentes comunitários, nesse papel de cuidadores.

Assim, retomando a pergunta sobre que cuidadores e que pessoas a serem cuidadas estamos produzindo no cenário da A.P. 3.2, segundo as reflexões realizadas acima, podemos dizer que produzimos lugares não estáticos para tais papéis e verificamos, com isso, que um fazer-cuidar que possibilite os papéis circularem é potente e desloca seus diferentes atores em busca de uma sintonia distribuída do cuidar.

Quando a equipe de saúde da família sai do lugar de cuidadora e se permite ser cuidada, isso significa que ela reconhece seus limites e cria estratégias alternativas, que incluem o “contar com o outro” para realizar o cuidado. Quando a Equipe de Saúde da Família se permite ser cuidada, abre um espaço para a elaboração de novas maneiras de estar conectada ao caso em questão. Por sua vez, a matriciadora também se abre para a possibilidade de ser apoiada. Além disso, permitir-se sair do lugar de cuidador abre a possibilidade para que outros atores ocupem esse espaço; por exemplo, foi possível contar com a vizinha de Juliana para cuidar, e foi possível ainda contar com a Associação de Moradores no cuidado de Roberto.

Assim, podemos dizer que a capacidade de circulação do papel de cuidador e da pessoa a ser cuidada também pode configurar-se como um indicador local da qualidade e da resolutividade do fazer-cuidar.

Por outro lado, podemos afirmar que o enrijecimento desses papéis fragiliza o fazer-cuidar. Pensando na situação do Bolsa Família, em que a família beneficiária é estimulada a frequentar a unidade de saúde de maneira protocolar apenas para cumprir as condicionalidades do programa e, com isso, fazer com que a equipe cumpra sua meta de acompanhamento, essa lógica não estimula a circulação de papéis. Dito de outra maneira, a lógica que incentiva somente o cumprimento de protocolos apenas reforça os lugares instituídos e não estimula que o próprio beneficiário do Bolsa Família possa entrar para o time de cuidado e se transformar, ele também, em seu próprio cuidador. Mol afirma a importância do “paciente” ser incluído no time de cuidado, ou seja, que este possa, junto com o time de cuidado, participar desse fazer-cuidar.

Os indicadores expostos nos últimos parágrafos foram colhidos nesse singular cenário de pesquisa que é a A.P. 3.2, contudo, outros foram verificados ao longo do tempo. Escolhi compartilhar esses, pois eles traduzem uma das principais apostas dessa pesquisa, que afirma que a construção do cuidado se potencializa nesse movimento constante de ir fazendo o cuidar e ir colhendo seus efeitos. Assim, tais efeitos direcionarão novos fazeres e novos agenciamentos em um movimento de sintonia e conexão que não acaba. Desse modo, os indicadores apresentados nos induzem a ficarmos atentos às conexões, a heterogeneidades e a movimentos da rede de cuidados, impulsionando-nos à atenção as consequências das teias do fazer-cuidar. É isso que gostaria de compartilhar: indicadores de sensibilidade, de indução da atenção aos movimentos e efeitos das práticas de cuidado.

A busca por esses indicadores ou essas pistas que promovam uma certa sensibilidade e a possibilidade de monitorar a qualidade do fazer-cuidar relaciona-se, aqui nesta tese, com a afirmação da potencialidade da construção de um cuidado local e singular a cada processo e território.

Quando o Ministério da Saúde incentiva a implantação de Equipes de Saúde da Família, uma de suas apostas é que, quanto mais capilarizada, quanto mais próxima ao território de vida das pessoas, melhor será a atenção em saúde.

Podemos entender essa aproximação com o território de vida como uma estratégia de vigilância e monitoramento, já que, quanto mais capilarizados, mais próximos estamos da população, mais possível torna-se o processo de vigilância em saúde. Por outro lado, essa proximidade também pode ser entendida como uma aposta na potencialidade de um cuidado singular.

Assim, retomando Lancetti (2014), quando fala do paradoxo do agente comunitário de saúde, coloca que essa contradição se dá, justamente, pelo fato de a aproximação com o território, com a casa das pessoas, poder significar, por um lado, uma polícia sanitária, “polícia” no sentido de fiscalização e imposição de “saúde”; porém, pode significar, por outro lado, a possibilidade de se articular e se inserir no território existencial das pessoas e tecer, junto com elas, um “comum”. Para Lancetti, tecer o comum é costurar, fio a fio, redes microssociais de alto poder terapêutico.

Articulando as ideias de Lancetti com as proposições de Mol, poderíamos dizer que a aproximação com o território, por si mesma, não induz efeitos potentes e terapêuticos de cuidado, já que pode ter como resultado um fazer-cuidar policialesco e higienista, por exemplo. Desse modo, dependendo do significado de território que está sendo colocado em ação, o fazer-cuidar pode tomar rumos diversos.

Seguindo a partir da lógica do cuidado, é importante estarmos atentos à potencialidade do território, não apenas como um espaço geográfico de moradia das pessoas adstritas a ESF, um ambiente que pode ocasionar doenças, ou ainda que possui determinado tipo de doenças prevalentes e que devam ser extintas, mas como um território-rede, que vai sendo tecido e fabricado a partir de suas singularidades, diversidades e multiplicidades.

Essa compreensão de território segue as proposições de Lancetti, pois, quando o autor aponta para a potencialidade da tessitura do comum, aposta que isso só é possível de ser realizado por meio do encontro com as singularidades, ou seja, em meio à construção de um território comum. Assim, podemos dizer que o fazer-cuidar potencializa-se na criação de territórios comuns.

Nas palavras de Bruno Latour (2007), criar um mundo comum não significa homogeneizar ou realizar encontros de iguais, mas estabelecer a capacidade de diferentes atores de se articularem e formarem uma rede dinâmica. Mol (2008) se sintoniza com as apostas de Latour, pois, quando fala de coletividades, não as define pelo que elas têm de iguais, mas pelas suas capacidades de conexão. Mol não parte dos indivíduos para pensar o cuidado, e sim de coletivos. O fazer-cuidar, segundo ela, se esforça para realizar conexões entre diferentes coletivos, que são múltiplos e heterogêneos. Assim, cada coletivo é singular e possui especificidades de agenciamentos que precisam ser incluídas no processo de cuidar, e essa inclusão produz outros coletivos que se tornam cada vez mais inclusivos.

Desse modo, o conceito de território, nesta tese, está entrelaçado aos conceitos de “comum” para Lancetti, de “mundo comum” para Latour e ao conceito de “coletividade” para Mol. Estar no território é estar nesse agenciamento de atores múltiplos, de singularidades, de coletivos. Na construção do fazer-cuidar na A.P. 3.2, o ator “território” tem sido um importante ator-rede, espaço de criação de comunalidades, de cuidados possíveis e tecidos localmente.

Na situação de Juliana, as visitas domiciliares, para além de se aproximarem do espaço de moradia dela e de sua família, buscavam tecer conexões com as singularidades dessa família e a criação de territórios comuns. Na situação de Roberto, estar atento aos seus movimentos na comunidade e incluir a liderança local também foi um processo de construção de territórios comuns, no qual estavam sendo agenciados a população, as lideranças, os trabalhadores da saúde, os delírios produzidos por Roberto, entre outros. No relato da reunião entre unidade de saúde e NASF, foi indispensável a criação de um espaço de encontro entre agentes comunitários e NASF, sendo uma aposta de tessitura de territórios coletivos de cuidados possíveis.

Portanto, a partir das histórias relatadas, podemos verificar que o território da A.P. 3.2, por meio da estratégia de Saúde da Família, possui a potencialidade de se tornar mais do que um conjunto de bairros, casas e números de CEP. Mais do que um local de endemias e epidemias, ele possui a capacidade de ser um espaço-laboratório de produção de territórios comuns, de construção de coletivos. Acreditamos que tomar o território como um processo de produção de agenciamentos de um mundo comum, de conexões de singularidades, potencializa o cuidado, faz com que esse se torne mais inclusivo e aproxime-se dos ideários do SUS. Como já apresentado, a universalidade do acesso à saúde é uma das bases do Sistema Único de Saúde, contudo, tal princípio se relaciona com o da equidade, ou seja, para que de fato o SUS seja para todos, é indispensável que o acesso se dê de forma equânime, em que as singularidades devem ser incluídas na atenção à saúde. A equidade, aqui, traduz-se nesse processo de territorialização, de fabricação de territórios, em que atores distintos vão-se conectando às ações do fazer-cuidar e, desse modo, é possível incluir as diferenças e estabelecer um acesso universal.

Sendo assim, quando falamos de Estratégia de Saúde da Família, de Atenção Primária à saúde, podemos nos perguntar o que é primário? O que é básico? O que está na base do fazer-cuidar?

Apostamos, nesta tese, que o que é primário, o que está na base do cuidado, é a fabricação de territórios comuns, de conexões locais do fazer-cuidar. Evocamos com isso, mais uma vez, a base do SUS, por meio dos princípios da Universalidade, da Integralidade e da Equidade. Na afirmação de que a saúde é um direito de todos, a palavra “todos” para o SUS não é a inclusão de um conjunto de iguais, mas o significado de universal para o SUS passa pela capacidade de realizar a Equidade e a Integralidade. Dessa maneira, há uma aposta no heterogêneo para a sua realização, uma aposta nas conexões singulares.

Assim, afirmamos a ideia de que o que é primário para a Estratégia de Saúde da Família, o que está em sua base, é a possibilidade de construção de territórios de cuidado que apostam na fabricação de coletividades e comunalidades.

Por isso, construir o cuidado na A.P. 3.2 é apostar em um processo de fabricação que acolhe todas as diferenças e inventa, cria possibilidades de cuidado em meio a esse processo de fabricação de territórios, com tudo que esses apresentam. Por isso, é preciso incluir os protocolos, as metas, os indicadores de saúde, os indicadores locais, os diversos profissionais de saúde com suas diferentes formações, as políticas vigentes, a população, a cultura local, os diferentes modos de viver e muito mais.

3.1 - Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o Fazer-Cuidar em Meio ao Território

Nesse processo de cuidar em meio à fabricação de territórios e redes de conexões heterogêneas, gostaria, com o objetivo de finalizar o capítulo, de analisar o papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família como um ator que compõe tais redes.

Como já apresentado, o NASF foi criado com o objetivo de, por meio de apoio técnico e pedagógico, qualificar o trabalho das Equipes de Saúde da Família, ampliando suas possibilidades de ação, aumentando a resolutividade da Atenção Básica e estabelecendo, dessa forma, uma retaguarda especializada para tais equipes. Assim, segundo suas diretrizes, a palavra “apoio” está conectada ao aumento do escopo de ações da Atenção Básica, bem como da resolutividade e da qualidade do cuidado prestado.

Ao longo deste capítulo, adicionamos às noções de resolutividade e qualidade do cuidado outras articulações, que não só àquelas ligadas ao alcance de metas e

indicadores de saúde. Tal como, já apresentado, Mol (2008) aponta que é importante trabalharmos em prol de bons resultados, contudo, a qualidade e a resolutividade do fazer-cuidar não se reduzem a bons resultados. Assim, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, o alcance de metas e indicadores estabelecidos, não é a única forma de medir a eficiência do fazer-cuidar que está sendo realizado. Desse modo, afirmamos a potencialidade da construção de indicadores locais de qualidade e de resolutividade, e ainda a importância das costuras cotidianas, da constituição de um time de cuidado, da conexão de mais atores heterogêneos, do exercício de sintonia entre eles e da inclusão das imprevisibilidades e errâncias nesse processo.

Por meio de algumas experiências vividas, como aquela com a família de Juliana, podemos apostar que um potente papel do Núcleo de Apoio seria estar junto das Equipes de Saúde da Família nos fazeres diários em meio aos muitos atores que estão presentes, apoiando na produção de cuidados possíveis, apoiando a suportar a falta de controle àquilo que foge aos protocolos, apoiando na construção das inventividades cotidianas, estando junto nos processos de articulação de atores locais, na coordenação distribuída do cuidado e nos ajustes e sintonias dessa rede.

No caso da família de Juliana, o NASF apoiou no processo de articulação da entrada de mais atores na rede de cuidados, esteve junto da equipe de referência na sustentação das frágeis conexões que iam estabelecendo-se. Apoiou na continuidade das ações de costura de territórios comuns, mesmo diante do intenso sofrimento que compartilhavam junto à família de Juliana e diante da sensação de impotência e da vontade de desistir. O NASF esteve junto na tentativa de suportar o não-saber sobre como cuidar dessa família e ainda no compartilhamento e no recolhimento dos saberes que foram-se constituindo no próprio processo de cuidar. O apoio também se deu na sustentação de espaços de reflexão, em um exercício constante de ajustes e sintonias, nas tomadas de decisões difíceis, como o acionamento da medida protetiva, e na colheita dos pequenos fragmentos que indicavam por onde o cuidado deveria ir-se direcionando.

Segundo Campos e Domitti (2007), o Apoio Matricial é uma estratégia de gestão do cuidado, ou seja, uma aposta na qualificação do cuidado em meio à criação de estratégias mais integradas, horizontais e coordenadas de gerir o cuidado em detrimento a lógicas mais fragmentadas.

Relacionando as afirmações desses autores à lógica do cuidado, podemos dizer que o Apoio Matricial pretende colaborar no sentido de fazer existir práticas de cuidar

mais articuladas, mais conectadas, ao invés de ações individualizadas e divididas. Assim, a tecnologia de cuidado do Apoio Matricial vem ao encontro das proposições de Mol, pois o matriciador seria um ator indutor de práticas mais integradas, um acionador de conexões locais de cuidado, teria então o papel de colocar em ação, junto às Equipes de SF, práticas e saberes mais distribuídos e mais compartilhados de cuidar. Desse modo, podemos articular a palavra “apoio” à ação de induzir conexões, às ações de compartilhamento de práticas e saberes, às costuras de territórios comuns.

Tal como nos aponta Mol (2008), é necessário um esforço cotidiano para a costura de redes potentes, ou seja, é indispensável um exercício contínuo para manter as conexões articuladas e coesas. Mol afirma que há um grande esforço envolvido quando trabalhamos em prol de práticas mais inclusivas, locais e distribuídas. Levando em consideração essa afirmação, faz sentido dizer que as equipes de apoio à Saúde da Família também trabalham compartilhando esse esforço cotidiano.

Entendemos que aumentar o escopo de ações, a resolutividade e a qualidade do cuidado está relacionado não só à capacidade de articular redes mais potentes, mas também de apoiar esse esforço contínuo em mantê-las coesas.

Diante de tudo o que foi exposto até aqui, podemos afirmar que um NASF potente é uma equipe capaz de induzir e apoiar a criação de redes locais e territórios de cuidado. Contudo, constituir-se como uma equipe com esse propósito não tem sido e não é uma tarefa fácil, requer uma atenção cotidiana para não cairmos, por exemplo, em lógicas especializadas e fragmentadas de cuidado. É preciso tomar cuidado para não nos tornarmos profissionais que, descolados de qualquer lógica territorial, agem apenas a partir de seus saberes nucleares e de maneira prepotente, transmitindo esses saberes às Equipes de Saúde da Família, acreditando que, isolados, darão conta de um sofrimento ou de uma situação de adoecimento.

Assim, diante das experiências vividas no cenário de pesquisa, podemos afirmar que não é difícil ocuparmos esse lugar de especialistas, que, descolados de uma construção local, pretendem “qualificar” o cuidado realizado pelas Equipes de Saúde da Família, a partir de seus saberes especializados.

São inúmeras as forças que nos direcionam a esse lugar, e uma delas é a própria formação do profissional de saúde. A maioria das graduações - sejam elas de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, e outras - ainda são pautadas em um modelo fragmentado de cuidado, em que cada especialidade faz sua parte em prol de um cuidado dito de qualidade. Sendo assim, raramente se valoriza a reflexão de como os

diferentes saberes podem-se articular visando a uma clínica ampliada e de fato integral. Desse modo, o que se reforça nos conteúdos programáticos e práticas de estágio é, por exemplo, que somente o psicólogo e o psiquiatra podem cuidar do sofrimento mental; que somente o pediatra pode cuidar de criança; que apenas o fisioterapeuta e o ortopedista cuidam da dor; que exclusivamente o nutricionista e o endocrinologista cuidam de situações relacionadas à obesidade - salvo algumas exceções. Poderíamos enumerar diversas situações de saúde que possuem uma correspondência com os saberes especializados, gerando, assim, práticas baseadas em queixas-condutas, em isolamento de sintomas e na divisão de indivíduos.

A partir das experiências vividas na A.P. 3.2, percebemos que as diferentes forças que nos levam a práticas fragmentadas e especializadas de cuidar incidem tanto nos profissionais das Equipes de Saúde da Família - como, por exemplo, nos médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde -, quanto nos próprios profissionais do NASF e ainda na população de responsabilidade das equipes de Atenção Básica.

Em relação aos profissionais do NASF, manter-se no lugar de especialistas, muitas vezes, significa estar em um lugar seguro e conhecido, pois entrar na lógica do cuidado territorial é estar aberto às invenções e às costuras imprevisíveis. Para o profissional das Equipes de Saúde da Família, por sua vez, direcionar a outro profissional o cuidado de situações que ele entende que não estão dentro de suas atribuições, pois não fizeram parte de sua formação, é algo compreensível e até mesmo natural. Além disso, há a sobrecarga de trabalho exigida no contexto da Saúde da Família, que faz com que se deseje “repassar” os problemas. Para esses profissionais, também é mais seguro reforçar a fragmentação do cuidado, pois, assim, “teoricamente” eles não têm que se haver com saberes ou situações com as quais não estão acostumados a lidar. Já em relação à população, historicamente, construímos que o cuidado de qualidade está diretamente ligado à especialização das práticas em saúde e, conseqüentemente, à fragmentação de suas queixas e sintomas. Sendo assim, muitas vezes, a população reforça as lógicas especializadas, pois isso foi construído com ela ao longo dos anos.

Diante do exposto, podemos perceber o quão desafiador é construir um cuidado compartilhado, afirmando práticas mais coletiva, locais e que promovam a circulação dos saberes, assim como um cuidado mais integrado, mais distribuído e fabricado em meio ao território.

No capítulo dois, explicitamos que, quando os primeiros NASF foram contratados na A.P. 3.2, a eles foram direcionadas as angústias e impotências com as quais as Equipes de Saúde da Família estavam-se deparando. Tais equipes, a partir do cadastramento da população, foram percebendo inúmeras situações de sofrimento e doenças, que os protocolos do modelo Estratégia de Saúde da Família não davam conta. Assim, a chegada de uma equipe de apoio, com profissionais especialistas, gerou a ideia de que a palavra “apoio” poderia significar a transferência de problemas, já que os especialistas teriam maior conhecimento e capacidade de lidar com determinadas situações. Por outro lado, alguns profissionais do NASF recém-chegados não sabiam qual seria exatamente o seu papel, não conheciam as possibilidades de apoio, pois o que tinham construído até então para si eram práticas especializadas. Desse modo, estavam por construir quais lugares poderiam ocupar na Atenção Básica e que fazeres seriam possíveis.

Com isso, uma incompatibilidade entre a expectativa das Equipes de Saúde da Família e as possibilidades de ação do NASF se instaurou, gerando inúmeros conflitos e frustrações por parte de ambas as equipes. Assim, tivemos que vivenciar um processo de desterritorialização, em que antigos lugares constituídos não atendiam à proposta do matriciamento. A angústia era um sentimento bastante presente, e foi a partir dela que nos lançamos no processo de construção de lugares possíveis e territórios comuns aos das Equipes de Saúde da Família e da população.

Desde a contratação do NASF até os dias atuais, nosso principal desafio tem sido construir caminhos para o cuidado compartilhado no cenário da A.P. 3.2. Nosso trabalho tem-se direcionado na busca de trilhas que nos levem ao partilhamento de práticas, de saberes e de manejos das situações de saúde. Não sabíamos de antemão como fazer para que as equipes, de fato, se sentissem apoiadas e, assim, fomos compelidos a realizar essas descobertas no próprio fazer cotidiano, a partir de leituras, experimentações, erros, acertos, reposicionamentos e negociações. A cada aposta de compartilhamento do cuidado e de ações de apoio, tentávamos, junto com o território de cuidado, ir colhendo os possíveis significados dos conceitos atribuídos aos NASF, tais como apoio técnico e pedagógico, matriciamento e compartilhamento do cuidado. Além disso, experimentávamos colocar em ação as ferramentas de trabalho definidas para o NASF, como o projeto terapêutico singular, a consulta compartilhada, a reunião de matriciamento, entre outros.

Inúmeras estratégias de aproximação foram criadas e costuradas ao longo dos anos. De início, as equipes de NASF não possuíam nenhum tipo de protocolo ou fluxo estabelecido e também não entendiam que saberes poderiam ser compartilhados entre NASF e Equipe de Saúde da Família. Assim, nos colocamos diante de inúmeros exercícios.

Partimos das diretrizes que direcionavam o trabalho do NASF com o propósito de estabelecer, junto com as equipes, possibilidades de cuidado. Apostamos em espaços de reuniões entre Equipes de Saúde da Família e NASF e na criação de agendas compartilhadas com tais equipes. Entendíamos que, somente a partir do encontro, poderíamos ir construindo ações de apoio. Assim, estabelecemos com as equipes turnos para reuniões, grupos, consultas compartilhadas e visitas domiciliares, tentando, assim, dar corpo ao nosso trabalho junto às equipes. Apostamos ainda em conhecer o local de moradia da população a ser atendida e os recursos e fragilidades do mesmo. Com isso, pedíamos aos agentes que nos levássemos com eles em suas visitas. Apostamos em realizar alguns levantamentos - como, por exemplo, de pessoas acamadas e com deficiência, pessoas que foram cadastradas como tendo alguma situação de saúde mental, etc. - e, a partir disso, ir discutindo tais situações com as equipes. Quando estávamos com as Equipes de SF, perguntávamos para elas o que o NASF poderia fazer para apoiá-las.

Embrenhamo-nos na construção de fluxos para o acionamento do Apoio Matricial e de alguns protocolos de apoio, pois entendemos que essa poderia ser uma linguagem comum a ser construída e que ajudaria a gerar a comunicação com as equipes de saúde. Criamos, também, modos de registrar o nosso trabalho para que, diante da gestão, pudéssemos concretizar um pouco mais algo do nosso trabalho, que, por vezes, ficava sem poder ser transmitido e dito, devido à falta de uma linguagem que a gestão pudesse compreender. Passamos, assim, a contabilizar as demandas que chegavam até nós de modo qualitativo e quantitativo, pois queríamos entender quais eram as maiores fragilidades das equipes. Começamos, também, a contabilizar os atendimentos compartilhados e específicos que realizávamos, os grupos que apoiávamos, as visitas domiciliares que fazíamos, as articulações com a rede de saúde e intersetorial, entre outros aspectos. Percebemos que, a partir dessa visibilização, poderíamos ir discutindo e criando um lugar para o NASF dentro da Estratégia de Saúde da Família. Falar do NASF com as equipes e com a gestão, criar fluxos de apoio, protocolos, foram maneiras de criar um mundo comum que nos permitisse adentrar a Estratégia de Saúde da Família

e fazer parte dela, a partir de suas próprias linguagens e recursos técnicos de organizar o fazer-cuidar. Comprendemos que, sem isso, não seria possível chegar perto. Esse tem sido um grande exercício de conexão.

O processo de construção de reuniões com as Equipes de SF e de agendas compartilhadas deu-se de forma singular a cada unidade de saúde apoiada, sendo inúmeras as tentativas realizadas e os formatos experienciados. Por exemplo, algumas equipes preferiram se reunir com o NASF no horário de suas reuniões de equipe, outras escolheram estabelecer espaços alternativos, já que as suas reuniões já estavam repletas de pautas. Havia equipes que mal realizavam as suas próprias reuniões e não compreendiam esse espaço como uma possibilidade de construção de cuidado. Assim, éramos questionados sobre o valor da discussão de caso, da realização de reuniões, se, por outro lado, poderíamos estar atendendo os pacientes e, assim, sendo mais “resolutivos”. Fazer reunião entre Equipe de SF e NASF não seria perda de tempo?

Então, a partir dos diversos questionamentos que iam aparecendo, fomos impulsionados a criar respostas em conjunto com as equipes, que pudessem ser compartilhadas e negociadas por todos nós, no sentido da construção de um cuidado mais distribuído. Essa não tem sido uma tarefa fácil. Se, por ventura, uma decisão não passa por uma construção compartilhada, isso fatalmente significa o boicote das equipes em relação ao nosso trabalho. Por vezes, deparamo-nos com profissionais que não nos solicitam e, quando averiguamos o porquê, a resposta sempre está relacionada à não concordância em relação ao que foi estabelecido. Assim, temos que restabelecer novas pactuações e negociações. Nessas negociações, buscamos sempre nos deslocar de um cuidado mais fragmentado e especializado, contudo, nem sempre é possível. Em alguns momentos, temos que ocupar o lugar de especialistas e, a partir dele, ir construindo com as equipes possibilidades mais partilhadas de cuidar.

Com o passar do tempo e de acordo com as experiências trilhadas, cada vez mais pudemos ir percebendo que nossos saberes específicos não têm como garantir um cuidado de qualidade. No compartilhamento desses saberes, articulado a uma construção a partir de atores locais e singulares, há um potencial bem maior de fazer-cuidar e, dessa forma, as nossas direções de trabalho seguem esse propósito. Apesar disso, cotidianamente temos que lidar com forças que nos levam a práticas médico e procedimento-centradas, especializadas e fragmentadas, tanto acionadas por nós mesmos, a equipe de apoio - em escorregões e tombos vividos em meio ao percurso -, quanto pela população, pela Equipe de Saúde da Família e pela gestão. O exercício de

revisão e reinvenção de nossas práticas sempre estão presentes e, com isso, vamos tecendo modos de estar no território e realizar o apoio.

Um dos pontos importantes que podemos destacar de nosso aprendizado em meio ao território diz respeito à questão do apoio técnico e pedagógico. Essa é uma das funções do NASF. Sem dúvidas, os diferentes saberes que estão presentes nas equipes de apoio, tais como Psicologia, Psiquiatria, Fisioterapia, Pediatria, Nutrição, Educação Física e Serviço Social, têm sido indispensáveis para compor o fazer-cuidar junto com as equipes. Por vezes, realizamos o compartilhamento de saberes que vão em dupla direção: das equipes de apoio para as Equipes de SF e vice-versa. Com isso, temos exercitado, por exemplo, compartilhar ações em Saúde Mental, em alimentação e nutrição, em reabilitação, em atividade física, com os profissionais das Equipes de SF e do NASF. Por outro lado, temos aprendido com as Equipes de SF sobre as doenças prevalentes, protocolos clínicos, indicadores de saúde, a importância de medirmos a qualidade e o impacto de nossas ações na qualificação da saúde, etc..

Essa mistura de saberes, ações e experiências, em nosso cotidiano, tem provocado um certo apagamento das fronteiras que separam os diferentes campos de saber, tornando tais fronteiras mais permeáveis e até móveis. Essa é uma direção importante do apoio técnico e pedagógico, pois significa estimular o compartilhamento de saberes em prol de uma situação de saúde. Quanto mais esses compartilhamentos forem deixando turvas as fronteiras entre os diferentes campos, mais possível é articularmos um time de cuidado e ampliarmos a clínica, integrando o fazer-cuidar. Além disso, podemos dizer que os diferentes saberes específicos que entram no jogo do fazer-cuidar tornam-se potentes na medida em que eles se conectam com o que há de mais local. Desse modo, esses se conectam entre si e também às redes territoriais de cuidado, produzindo saberes extremamente singulares.

Assim, podemos afirmar que essa dimensão pedagógica dos Núcleos de Apoio está menos ligada a uma pedagogia relacionada às posições de professor e aluno, ou seja, de alguém que ensina e alguém que aprende, e mais atrelada a um campo de aprendizado, que é disparado quando deixamos a própria rede que está se articulando ensinar-nos sobre o fazer-cuidar. Essa é uma pedagogia que ensina a cuidar em meio aos acontecimentos, junto com diversos saberes e imprevisibilidades.

Desse modo, retomo a pergunta que fiz no primeiro capítulo: Que saberes o NASF pode compartilhar com as Equipes de Saúde da Família? Com certeza, podemos compartilhar os saberes específicos de cada categoria profissional, mas, para além disso,

talvez um dos saberes mais importante que as equipes de NASF possam compartilhar, e até mesmo induzir, seja aquele que se aprende junto e em ato, a partir de cada caso, a partir de cada fazer-cuidar.

Terminamos, assim, este capítulo, agradecidos pelas contribuições de Annemarie Mol, bem como de todos os autores dos Estudos Ciência, Tecnologia e Sociedade, que, articulados com as políticas da Estratégia de Saúde da Família, do SUS e com autores da Saúde Pública, foram os nossos apoiadores na construção de possibilidades de cuidados mais compartilhados, mais distribuídos, em ato, entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família. Sabemos que ainda há um grande trabalho de sintonia, partilhamento e integração em meio às diferentes lógicas que operam no cenário da A.P. 3.2. Porém, aposto que a escrita deste trabalho pode contribuir para continuarmos firmes nessa direção de fazer-cuidar de forma mais articulada, distribuída e inclusiva.

Finalizamos este capítulo com uma citação de Mol:

A lógica do cuidado sugere um caminho diferente, realizando uma abertura do monopólio da expertise somente de um grupo de profissionais. Lá vamos nós, de alguma forma compartilhar a clínica. Nós vamos experimentar, experienciar e remendar juntos, na prática. Isto está longe de ser fácil. Compartilhar o cuidado requer que todos devam estar preocupados seriamente com as contribuições uns dos outros e ao mesmo tempo afinar seus corpos, máquinas, gêneros alimentícios e outras relevantes entidades que fazem parte. Esses que compartilham a clínica devem respeitar as experiências uns dos outros, enquanto se engajam em inventivas e cuidadosas experiências. Eles devem estar atentos as variações uns dos outros, enquanto estão atentos aos pontos fortes e limitações. Eles devem trocar qualquer que seja as tarefas, incluindo eles mesmos. [...] Compartilhar o cuidado ou a clínica requer que não levemos nada como garantido, ou como determinado, mas sim busquemos o que pode ser feito para melhorar a maneira em que vivemos com nossas doenças. E lembrar que falhar é inevitável e a morte é a única segurança que temos (MOL, 2008, p. 65, tradução nossa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*[...] E aprendi que se depende sempre
De tanta muita diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que a gente pense estar [...]*

(Caminhos do coração – Gonzaguinha)

Estamos chegando ao final desta escrita. Um texto formado por muita gente, gente-coisa, gente-território, gente-rede, gente-conceitos, protocolos, metas, gente-experiências, gente-profissionais de saúde, gente-população. Atores que deixam marcas e lições diárias, que performam modos de fazer e modos de cuidar.

Interessa-nos estar atentos às marcas diárias impressas por fazeres, por conexões e ações de cuidado. Mol, em seu livro *The logic of care*, diz que quer “evitar as normalidades não marcadas” (MOL, 2008, p. 13, tradução nossa), o que se traduz pela opção de não buscar conclusões universalmente válidas em relação a conceitos como “saúde”, “doença” e “cuidado”. Mol nos ensina a não isolar esses conceitos como se eles pudessem existir independentemente de suas relações, destacados de um coletivo de conexões.

Desse modo, as práticas cotidianas de viver são marcadas, no caso da Saúde da Família, pelas unidades de saúde, consultas, profissionais, equipamentos, população, relações familiares, políticas de saúde, protocolos, metas, diferentes saberes, pessoas, alimentação, moradias, amores, substâncias, desejos, escolhas, histórias, relações de poder, diferentes modos de viver, e tantas outras coisas. Viver a vida é um exercício situado e desenhado em certas práticas que exigem esforço. O fazer-cuidar não é diferente. Tal como apresentou Mol (2008), as práticas de cuidar são crônicas e, por isso, devem ser tecidas dia após dia. E esse exercício cotidiano, esse esforço, faz parte do viver.

Assim, aprender sobre o fazer-cuidar é colher as lições diárias e marcas que desenham territórios. É a partir dessas marcas e do que se pode sustentar localmente que damos continuidade ao percurso do cuidar.

Desse modo, a presente tese não chega a conclusões aplicáveis em diferentes cenários, contudo, compartilha uma certa atenção para os elementos cotidianos que, conectados, produzem fazeres os mais diversos e singulares.

Pretendemos que o final desta escrita seja apenas um começo, pois desejamos que este texto e os aprendizados que puderam ser colhidos no cotidiano de pesquisa possam percorrer espaços e se conectar a outros textos, outras redes, experiências e práticas. Apostamos que essa composição possa contagiar modos de fazer, provocando sensibilidade e atenção aos fragmentos de cuidado que são fabricados localmente, cotidianamente, de forma distribuída e menos centralizada. Que este texto gere práticas mais guiadas pelos próprios acontecimentos que vão se processando no ato de cuidar e, com isso, que os sentidos da palavra “cuidado” se multipliquem por meio de seus diversos fazeres.

Nesta pesquisa, algumas pistas foram seguidas e alguns fios foram percorridos, no que diz respeito ao fazer-cuidar em meio ao território, às Equipes de Saúde da Família e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, contudo, compreendo que muitos fios ainda podem ser percorridos e articulados aos estudos das ciências, tecnologias e sociedade, incluindo as propostas de Annemarie Mol acerca do estudo do cuidar.

Um dos fios que poderiam ser aprofundados em próximas pesquisas seria o dos efeitos da gestão da saúde por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Acredito que o ator OSS influencia nas práticas que estão sendo fabricadas na Atenção Básica e, dessa forma, segui-lo em seus variados cenários nos ajudaria a refletir sobre a atenção primária que está sendo produzida no município do Rio de Janeiro. Nesta tese, seguimos esse ator, quando refletimos sobre a questão da resolutividade por meio de algumas metas do contrato de gestão, contudo, outras questões relacionadas às Organizações Sociais e aos modos de cuidar podem, ainda, ser analisadas.

Um outro fio a ser seguido seria o da reflexão sobre os diferentes conceitos de família que são performados no cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio. Que famílias são essas que a Estratégia de Saúde da Família pretende cuidar? Que efeitos esse “cuidar em família” produz na atenção à saúde da população de um determinado território?

Outra linha de análise seria seguir as construções de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, acompanhando, em meio às práticas cotidianas, a articulação entre saúde, cuidado, Atenção Primária e Saúde Mental. Entendo que o embrenhar-se pela clínica do Apoio Matricial em Saúde Mental poderia ser bastante interessante para a investigação da potencialidade do cuidado em saúde e em Saúde Mental, no contexto da Estratégia de Saúde da Família e NASF. Penso que esse estudo é necessário, pois uma nova clínica inaugura-se nesse contexto da Atenção Básica e do Apoio Matricial, por meio de equipes de NASF.

Assim, deixamos aqui a indicação para que, futuramente, possamos estudar os pontos relacionados acima, considerando que essas linhas de análise, ou estes atores, performam também o fazer-cuidar, no contexto da Saúde da Família.

A partir das experiências vividas na área programática 3.2, pudemos seguir o fazer-cuidar na Estratégia de Saúde da Família e acompanhar o papel das equipes de apoio, na gestão de um cuidado que está atento aos efeitos que produz, aos atores que se conectam, buscando ampliar as articulações que geram desdobramentos coletivizantes e inclusivos.

Por meio desta escrita, percebemos que o modelo de cuidado Saúde da Família não determina, por ele mesmo, a qualidade de suas práticas. Por isso, é necessário estar atento a que realidades estão sendo performadas nas práticas de cuidado implementadas pela ESF. No cenário pesquisado, acompanhamos fazeres que produziam diversos tipos de cuidados, tanto aqueles que afirmavam lógicas policialescas, higienistas, fragmentadas, médico e procedimentos centradas, quanto os que costuravam cuidados que iam produzindo-se em meio ao território, à população, e afirmavam uma lógica mais distribuída e coletiva de cuidar. Defendemos que estes últimos são a nossa aposta para a potencialização do cuidado nesse cenário.

No início da tese, trouxemos os questionamentos de Franco e Merhy (2007), em que os autores se perguntavam se o Modelo Saúde da Família não seria mais um exemplo de modificação no processo de trabalho que não resultaria em uma mudança efetiva do cuidado em saúde. Mol (2008) apoia-nos na resposta a essa questão, afirmando que o cuidado não se define antes das práticas e conexões que o fabricam. Sendo assim, podemos afirmar que as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família podem produzir mudanças efetivas nos modos de cuidar, contudo, sua potencialidade depende de como esse modelo é colocado em ação. Caso as diretrizes dessa estratégia sejam tomadas como uma prescrição aplicável a qualquer contexto, suas chances de

produzir um cuidado potente reduzem-se. Por outro lado, apostamos na produção de transformação de práticas a partir das costuras locais dessas diretrizes. Dito de outro modo, afirmamos que a potencialidade da Saúde da Família está diretamente articulada à possibilidade de colocar em ação suas diretrizes e protocolos de cuidado de forma articulada aos atores singulares, ou seja, a partir da produção de territórios comuns.

Dessa forma, defendemos que as pesquisas de Annemarie Mol em muito podem contribuir para colocar as políticas do SUS em ação, pois nos ensinam, por meio da lógica do cuidado, a tecer um time a partir dos atores que estão em cena, em meio à construção de cuidados possíveis, abrindo mão de saberes verticalizados e apostando na sintonia de uma rede dinâmica. Os estudos de Mol contribuem, portanto, para colocar em prática conceitos tão caros aos SUS, tais como coordenação e integralidade do cuidado, clínica ampliada, acesso, equidade e outros.

A partir disso, afirmamos, nesta tese, a produção de mundos em que o cuidado seja um fazer articulado, e não apenas um resultado de protocolos definidos previamente, centralizado na figura do médico e em procedimentos. Nesse ponto, as propostas de Mol e os ideários do SUS encontram-se. Colocar em ação as políticas públicas é conectá-las a redes extremamente locais de fabricação do cuidado e, com isso, singularizar o fazer-cuidar a cada território.

Assim, tal como afirmam Benevides e Passos (2007), as políticas tornam-se públicas quando fabricadas no coletivo, no cotidiano. A partir de Mol, podemos dizer que produzir saúde coletiva é articular singularidades e esforçar-se para realizar um cuidado mais distribuído e inclusivo.

Asseguramos, então, que o modelo Saúde da Família pode ser uma estratégia potente, desde que se articule ao que há de mais local e produza, junto com as singularidades e imprevisibilidades, um cuidado possível. Defendemos, desse modo, que, quanto mais local for o cuidado, mais efetivo; quanto mais conectado, coletivo e territorializado, mais potente. Contudo, quanto mais isolado e restrito aos protocolos, metas e uma vigilância verticalizada e normativa, menos eficaz e menos transformador de práticas.

Nesse cenário, as equipes de apoio entram para o time de cuidado a partir da conexão de seus saberes àqueles que se produzem junto e em meio ao território. Essa é uma equipe que auxilia a manter as costuras coesas, apoiando nas inventividades, nas criações e na produção de rede, colhendo o aprendizado acerca do fazer-cuidar junto às equipes e apoiando na distribuição e troca desses saberes. Um NASF potente é aquele

que não impõe as suas especialidades e prescreve formas de cuidar às Equipes de Saúde da Família, mas embarca junto com elas em uma experiência imprevisível de aprendizado sobre o fazer-cuidar, que se produz no encontro dessas com os demais atores presentes em um território específico. Uma equipe de apoio potente é aquela que se propõe a viver, junto às Equipes de Saúde da Família, a aventura de cuidar e está presente diante dos riscos, frustrações, sobrecargas, apoiando as equipes a sustentar uma sensibilidade em relação aos efeitos das ações. Assim, o NASF apoia na sustentação de um cuidado possível em meio à sobrecarga de trabalho e a tudo que a Saúde da Família carrega consigo, tornando-se uma forte estratégia de rompimento com práticas articuladas a lógicas verticalizadas, impositivas, biomédicas, protocolares e fragmentadas de fazer-cuidar.

Chegamos ao final deste trabalho compreendendo que ainda há muitos desafios pela frente. Desafios de construção de uma Atenção Básica e de um SUS menos teóricos e mais práticos, mais acessíveis, mais integrados, menos ideais e mais produtores de realidades potentes. Contudo, afirmamos que as experiências e articulações vividas e escritas nesta tese podem contribuir para que tal desafio seja enfrentado, dia após dia, ação a ação, fio a fio e colheita a colheita. Apostamos que, dessa forma, as políticas de saúde possam fazer-existir realidades mais conectadas e situadas em seus coletivos singulares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, L.G.C. **Saúde Mental em Rio Bonito**: atividade dos trabalhadores no processo de Reforma Psiquiátrica do município. 2010, 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Departamento de Psicologia. Universidade Federal Fluminense. Niterói – RJ.

AMARAL, Sérgio A. V. **Fazer falar e fazer ver na Saúde Coletiva**: enunciado e visibilidade em tempos de biopoder. 2010. 202 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP.

ANDRADE, F. F. de. Reestruturação produtiva: dos novos padrões de acumulação capitalista ao novo parâmetro de políticas sociais. In: TRAGTENBERG, M. (org). **Revista Urutágua**. Maringá: Departamento de Ciências Sociais, Universidade Estadual de maringá, 2006.

AYRES, José Ricardo de C.M. O objeto da epidemiologia e nós. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. v. 3, n. 1. Rio de Janeiro: s.n., 1993.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, set. Rio de Janeiro: s.n., 2005a.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p. 389-406, mar/ago. Niterói: s.n., 2005b.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2008.

BOUMARD, Patrick. O lugar da etnografia nas epistemologias construtivistas. **Revista de Psicologia Social e Institucional – UEL**, v.1, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov1n22.htm>>. Acesso em: abr. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização** – PNH. Brasília: HumanizaSUS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 110 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dezembro de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Caderno de textos**: cartilhas da Política Nacional de Humanização. 44 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Anexo da **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010(b).

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**. 1ª ed, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Seção 47-50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e Apoio Matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Informes técnicos. In: **Rev. Saúde Pública**, n. 3, v. 34, São Paulo: s.n., 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. **Decreto nº 3.189**, de 4 de outubro de 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203**, de 5 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: _____. **Saúde Paidéia**. 3^a ed, p. 68-77. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. n. 2, v. 5, p. 219-230. 2000.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**. v. 14, n. 4, p. 863-870, out. Rio de Janeiro: s.n., 1998.

_____. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em:

<<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>>.

Acesso em: abr. 2015.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas - o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. p. 29-87. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. Rio de Janeiro: s.n., 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; GUERREIRO; André Vinícius Pires; CUNHA, Gustavo Tenório. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 3ª ed, p. 132-153. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARDOSO, Irene de Arruda Ribeiro. Foucault e a noção de acontecimento. In: **Tempo Social - Rev. Sociol. USP**. v. 7, p. 53-66, out. São Paulo: USP, 1995.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org) *et al.*. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 236 p. Brasília: Ministério da Saúde - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: abr. 2015.

COELHO, Ivan Batista. Formas de Pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 3ª ed, p. 368-387. São Paulo: Hucitec, 2013.

CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa Machert da. **De soslaio para a Saúde Coletiva – o caso do conceito de saúde**. 2015. 165 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal Fluminense: Niterói – RJ.

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. In: **Lua Nova**: revista de cultura e política. n. 19, p. 124 - 40, nov., 1989. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>>. Acesso em: abr. 2015.

CUKIERMAN, H. L.. Eudóxia: uma viagem pela multiplicidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 52, n. 3, p. 28-15. Rio de Janeiro: s.n., 2000.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. São Paulo: s.n., 2011.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: abr. 2015.

DELEUZE, G. **Espinosa**: Filosofia Prática. São Paulo: Ed. Escuta, 2002.

_____. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Ed. Vega. Passagens, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: _____. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, v. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

DESPRET, V. The Body we care for: figures of antro-po-zoo-genezis. **Body & Society**. v. 10, n. 2-3, p. 111-134, 2004. Disponível em: <http://bod.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/2-3/111>. Acesso em: mar. 2009.

_____. **Ces émotions qui nous fabriquent**: ethnopsychologie de l'authenticité. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999.

DESPRET, V.; CHAUVENT A.; LEMAIRE, J-M. **Clinique de la reconstruction**: une expérience avec les réfugiés en ex-Yougoslavie. Paris: L'Harmattan, 1996.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. saúde coletiva [online]**, n. 1, vol. 14, p. 129-138. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>>. Acesso em: abr. 2015.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. In: ABRAHÃO, A. L.; SOUZA, A. C. de; MARQUES, D. (orgs) **Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde**. Niterói: Editora da UFF, 2012.

FOUCAULT, M. O que são as luzes? In: _____. **Ditos e escritos II: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **História da Sexualidade – a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. Genealogia e Poder. In: MACHADO, R. (org). **Microfísica do Poder**. p. 167-178. São Paulo: Graal, 1979a.

_____. Soberania e Disciplina. In: MACHADO, R. (org). **Microfísica do Poder**. p. 179-192. São Paulo: Graal, 1979b.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FURLAN, Paula Giovana. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3ª ed, p. 368-387. São Paulo: Hucitec, 2013.

GAGNEBIN, J. M. Memória, história, testemunho. In: _____. **Lembrar, escrever, esquecer**. São Paulo: Editora 34, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de. (orgs). **Políticas e sistemas em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

GOLDENBERG, J. P. Parábola e Ponto de fuga. In: ROCHA, Marília Librandi (org). **A poesia de Jacob Pinheiro Goldenberg** - análise e ontologia de textos. São Paulo: faculdadep, 2002.

GUATTARI, F.. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S.. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

IBANEZ, N. *et al.* Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 6, v. 2, p. 391-404. São Paulo: s.n., 2001.

INSTITUTO Municipal Nise da Silveira - 100 anos [*blog*]. **O centenário** (1911-2011). Publicado em: 3 de maio de 2011. Disponível em: <institucionisedasilveira100anos.blogspot.com.br>. Acesso em: ago. 2015.

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

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014.

LATOUR, B. **Reensamblar lo Social**: Uma Introduccion a La Teoria Del Actor-Red. Buenos Aires: Manantial, 2008.

_____. A text case book revisited: knowledge as mode of existence. In: HACKET, E.; AMSTERDAMSKA, O.; LYNCH, M.; WAJCMAN, J. (eds.). **The handbook of science and technology studies**. p. 83-112. Cambridge - MA: MIT, 2008a.

_____. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: NUNES, J. A.; ROQUE, R. (orgs). **Objetos impuros** - experiências em estudos sociais da ciência. p. 40-61. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

_____. **A Esperança de Pandora**. Bauru: EDUSC, 2001.

_____. **Ciência em Ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

_____. On actor-network theory: a few clarifications. **Soziale Welt**, v. 47, n. 4, p. 369-381. [S.l.: s.n.], 1996.

_____. **Jamais Fomos Modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LAW, J. **Collateral Realities**. 2010. Disponível em: <<http://heterogeneities.net/publications/Law2009CollateralRealities.pdf>>. Acesso em: jan. 2011.

_____. On Sociology and STS. **The Sociological Review**. v. 56, n. 4, p. 623-649. [S.l.: s.n.], 2008.

_____. **Actor Network Theory and Material Semiotics**. 2007. Disponível em: <www.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf>. Acesso em: jan. 2009.

_____. **After method: mess in social science research**. London: Routledge, 2004.

_____. **Making a mess with method**. 2003. Disponível em: <<http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/jlaw.html>>. Acesso em: abr. 2009.

_____. **Notes on the Theory of Actor-Network: order, strategy and heterogeneity**. Center for Science Studies. Lancaster: Lancaster University, 1992. Disponível em: <<http://www.lancs.ac.uk>>. Acesso em: fev. 2009.

LAW, J.; MOL, A. Notes on materiality and sociality. **The Sociological Review**. p. 274- 294. [S.l.: s.n.]: 1995.

MANSO, C. **Narrativas do cegar (re)criações de um corpo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), 2010, 122 f. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Departamento de Psicologia. Universidade Federal Fluminense: Niterói – RJ.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 29, n. 2, p. 47-151, maio/ago. Rio de Janeiro: s.n., 2005.

MELO, M. F. A. de Q. e. Seguindo as pipas com a metodologia da TAR. **Revista do Departamento de Psicologia** – UFF. v. 19, n. 1, p.169-186. Niterói: 2007.

MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (orgs). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a.

_____. Um Ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (orgs). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b.

_____. Organizações sociais: para quê? In: DEBATE. **Organizações sociais**: público e privado na Saúde. p. 19-48. São Paulo: APSP, 1999.

MOL, A. Care and its values. In: MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. (eds.). **Care in practice**: on tinkering in clinics, homes and farms. p. 215-234. Bielefeld - Germany: Transcript ; Piscataway - NJ: Transaction, 2010.

_____. **The logic of care**: health and the problem of patient choice. London: Routledge, 2008.

_____. **The body multiple**: ontology in medical practice. Durham - NC: Duke University, 2002.

_____. Ontological Politics: a word and some questions. In: LAW, J.; HASSARD, J. (orgs.). **Actor Network Theory and After**. London: Blackwell – The Sociological Review, 1999

_____. Lived Reality and the Multiplicity of Norms: a Critical Tribute to George Canguilhem. **Economy and Society**. v. 27, n. 2-3, p. 274–284. [S.l.: s.n.], 1998.

MOL, A.; LAW, J. Enacted Bodies: the Example of Hypoglycaemia. **Body & Society**. v. 10, n. 2-3, p. 43–62. London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE Publications, 2004.

_____. **Embodied action, enacted bodies**: the example of hypoglycaemia. 2003. Disponível em: <<http://bod.sagepub.com>>. Acesso em: abr. 2006.

_____. Regions, Networks and Fluids: Anaemia and Social. **Social Studies of Science**. v. 24, n. 4, p. 641-671, nov. [S.l.]: Sage Publications, 1994.

MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. Care: putting practice into theory. In: _____ (eds). **Care in practice**: on tinkering in clinics, homes and farms. Bielefeld - Germany: Transcript ; Piscataway - NJ: Transaction, 2010.

MORAES, Marcia. PesquisarCom: Política ontológica e deficiência visual. In: MORAES, M.; KASTRUP, V.. **Exercício do ver e do não ver**: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual. Rio de Janeiro: Nau, 2010. No prelo.

_____. A contribuição da antropologia simétrica à pesquisa e intervenção em psicologia social: uma oficina de expressão corporal com jovens deficientes visuais. In: **Psicol. Soc.** v. 20, n. spe, p. 41-49. Porto Alegre: s.n., 2008.

_____. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. In: **História, Ciência e Saúde** – Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 321-33, mai-ago. Rio de Janeiro: s.n. 2004.

_____. O conceito de rede na filosofia mestiça. In: **Revista Informare**, v. 6, n. 1, p.12-20. [S.l.: s.n], 2000.

MORAES, Marcia Oliveira; ARENDT, Ronald João Jacques. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social. **Psicol. estud.** n. 2, v. 18, abr./jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: abr. 2015.

NEVES, Claudia Abbês Baeta. Modos de interferir no contemporâneo: um olhar micropolítico. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 56, n. 1, p. 2-19, jun. Rio de Janeiro: s.n., 2004.

NEVES, Claudia Abbês Baeta; MASSARO, Altair. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface** (Botucatu), v. 13, n. 1, p. 503-514. Botucatu: s.n., 2009.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de; FURLAN, Paula Giovana. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3ª ed, p. 247-272. São Paulo: Hucitec, 2013.

PAIM, Janilson Silva. **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: s.n., 2007.

PALOMBINI, A. de L.; BARBOZA, R. P.; FICK, T. K.; BINKOWSKI, G. Cuidando do cuidador: da demanda de escuta a uma escrita de si. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**. v. 13, n. 2, p. 253-264, jun. São Paulo: s.n., 2010.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 16, n. 1. p. 71-79. Brasília: s.n., 2000.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERES, Dayse Demori Gomes da Silva. **Utilização dos setores censitários do IBGE para o mapeamento territorial por Geoprocessamento no Programa Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro**. 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Universidade Estácio de Sá: Rio de Janeiro – RJ.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed, 349 p. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilsa Berti Azevedo de. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 12, n. 6, p. 375-383, Dec. Washington: s.n., 2002.

SILVA, Luiz Jacintho da. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Cienc. Cult.** [online]. v. 55, n. 1, p. 44-47, jan. São Paulo: 2003. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252003000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: abr. 2015.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicol. Soc.** v. 15, n. 2, p. 18-42, dez. Porto Alegre: s.n., 2003.

TARJA Branca: a revolução que faltava. Dirigido por Cacau Rhoden. Rio de Janeiro/São Paulo: Maria Farinha Filmes, 2014 (80 min).

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da Integração das práticas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. ano VIII, n. 16, p. 63-67, out./dez. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.